



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
В.С. Глушанко
В.И. Жарко
И.В. Малахова (*зам. главного редактора*)
И.Н. Мороз
А.Г. Мрочек
Т.П. Павлович
А.В. Пацеев
Н.Н. Пилипцевич
Д.Л. Пиневиц
В.Б. Смычек (*председатель редакционной коллегии*)
М.Ю. Сурмач
Н.Е. Хейфец (*отв. секретарь*)
Р.А. Часнойть
Т.М. Шаршакова
В.Д. Шило
М.В. Щавелева

Адрес редакции:

220013, 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), 2020

Проблемные статьи и обзоры *Problem Articles and Reviews*

<i>Сачек М.М., Малахова И.В., Дудина Т.В., Василевская М.Г.</i> Некоторые аспекты медико-социальной помощи в Республике Беларусь	
<i>Sachek M.M., Malakhova I.V., Dudina T.V., Vasilevskaya M.G.</i> Some Aspects of Medical and Social Assistance Providing in Healthcare System of the Republic of Belarus	4
<i>Новик И.И., Писарик В.М., Craig B. J., Rakovac I.</i> Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний: гендерный аспект	
<i>Novik I.I., Pisaryk V.M., Craig B. J., Rakovac I.</i> Prevalence of Risk Factors for Non-Communicable Diseases: a Gender Analysis Approach	16
<i>Максимчук В.П., Короткевич Т.В., Голубева Т.С., Варивончик В.Ю.</i> Анализ эффективности применения принудительных мер безопасности и лечения к гражданам, больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, и медико-социальной реадaptации граждан в лечебно-трудовых профилакториях	
<i>Maksimchuk V.P., Korotkevich T.V., Golubeva T.S., Varivonchik V.Yu.</i> Analysis of Effectiveness of Application of Compulsory Safety and Treatment Measures to Citizens, Suffering from Chronic Alcohol Abuse, Drug Addiction or Substance Abuse, and Medical and Social Rehabilitation of Citizens at Treatment and Labor Preventive Centers	27
<i>Ростовцев В.Н., Терехович Т.И., Марченкова И.Б.</i> Понимание здоровья и болезни	
<i>Rostovtsev V.N., Tserakhovich T.I., Marchenkova I.B.</i> Understanding of Health and Disease	42

Научные исследования *Scientific Research*

<i>Глинская Т.Н., Давидовская Е.И., Щавелева М.В., Богуш Л.С.</i> Динамика первичной заболеваемости болезнями органов дыхания взрослого населения Республики Беларусь (2008–2019 годы): анализ по причинам	
<i>Glinskaya T.N., Davidovskaya E.I., Schaveleva M.V., Bogush L.S.</i> Respiratory Diseases' Incidence Rates in Adult Population of the Republic of Belarus in 2008–2019: Analysis by Causes	48
<i>Черевко А.Н., Куницкая С.В., Ломать Л.Н., Гирко И.Н.</i> Комплексная оценка динамики инвалидности населения Республики Беларусь	
<i>Cherevko A.N., Kunitskaya S.V., Lomat L.N., Girko I.N.</i> Integrated Assessment of Population Disability Dynamics in the Republic of Belarus	61
<i>Голикова В.В., Дорошенко И.Т., Луцинская С.И.</i> Анализ показателей первичной инвалидности вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью среди населения молодого возраста	
<i>Golikova V.V., Doroshenko I.T., Lushchinskaya S.I.</i> Analysis of Primary Disability Indicators due to Syndromes and Diseases Associated with Short Stature among Population of Young Age	68
<i>Новик И.И., Писарик В.М., Craig B. J., Rakovac I.</i> Различия между мужчинами и женщинами в моделях обращения за медицинскими услугами	
<i>Novik I.I., Pisaryk V.M., Craig B. J., Rakovac I.</i> Differences between Men and Women in Patterns of Healthcare Access	76
<i>Семёнов А.В.</i> Оценка эффективности использования коечного фонда больничных организаций	
<i>Setenov A.V.</i> Assessment of Effectiveness of Hospital Beds Use	84
<i>Бойко С.Л., Сурмач М.Ю.</i> Роль средств массовой информации в формировании социального уровня имиджа системы здравоохранения	
<i>Boyko S.L., Surmach M.Yu.</i> Role of Mass Media in Building of Social Level of Healthcare System Image	95

Мониторинг национальной правовой базы по здравоохранению
Monitoring of the National Health Legal Base

Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (сентябрь 2020 г. – ноябрь 2020 г.)
Normative-Legal Regulation on Rendering Medical Care and Ensuring Sanitary-Epidemiologic Well-being of the Population (September 2020 – November 2020) 102

Проблемные статьи и обзоры

УДК 340.130.2:364.013]:614.2 (476)

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

М.М.Сачек, И.В.Малахова, Т.В.Дудина, М.Г.Василевская

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Охарактеризованы система медико-социальной помощи в Республике Беларусь и регламентирующая ее нормативно-правовая база. Представлены направления оказания медико-социальной помощи пожилым гражданам, в том числе, в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации, обусловленной COVID-19. Приведены новые инновационные направления деятельности медико-социальных служб. Проанализированы направления и эффективность научных разработок ученых-медиков страны по вопросам оказания медико-социальной помощи при неинфекционных заболеваниях за период 2010–2019 гг., внедряемых в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: Республика Беларусь; медико-социальная помощь; нормативно-правовая база; организации здравоохранения; медицинская наука; организационные технологии; инновации; пандемия COVID-19.

Право человека на жизнь и здоровье, признанное Всеобщей декларацией прав человека, отражено в конституциях всех стран мира. В них закреплены права граждан на здоровье, его охрану и доступность получения квалифицированной медицинской помощи, хотя механизмы, реализующие эти права, различны и не всегда обеспечивают равные возможности для всех контингентов населения. Здравоохранение представляет собой сферу деятельности государства, обеспечивающую эти права, прежде всего, за счет совершенствования организации оказания медицинской помощи населению и повышения ее доступности и качества.

Медико-социальная работа в здравоохранении имеет общие задачи с деятельностью системы здравоохранения в целом. Поэтому сегодня медико-социальная работа формируется как особый вид профессиональной деятельности на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты – и предусматривает тесное взаимодействие и четкое разграничение сфер ответственности.

Объектом социальной работы в здравоохранении являются, прежде всего, контингенты лиц,

имеющие медицинские проблемы, работа с которыми крайне тяжела, в том числе, и по причине ведомственной разобщенности [1].

Проведенный нами анализ нормативно-правовой базы здравоохранения, регламентирующей обозначенный комплекс вопросов, свидетельствует, что в целом в стране создана правовая основа для реализации конституционного права граждан, включая и отдельные социально уязвимые категории, на охрану здоровья и получение медицинской помощи.

В частности, государственное управление системой социальной защиты в Республике Беларусь осуществляется на законодательном уровне [2]. Это 19 законов, основополагающими из которых являются законы «О бюджете государственного внебюджетного фонда социальной защиты населения Республики Беларусь [на очередной год]», «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей», «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий», «О социальном обслуживании», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» и ряд других

нормативных правовых актов различного уровня, касающихся определения гарантий и льгот оказания социальной помощи нуждающимся категориям граждан.

Социальные работники осуществляют администрирование и реализацию программ социальной помощи, предоставление общественных услуг и оказывают помощь в решении личных и социальных проблем. Эта работа регламентирована и проводится в соответствии с постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 24.07.2017 №33 «Об утверждении Общегосударственного классификатора Республики Беларусь».

В целях улучшения качества оказания и обеспечения доступности медицинской помощи для всех категорий населения, а также улучшения качества и увеличения продолжительности жизни населения Республики Беларусь сформированы 5 государственных программ: Государственная программа о социальной защите и содействии занятости населения на 2016–2020 годы, Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы; Государственная программа по преодолению последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС на 2011–2015 годы и на период до 2020 года, Государственная программа развития фармацевтической промышленности Республики Беларуси на 2016–2020 годы и Государственная научно-техническая программа «Новые методы оказания медицинской помощи», направленная на разработку и внедрение в сферу здравоохранения новых высокоэффективных методов и средств медицинской профилактики, диагностики, лечения заболеваний человека, протезирования и медицинской реабилитации пациентов.

Медико-социальная деятельность в сфере государственного здравоохранения также четко регламентирована [2]. Это 16 законов в сфере охраны здоровья и подзаконные акты, регулирующие все направления и объемы медико-социальной помощи, касающиеся отдельных контингентов граждан. Так, постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28.10.2011 №1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. №360» регламентируется медико-социальная работа в государственных организациях, утверждены перечни медицинских показаний и противопоказаний для оказания социальных услуг в подведомственных организациях здравоохранения.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.12.2014 №107 «О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи» утвержден порядок оказания этих двух видов медицинской помощи всем категориям пациентов. Этим документом также определен порядок оказания медико-социальной помощи пациентам, страдающим хроническими заболеваниями и требующим постоянного круглосуточного медицинского наблюдения и ухода, но не требующим интенсивного оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

К важнейшим регуляторным актам по проблеме можно также отнести приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.03.2017 №333 «Об утверждении Инструкции о порядке межведомственного взаимодействия при оказании медицинской помощи гражданам, проживающим в учреждениях социального обслуживания, осуществляющих стационарное социальное обслуживание», постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.01.2013 №3 «О некоторых вопросах организации медицинской помощи и предоставления социальных услуг», от 01.07.2011 №65 «Об установлении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, утверждении Инструкции о порядке ее заполнения», постановление Совета Министров Республики Беларусь от 17.12.2014 №1185 «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий» и др.

Эти документы отражают механизмы реализации всех направлений медико-социальной работы в отрасли здравоохранения.

Соответственно, деятельность социально-медицинского работника системы здравоохранения охватывает весь круг проблем пациента (медицинские, социальные, правовые, психолого-педагогические, материальные и бытовые), связанных между собой. Понятно, что для оказания полноценной медико-социальной помощи населению необходимо тесное межведомственное взаимодействие, которое пока находится на стадии становления.

Как и во всем мире, в стране наблюдается процесс старения населения [3, 4]. На начало 2020 г. в Республике Беларусь насчитывалось более 2,3 миллионов человек старше трудоспособного возраста. Увеличивается ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении, в 2019 г. она достигла 74,5 лет. Каждый пятый житель Беларуси достиг пожилого возраста.

Структура пожилого населения представлена на рис. 1. По прогнозам ООН, к 2025 г. удельный вес пожилых людей в стране увеличится до 23,9%.

При этом, примерно 80% пожилых людей страдают множественной хронической-патологией. Считается, что к 70 годам человек приобретает от 4 до 7 заболеваний, во столько же раз возрастают затраты на его лечение. Кроме того, полмиллиона граждан страны имеют инвалидность, многие из них ограничены в финансовых возможностях. Понятно, что масштабы требуемой медико-социальной помощи серьезные и ежегодно растут.

Таким образом, рост потребности в предоставлении медико-социальной помощи нуждающимся контингентам обусловлен демографическими и социальными факторами, изменениями в состоянии здоровья населения, что сегодня особенно актуально для Республики Беларусь.

Одно из заметных макроэкономических последствий старения как социально-демографического процесса – рост потребности в медицинской помощи и социальных услугах. Расходы на медицинскую помощь одному пациенту пенсионного возраста в три раза больше, чем пациенту трудоспособного возраста. Граждане пожилого возраста формируют устойчивый спрос на социальные услуги [5].

Возрастает доля дорогостоящих услуг по постоянному уходу на дому, медико-социальных услуг. Растет спрос на места в учреждениях медико-социального профиля.

Качество и доступность медико-социальной помощи являются важной составляющей охраны здоровья населения. Согласно Закону Республики Беларусь от 22 мая 2000 г. №395-З «О социальном обслуживании», система социального обслуживания населения Республики Беларусь включает:

государственные органы, осуществляющие государственное регулирование и управление в области социального обслуживания (Президент, Совет Министров Республики Беларусь, Минтруда и соцзащиты), местные исполнительные и распорядительные органы;

государственные организации (их структурные подразделения), оказывающие социальные услуги:

- больницы сестринского ухода (БСУ);
- дома (центры) временного пребывания лиц без определенного места жительства;
- социально-педагогические центры;
- хосписы (8);
- дома-интернаты для престарелых и инвалидов (79);
- дома-интернаты для детей-инвалидов;

центры социального обслуживания семьи и детей;

специальные дома для ветеранов;

территориальные центры социального обслуживания населения (149), на базе которых функционируют 155 отделений дневного пребывания, филиалы и социальные пункты в сельской местности;

иные юридические лица:

коммерческие организации;

некоммерческие организации.

индивидуальные предприниматели.

Медицинская помощь жителям старших возрастных групп оказывается всеми организациями здравоохранения независимо от формы собственности, в том числе в больницах сестринского ухода, на койках сестринского ухода и медико-социальных койках в организациях здравоохранения в стационарных условиях. В стране функционируют 103 больницы сестринского ухода на 2618 коек, 8 хосписов для взрослых, а также отделения паллиативной медицинской помощи в 24 стационарах (всего 431 койко-место). Помимо стационара работают выездные патронажные службы, оказывающие медицинскую помощь на дому (рис. 2).

В Беларуси действуют 89 домов-интернатов общего типа, психоневрологического профиля (для престарелых и инвалидов, взрослых и детей). Медицинская помощь проживающим в домах-интернатах оказывается квалифицированными медицинскими работниками. Раз в году врачами-специалистами районных поликлиник проводятся углубленные осмотры проживающих, назначается лечение. Все нуждающиеся обеспечиваются средствами социальной реабилитации.

Важно подчеркнуть, что социальная работа в организациях здравоохранения страны сегодня

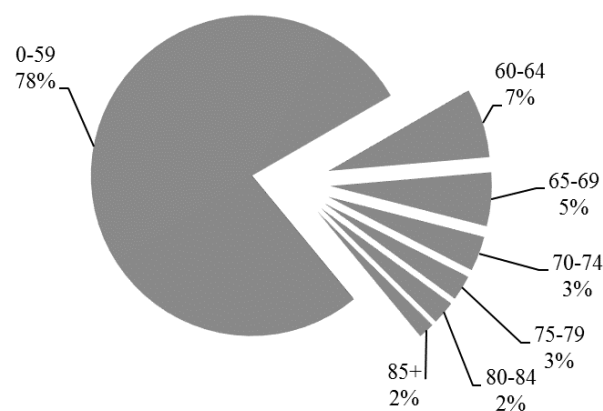


Рис. 1. Возрастная структура населения Республики Беларусь

осуществляется по основным направлениям оказания медицинской помощи – профилактике, диагностике, лечению и реабилитации на всех уровнях оказания медицинской помощи [3]. При этом, любая медико-социальная помощь пациентам в организациях здравоохранения оказывается в форме плановой медицинской помощи.

Все формы социального обслуживания и виды оказываемых социальных услуг разделены на:

стационарное социальное обслуживание (оказание социальных услуг в условиях постоянного или временного круглосуточного пребывания (проживания) в организациях, оказывающих социальные услуги);

полустационарное социальное обслуживание (оказание социальных услуг в условиях постоянного или временного пребывания в организациях, оказывающих социальные услуги, в течение определенного времени суток);

нестационарное социальное обслуживание (оказание разовых социальных услуг, не требующее пребывания (проживания) в организациях, оказывающих социальные услуги);

социальное обслуживание на дому (оказание социальных услуг в домашних условиях);

срочное социальное обслуживание (оказание в неотложном порядке социальных услуг гражданам, попавшим в ситуацию, угрожающую их жизни и здоровью).

В Республике Беларусь создана гериатрическая служба. Так, приказом Министерства здравоохранения от 26.05.2014 №572 «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам пожилого возраста» на базе ГУ «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны имени П.М.Машерова» и кафедры геронтологии и гериатрии с курсом аллергологии и профпатологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» создан Республиканский центр геронтологии.

В регионах страны работают на штатной основе три гериатрических центра: Минский городской гериатрический центр на базе учреждения здравоохранения «14-я центральная районная поликлиника Партизанского района г. Минска»; Могилевский областной гериатрический центр на базе гериатрического кабинета, созданного при учреждении здравоохранения «Могилевский областной госпиталь инвалидов Отечественной войны»; Витебский областной гериатрический центр на базе учреждения здравоохранения «Витебский областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны «Юрцево». В Брестской, Гомельской, Гродненской, Минской областях областные гериатрические центры работают на функциональной основе. Функционирует 161 гериатрический кабинет.

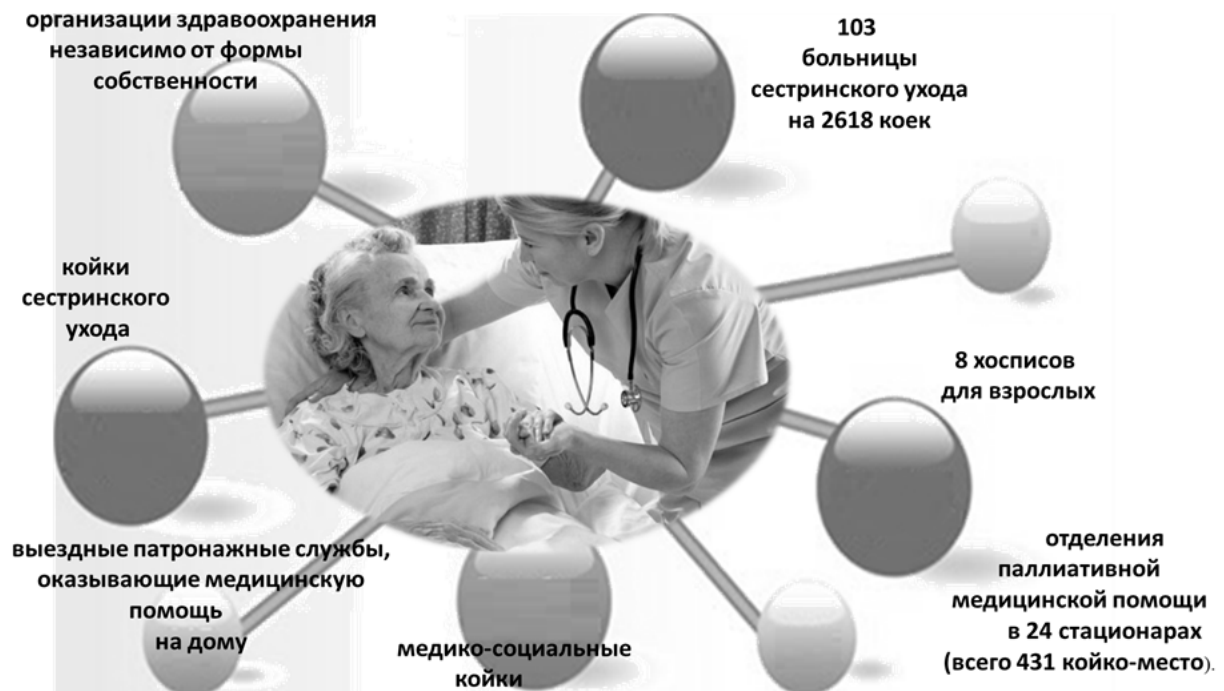


Рис. 2. Организации, оказывающие медицинскую и медико-социальную помощь жителям старших возрастных групп

Служба осуществляет организационно-методическое руководство работой организаций здравоохранения по медицинскому обслуживанию граждан в возрасте старше 60 лет, включая ветеранов войн и лиц, пострадавших от последствий войн. Важно подчеркнуть, что медицинская помощь этому контингенту оказывается всеми организациями здравоохранения без ограничения и в приоритетном порядке. Руководство гериатрической службой в регионах осуществляют главные внештатные гериатры. Непосредственную работу на местах с гражданами старше 60 лет осуществляют врачи-гериатры. Врачи других специальностей также учитывают особенности возрастных пациентов при оказании им медико-социальной помощи.

Как показывает опыт экономически развитых стран, для полноценной медико-социальной помощи населению необходима трехуровневая система, предусматривающая работу специалистов с высшим, средним специальным образованием и персонала, добровольно помогающего нуждающимся контингентам [4]. Поскольку обслуживание пожилых граждан является проблемой мультидисциплинарной, проводится оно, преимущественно, организациями социальной защиты, неправительственными организациями, общественными объединениями и волонтерами, то есть в большей степени приобретает социальную, нежели медицинскую направленность.

Поэтому в стране в последние годы целенаправленно развивается инфраструктура системы оказания медико-социальной помощи в организациях здравоохранения. В медицинских университетах готовятся кадры, ведется работа по перепрофилированию нерационально используемых коек, в том числе в сестринские, более востребованные для пожилого населения.

Сегодня наиболее востребована работа среднего звена медицинских работников, оказывающих медико-социальные услуги в организациях социального обслуживания: домах-интернатах, находящихся в подчинении Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь. Это – республиканский интернат ветеранов войны и труда и 70 домов-интернатов в регионах. Нестационарное обслуживание проводят территориальные центры социального обслуживания населения, как самые экономичные и приближенные к реальным нуждам людей.

Вопросами профилактики социальной недостаточности, комплексной реабилитации и социальной поддержки уязвимых групп населения занимается также общественная организация «Бело-

русская ассоциация социальных работников», объединяющая на добровольной основе профессиональных социальных работников, преподавателей профильных вузов и представителей общественных организаций, оказывающих социальные услуги населению.

В частности, действует совместный проект Красного Креста и платформы «Имена» «Патронажная служба в регионах», который поддерживается Консорциумом швейцарского и германского Красного Креста, австрийским Красным Крестом [6].

Неуклонный рост числа жителей старших возрастных групп требует формирования комплексной политики в отношении стареющего населения как по увеличению объемов оказания медицинской помощи, так и по улучшению и развитию медико-социальной и социальной помощи, включая возможность осуществления длительного ухода за нуждающимися категориями граждан. В связи с этим, важнейшим направлением деятельности системы здравоохранения Беларуси становится необходимость совершенствования всей системы оказания медико-социальной помощи. С другой стороны, от медицинских работников требуется большая разъяснительная работа по стимулированию активного долголетия и социально-экономической интеграции лиц пожилого возраста в общество.

С этой целью Отдел по народонаселению Европейской экономической комиссии предоставил рекомендации по вопросам разработки национальной стратегии по проблемам старения и активного долголетия, которая определит основные направления работы с пожилыми людьми на ближайшие годы.

В Беларуси разработана Национальная стратегия Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030» (далее – Стратегия). Это – комплексный документ, который определяет цель, принципы, задачи и приоритетные направления государственной политики с учетом демографических тенденций и рисков, связанных со старением населения.

В Стратегии объединены предложения министерств здравоохранения, образования, культуры, спорта, информации и общественных организаций. Разрабатываются меры комплексной поддержки граждан после завершения трудовой деятельности, особенно в период адаптации к статусу пенсионера, а также по организации переобучения и досуга с учетом потребностей всех категорий пожилого населения страны.

Стратегией закреплены приоритетные направления действий:

улучшение качества и доступности услуг здравоохранения, ориентированных на нужды пожилых граждан;

поощрение здоровьесберегающих форм поведения на всех этапах жизни в целях снижения эпидемиологической нагрузки неинфекционных заболеваний и гендерных различий в показателях здоровья и продолжительности жизни населения;

ведение адресной работы по поощрению здорового образа жизни, в том числе, на базе школ здоровья (активного долголетия);

разработка комплексного, персонализированного и интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи, услуг, основанного на выявлении потребностей пожилых граждан;

развитие гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской помощи;

подготовка медицинских кадров в области гериатрии, геронтологии;

развитие медико-социальной помощи пожилым гражданам;

разработка стратегического подхода к сохранению психического здоровья, ориентированного на потребности пожилых граждан;

развитие новых форм и методик реабилитации пожилых граждан для поддержания уровня их физической активности, создание условий для занятий физической культурой с учетом особенностей данной группы;

расширение практики организации и поддержки школ «активного долголетия», «долгосрочного ухода», а также создание других моделей по мотивации активного долголетия пожилых граждан;

создание на базе физкультурно-оздоровительных, спортивных центров (комбинатов, комплексов, центров физкультурно-оздоровительной работы) физкультурно-спортивных клубов, групп по спортивным интересам для пожилых граждан;

развитие практики оказания физкультурно-оздоровительных услуг пожилым гражданам с частичной оплатой их стоимости.

Учитывая социально-демографическую ситуацию в Республике Беларусь, для которой характерно старение населения, увеличение численности инвалидов, одиноких и одиноко проживающих пожилых людей, а также принимая во внимание повышение требований населения к качеству предоставляемых социальных услуг, все более актуальным становится внедрение новых совершенных форм социального обслуживания населения – эффективных инновационных медико-социальных технологий [7].

В сфере здравоохранения к числу таких инноваций относятся формы организации медицинского обслуживания населения, позволяющие заменить дорогостоящее стационарное лечение.

Внедрение новых технологий в практику социального обслуживания населения пожилого возраста обусловлено наличием неудовлетворенного спроса на социальные услуги и необходимостью поиска ресурсов при их ограниченности.

В настоящее время в Республике Беларусь внедряются новые формы работы по медико-социальному обслуживанию пожилых граждан.

К ним относятся:

оплата услуг на основе договоров пожизненного содержания с иждивением (ренты). По договору пожизненного содержания с иждивением получатель ренты – гражданин передает принадлежащее ему недвижимое имущество, за исключением земельного участка, в собственность плательщика ренты, который обязуется осуществлять пожизненное содержание с иждивением гражданина и (или) указанного им третьего лица (лиц) [8];

предоставление возможности временного (до одного месяца) пребывания для обеспечения социальной передышки ухаживающим за пожилым человеком членам семьи. Существует услуга «социальная передышка». Это – возможность для семьи, в которой проживает человек, страдающий нарушением психофизического состояния, немного отдохнуть, спокойно заняться своими делами. Такая услуга была введена впервые в 2011 г. в качестве эксперимента в Минске, и когда стало понятно, что она пользуется спросом, было решено распространить этот опыт на всю страну;

социальное обслуживание в замещающей семье (72 замещающие семьи). Правительством утверждено Положение о новой форме социального обслуживания пожилых людей – замещающей семье [9]. Согласно документу, замещающая семья – форма жизнеустройства совершеннолетнего нетрудоспособного гражданина в условиях совместного проживания и ведения общего хозяйства с иным физическим лицом;

развитие механизма государственного социального заказа. Государственный социальный заказ (далее – ГСЗ) в области социального обслуживания предусмотрен Законом Республики Беларусь «О социальном обслуживании», государственную политику по его реализации проводит Министерство труда и социальной защиты. Механизм ГСЗ заключается в вовлечении негосударственных некоммерческих организаций и

индивидуальных предпринимателей в оказание социальных услуг на основе конкурсного отбора, который проводится местными исполнительными и распорядительными органами. Цели ГСЗ – удовлетворение потребностей граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, в социальных услугах, повышение доступности и качества социальных услуг [10].

Роль ведущего организатора инновационных форм социального обслуживания населения, в число которых входит использование социальной технологии в форме государственного социального заказа, в новых социально-демографических и социально-экономических условиях должно выполнять государство.

В Республике Беларусь в настоящее время существует ряд проблем, затрудняющих применение новых форм организации социального обслуживания граждан. К ним относятся: несовершенство нормативно-правовой базы, регулирующей введение договорного принципа оказания социальных услуг; недостаточное использование социально-управленческого подхода в реализации инновационных технологий, базирующихся на выявлении потребностей в услугах для обеспечения сбалансированной ответственности и партнерства всех субъектов в системе оказания социальных услуг.

В большинстве стран созданы законодательные механизмы, позволяющие привлекать к оказанию услуг всех субъектов гражданских правоотношений независимо от формы собственности и подчиненности. Государства выполняют стоящие перед ними социальные задачи путем реализации и финансирования социальных программ, предоставления субсидий юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, работающим в социальной сфере, а также закупки социально-значимых услуг и проектов через механизм государственного социального заказа [10].

Финансирование реализации ГСЗ осуществляется в рамках мероприятий следующих государственных программ:

Государственной программы о социальной защите и содействии занятости населения на 2016–2020 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30.01.2016 №73 (п.152);

Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 №200 (п.17 подпрограммы «Семья и детство»).

Эпидемиологическая ситуация, вызванная COVID-19, внесла свои коррективы в работу здравоохранения страны. Здравоохранение столкнулось со многими факторами риска профессионального заражения медицинских работников, что усложнило работу и снизило ее результативность. Отмечена нехватка социальных работников, поскольку около трети людей из социальных служб находятся в зоне риска из-за предпенсионного и пенсионного возраста и наличия хронических заболеваний [11].

Необходимость выполнения экстренных и экстремальных работ, высокая нагрузка, дефицит персонала, нарушение правил охраны труда, связанное с нехваткой средств индивидуальной защиты, контакт с инфицированными пациентами и материалом, недостаточная грамотность медицинских работников в вопросах распространения и борьбы с инфекциями потребовали принятия дополнительных мер минимизации последствий пандемии. В частности, приняты меры по снижению уровня заболеваемости и минимизации риска заражения наиболее уязвимых категорий граждан с акцентом на изоляцию социальной составляющей оказания помощи и психосоциальную поддержку людей старшего возраста, их семей и лиц, осуществляющих уход за ними. Это – важная часть комплексных ответных мер в борьбе с пандемией.

Важно подчеркнуть, что распространение достоверной информации имеет решающее значение для получения пожилыми людьми четких указаний и ресурсов, информирующих их о том, как поддерживать свое физическое и психическое здоровье во время пандемии и что делать в случае заболевания. Большую роль в решении данных вопросов, в предоставлении услуг длительного ухода лицам старшего возраста сыграли не только медицинские и социальные работники, но и территориальные центры социального обслуживания населения, Белорусское Общество Красного Креста, общественные организации и волонтеры Белорусского республиканского союза молодежи.

Из мер предосторожности на фоне распространения COVID-19, общение с пациентами происходит исключительно по телефону или интернету. В стране заблаговременно перестроена работа поликлиник для исключения необязательных посещений пожилыми людьми, имеющими хронические заболевания, организована работа с данной категорией командой врача общей практики – помощником врача, медицинской сестрой и врачом. Они не только оказывали медицинскую помощь, но и обеспечивали доставку пожилым

людям на дом рецептов на лекарственные средства, при этом, активизирована выписка электронных рецептов. В районах постоянно работают горячие линии для пациентов старше 60 лет по вопросам профилактики коронавирусной инфекции, правилам гигиены, поддержания психологического состояния и др. При необходимости помощь оказывается на дому. С целью защиты престарелых от мошенников, Минтруда и соцзащиты внедрило специальный алгоритм действия соцработников, которые закреплены за конкретным пожилым человеком или инвалидом на все время пандемии.

Духовная составляющая оказания помощи пациентам в этот сложный период продолжает оказываться в церковных приходах, монастырях, религиозных общинах. В рамках проекта Красного Креста и платформы «Имена» выпущена наглядная и хорошо иллюстрированная брошюра «Коронавирус: рекомендации и советы для пожилых людей», в том числе, по снижению риска заражения и получению психосоциальной поддержки от волонтеров.

В стране приняты необходимые меры по минимизации последствий коронавирусной инфекции, однако в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки перепрофилирование коечного фонда повлекло за собой уменьшение объемов оказания плановой помощи профильным пациентам, в том числе, в республиканских организациях здравоохранения.

С учетом этих и многих других возникших проблем в Беларуси разрабатывается собственная национальная модель интегрированной медико-социальной помощи, направленной на поддержку и улучшение качества жизни пожилых граждан и людей с инвалидностью, предоставляемой как в организациях здравоохранения, учреждениях социального обслуживания, так и в домашних условиях. Впервые в проект новой редакции Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» вводится понятие интегрированной медико-социальной помощи.

Тем не менее, несмотря на достижения действующей системы здравоохранения, в критических условиях медико-социальная помощь оказалась недостаточно эффективной, что обосновывает необходимость анализа проблем и улучшения работы всех ее звеньев.

Сегодня ведется поиск более приемлемых и эффективных вариантов сотрудничества медицинских и социальных работников. Решение этих задач требует совершенствования межведомственной координации в управлении социальной рабо-

той в здравоохранении и создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи, обеспечивающих комплексные услуги населению.

Важнейшую роль в совершенствовании технологий оказания медицинской помощи, включая оказание ее различным категориям граждан страны, наиболее в ней нуждающимся, выполняют белорусские ученые-медики, разрабатывая и внедряя в практику здравоохранения новые методы и технологии профилактики, диагностики, лечения и реабилитации [12, 13].

Разработка, трансферт и научно-методическое обеспечение всех направлений развития системы здравоохранения, включая развитие и совершенствование медико-социальной помощи, в Республике Беларусь сегодня обеспечивается 26 государственными научными медицинскими (фармацевтическими) учреждениями, включающими 5 учреждений, реализующих программы высшего медицинского (фармацевтического) образования (4 медицинских университета и Белорусская медицинская академия последипломного образования), 15 республиканских научно-практических центров, 3 научно-практических центра (РУП «Научно-практический центр гигиены»; ГУ «НПЦ ЛОТИОС» и ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»).

К организациям, аккредитованным на осуществление научно-исследовательской деятельности, также относятся РУП «Белмедпрепараты», УЗ «Национальная антидопинговая лаборатория» и ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов».

В целом, в системе здравоохранения на начало 2020 г. работали почти 9% из общего числа всех белорусских исследователей. Это свыше 3700 научных работников, более половины из которых (57,36%) имеют ученые степени и звания. Несмотря на то, что за последние годы постоянно снижается численность научных работников в отрасли здравоохранения, в стране удалось сохранить сильные школы по различным направлениям медицинской науки, в том числе и по специальности «общественное здоровье и здравоохранение».

Ежегодно в РНПЦ МТ осуществляется количественный и качественный анализ массива научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических разработок (НИОК(Т)Р) белорусских ученых-медиков, в том числе, посвященных вопросам сохранения и улучшения здоровья населения, что, с нашей точки зрения, помогает

выделить наиболее важные направления дальнейшего развития отраслевой науки.

Поскольку медико-социальная работа проводится в основном с контингентом, имеющим хронические неинфекционные заболевания (НИЗ), для оценки вклада научных разработок в улучшение медико-социальной работы нами проведен анализ результативности и эффективности всех организаций медицинской науки Беларуси за последнее десятилетие по исследованиям, касающимся НИЗ, включая вопросы эпидемиологии, профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, организации медицинской и медико-социальной помощи, разработки и внедрения в практическое здравоохранение новых медицинских технологий.

Материалами для решения этой задачи служили отчеты научно-исследовательских организаций системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, информационные базы данных и реестры НИОК(Т)Р.

Ежегодно в научных организациях системы здравоохранения выполнялись от 640 НИОК(Т)Р (2010 г.) до 880 НИОК(Т)Р (2019 г.).

В большинстве НИОК(Т)Р в качестве обязательного конечного результата разрабатываются новые медицинские технологии, новые лекарственные средства, тест-системы и наборы для

лабораторного анализа, организационные формы работы, после внедрения используемые в практическом здравоохранении страны (рис. 3, 4).

Считается, что основной причиной заболеваемости, инвалидности и смертности населения являются НИЗ, среди которых наиболее ощутимы болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, сахарный диабет, хронические obstructивные болезни легких, психические болезни. Поэтому мы оценили весь массив НИОК(Т)Р и разработок, созданных и внедренных в практическое здравоохранение в рамках выполнения научно-исследовательских тем, посвященных этим направлениям медицинской деятельности.

Например, в 2019–2020 гг. вопросам онкологии, кардиологии и психического здоровья было посвящено около 27% научных разработок, из которых 9,5% касались онкологии, около 7% – болезней сердечно-сосудистой системы, 2,8% – психических заболеваний и 7,7% – вопросов организации здравоохранения и оказания медико-социальной помощи отдельным группам населения.

При этом, 3,6% общего числа научно-практических разработок приходилось на методы экспертизы и реабилитации, 12,3% – лечения, 17,8% – диагностики и 2,4% – профилактики НИЗ [12, 13].

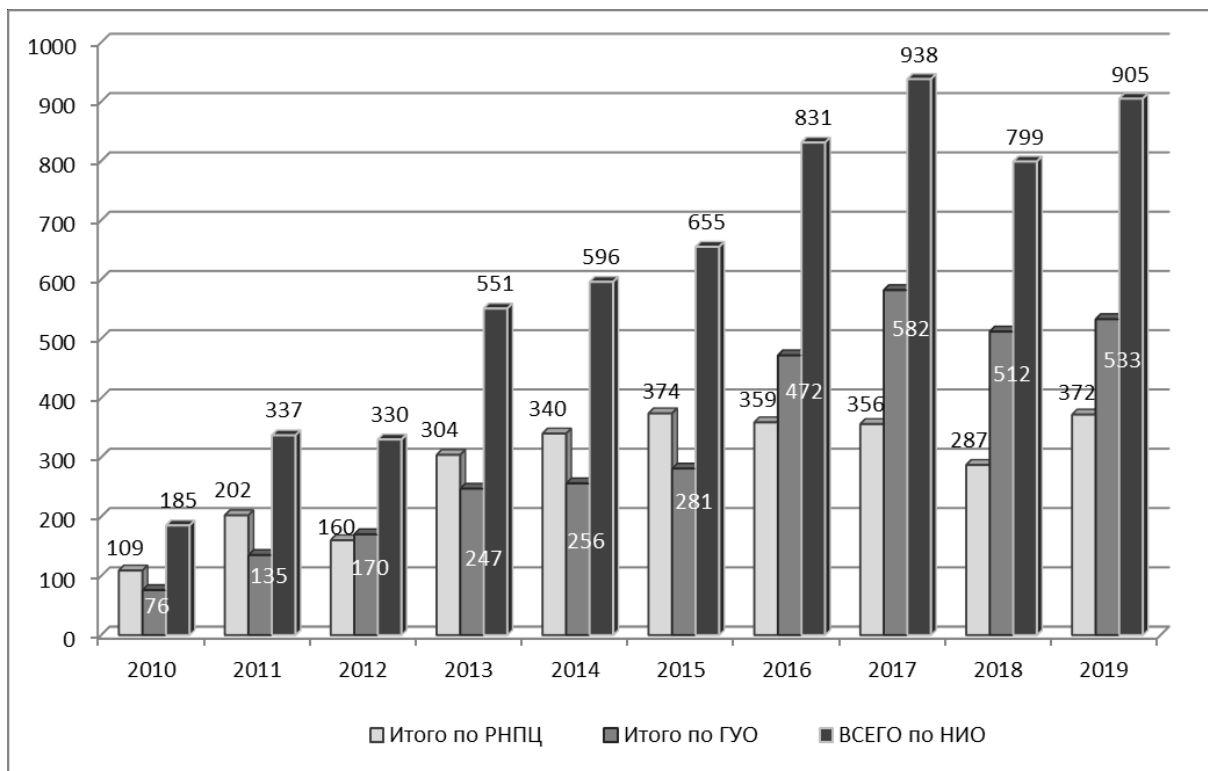


Рис. 3. Динамика разработки методов оказания медицинской помощи (утвержденных Минздравом инструкций по их применению) в Республике Беларусь (2010–2019 гг.)

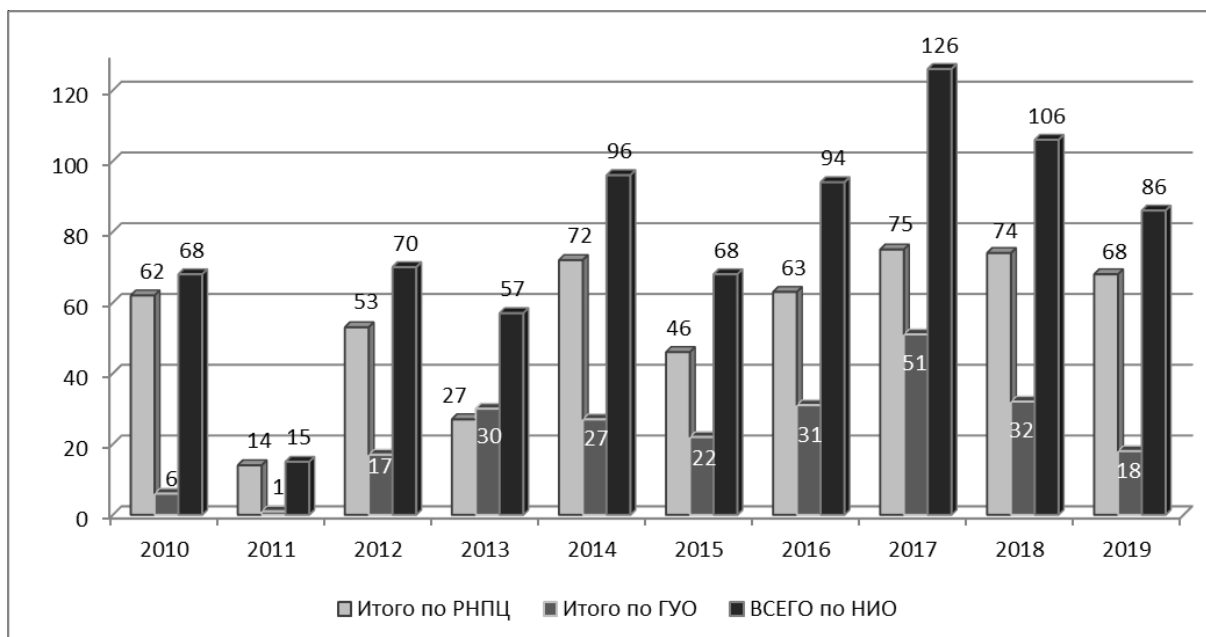


Рис. 4. Количество налаженных серийных выпусков медицинских изделий, лекарственных средств, диагностикумов, тест-систем, разработанных гигиенических нормативов и стандартов (2010–2019 гг.)

На рис. 3 и 4 проиллюстрирована растущая год от года практическая результативность ученых-медиков по разработке новых методов и технологий, созданию и внедрению медицинских изделий, лекарственных средств и т.д. Наиболее результативными были исследования в области клинической лабораторной диагностики, онкологии, кардиологии и общественного здоровья и здравоохранения.

К примеру, за последние 10 лет число выполняемых НИОК(Т)Р по вопросам диагностики и лечения онкологических и кардиологических заболеваний у взрослых и детей заметно возросло (почти в 3 и 4,2 раза соответственно).

В стране разработана и внедрена система прогнозирования показателей заболеваемости населения, организационная модель медико-социального сопровождения пациентов при ряде заболеваний, оптимизированы методы профилактики, диагностики и терапии актуальных заболеваний [8].

Сегодня внимание всех работников здравоохранения в Республике Беларусь сконцентрировано на главной проблеме – высоком уровне показателя общей смертности населения и, особенно, мужчин трудоспособного возраста, что рассматривается как серьезный вызов социально-экономическому развитию страны. Соответственно, значительная часть НИОК(Т)Р, включенных в анализ, посвящена оценке состояния здоровья населения, вопросам повышения качества

диагностики, лечения и реабилитации пациентов при актуальных для страны неинфекционных заболеваниях.

В заключение важно добавить, что кроме представленных на рис. 3 и 4 количественных показателей научно-практических достижений, реальный вклад ученых-медиков в практическую медицину осуществлялся, во многом, благодаря внедрению собственных результатов в практику, что, в конечном итоге, проявлялось в снижении частоты осложнений и временной утраты трудоспособности, сокращении сроков и объемов обследования для постановки диагноза, снижении показателей заболеваемости, инвалидности и смертности и уменьшении затрат на оказание медицинской помощи.

Несмотря на то, что система медико-социального обслуживания населения Республики Беларусь достаточно развита, в настоящих социально-экономических условиях она требует дальнейшего совершенствования.

Приоритетными направлениями развития системы социального обслуживания страны являются:

- обеспечение доступности социального обслуживания;
- развитие стационарзамещающих технологий оказания социальных услуг;
- внедрение выявительного принципа оказания социальной поддержки в отношении одиноких пожилых граждан;

стимулирование неформального ухода за пожилыми гражданами, утратившими способность к самообслуживанию;

внедрение моделей социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями;

переход на определение нуждаемости в социальных услугах, исходя из индивидуальных потребностей пожилых граждан и возможностей их семей;

совершенствование механизма государственного социального заказа;

совершенствование системы подготовки и повышения квалификации работников, оказывающих социальные услуги пожилым гражданам.

Литература

1. Малахова, И.В. Совершенствование взаимодействия ведомственной медицины и системы здравоохранения в Республике Беларусь / И.В.Малахова, И.И.Новик, Т.Ф.Мигаль // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №1. – С.20–26.
2. Малахова, И.В. Основные документы, регламентирующие социальные вопросы в здравоохранении Республики Беларусь / И.В.Малахова, И.П.Щербинская, Т.В.Дудина, А.И.Ёлкина // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы VII Международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию кафедры «Социальные технологии» Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления, Улан-Удэ, 6–7 дек. 2018 г. / отв. ред. Ю.Ю.Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во Восточно-Сибирского гос. ун-та технологий и управления (ВСГУТУ), 2018. – С.188–189.
3. Глушанко, В.С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: Монография / В.С.Глушанко, В.В.Колбанов, И.В.Левицкая, И.Н.Мороз, С.А.Морозова, Т.Г.Светлович; под ред. секретаря БОКК В.В.Колбанова. – Витебск: ВГМУ, 2008. – 185 с.
4. Лисовская, Е.Ю. Особенности социальной работы в учреждениях здравоохранения [Электронный ресурс] / Е.Ю.Лисовская. – Режим доступа: <https://ebooks.grsu.by/evrika2015/lisovskaya-e-yu-osobennosti-sotsialnoj-raboty-v-uchrezhdeniyakh-zdravookhraneniya.htm>. – Дата доступа: 26.07.2019.
5. Пантюк, И.В. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Социальные инновации» / И.В.Пантюк. – Минск: БГУ, 2012. – С.4.
6. Служба сестер милосердия БОКК [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://redcross.by/sluzhba-sester-miloserdija-bokk/>. – Дата доступа: 10.07.2019.
7. Бондаренко, И.Н. Инновационные технологии социального обслуживания пожилых людей: новые возможности / И.Н.Бондаренко // Клиническая геронтология. – 2003. – №12. – С.21–28.
8. Гражданский кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс]: 7 дек. 1998 г., №218-3: принят Палатой представителей 28 окт. 1998 г.: одобрен Советом Респ. 19 нояб. 1998 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020 (ст.572. Договор пожизненного содержания с иждивением).
9. Об утверждении Положения о социальном обслуживании в замещающей семье и внесении дополнений и изменений в некоторые постановления Совета Министров Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 20 нояб. 2017 г., №864 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
10. Щёткина, М.А. Государственный социальный заказ в организации социального обслуживания населения Беларуси: социологический подход: автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.08 / М.А.Щёткина; Академия управления при Президенте Респ. Беларусь. – Минск, 2016. – 26 с.
11. Сачек, М.М. Медико-социальная помощь пожилым в условиях пандемии COVID-19 в Республике Беларусь / М.М.Сачек, И.В.Малахова, Т.В.Дудина, М.Г.Василевская // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы IX международной науч.-практ. конф., посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, Улан-Удэ, 1–2 окт. 2020 г. / отв. ред. Ю.Ю.Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во Восточно-Сибирского гос. ун-та технологий и управления (ВСГУТУ), 2020. – С.170–172.
12. Сачек, М.М. Вопросы здоровья и качества жизни населения в научно-исследовательских разработках ученых-медиков Беларуси за период с 2014 по 2018 годы / М.М.Сачек, И.В.Малахова, Т.В.Дудина, А.И.Ёлкина, М.Г.Василевская // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VI Всероссийской с международным участием заочной науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С.Лучкевича. – Ч.2. – СПб., 2019. – С.166–174.
13. Сачек, М.М. Научные разработки белорусских ученых-медиков по вопросам оказания медико-социальной помощи / М.М.Сачек, И.В.Малахова, Т.В.Дудина, М.Г.Василевская // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы IX международной науч.-практ. конф., посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, Улан-Удэ, 1–2 окт. 2020 г. / отв. ред. Ю.Ю.Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во Восточно-Сибирского гос. ун-та технологий и управления (ВСГУТУ), 2020. – С.263–265.

SOME ASPECTS OF MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE PROVIDING IN HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF BELARUS

M.M.Sachek, I.V.Malakhova, T.V.Dudina, M.G.Vasilevskaya

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Medical and social assistance providing in healthcare system of the Republic of Belarus and legal acts regulating this process have been characterized. All areas of medical and social assistance providing to elderly people in healthcare institutions, including in context of the COVID-19 pandemic, are presented in detail. Innovative directions of medical and social services activity are described. Directions and effectiveness of scientific developments of Belarusian medical scientists on issues of medical and social assistance providing in non-communicable diseases in 2010–2019, introducing into practical healthcare, have been analyzed.

Keywords: Republic of Belarus; medical and social assistance; regulatory framework; healthcare institutions; medical science; organizational technologies, COVID-19 pandemic.

Сведения об авторах:

Сачек Марина Михайловна, д-р мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», директор; тел.: (+37529) 6703237; e-mail: msachek@belcmt.by.

Малахова Ирина Владимировна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зам. директора по научной работе; тел.: (+37517) 3313205; e-mail: imalahova@belcmt.by.

Дудина Татьяна Васильевна, канд. биол. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией оценки деятельности медицинской науки и здравоохранения; тел.: (+37529) 7057985; e-mail: tdudina@belcmt.by.

Василевская Марина Геннадьевна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория оценки деятельности медицинской науки и здравоохранения, научный сотрудник, тел.: (+37529) 7779291; e-mail: an1ram@tut.by.

Поступила 10.10.2020 г.

УДК 616.1/8-036.2:614.8.026.1]:612.6.06

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

¹ И.И.Новик, ¹ В.М.Писарик, ² Brett J. Craig, ² Ivo Rakovac

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

² Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), UN City, Marmorvej, 51, DK-2100, Копенгаген, Дания

Проведен сравнительный анализ распространенности поведенческих и биологических факторов риска (ФР) неинфекционных заболеваний (НИЗ) у мужчин и женщин по результатам STEPS-исследования, проведенного в Республике Беларусь в 2016 г. Результаты анализа выявили, что в большинстве возрастных групп населения распространенность поведенческих ФР, кроме одного (недостаточная физическая активность), значительно ниже у женщин, чем у мужчин; распространенность биологических ФР НИЗ у женщин старших возрастных групп выше, чем у мужчин. Распространенность поведенческих ФР у мужчин и женщин характеризуется разной динамикой на протяжении жизни. Дополнительные параметры – место проживания, уровень образования, семейное положение и статус занятости – позволяют идентифицировать и анализировать различия не только между мужчинами и женщинами, но и внутри каждой из гендерных групп.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания (НИЗ); поведенческие и биологические факторы риска (ФР); гендерный анализ, половозрастные группы.

Введение

В последние годы профилактика неинфекционных заболеваний (НИЗ) относится к приоритетным задачам национального здравоохранения, ведется активная работа по снижению бремени этих заболеваний [1]. При этом, распространенность факторов риска (ФР) НИЗ продолжает оставаться на довольно высоком уровне и различается как между мужчинами и женщинами, так и внутри обеих гендерных групп.

В 2016–2020 гг. в Республике Беларусь успешно реализован проект международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» (БЕЛМЕД), финансируемый Европейским Союзом, в рамках которого при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) проведено общенациональное исследование распространенности основных ФР НИЗ среди населения страны в возрасте 18–69 лет (STEPS 2016) [2].

В ходе STEPS-исследования была собрана информация о социально-демографических показателях респондентов (пол, возраст, место проживания, род занятости, семейное положение, образование), об употреблении табака и алкоголя, рационе пита-

ния (количество фруктов и овощей, использование различных видов жиров и соли), о физической активности, наличии болезней системы кровообращения и др. Были проведены антропометрические измерения (рост, масса тела и окружность талии), измерены артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений, определены биохимические показатели (уровень глюкозы и холестерина в крови, а также натрия и креатинина в моче) [3].

Все собранные данные были дезагрегированы по половозрастным группам (мужчины и женщины, соответственно, в возрасте 18–29, 30–44, 45–59 и 60–69 лет), что позволило провести сравнительный анализ распространенности ФР НИЗ в зависимости от пола и возраста и определить гендерные различия с учетом социально-демографических показателей.

Цель настоящей публикации – проанализировать различия в распространенности поведенческих и биологических ФР НИЗ в половозрастных группах, а также в гендерных группах в зависимости от места проживания, уровня образования, семейного положения и статуса занятости.

Материалы и методы

Материалом для данной работы послужили данные, полученные в ходе STEPS-исследования [3], которые отражают распространенность среди

населения поведенческих и биологических ФР НИЗ, а именно:

поведенческие ФР – употребление табака и алкоголя, нездоровое питание (низкий уровень потребления фруктов и овощей (<5 стандартных порций в сутки), высокое содержание в рационе питания соли), недостаточная физическая активность (<150 минут среднеинтенсивной нагрузки в неделю);

биологические ФР – избыточная масса тела и ожирение, повышенное АД (систолическое АД ≥ 140 и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст.), повышенный уровень глюкозы ($\geq 6,1$ ммоль/л) и холестерина ($\geq 5,0$ ммоль/л) в крови [3].

Избыточная масса тела респондентов определялась исходя из значения индекса массы тела (ИМТ) от 25 до 30 кг/м². При значении ИМТ более 30 кг/м² у респондента констатировалось ожирение [3].

Методы исследования – статистический и сравнительный анализ.

Проверка на статистическую значимость различий выполнялась с использованием критерия хи-квадрат ($p < 0,05$, доверительный интервал (ДИ) – 95%).

Репрезентативность сформированной для STEPS-исследования выборки респондентов общей численностью фактически принявших участие 5010 человек, из которых 2506 городских (50,0%)

и 2504 (50,0%) сельских жителей, 2089 мужчин (41,7%) и 2921 женщина (58,3%), представляющие все регионы Республики Беларусь и распределенные по возрастным группам следующим образом: 18–29 лет – 689 человек: 331 мужчина (48,0%) и 358 женщин (52,0%); 30–44 года – 1409 человек: 592 мужчины (42,0%) и 817 женщин (58,0%); 45–59 лет – 1904 человека: 812 мужчин (42,6%) и 1092 женщины (57,4%); 60–69 лет – 1008 человек: 354 мужчины (35,1%) и 654 женщины (64,9%), позволяет экстраполировать полученные результаты на все население страны в возрасте от 18 до 69 лет [3].

Результаты исследования

Поведенческие ФР (употребление табака и алкоголя, нездоровое питание и др.) более распространены среди мужчин, чем среди женщин (табл. 1).

Для **биологических ФР** такой зависимости не наблюдается. Ожирение и повышенный уровень холестерина чаще встречаются у женщин. Избыточная масса тела, повышенное АД (или прием антигипертензивных препаратов) и повышенный уровень глюкозы имеют приблизительно одинаковое распространение как среди мужчин, так и среди женщин. Единственный биологический ФР, который встречается у мужчин чаще, чем у женщин, – это повышенное АД (САД ≥ 140 и/или

Таблица 1

Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний у мужчин и женщин

Факторы риска (ФР)		Мужчины, процентов (ДИ 95%)	Женщины, процентов (ДИ 95%)
Поведенческие ФР			
Употребление табака в настоящее время		48,4 (45,5–51,3)	12,6 (11,1–14,0)
Употребление алкоголя	Употребление в настоящее время	64,9 (61,6–68,3)	41,8 (38,6–44,9)
	Эпизодическое употребление в больших количествах	35,0 (31,8–38,1)	6,9 (5,6–8,2)
Нездоровое питание	<5 порций фруктов/овощей в день	77,9 (74,3–81,5)	68,4 (64,7–72,0)
	Постоянное или частое добавление соли в пищу	35,8 (31,9–39,7)	28,0 (24,5–31,4)
	Постоянное или частое употребление обработанных пищевых продуктов	43,6 (40,4–46,8)	28,5 (25,9–31,1)
Недостаточная физическая активность		12,8 (10,7–14,9)	13,5 (11,5–15,5)
Биологические ФР			
Избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м ²)		61,5 (58,7–64,2)	60,0 (57,3–62,4)
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)		20,2 (17,9–22,4)	30,2 (27,9–32,5)
Повышенное артериальное давление (АД)	Повышенное АД (или прием антигипертензивных препаратов)	45,6 (42,7–48,6)	44,2 (41,9–46,5)
	Повышенное АД (и отсутствие приема антигипертензивных препаратов)	35,3 (32,1–38,4)	25,2 (22,9–27,6)
Повышенный уровень глюкозы в крови (или прохождение соответствующего курса лечения)		3,2 (2,3–4,1)	3,9 (2,9–5,0)
Повышенный уровень холестерина (или прохождение соответствующего курса лечения)		33,4 (30,6–36,2)	42,6 (40,0–45,2)

ДАД \geq 90 мм рт. ст.) у респондентов, не получающих в настоящее время антигипертензивную лекарственную терапию (в табл. 1 и далее используется сокращенное название для указания доли лиц с наличием этого ФР – «повышенное АД и отсутствие приема антигипертензивных препаратов»).

Наличие у пациента нескольких ФР значительно увеличивает риск развития НИЗ. В соответствии с методологией STEPS [2, 3] при изучении распространенности трех или более факторов риска среди населения были проанализированы следующие пять:

- 1) ежедневное курение;
- 2) употребление менее пяти порций фруктов и/или овощей в день;
- 3) недостаточная физическая активность;
- 4) избыточная масса тела;
- 5) повышенное АД (или прием антигипертензивных препаратов).

Результаты STEPS 2016 показали, что доля мужчин, имеющих три или более ФР, значительно выше (47,9%), чем доля женщин (33,7%) (табл. 2). И, с другой стороны, количество мужчин, не имеющих ни одного из перечисленных ФР, значительно ниже по сравнению с этой долей среди женщин (2,5 и 8,4% соответственно) [3].

Как следует из представленных в табл. 2 данных, доля мужчин с несколькими факторами риска **постепенно** увеличивается с каждой последующей возрастной группой, а доля женщин с несколькими ФР растет **более резко**, в результате чего разница между мужчинами и женщинами сокращается в зрелом и пожилом возрасте. Так, доля мужчин с тремя или более ФР в возрастной группе 60–69 лет в 3 раза больше, чем в возрастной группе 18–29 лет (71,8 и 25,1% соответственно), при этом, у женщин этот показатель в данных возрастных группах различается более чем в 6 раз (59,8 и 9,4% соответственно).

Рассмотрим подробнее распространенность в половозрастных группах **поведенческих** ФР НИЗ. Данные, представленные в табл. 3 указывают, что в большинстве случаев поведенческие ФР встречаются чаще среди мужчин, чем среди женщин.

Наибольшая распространенность практически всех представленных в табл. 3 поведенческих ФР, как среди мужчин, так и среди женщин, приходится на возрастную группу 30–44 года, а наименьшая – на группу 60–69 лет (за исключением физической активности). Вместе с тем, если рассматривать каждый ФР по отдельности, то их распространенность варьирует в зависимости от возрастной группы и пола. Например, различия между возрастными группами в отношении употребления алкоголя более выражены у женщин, чем у мужчин.

Ситуация с распространенностью **биологических** ФР в половозрастных группах, представленная в табл. 4, имеет другие закономерности: доля мужчин и женщин, имеющих биологические ФР, существенно повышается в каждой последующей возрастной группе, причем, как это было уже отмечено при анализе распространенности трех и более ФР, доля женщин с ФР возрастает более резко.

Например, распространенность избыточной массы тела среди мужчин в возрастной группе 18–29 лет значительно выше (40,0%), чем среди женщин (23,6%), а в возрастной группе 60–69 лет ситуация противоположная – у женщин (83,8%) показатель выше, чем у мужчин (77,7%). Распространенность ожирения у мужчин и женщин в возрастной группе 18–29 лет статистически не различается (7,0% мужчин и 6,7% женщин), а в возрастной группе 60–69 лет оно почти в 2 раза чаще встречается у женщин (50,1%), чем у мужчин (29,5%).

Разбивка по ряду социально-демографических категорий, таких как место проживания, уровень образования, семейное положение и занятость, позволяет выявить дополнительные различия в распространенности ФР между мужчинами и женщинами и внутри гендерных групп.

Для анализа различий **по месту проживания** данные, собранные в ходе STEPS-исследования, были разделены на полученные среди городских и сельских респондентов. При том, что выявлен ряд различий между мужчинами и женщинами, проживающими в городах и сельской местности,

Таблица 2

Распространенность трех или более факторов риска

Возрастная группа, лет	Мужчины, процентов (ДИ 95%)	Женщины, процентов (ДИ 95%)	Соотношение Муж/Жен
18–29	25,1 (20,2–30,0)	9,4 (5,5–13,2)	2,7
30–44	46,4 (41,6–51,3)	22,8 (19,5–26,2)	2,0
45–59	57,5 (53,4–61,6)	45,2 (41,3–49,1)	1,3
60–69	71,8 (66,6–77,0)	59,8 (54,9–64,8)	1,2
Все (от 18 до 69 лет)	47,9 (44,8–50,9)	33,7 (31,2–36,2)	1,4

**Распространенность поведенческих факторов риска
в разбивке по возрастным группам**

Фактор риска	Пол	Возрастная группа			
		18–29 лет, процентов (ДИ 95%)	30–44 лет, процентов (ДИ 95%)	45–59 лет, процентов (ДИ 95%)	60–69 лет, процентов (ДИ 95%)
Употребление табака в настоящее время	Муж	47,7 (41,7–53,7)	53,0 (48,0–58,0)	47,8 (43,7–51,9)	39,7 (33,5–45,9)
	Жен	14,0 (10,1–17,9)	17,4 (14,5–20,3)	11,2 (8,8–13,6)	4,9 (3,0–6,8)
Употребление алкоголя	Муж	58,3 (51,4–65,3)	71,5 (66,6–76,4)	65,8 (61,7–69,9)	59,2 (52,8–65,6)
	Жен	38,3 (31,9–44,7)	50,1 (45,4–54,8)	44,6 (40,5–48,7)	26,4 (22,1–30,7)
Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах	Муж	25,0 (19,6–30,4)	42,6 (37,5–47,7)	36,1 (31,6–40,6)	32,3 (26,4–38,1)
	Жен	4,9 (2,3–7,5)	9,2 (6,7–11,7)	7,7 (5,6–9,7)	4,0 (2,2–5,8)
Нездоровое питание (<5 порций фруктов/овощей в день)	Муж	79,7 (73,4–86,0)	78,7 (74,1–83,4)	76,5 (72,1–80,8)	76,0 (70,5–81,4)
	Жен	66,7 (59,3–74,1)	69,8 (64,9–74,6)	68,2 (63,6–72,8)	68,2 (63,4–73,0)
Нездоровое питание (добавление соли)	Муж	35,3 (29,3–42,3)	37,4 (31,6–43,1)	35,9 (31,4–40,5)	32,9 (27,0–38,8)
	Жен	27,7 (21,4–34,1)	29,2 (24,5–33,9)	27,9 (23,8–32,0)	26,2 (21,5–30,8)
Нездоровое питание (обработанные пищевые продукты)	Муж	39,7 (33,2–46,3)	50,7 (45,4–56,0)	42,2 (37,9–46,5)	36,6 (30,9–42,2)
	Жен	31,5 (25,4–37,6)	30,5 (26,4–34,6)	30,1 (26,6–33,6)	18,1 (14,5–21,7)
Недостаточная физическая активность	Муж	7,7 (4,9–10,5)	10,5 (7,5–13,6)	13,2 (10,3–16,1)	27,1 (20,2–34,1)
	Жен	11,8 (7,6–15,9)	12,3 (9,7–14,9)	11,6 (9,0–14,2)	20,8 (16,4–25,3)

эти различия проявляются в разной степени в зависимости от конкретного ФР (табл. 5). Например, у мужчин обнаружена статистически значимая разница в распространенности употребления табака (54,1% сельских и 43,3% городских жителей), в то время как у женщин – значимая разница в распространенности употребления алкоголя (35,4% сельских и 46,7% городских жительниц) и добавления соли в еду (33,5 и 23,6% соответственно). Распространенность таких поведенческих факторов риска, как нездоровое питание (<5 порций фруктов/овощей в день) и недостаточная физическая активность, практически одинакова среди мужчин и женщин, проживающих в городах и сельской местности (табл. 5).

Анализ распространенности **биологических** ФР в разбивке **по месту проживания** указывает на значительные различия у городских и сельских жителей (табл. 6). Так, распространенность ожирения у женщин значительно выше в сельской местности (35,7%), чем в городской (26,0%), при этом, у мужчин существенной разницы по этому показателю не выявлено (20,0% в сельской местности и 20,3% в городах). Распространенность избыточной массы тела выше у женщин, проживающих в сельской местности, по сравнению с городскими жительницами (65,1 против 55,9%), а у

мужчин, наоборот, – распространенность данного ФР выше в городах, чем в сельской местности (65,5 против 57,0%).

Далее проанализируем распространенность ФР НИЗ в зависимости от **уровня образования**.

По общемировым меркам Беларусь отличается высоким уровнем грамотности (99,8% мужчин и 99,7% женщин) [6].

Данные об уровне образования, собранные в ходе STEPS 2016 с использованием внутривидеометрических категорий, были сопоставлены с уровнями Международной стандартной классификации образования (МСКО) [7], а затем распределены на три уровня – низкий, средний и высокий, как представлено в табл. 7.

Распространенность **поведенческих** ФР среди мужчин и женщин с разным **уровнем образования** варьирует в зависимости от конкретного ФР. Например, мужчины и женщины с высоким уровнем образования значительно реже употребляют табак по сравнению с лицами с другим уровнем образования, однако, при этом, мужчины и женщины с низким уровнем образования употребляют значительно меньше алкоголя, чем лица с другим уровнем образования. Регулярное употребление алкоголя более распространено среди женщин с высоким уровнем образования (46,1%),

Таблица 4

**Распространенность биологических факторов риска
в разбивке по возрастным группам**

Фактор риска	Пол	Возрастная группа			
		18–29 лет, процентов (ДИ 95%)	30–44 лет, процентов (ДИ 95%)	45–59 лет, процентов (ДИ 95%)	60–69 лет, процентов (ДИ 95%)
Избыточный вес (ИМТ ≥ 25 кг/м ²)	Муж	40,0 (33,7–46,2)	62,6 (57,7–67,4)	70,7 (66,9–74,6)	77,7 (72,9–82,5)
	Жен	23,6 (18,3–29,0)	49,3 (45,2–53,5)	80,1 (77,3–82,9)	83,8 (80,4–87,1)
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)	Муж	7,0 (4,0–9,9)	18,3 (14,8–21,8)	28,8 (24,8–32,7)	29,5 (24,0–35,1)
	Жен	6,7 (3,4–10,0)	21,1 (17,7–24,5)	43,0 (39,4–46,7)	50,1 (45,4–54,9)
Повышенное АД (или прием анти- гипертензивных препаратов)	Муж	17,0 (12,4–21,5)	35,1 (30,2–40,0)	64,4 (60,0–68,8)	81,8 (77,0–86,6)
	Жен	10,3 (7,1–13,4)	24,4 (20,8–28,0)	63,4 (60,1–66,7)	84,8 (81,6–88,1)
Повышенное АД (и отсутствие приема анти- гипертензивных препаратов)	Муж	13,9 (9,5–18,4)	30,5 (25,7–35,3)	53,6 (48,5–58,8)	66,8 (58,9–74,7)
	Жен	8,0 (5,0–11,0)	17,1 (13,8–20,3)	43,3 (38,9–47,8)	58,5 (51,1–65,8)
Повышенный уровень глюкозы в крови (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	0,5 (0,0–1,2)	1,1 (0,3–1,9)	5,7 (3,3–8,1)	7,4 (4,4–10,4)
	Жен	0,7 (0,0–1,4)	2,1 (0,8–3,3)	4,3 (2,8–5,7)	10,6 (7,2–14,1)
Повышенный уровень холестерина (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	7,4 (4,1–10,8)	32,9 (28,2–37,6)	44,9 (40,5–49,3)	48,5 (41,9–55,1)
	Жен	15,2 (10,7–19,8)	30,7 (27,0–34,5)	57,0 (53,3–60,8)	66,5 (62,0–71,1)

Таблица 5

**Распространенность поведенческих факторов риска
в разбивке по месту проживания**

Фактор риска	Пол	Место проживания	
		Село, процентов (ДИ 95%)	Город, процентов (ДИ 95%)
Употребление табака в настоящее время	Муж	54,1 (49,4–58,8)	43,3 (39,8–46,7)
	Жен	11,7 (9,4–14,0)	13,2 (11,3–15,2)
Употребление алкоголя	Муж	63,8 (59,5–68,2)	65,9 (60,9–71,0)
	Жен	35,4 (30,6–40,1)	46,7 (42,6–50,9)
Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах	Муж	35,9 (31,1–40,6)	34,1 (29,9–38,4)
	Жен	7,7 (5,5–9,9)	6,3 (4,8–7,8)
Нездоровое питание (< 5 порций фруктов/овощей в день)	Муж	77,3 (71,6–83,0)	78,4 (73,9–83,0)
	Жен	66,5 (60,4–72,6)	69,8 (65,4–74,2)
Нездоровое питание (добавление соли)	Муж	39,0 (33,7–44,2)	33,0 (27,3–38,8)
	Жен	33,5 (28,0–39,0)	23,6 (19,3–28,0)
Нездоровое питание (обработанные пищевые продукты)	Муж	47,6 (43,3–51,9)	40,0 (35,6–44,5)
	Жен	32,0 (27,8–36,2)	25,7 (22,5–28,9)
Недостаточная физическая активность	Муж	11,0 (8,2–13,8)	14,4 (11,4–17,4)
	Жен	13,6 (10,3–16,9)	13,4 (10,9–15,8)

Таблица 6

**Распространенность биологических факторов риска
в разбивке по месту проживания**

Фактор риска	Пол	Место проживания	
		Село, процентов (ДИ 95%)	Город, процентов (ДИ 95%)
Избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м ²)	Муж	57,0 (53,1–60,8)	65,5 (61,6–69,4)
	Жен	65,1 (61,3–68,8)	55,9 (52,5–59,3)
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)	Муж	20,0 (16,9–23,1)	20,3 (17,1–23,4)
	Жен	35,7 (32,2–39,2)	26,0 (23,0–29,0)
Повышенное АД или прием антигипертензивных препаратов	Муж	50,6 (46,3–54,9)	41,1 (37,2–45,1)
	Жен	49,8 (46,2–53,3)	39,9 (36,8–43,0)
Повышенное АД при отсутствии приема антигипертензивных препаратов	Муж	40,9 (36,2–45,6)	30,2 (26,2–34,2)
	Жен	30,7 (26,7–34,7)	21,2 (18,3–24,2)
Повышенный уровень глюкозы в крови (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	2,8 (1,7–3,8)	3,6 (2,1–5,0)
	Жен	4,2 (2,6–5,9)	3,7 (2,4–5,0)
Повышенный уровень глюкозы в крови (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	32,3 (28,1–36,5)	34,5 (30,8–38,1)
	Жен	41,9 (37,9–46,0)	43,2 (39,8–46,5)

Таблица 7

**Соответствие уровней образования, использованных при анализе,
категориям STEPS 2016 и уровням МСКО**

Уровень образования для целей анализа	Внутристрановые категории, использованные при STEPS-исследованиях	Уровни МСКО
Низкий уровень образования	1 – отсутствие формального образования	МСКО 0 – программы развития детей младшего возраста
	2 – оконченное начальное образование	МСКО 1 – начальное образование
	3 – оконченное среднее образование	МСКО 2 – первый этап среднего образования
Средний уровень образования	4 – оконченное среднее специальное образование	МСКО 4 – послесреднее нетретичное образование МСКО 5 – короткий цикл третичного образования
	5 – оконченное гимназическое образование (старшие классы)	МСКО 3 – второй этап среднего образования
Высокий уровень образования	6 – оконченное высшее образование	МСКО 6 – бакалавриат или его эквивалент
	7 – аспирантура	МСКО 7 – магистратура или ее эквивалент МСКО 8 – докторантура или ее эквивалент

чем с низким (33,8%), в то время как эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах встречается чаще среди женщин с низким уровнем образования (10,2%), чем с высоким (4,5%) (табл. 8).

Различия, связанные с **уровнем образования**, наблюдаются и в отношении **биологических ФР**. В целом, распространенность биологических ФР среди женщин, как правило, ниже в группе с высоким уровнем образования, в то время как для мужчин такая зависимость не выявлена (табл. 9).

Что касается избыточной массы тела, ожирения и повышенного АД, то наименьшая их рас-

пространенность отмечается среди женщин с высоким уровнем образования и, как правило, не отличается у женщин с низким и средним уровнем образования. Распространенность этих же ФР среди мужчин с разным уровнем образования статистически не различается, кроме избыточной массы тела, распространенность которой меньше среди мужчин с низким уровнем образования (табл. 9).

При сравнении мужчин и женщин с одинаковым уровнем образования наблюдаются дополнительные различия, не очевидные в контексте общих различий в распространенности биологиче-

Таблица 8

**Распространенность поведенческих факторов риска
в разбивке по уровню образования**

Фактор риска	Пол	Уровень образования		
		Низкий, процентов (ДИ 95%)	Средний, процентов (ДИ 95%)	Высокий, процентов (ДИ 95%)
Употребление табака в настоящее время	Муж	49,4 (44,1–54,6)	53,7 (50,2–57,2)	32,1 (26,8–37,3)
	Жен	16,0 (12,0–20,0)	13,3 (11,4–15,2)	9,2 (6,9–11,5)
Алкоголь (употребление в настоящее время)	Муж	56,1 (50,5–61,7)	68,4 (64,3–72,5)	65,2 (59,1–71,3)
	Жен	33,8 (28,0–39,7)	42,2 (38,5–45,8)	46,1 (41,4–50,8)
Употребление алкоголя (эпизодическое употребление в больших количествах)	Муж	31,1 (25,7–36,6)	38,1 (34,1–42,2)	30,3 (24,7–35,8)
	Жен	10,2 (6,9–13,5)	7,1 (5,3–9,0)	4,5 (2,8–6,2)
Нездоровое питание (<5 порций фруктов/овощей в день)	Муж	75,4 (69,4–81,4)	79,3 (75,4–83,2)	76,8 (71,2–82,4)
	Жен	71,2 (65,7–76,6)	68,3 (63,9–72,8)	66,6 (61,9–71,3)
Нездоровое питание (добавление соли)	Муж	40,7 (34,9–46,6)	35,4 (30,7–40,0)	31,6 (25,8–37,3)
	Жен	35,8 (29,7–41,9)	28,3 (24,0–32,6)	22,5 (17,9–27,1)
Нездоровое питание (обработанные пищевые продукты)	Муж	42,8 (36,4–49,1)	45,8 (41,7–49,9)	38,1 (32,3–43,9)
	Жен	28,8 (23,6–34,0)	30,2 (26,7–33,7)	25,4 (21,5–29,3)
Недостаточная физическая активность	Муж	12,6 (9,0–16,1)	10,5 (8,2–12,8)	19,7 (15,1–24,3)
	Жен	16,4 (11,4–21,4)	10,7 (8,6–12,7)	16,1 (12,7–19,5)

Таблица 9

**Распространенность биологических факторов риска
в разбивке по уровню образования**

Фактор риска	Пол	Уровень образования		
		Низкий, процентов (ДИ 95%)	Средний, процентов (ДИ 95%)	Высокий, процентов (ДИ 95%)
Избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м ²)	Муж	53,4 (48,0–58,8)	62,8 (59,2–66,4)	66,8 (61,0–72,6)
	Жен	61,2 (55,8–66,6)	66,6 (63,4–69,7)	48,3 (43,9–52,6)
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)	Муж	19,6 (15,5–23,6)	19,9 (16,9–22,9)	21,5 (16,5–26,6)
	Жен	35,0 (30,3–39,6)	35,2 (32,2–38,3)	19,2 (16,3–22,1)
Повышенное АД (или прием антигипертензивных препаратов)	Муж	50,3 (44,6–56,0)	45,4 (41,6–49,1)	40,8 (35,0–46,6)
	Жен	54,5 (49,0–60,1)	48,4 (45,3–51,5)	31,0 (27,4–34,5)
Повышенное АД (и отсутствие приема антигипертензивных препаратов)	Муж	40,4 (34,3–46,6)	35,3 (31,4–39,2)	29,3 (23,2–35,4)
	Жен	32,9 (26,8–39,0)	29,0 (25,9–32,2)	15,9 (12,7–19,1)
Повышенный уровень глюкозы в крови (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	4,2 (2,4–6,0)	2,8 (1,9–3,8)	2,9 (1,3–4,6)
	Жен	7,0 (4,0–9,9)	3,8 (2,6–5,0)	2,2 (1,0–3,4)
Повышенный уровень холестерина (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	33,0 (27,4–38,6)	33,7 (30,3–37,1)	33,0 (27,9–38,2)
	Жен	45 (39,3–50,7)	43,1 (39,7–46,4)	40,3 (36,2–44,4)

ских ФР. Например, распространенность избыточной массы тела у женщин с высоким уровнем образования значительно ниже по сравнению с женщинами с другим уровнем образования, а у мужчин, наоборот, – при высоком уровне образования распространенность этого ФР значительно выше. У мужчин распространенность ожирения существенно не различается в группах с разным уровнем образования, а у женщин с высоким уровнем образования данный показатель значительно ниже и сопоставим с распространенностью ожирения среди всех групп мужчин. Можно сделать вывод о том, что значительная разница в распространенности ожирения между мужчинами и женщинами в целом обусловлена уровнями распространенности ожирения в группах женщин со средним и низким уровнем образования.

Распространенность обоих ФР, связанных с повышенным АД, также значительно ниже среди женщин с высоким уровнем образования, что позволяет предположить, что различия в распространенности данного ФР между мужчинами и женщинами в целом обусловлены уровнем распространенности повышенного АД в отдельных группах мужчин и женщин.

В ходе STEPS-исследования были собраны **данные о статусе занятости**. Для целей анализа респонденты были объединены в две группы: **работающие** (государственные служащие, негосударственные служащие, самозанятые, предприниматели/фермеры) и **неработающие** (безработные (трудоспособные или нетрудоспособные), учащиеся, домохозяйки, пенсионеры).

Безработные представляют собой особенно уязвимую группу, причем безработица оказывает

различное воздействие на мужчин и на женщин. Согласно оценкам, представленным на Международном экономическом форуме [6], на рынке труда Беларуси занято 80,4% мужчин и 74,7% женщин. Доля безработных, ищущих работу, составляет 5,9% среди мужчин и 3,6% среди женщин, но, при этом, женщины чаще, чем мужчины, работают неполный день (23,8% против 8,0%), а неоплачиваемой работой занимаются в два с лишним раза больше женщин, чем мужчин [6].

Из данных о распространенности ФР, дезагрегированных **по статусу занятости** и полу (табл. 10), следует, что работающие мужчины и женщины в большей степени подвержены большинству поведенческих ФР, чем неработающие.

Работающие мужчины и женщины значительно чаще употребляют алкоголь (68,8% мужчин и 46,3% женщин), чем неработающие (54,0 и 33,0% соответственно). Если распространенность связанных с питанием ФР (за исключением употребления обработанных продуктов у женщин) не имеет существенных различий у мужчин и женщин в зависимости от статуса занятости, то неработающие мужчины и женщины значительно чаще страдают от недостаточной физической активности. Возможно, употребление табака и алкоголя шире распространено среди работающих, потому что они могут позволить себе покупку этих продуктов.

В отношении распространенности **биологических ФР** среди женщин с разным **статусом занятости** обнаруживается больше различий, чем между соответствующими группами мужчин, причем, как правило, такие ФР шире распространены среди неработающих женщин (табл. 11).

Таблица 10

Распространенность поведенческих факторов риска в разбивке по статусу занятости

Фактор риска	Пол	Работающие, процентов (ДИ 95%)	Неработающие, процентов (ДИ 95%)
Употребление табака в настоящее время	Муж	50,2 (47,0–53,4)	43,3 (38,2–48,4)
	Жен	13,7 (11,9–15,5)	10,3 (7,7–12,9)
Алкоголь (употребление в настоящее время)	Муж	68,8 (65,2–72,4)	54 (48,5–59,5)
	Жен	46,3 (42,8–49,7)	33 (28,6–37,3)
Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах	Муж	37 (33,4–40,6)	29,1 (23,9–34,3)
	Жен	7,6 (6,0–9,3)	5,5 (3,9–7,1)
Нездоровое питание (<5 порций фруктов/овощей)	Муж	78 (74,2–81,8)	77,7 (72,3–83,0)
	Жен	68 (63,8–72,1)	69,1 (64,8–73,3)
Нездоровое питание (добавление соли)	Муж	35,8 (31,6–39,9)	36,1 (30,5–41,6)
	Жен	27,5 (24,0–31,1)	28,8 (24,1–33,6)
Нездоровое питание (обработанные пищевые продукты)	Муж	45,4 (41,9–48,9)	38,2 (33,2–43,3)
	Жен	31,2 (28,0–34,3)	23,2 (19,6–26,7)
Недостаточная физическая активность	Муж	9,8 (7,9–11,7)	21,2 (16,5–26,0)
	Жен	11,4 (9,4–13,4)	17,6 (14,3–20,8)

**Распространенность биологических факторов риска
в разбивке по статусу занятости**

Фактор риска	Пол	Работающие, процентов (ДИ 95%)	Неработающие, процентов (ДИ 95%)
Избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м ²)	Муж	62,7 (59,6–65,9)	57,8 (52,6–63,0)
	Жен	56,5 (53,5–59,4)	66,5 (62,2–70,9)
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)	Муж	20,0 (17,5–22,5)	20,6 (16,8–24,4)
	Жен	26,8 (24,1–29,4)	37 (33,1–41,0)
Повышенное АД (или прием антигипертензивных препаратов)	Муж	41,6 (38,5–44,7)	57 (51,5–62,4)
	Жен	35,6 (33,0–38,2)	61,1 (56,7–65,4)
Повышенное АД (и отсутствие приема антигипертензивных препаратов)	Муж	33,1 (29,8–36,4)	42,3 (35,9–48,8)
	Жен	21,4 (18,8–23,9)	35,6 (30,7–40,4)
Повышенный уровень глюкозы в крови (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	2,5 (1,5–3,6)	5,0 (3,1–6,9)
	Жен	2,5 (1,7–3,3)	6,8 (4,8–8,8)
Повышенный уровень холестерина (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	34,1 (31,0–37,2)	31,4 (26,9–36,0)
	Жен	38,3 (35,3–41,2)	51 (46,8–55,3)

Повышенное АД значительно шире распространено среди неработающих мужчин (57,0% против 41,6%) и женщин (61,1% против 35,6%). В отношении распространенности других биологических ФР, связанных со статусом занятости, – у мужчин достоверные различия не выявлены; у женщин – распространенность значительно выше среди неработающих.

Еще одной сферой, где могут проследиваться различия как у мужчин, так и у женщин, является **семейное положение**, поскольку социальное и семейное воздействие может по-разному влиять на модели поведения мужчин и женщин относительно своего здоровья. Данные о семейном положении, которые были собраны в ходе STEPS-исследования, были объединены в две группы, определенные как **одинокие** (никогда не состояли в браке, расстались с партнером, развелись или овдовели) и **имеющие партнера** (в настоящее время состоящие в браке или проживающие совместно с партнером).

При разбивке **по семейному положению** существенные различия в отношении распространенности **поведенческих** ФР выявлены среди мужчин (табл. 12), так, между одинокими и имеющими партнера мужчинами отмечаются значительные различия в отношении распространенности употребления табака, алкоголя и недостаточной физической активности. Одинокие мужчины больше курят, при этом, имеющие партнера употребляют больше алкоголя и ведут недостаточно активный образ жизни.

Среди женщин значительных различий в **поведенческих** ФР в зависимости от семейного положения не отмечено (табл. 12).

Данные, представленные в табл. 13, указывают на различия в распространенности **биологических** ФР в зависимости от **семейного положения** как у мужчин, так и у женщин. В целом, среди имеющих партнера мужчин и женщин эти ФР распространены больше, чем среди одиноких. Избыточная масса тела и ожирение чаще встречаются у мужчин и женщин, имеющих партнера. При этом, между одинокими и имеющими партнера мужчинами наблюдаются значительные различия в отношении распространенности повышенного АД и уровня холестерина, а у женщин такая разница отсутствует. Повышенное АД (при отсутствии приема антигипертензивных препаратов) достоверно чаще встречается у имеющих партнера мужчин (41,0 против 27,0%), причем распространенность этого ФР у одиноких мужчин лишь немногим выше, чем у имеющих партнера (27,1%) и одиноких (22,5%) женщин, и различия в распространенности данного ФР между мужчинами и женщинами в целом обусловлены более высоким значением показателя у имеющих партнера мужчин (табл. 13).

Аналогичные результаты получены и при анализе распространенности повышенного уровня холестерина: у имеющих партнера мужчин распространенность этого ФР значительно выше, чем у одиноких мужчин (39,9 против 22,0%), однако незначительно ниже, чем у имеющих партнера (43,6%) или одиноких женщин (41,0%). Можно констатировать, что одинокие мужчины в меньшей степени подвержены данному ФР, а у женщин распространенность повышенного уровня холестерина не зависит от их семейного положения.

**Распространенность поведенческих факторов риска
в разбивке по семейному положению**

Фактор риска	Пол	Одинокие, процентов (ДИ 95%)	Имеющие партнера, процентов (ДИ 95%)
Употребление табака в настоящее время	Муж	52,4 (48,0–56,8)	46,0 (42,7–49,3)
	Жен	14,4 (11,9–17,0)	11,3 (9,5–13,2)
Алкоголь (употребление в настоящее время)	Муж	59,3 (53,7–65,0)	68,3 (64,7–71,8)
	Жен	41,5 (37,1–46,0)	41,9 (38,4–45,4)
Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах	Муж	32,8 (27,9–37,8)	36,2 (32,7–39,8)
	Жен	6,9 (5,1–8,8)	6,9 (5,3–8,5)
Нездоровое питание (<5 порций фруктов/овощей)	Муж	76,6 (71,1–82,1)	78,7 (75,2–82,2)
	Жен	70,0 (65,1–74,9)	67,3 (63,3–71,2)
Нездоровое питание (добавление соли)	Муж	37,9 (31,5–44,3)	34,6 (30,7–38,5)
	Жен	29,2 (24,9–33,4)	27,2 (23,3–31,0)
Нездоровое питание (обработанные пищевые продукты)	Муж	45,5 (39,8–51,2)	42,4 (38,9–46,0)
	Жен	28,3 (24,7–31,9)	28,6 (25,5–31,6)
Недостаточная физическая активность	Муж	9,4 (6,7–12,1)	14,8 (12,2–17,5)
	Жен	13,2 (10,5–15,8)	13,7 (11,2–16,1)

Таблица 13

**Распространенность биологических факторов риска
в разбивке по семейному положению**

Фактор риска	Пол	Одинокие, процентов (ДИ 95%)	Имеющие партнера, процентов (ДИ 95%)
Избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м ²)	Муж	50,6 (45,6–55,5)	67,9 (64,9–71,0)
	Жен	52,7 (49,2–56,2)	64,6 (61,6–67,6)
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)	Муж	12,5 (9,9–15,1)	24,7 (21,8–27,5)
	Жен	24,4 (21,4–27,3)	34,1 (31,3–36,9)
Повышенное АД (или прием антигипертензивных препаратов)	Муж	32,4 (27,9–36,9)	53,4 (50,2–56,7)
	Жен	41,9 (38,5–45,2)	45,7 (42,7–48,8)
Повышенное АД (и отсутствие приема антигипертензивных препаратов)	Муж	27 (22,7–31,4)	41 (37,2–44,8)
	Жен	22,5 (19,5–25,4)	27,1 (23,9–30,2)
Повышенный уровень глюкозы в крови (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	2,0 (1,0–3,0)	3,9 (2,6–5,2)
	Жен	3,6 (2,4–4,9)	4,1 (2,9–5,4)
Повышенный уровень холестерина (или прохождение соответствующего курса лечения)	Муж	22,0 (18,5–25,6)	39,9 (36,6–43,2)
	Жен	41 (37,2–44,8)	43,6 (40,6–46,7)

Выводы

1. В большинстве возрастных групп распространенность всех **поведенческих** ФР (кроме недостаточной физической активности) значительно ниже у женщин, чем у мужчин, но, при этом, в старших возрастных группах распространенность большинства **биологических** ФР у женщин существенно выше, чем у мужчин.

2. Распространенность поведенческих ФР не только различна у мужчин и женщин, но и ха-

рактеризуется разной динамикой на протяжении жизни.

3. Дополнительные параметры – место проживания, уровень образования, семейное положение и статус занятости – позволяют идентифицировать и анализировать различия не только между мужчинами и женщинами, но и внутри каждой гендерной группы. Важно, что распространенность как поведенческих, так и биологических ФР варьирует внутри подгрупп, включающих в себя и

мужчин, и женщин, а в самих этих подгруппах отмечаются разные уровни распространенности отдельных ФР.

4. Для идентификации групп, подвергающихся наибольшему риску, необходимо классифицировать данные и выполнять анализ, ориентированный на гендерный аспект, опираясь не только на различия, определяемые полом, но и на другие значимые социально-демографические показатели.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения – Ситуация в области неинфекционных заболеваний (НИЗ) в странах на 2018 г. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – 2018. – Режим доступа: https://www.who.int/nmh/countries/blr_ru.pdf?ua=1. – Дата доступа: 30.11.2020.
2. Организация STEPS в Беларуси (принцип поэтапной реализации мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний, разработанный Всемирной организацией здравоохранения) / И.И.Новик, М.М.Сачек, В.М.Писарик, Н.С.Ивкова, А.В.Пацев, Н.Н.Бондаренко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №2 (91). – С.16–26.
3. Финальный отчет Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus.-steps-2016-2017>. – Дата доступа: 30.11.2020.
4. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [Electronic resource] / J.D.Stanaway [et al.] // Lancet. – 2018. – Vol.392, No.10159. – P.1923–1994. doi:10.1016/S0140-6736(18)32225-6.
5. Белстат (веб-сайт) [Электронный ресурс] / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – 2020. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 30.11.2020.
6. Global Gender Gap Report 2020 [Electronic resource] // World Economic Forum. – Geneva, 2020. – P.87–88. – Mode of access: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf. – Date of access: 30.11.2020.
7. International Standard Classification of Education. ISCED 2012. – Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2011.

PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES: A GENDER ANALYSIS APPROACH

¹ I.I.Novik, ¹ V.M.Pisaryk, ² Brett J. Craig,
² Ivo Rakovac

¹ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

² World Health Organization Regional Office for Europe, UN City, 51, Marmorvej, DK-2100, Copenhagen, Denmark

Comparative analysis of prevalence of behavioral and biological risk factors for non-communicable diseases in men and women based on results of a STEPS study in the Republic of Belarus in 2016 was carried out. Results of analysis show that prevalence of all behavioral risk factors, except for one (lack of physical activity), in most age groups is significantly lower in women than in men, but in older age groups prevalence of most biological risk factors in women is significantly higher than in men. Prevalence of behavioral risk in men and women is also characterized by different dynamics of change throughout life. Additional demographic parameters – place of residence, level of education, marital status and employment status – make it possible to identify and analyze differences not only between men and women, but also within each of these gender groups.

Keywords: non-communicable diseases (NCD); behavioral and biological risk factors (RF); gender analysis; gender and age groups.

Сведения об авторах:

Новик Ирина Ивановна, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зам. директора по экономическим технологиям и международным проектам; тел.: (+37517) 3313414, e-mail: inovik@belcmt.by.

Писарик Виталий Михайлович, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория мониторинга и прогнозирования развития здравоохранения, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37517) 3313204, e-mail: pisaryk@tut.by.

Craig Brett J., Европейское региональное бюро ВОЗ, консультант программы по гендерным аспектам и правам человека ВОЗ, e-mail: brettjcraig@gmail.com.

Rakovac Ivo, Европейское региональное бюро ВОЗ, руководитель программы по эпиднадзору за неинфекционными заболеваниями, e-mail: rakovaci@who.int.

Поступила 09.12.2020 г.

УДК 616.89-008.441.13/.33-036.12-085.866:343] (476)

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР БЕЗОПАСНОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ К ГРАЖДАНМ, БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, НАРКОМАНИЕЙ ИЛИ ТОКСИКОМАНИЕЙ, И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ ГРАЖДАН В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ПРОФИЛАКТОРИЯХ

В.П.Максимчук, Т.В.Короткевич, Т.С.Голубева, В.Ю.Варивончик

Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Долгиновский тракт, 152, 220053, г. Минск, Республика Беларусь

Законодательство Республики Беларусь предусматривает применение принудительных мер безопасности и лечения к лицам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, в исправительных учреждениях и медико-социальной реадaptацию с обязательным привлечением к труду пациентов с алкоголизмом и наркоманией в лечебно-трудовых профилакториях. Изучены статистические данные за последние 20 лет о количестве освидетельствований пациентов с алкоголизмом и наркоманией по статье 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь и о численности направленных в лечебно-трудовой профилакторий. Проведенный анализ эффективности применения в порядке статьи 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь принудительных мер безопасности и лечения к гражданам, больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, а также медико-социальной реадaptации граждан в лечебно-трудовых профилакториях позволил сформулировать предложения по совершенствованию работы.

Ключевые слова: принудительные меры безопасности и лечения; освидетельствование по статье 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь; лечебно-трудовой профилакторий; межведомственное взаимодействие организаций здравоохранения и органов внутренних дел; медико-социальная реадaptация.

Введение

Проблема алкоголизма и наркомании в Республике Беларусь характеризуется масштабностью вызванных социальных проблем и существенным подрывом социально-экономической жизнедеятельности граждан. Данные заболевания прямым и косвенным образом влияют на увеличение заболеваемости и смертности населения в Республике Беларусь и, тем самым, ухудшают благополучие населения.

Данные пациенты поздно обращаются к врачу-специалисту на ранних стадиях заболевания, а это способствует прогрессированию заболевания, увеличению смертности и провоцирует их к совершению преступлений.

В настоящее время в Республике Беларусь порядок и условия оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, устанавливаются Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Принудительное обследование в целях установления диагноза хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании

осуществляется на основании постановления органов внутренних дел, а принудительное лечение – по решению суда в порядке, установленном законодательством [1].

Законодательство Республики Беларусь предусматривает принудительную изоляцию и медико-социальной реадaptацию с обязательным привлечением к труду в лечебно-трудовом профилактории (далее – ЛТП), если болезнь способствовала формированию социальной дезадаптации [2]. В ЛТП направляются граждане, больные хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, которые в течение года три и более раз привлекались к административной ответственности за совершение административных правонарушений в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, были предупреждены в соответствии с законодательством о возможности направления в ЛТП и в

течение года после данного предупреждения привлекались к административной ответственности за совершение административного правонарушения в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ.

В случае совершения преступления лицами, страдающими хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, суд при наличии медицинского заключения, наряду с наказанием за совершенное преступление, может применить к ним принудительные меры безопасности и лечения по статье 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь (далее – статья 107 УКРБ) [3].

Лечение от хронического алкоголизма, наркомании или токсикомании осужденных к аресту, лишению свободы или пожизненному заключению проводится по месту отбывания наказания, а осужденных к иным видам наказания или иным мерам уголовной ответственности – по месту жительства путем принудительного амбулаторного наблюдения и лечения.

Принудительные меры безопасности и лечения не являются формой реализации уголовной ответственности, хотя основание их применения – совершение лицом общественно опасного деяния. Применение мер безопасности и лечения возложено на суд, а доказывание факта деяния – обязанность следственных органов.

Принудительные меры безопасности и лечения применяются по инициативе суда при назначении любого вида наказания или иной меры уголовной ответственности. Закон не устанавливает срока, в течение которого лицо должно подвергаться принудительному лечению. Продолжительность лечения определяется медицинской комиссией учреждения, в котором лицо находится на излечении.

Прекращение принудительного лечения, предусмотренного статьей 107 УКРБ, производится судом на основании заключения врачебно-консультационной комиссии учреждения, в котором лица находятся на излечении.

По данным, приведенным Е.И. Батыревым, режим дня пациентов исправительных учреждений помимо приема лекарственных средств подразумевает непринудительную трудотерапию и занятия спортом. Но, в связи с отсутствием мотивации, выполнение данных предписаний осуществляется формально. Тюремный анамнез многих пациентов в определенной степени исключает сотрудничество с администрацией учреждения [4].

Принудительное лечение может иметь смысл только в том случае, если пациент в условиях длительной изоляции от распространителей наркотиков

(что, на наш взгляд, возможно при активном вмешательстве правоохранительных органов и в амбулаторных условиях) получит, с одной стороны, «химический щит» от патологического влечения, а с другой стороны – достаточные знания и навыки для морально-этической переориентации и подготовки к дальнейшей полноценной жизни [5].

Принудительное лечение – это социально необходимая мера для общества, так как человек, как правило, будучи больным, наносит огромный ущерб, прежде всего, близким.

Анализ тенденций развития криминогенной ситуации показывает, что в современных условиях необходимо уделять повышенное внимание социальной профилактике преступности. Для этого необходимо внедрение инноваций, передового опыта в сфере противодействия противоправному поведению, проявлениям коррупции и экстремизма, алкоголизации и наркотизации населения.

Данное исследование осуществлено в рамках выполнения пункта 4.2. Мероприятий Программы по борьбе с преступностью и коррупцией на 2020–2022 годы [6].

Цель исследования – изучить динамику изменения численности пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, которым по решению суда были назначены принудительные меры безопасности и лечения по статье 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь, и численности лиц, направленных в ЛТП, дел по вопросам реабилитации и профилактики данных пациентов, изучить эффективность принимаемых мер.

Материал и методы исследования. Изучены статистические данные за 20 лет о количестве освидетельствований пациентов с алкоголизмом и наркоманией по статье 107 УКРБ и направленных в ЛТП. Проведен анализ взаимодействия с правоохранительными органами по наблюдению за пациентами после их освобождения из мест лишения свободы, проведены корреляционные исследования по ряду показателей.

Результаты исследования и их обсуждение

Применение статьи 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь для принудительных мер безопасности и лечения к гражданам, больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией

Проанализирована динамика изменения численности лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, к которым применена статья 107 УКРБ, и численности пациентов с алкоголизмом и наркоманией, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога.

Количество проведенных освидетельствований для направления на принудительное лечение по статье 107 УКРБ в 2019 г., по сравнению с 1994 г., увеличилось на 5,2%, а число лиц, направленных в ЛТП, за этот период времени возросло в 2,6 раза (табл. 1).

Численность пациентов, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога, в 2019 г., по сравнению с 1994 г., увеличилась на 73,1%, а по сравнению с 2010 г. – уменьшилась на 9,9% (в 2004 г. наблюдалось 148967 пациентов, в 2010 г. – 286256, в 2019 г. – 257892).

Количество проведенных освидетельствований для применения принудительных мер безопасности и лечения к лицам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией,

по статье 107 УКРБ (далее – применение статьи 107 УКРБ) в 2019 г., по сравнению с 1994 г., увеличилось на 5,2%, а по сравнению с 2010 г. – на 31,4% (в 1994 г. освидетельствовано 9858 пациентов, в 2010 г. – 7893, в 2019 г. – 10374).

В среднем для применения мер безопасности и лечения по статье 107 УКРБ ежегодно освидетельствуются 8534,4 чел., что составляет 3,8% численности пациентов с алкоголизмом и наркоманией, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога.

Проанализирована динамика изменения численности лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, к которым применена статья 107 УКРБ для осуществления принудительных мер безопасности и лечения, в различных регионах страны за последние 6 лет (табл. 2).

Таблица 1

Численность лиц, освидетельствованных для применения принудительных мер безопасности и лечения по статье 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь (1994–2019 гг.)

Год	Численность пациентов с алкоголизмом и наркоманией, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога	На 100 тысяч населения	Освидетельствовано для применения принудительных мер безопасности и лечения по статье 107 УКРБ	На 100 тысяч населения	Доля освидетельствованных от численности пациентов, находящихся под наблюдением, в процентах
1994	148 967	1 454,7	9 858	96,3	6,6
1996	160 795	1 574,8	10 424	102,5	6,5
1997	165 810	1 635,2	11 600	114,4	7,0
1998	169 763	1 682,5	10 398	103,1	6,1
1999	175 550	1 739,8	9 854	98,1	5,6
2000	183 804	1 838,0	10 506	105,1	5,7
2001	197 537	1 983,1	10 243	102,8	5,2
2002	209 871	2 119,9	10 964	110,7	5,2
2003	225 066	2 289,6	8 646	87,3	3,8
2004	243 484	2 494,7	6 207	63,0	2,5
2005	227 558	2 348,3	7 434	75,9	3,3
2006	269 228	2 795,7	6 715	68,9	2,5
2007	277 842	2 900,2	8 680	89,4	3,1
2008	283 912	2 985,7	8 481	87,5	3,0
2009	285 785	3 003,2	7 174	75,4	2,5
2010	286 256	2 998,9	7 893	83,1	2,7
2011	286 310	3 020,1	8 006	84,5	2,8
2012	285 118	3 011,5	8 679	91,7	3,0
2013	280 963	2 975,7	8 820	93,2	3,1
2014	277 045	2 925,5	6 586	69,6	2,4
2015	272 083	2 870,1	5 212	55,0	1,9
2016	270 013	2 845,2	7 283	76,7	2,7
2017	271 802	2 858,1	4 698	49,4	1,7
2018	261 137	2 751,7	8 625	90,9	3,3
2019	257 892	2 740,6	10 374	110,2	4,0
Средне- годовое значение	238 943,6	2 454,1	8 534,4	87,4	3,8

Численность лиц, к которым применена статья 107 УКРБ, увеличилась за шесть лет на 57,5% за счет ее увеличения в Гомельской области в 3,5 раза, в Гродненской области – в 2,1 раза, в Минской области – на 91,4%, в Могилевской области – на 82,9%. В то же время, в Брестской и Витебской областях, наблюдалось снижение числа лиц, к которым применена статья 107 УКРБ для направления на принудительное лечение (на 79,2 и 8,6% соответственно).

Пациенты с алкоголизмом и наркоманией проходили принудительное лечение по статье 107 УКРБ в местах отбытия наказания. Конкретный выбор методов лечения осуществлял врач-психиатр-нарколог исправительного учреждения (далее – ИУ) с учетом индивидуальных особенностей пациентов с алкоголизмом или наркоманией, стадии заболевания, наличия сопутствующих заболеваний. Через год после начала принудительного лечения пациенты с алкоголизмом или наркоманией направляются на медицинскую комиссию медицинской части ИУ для оценки достигнутых результатов лечения и рекомендаций о сроках и методах дальнейшего лечения. При отсутствии рецидивов заболевания готовятся материалы в суд для прекращения принудительного лечения.

Прекращение принудительного лечения от наркомании по статье 107 УКРБ производится судом на основании заключения врачебно-консультационной комиссии ИУ, в котором пациент отбывает наказание и находится на излечении.

Проведенный корреляционный анализ с расчетом коэффициента Пирсона не выявил корреляционной связи между численностью пациентов, освидетельствуемых для направления на принудительное лечение по статье 107 УКРБ, и численностью пациентов, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога ($r=0,161$, $p>0,05$), в то время как численность лиц, направленных в ЛТП, коррелирует с численностью пациентов, на-

ходящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога ($r=0,665$, $p<0,01$), числом дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП) и числом смертных случаев при них ($r=0,775$, $p<0,01$), а также с численностью лиц, освидетельствованных на наркотическое опьянение ($r=0,991$, $p<0,01$).

В 2015 г. в Республике Беларусь утверждены Концепция социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением к труду и Порядок взаимодействия организаций здравоохранения с органами внутренних дел при осуществлении принудительного амбулаторного наблюдения и лечения лиц, осужденных с применением статьи 107 УКРБ (далее – Порядок взаимодействия) [7–10].

В табл. 3 показана динамика извещений о назначении пациенту принудительных мер безопасности и лечения по приговору суда и приведена информация о взаимодействии организаций здравоохранения с органами внутренних дел за 2017–2019 гг.

Анализ взаимодействия организаций здравоохранения и органов внутренних дел при осуществлении принудительного амбулаторного наблюдения и лечения лиц, осужденных с применением статьи 107 УКРБ за последние три года, показал, что в 2019 г. 5071 пациенту (в 2017 г. – 5877) по приговору суда были назначены принудительные меры безопасности и лечения. В 2019 г. 1179 пациентам было прекращено принудительное наблюдение и лечение. По сравнению с 2017 г., их число увеличилось на 59,9%.

Организациями здравоохранения в 2019 г. отправлено 4880 извещений в суд и территориальные органы внутренних дел о принятии к исполнению приговора суда о назначении лицу принудительных мер безопасности и лечения.

К сожалению, растет число пациентов, которые уклоняются от принудительного наблюдения и лечения по месту жительства. В 2019 г. отправлены 15693 извещения о пациенте, уклоняющем-

Таблица 2

Численность лиц, освидетельствованных для применения принудительных мер безопасности и лечения по статье 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь, по регионам (2014–2019 гг.)

Регион	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Минск	1 626	146	2 990	43	694	1 672
Брестская область	676	210	2 087	187	185	141
Витебская область	936	904	805	740	772	856
Гомельская область	811	285	1 438	1 133	2 515	2 801
Гродненская область	719	1 856	1 618	1 313	1 542	1 508
Минская область	828	692	840	878	1 459	1 585
Могилевская область	990	1 119	1 339	1 436	1 458	1 811
Республика Беларусь	6 586	5 212	9 404	5 730	8 625	10 374

**Информация о взаимодействии организаций здравоохранения
с органами внутренних дел при применении к осужденным
статьи 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь**

№ п/п	Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	Темп прироста 2019 г. / 2017 г.
1	Извещение о назначении пациенту принудительных мер безопасности и лечения (с приговором суда)	5 877	6 600	5 071	-13,7%
2	Извещение о пациенте, которому по решению суда отменено принудительное наблюдение и лечение или продлено принудительное наблюдение и лечение	971	1 113	917	-5,6%
3	Извещение о лице, в отношении которого были исполнены принудительные меры безопасности и лечения (при освобождении из учреждений уголовно-исполнительной системы)	1 540	1 608	1 302	-15,5%
4	Сообщение суда о прекращении в отношении лица принудительного амбулаторного наблюдения и лечения	737	1 188	1 179	+59,9%
5	Справка о причинах неявки осужденного для прохождения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения	1 980	3 214	3 324	+67,9%
6	Извещение в суд и территориальный орган внутренних дел о принятии к исполнению приговора суда о назначении принудительных мер безопасности и лечения	5 488		4 880	-11,1%
7	Извещение о пациенте, уклоняющемся от принудительного наблюдения и лечения по месту жительства	11 921	15 365	15 693	+31,6%
8	Извещение в территориальные органы внутренних дел об отказе пациента или его законного представителя от принудительного амбулаторного наблюдения и лечения	600		398	-33,7%
9	Заключение комиссии с ходатайством о возможности прекращения в отношении пациента принудительного амбулаторного наблюдения и лечения	978	1 303	1 062	+8,5%
10	Сообщение в территориальные органы внутренних дел о неявке лица для прохождения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения с указанием принятых мер	843	12 874	14 419	рост в 17,1 раз
11	Сообщение в территориальные органы внутренних дел и суд о смерти пациента, находящегося на принудительном амбулаторном наблюдении и лечении	142	178	164	+15,5%

ся от принудительного наблюдения по месту жительства (в 2017 г. – 11291, рост на 31,6%), направлены 398 извещений в территориальные органы внутренних дел об отказе пациента или его законного представителя от принудительного амбулаторного наблюдения и лечения (в 2017 г. – 600).

В 2019 г. составлены 3324 справки (в 2017 г. – 1980) о причинах неявки осужденного для прохождения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения.

В 2019 г. было проведено 1062 (в 2017 г. – 978) заседания комиссий с ходатайством о возможном прекращении в отношении пациента

принудительного амбулаторного наблюдения и лечения. Послано 14419 сообщений (в 2017 г. – 843) в территориальные органы внутренних дел о неявке лица для прохождения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения с указанием принятых мер. За 2019 г. было послано 164 сообщения (в 2017 г. – 142) в территориальные органы внутренних дел и суд о смерти пациента, находящегося на принудительном амбулаторном наблюдении и лечении.

Министерствами здравоохранения и внутренних дел разработано совместное постановление «О содействии в доставке пациентов и иных лиц при оказании психиатрической помощи» (далее – Постановление) [11]. Данным нормативным правовым актом регламентирован порядок содействия медицинским работникам территориальными органами внутренних дел в доставке пациентов, лиц, подлежащих принудительному психиатрическому освидетельствованию, и лиц, в отношении которых вынесено определение (постановление) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения.

Однако, в связи с отсутствием правовых механизмов воздействия в отношении категории лиц, осужденных с применением статьи 107 УКРБ, уклоняющихся и (или) отказавшихся от посещения государственных организаций здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, в настоящее время отсутствуют законные основания для непосредственного содействия в принудительной доставке данных лиц сотрудниками территориальных органов внутренних дел.

Так, за 9 месяцев 2020 г. организациями здравоохранения, оказывающими наркологическую помощь, в территориальные органы внутренних дел было направлено 16804 извещения о пациентах, уклоняющихся от принудительного наблюдения по месту жительства. При этом, из территориальных органов внутренних дел организациями здравоохранения, оказывающими наркологическую помощь, было получено только 5520 справок о причинах неявки данных осужденных для прохождения принудительного амбулаторного наблюдения.

В связи с вышеизложенным, возникает острая необходимость в корректировке Постановления, а также разработке и утверждении перечня законных оснований для принудительной доставки лиц, уклоняющихся от принудительного наблюдения и лечения, и алгоритма межведомственного взаимодействия при осуществлении принудительной доставки данных лиц.

При решении проблем, связанных с реализацией принудительного лечения граждан, осужден-

ных с применением статьи 107 УКРБ, необходима комплексная корректировка действующего законодательства с разработкой новых дифференцированных подходов.

Согласно судебной практике, удельный вес лиц, в отношении которых судами применено принудительное лечение в соответствии со статьей 107 УКРБ, несмотря на общее снижение судимостей, ежегодно растет. В 2019 г. принудительное лечение в соответствии со статьей 107 УКРБ было назначено в отношении 13091 лица, совершившего преступления.

Отмечена тенденция к увеличению числа лиц, осужденных с применением статьи 107 УКРБ, находящихся на принудительном амбулаторном наблюдении и лечении в организациях здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь. Например, в первом полугодии 2020 г. (по состоянию на 01.07.2020) на амбулаторном принудительном лечении в организациях здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, находилось 19472 пациента, что на 21,6% больше, чем в аналогичный период 2019 г. (16014 пациентов).

В связи с тем, что имеют место факты совершения гражданами, осужденными с применением статьи 107 УКРБ, повторных противоправных действий, в том числе, в состоянии опьянения, целесообразно расширить перечень критериев для вынесения официального предупреждения, а также организации профилактического учета, осуществляемого в соответствии с Законом Республики Беларусь от 4 января 2014 г. №122-З «Об основах деятельности по профилактике правонарушений» [12].

В случае неэффективности применяемых сотрудниками органов внутренних дел мер в качестве альтернативы можно рассмотреть возможность применения принудительной госпитализации в наркологический стационар с прохождением обязательного и полного курса лечения с применением усиленного режима наблюдения. В дальнейшем, следует направлять данных лиц на принудительные работы в целях возмещения ими понесенных государством расходов.

Кроме того, целесообразно установить дифференцированную систему штрафов за совершение данной категорией граждан повторных правонарушений в состоянии опьянения.

При реализации Порядка взаимодействия возникает ряд проблемных вопросов:

неявка в значительном числе случаев лица, к которому применена статья 107 УКРБ, в организацию здравоохранения для прохождения принудительного амбулаторного лечения после вступления в силу приговора суда;

отсутствие полноценной обратной связи от территориальных органов внутренних дел (далее – ОВД) в отношении граждан, уклоняющихся от амбулаторного принудительного наблюдения и лечения (отсутствуют справки ОВД о причинах неявки осужденных для прохождения лечения и наблюдения);

погашение в ряде случаев судами основной уголовной статьи без учета прохождения (окончания) принудительного наблюдения и лечения по статье 107 УКРБ, вследствие чего у пациентов отсутствует мотивация для дальнейшего прохождения принудительного лечения;

отсутствие денежных средств у пациентов, что не позволяет им приобретать лекарственные средства для прохождения амбулаторного лечения;

недостаточное взаимодействие учреждений уголовно-исполнительной системы с организациями здравоохранения по вопросу получения сведений о лицах, освобождающихся из мест лишения свободы, к которым применена статья 107 УКРБ (как правило, поступают малоинформативные сведения);

из поля зрения организаций здравоохранения выпадают граждане, зарегистрированные вне фактического места проживания;

в организации здравоохранения не поступают решения приговоров суда в отношении граждан, осужденных с применением статьи 107 УКРБ на срок менее 1 года, с отбыванием наказания в местах лишения свободы;

при предоставлении сведений о нахождении лица, осужденного с применением статьи 107 УКРБ, под арестом не уточняются сроки ареста.

Кроме того, на эффективность взаимодействия организаций здравоохранения и ОВД по реализации Порядка взаимодействия существенно влияет следующее:

отсутствие на законодательном уровне какой-либо ответственности гражданина, осужденного в соответствии со статьей 107 УКРБ, за уклонение от принудительного наблюдения и лечения от алкоголизма снижает эффективность работы всех заинтересованных ведомств;

ОВД недостаточно активно реагируют на ходатайства организаций здравоохранения о содействии в доставке пациентов к врачу. Так, в Брестской области за 2019 г. отреагировали только на 1616 ходатайств (57,4% из всего количества посланных ходатайств, составившего 2815);

наркологические кабинеты организаций здравоохранения не всегда владеют информацией о лицах, к которым ранее применялась статья 107 УКРБ;

многие пациенты, к которым применена статья 107 УКРБ, не трудоустроены, поэтому уезжают на заработки в другие страны (отсутствуют от 3 до 6 месяцев), что не дает возможность осуществлять ежемесячное наблюдение за ними;

имеются случаи, когда по возвращении из мест лишения свободы в исправительных колониях (далее – ИК) статья 107 УКРБ не снята по различным причинам (например, у пациента нет мотивации на трезвость);

сведения, предоставляемые ОВД на запросы о месте нахождения лица, уклоняющегося от принудительного амбулаторного лечения и наблюдения в соответствии со статьей 107 УКРБ, малоэффективны, не содержат конкретной информации;

в случаях определения под арест лица, осужденного по статье 107 УКРБ, организациям здравоохранения не предоставляются сведения об аресте и его сроках;

в случаях осуждения гражданина в соответствии со статьей 107 УКРБ и затем помещения его в места лишения свободы (МЛС), в организации здравоохранения не предоставляются копия приговора суда и уведомление о сроках его пребывания в МЛС;

лица, осужденные с применением статьи 107 УКРБ, закреплены в соответствующих районных отделах внутренних дел (РОВД) не по адресу прописки (фактического места проживания), а в зависимости от адреса места работы;

в РОВД регулярно посылается информация в отношении лиц, которые уклоняются от прохождения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения. Однако, даже после получения сообщений от участковых инспекторов милиции о том, что граждане были уведомлены о необходимости явки на прием к врачу-наркологу, дальнейшие посещения ими специализированных организаций здравоохранения и районных наркологических кабинетов не контролируются.

Установленное пунктом 16 Порядка взаимодействия чрезмерное требование о необходимости наступления у пациента ремиссии не менее 12 месяцев для направления в суд ходатайства о возможности прекращения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения (далее – ПАНЛ), что, среди прочего, безосновательно удлиняет сроки ПАНЛ, приводит к постоянному росту числа лиц, находящихся в учреждениях здравоохранения на ПАНЛ, в свою очередь, увеличивая затраты (нагрузку) учреждений здравоохранения по организации и проведению ПАНЛ, снижает качество проведения ПАНЛ, приводит к росту недо-

статков по организации и проведению ПАНЛ, в том числе, выявляемых правоохранительными органами.

Отсутствие в Порядке взаимодействия определения терминов «отказ от принудительного амбулаторного наблюдения и лечения» (пункт 9 Порядка взаимодействия), «неявка лица для прохождения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения» (пункт 20 Порядка взаимодействия) приводит к различной их трактовке медицинскими работниками, сотрудниками территориальных ОВД, прокурорами, ухудшает межведомственное взаимодействие по работе с лицами, в отношении которых должно проводиться (проводится) ПАНЛ.

В Порядке взаимодействия отсутствуют требования по действиям сотрудников ОВД при получении из учреждения здравоохранения информации об отказе пациента от ПАНЛ (пункт 9 Порядка взаимодействия).

Порядок не определяет действия, которые необходимо принимать медицинским работникам и сотрудникам ОВД при уклонении от посещения наркологического кабинета пациентов, находящихся на ПАНЛ (при уклонении от ПАНЛ).

Таким образом, законодательно не установлен эффективный механизм воздействия на лиц, осужденных с применением статьи 107 УКРБ, отказывающихся или уклоняющихся от ПАНЛ. Отдельным проблемным вопросом является отказ или уклонение от ПАНЛ лиц, судимость которых снята или погашена. «Неявка» и «уклонение» не являются синонимами, имеют разное значение.

Для устранения возникающих проблем при практической реализации Порядка взаимодействия целесообразно:

1. Инициировать вопрос внесения дополнений и изменений в Порядок взаимодействия организаций здравоохранения с органами внутренних дел при осуществлении принудительного амбулаторного наблюдения и лечения лиц, осужденных с применением статьи 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь с учетом практики его применения.

2. Инициировать вопрос внесения дополнений в Закон Республики Беларусь от 4 января 2014 г. №122-З «Об основах деятельности по профилактике правонарушений», дающих законные основания для принятия мер профилактического характера к лицам, осужденным с применением статьи 107 УКРБ, отказывающимся или уклоняющимся от ПАНЛ.

3. Инициировать внесение изменений в статью 107 УКРБ, предусматривающих возможность

прекращения ПАНЛ при погашении или снятии судимости. Часть 3 статьи 107 УКРБ целесообразно изложить в следующей редакции: «Прекращение принудительного лечения, предусмотренного настоящей статьей, осуществляется при погашении или снятии судимости либо производится судом на основании заключения врачебно-консультационной комиссии учреждения, в котором лицо находится на излечении».

4. Определить на законодательном уровне ответственность для лиц, осужденных судом по статье 107 УКРБ, которые уклоняются от принудительного амбулаторного лечения в специализированных организациях здравоохранения и наркологических кабинетах.

5. Определить ответственность сотрудников ОВД за должным образом организованное исполнение ходатайств, поступающих из организаций здравоохранения, на принудительную доставку пациентов, к которым судом применена статья 107 УКРБ.

6. При осуждении лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, к лишению свободы на срок более 1 года с применением статьи 107 УКРБ проводить принудительное лечение от алкоголизма и наркомании в ИК с последующим снятием статьи 107 УКРБ в ИК.

7. При осуждении лиц к лишению свободы на срок более 1 года с применением статьи 107 УКРБ, своевременно информировать организации здравоохранения.

8. С целью улучшения межведомственного взаимодействия и исключения в последующем направлений запросов в суд, либо уголовно-исполнительную инспекцию, либо в ИК для получения копии приговора для продолжения ПАНЛ рассмотреть возможность направления совместно с извещением об освобождении копии приговоров из ИК в отношении лиц, у которых принудительное лечение не прекращено в установленном порядке.

Медико-социальная реадaptация граждан в лечебно-трудовых профилакториях

Медико-социальная реадaptация лиц с алкоголизмом и наркоманиями, находящихся по решению суда в лечебно-трудовых профилакториях, проводится в полном соответствии с требованиями постановления Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 9 октября 2007 г. №264 «Об утверждении правил внутреннего распорядка лечебно-трудовых профилакториев Министерства внутренних дел Республики Беларусь». Курсы лечения пациентов с алкоголизмом и нарко-

маниями проводятся согласно утвержденному Министерством здравоохранения Клиническому протоколу оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами [13].

В ЛТП направляются пациенты с синдромом зависимости от алкоголя или наркотических средств. Так, в 2019 г. в ЛТП направлено 7315 человек (в 2018 г. – 7351 чел.), а число лиц, признанных нуждающимися в направлении в ЛТП, гораздо больше (в 2019 г. – 16780 чел., в 2018 г. – 18127 чел.). Проанализированы динамика изменения общего числа лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, и изменение общего числа лиц, направленных в ЛТП. Число лиц, направленных в ЛТП, в 2019 г., по сравнению с 2010 г., увеличилось на 22,9%, а по сравнению с 2000 г. – в 2,2 раза (табл. 4).

Основанием для применения принудительных мер безопасности и лечения в отношении совершивших преступление лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, является медицинское заключение врачебно-консультационной комиссии организации здравоохранения, оказывающей наркологическую помощь, о том, что данное лицо страдает хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

Численность лиц, направленных в ЛТП в 2019 г., по сравнению с 1994 г., увеличилась в 2,6 раза.

Численность лиц, которые нуждаются в направлении в ЛТП, в среднем в 2,1 раза больше, чем численность лиц, направленных в ЛТП (табл. 5).

Ежегодно в среднем 2,1% лиц из числа пациентов с алкоголизмом и наркоманией, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога, направляются в ЛТП.

Проведенный корреляционный анализ с расчетом коэффициента Пирсона выявил наличие корреляционной связи между численностью пациентов, направленных в ЛТП, численностью пациентов, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога ($r=0,660$, $p<0,01$), численностью пациентов, снятых с наблюдения в связи с выздоровлением ($r=0,644$, $p<0,01$), снятых с наблюдения в связи со смертью ($r=0,789$, $p<0,01$).

Численность пациентов, пролеченных в стационаре, коррелирует с численностью пациентов, снятых с наблюдения в связи со смертью ($r=0,521$, $p<0,05$), а численность пациентов, снятых с наблюдения в связи с выздоровлением, коррелирует с численностью пациентов, направленных в ЛТП ($r=0,644$, $p<0,01$) и численностью пациентов, снятых с наблюдения в связи со смертью ($r=0,647$, $p<0,01$).

В 2019 г. наибольшая численность лиц, направленных в ЛТП, зарегистрирована в г. Минске (1455 чел.) и в Минской области (1066 чел.), а наименьшая – в Гродненской области (846 чел.). За последние 12 лет численность лиц, направленных в ЛТП, увеличилась на 9,1%. По сравнению с 2008 г., численность лиц, направленных в ЛТП, значительно увеличилась в Минской области (на 31,3%), наибольшее снижение численности лиц, направленных в ЛТП, наблюдалось в Гродненской области – на 25,1% (табл. 6).

Направление граждан в ЛТП для их принудительной изоляции и медико-социальной реадaptации осуществляется в соответствии с Законом Республики Беларусь от 4 января 2010 г. №104-З «О порядке и условиях направления граждан в лечебно-трудовые профилактории и условиях нахождения в них» [2].

Граждане, содержащиеся в ЛТП, проходят курс медико-социальной реадaptации. Это – мера ограничительного характера, осуществляемая в соответствии с указанным законом, Правилами внутреннего распорядка лечебно-трудовых профилакториев Министерства внутренних дел Республики Беларусь [14] и другими актами законодательства Республики Беларусь в отношении граждан, находящихся в ЛТП, направленная на преодоление ими алкогольной, наркотической или токсической зависимости, формирование у них готовности к адаптации в обществе.

Лица, содержащиеся в ЛТП, пользуются теми же правами, что и граждане Республики Беларусь, но с некоторыми ограничениями. Эти ограничения вытекают из необходимости обеспечения принудительной изоляции и медико-социальной реабилитации с принудительной работой, как это предусмотрено Законом Республики Беларусь от 4 января 2010 г. №104-З. На практике это означает, что лица, содержащиеся в ЛТП, не имеют права самовольно его покидать, обязаны выполнять правила внутреннего распорядка (в том числе, работающие с контрагентами и имеющие возможность нахождения за пределами ЛТП на время выполнения работ), за ними устанавливаются контроль и надзор.

При направлении отдельных лиц в ЛТП выявились **некоторые проблемы**.

Вследствие наличия анозогнозии (отрицание наличия заболевания), данные пациенты склонны к накоплению бремени совершенных малозначительных (пьяных) преступлений, межизоляционному прогрессированию заболевания, отсутствию понимания необходимости обращения к врачу-специалисту добровольно, что, в конечном счете, приводит к увеличению их смертности.

Таблица 4

Численность лиц, направленных в лечебно-трудовые профилактории (1994–2019 гг.)

Год	Численность пациентов с алкоголизмом и наркоманией, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога	Численность лиц, направленных в ЛТП	На 100 тысяч населения	Доля направленных в ЛТП, к численности пациентов, находящихся под наблюдением, в процентах
1994	148967	2793	27,3	1,9
1996	160795	3182	31,3	2,0
1997	165810	2968	29,3	1,8
1998	169763	3595	35,6	2,1
1999	175550	3348	33,3	1,9
2000	183804	3258	32,0	1,7
2001	197537	4296	42,9	2,2
2002	209871	3040	30,5	1,4
2003	225066	3059	30,9	1,4
2004	243484	4065	41,3	1,7
2005	227558	3004	30,7	1,3
2006	269228	3998	41,0	1,5
2007	277842	4830	49,7	1,7
2008	283912	6706	70,3	2,4
2009	285785	6170	64,9	2,2
2010	286256	5950	62,6	2,1
2011	286310	5467	57,7	2,4
2012	285118	5122	54,1	1,8
2013	280963	5770	61,0	2,1
2014	277045	6586	69,6	2,4
2015	272083	8174	86,2	3,0
2016	270013	8555	90,1	3,2
2017	271802	7257	76,4	2,7
2018	261137	7351	77,4	2,8
2019	257892	7315	77,2	2,8
Средне-годовое значение	238943,6	5034,4	52,1	2,1

Вместе с тем, скоординированный внутрисекторальный подход к таким пациентам в части совместного проведения общесоматической и наркологической диспансеризации позволяет эффективно снижать данный показатель.

В частности, для направления в ЛТП гражданину необходимо совершить не менее 4 административных правонарушений в состоянии опьянения (3 административных правонарушения в течение года, а после вынесения предупреждения – еще одно административное правонарушение в состоянии опьянения). При этом, факт совершения уже двух административных правонарушений в состоянии опьянения в течение календарного года может косвенно указывать на наличие у гражданина проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, потреблением наркотических средств,

психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, требующих принятия незамедлительных профилактических мер как со стороны организаций здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, так и со стороны территориальных ОВД. Однако, в связи с изменением нормативной документации, регламентирующей работу наркологической службы, профилактический учет как инструмент ранней профилактики наркологических расстройств органам здравоохранения более недоступен.

В настоящее время Законом Республики Беларусь от 4 января 2014 г. №122-З «Об основах деятельности по профилактике правонарушений» [12] предусмотрена возможность вынесения (абзац шестой части первой статьи 26) и объявления (часть первая статьи 27) официального предупреждения

Таблица 5

Численность лиц, нуждающихся в направлении в лечебно-трудовой профилакторий, в Республике Беларусь (2008–2019 гг.)

Год	Численность лиц, нуждающихся в направлении в ЛТП	Направлено в ЛТП	Доля к численности лиц, нуждающихся в направлении в ЛТП, в процентах
2008	6893	6706	97,3
2009	7747	6170	79,6
2010	8020	5950	74,2
2011	13473	5467	40,6
2012	11990	5122	42,7
2013	12837	5770	44,9
2014	13996	6586	47,1
2015	18251	8174	44,9
2016	16851	8555	50,8
2017	15996	7257	45,4
2018	18127	7351	40,5
2019	16780	7315	43,6
Среднегодовое значение	13413,4	6728,4	50,2

Таблица 6

Численность лиц, направленных в лечебно-трудовые профилактории, по регионам Республики Беларусь (2008 и 2019 г.)

Регион	2008 г. (число направленных в ЛТП)	На 100 тыс.	2019 г. (число направленных в ЛТП)	На 100 тыс.	Динамика 2019 / 2008, в процентах
Минск	1 258	79,8	1 455	73,8	+15,6%
Брестская область	525	280,3	977	287,3	+86,1%
Витебская область	1 127	382,9	1 000	270,3	-11,3%
Гомельская область	1 083	334,0	1 056	199,2	-2,5%
Гродненская область	1 130	354,6	846	228,6	-25,1%
Минская область	812	46,6	1 066	77,5	+31,3%
Могилевская область	771	296,8	915	240,8	+18,7%
Республика Беларусь	6706	80,8	7 315	77,7	+9,1%

гражданину, в отношении которого получены сведения о совершении деяний, которые могут создать угрозу национальной безопасности, причинить вред государственным интересам, правам, свободам и законным интересам других граждан или привести к совершению преступления. Данное право предоставлено только органам государственной безопасности, органам пограничной службы и таможенным органам, органам внутренних дел.

В связи с тем, что имеют место факты совершения гражданами повторных противоправных действий, в том числе в состоянии опьянения, целесообразно расширить перечень критериев для вынесения официального предупреждения конкретному лицу и увеличить количество вынесенных официальных предупреждений до двух, после второго и третьего правонарушения.

В то же время, отсутствует эффективная стратегия на преодоление лицами, находящимися в ЛТП, алкогольной, наркотической или токсической зависимости и формирование у них готовности к адаптации в обществе, поскольку отсутствуют адекватное (эффективное) информирование о предоставлении психологической, психотерапевтической, психиатрической, наркологической и социальной помощи и данные об ее фактическом предоставлении в условиях ЛТП.

При этом, сделаны определенные шаги по внедрению реабилитационных мероприятий в условиях ЛТП, но они носят заведомо неполный характер ввиду отсутствия всех этапов наркологической помощи. Третичная профилактика без предоставления первичной (обучение) и вторичной (лечение) не может удовлетворить нужды доста-

точно разнообразного спецконтингента ЛТП в полной мере. Само нахождение в ЛТП не должно ограничиваться только приобщением к труду, а ожидается как оказание во время изоляции полноценной психологической, психотерапевтической, психиатрической, наркологической и социальной помощи.

На основании анализа полученных в данном исследовании результатов, можно сформулировать следующие **выводы**:

численность пациентов, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога, в 2019 г., по сравнению с 1994 г., увеличилась на 73,1%;

число лиц, направленных в ЛТП, в 2019 г., по сравнению с 1994 г., увеличилось в 2,6 раза;

численность лиц, которые нуждаются в направлении в ЛТП, в среднем в 2,1 раза больше, чем численность лиц, направленных в ЛТП.

Проведенный корреляционный анализ с расчетом коэффициента Пирсона выявил наличие корреляционной связи между численностью пациентов, направленных в ЛТП, численностью пациентов, находящихся под наблюдением врача-психиатра-нарколога ($r=0,660$, $p<0,01$), численностью пациентов, снятых с наблюдения в связи с выздоровлением ($r=0,644$, $p<0,01$), снятых с наблюдения в связи со смертью ($r=0,789$, $p<0,01$).

Предложения по улучшению проведения медико-социальной реадaptации в ЛТП:

1. Медико-социальную реадaptацию лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, находящихся по решению суда в лечебно-трудовых профилакториях, проводить в полном соответствии с утвержденными Министерством внутренних дел Республики Беларусь правилами внутреннего распорядка лечебно-трудовых профилакториев Министерства внутренних дел [14].

2. Курсы лечения пациентов, страдающих алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, проводить в соответствии с утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами [13].

3. В выписке из медицинской карты наркологического пациента, высылаемой в наркологическую организацию здравоохранения по месту жительства, предусмотреть раздел «Рекомендации», где должны быть конкретно предложены мероприятия для данного пациента, которые целесообразно выполнить соответствующим службам по месту жительства.

4. Необходимо пересмотреть штатные нормативы медицинского персонала медицинской час-

ти лечебно-трудовой профилактория с целью увеличения должностей врачей-психиатров-наркологов, введения должностей психологов, психотерапевтов, социальных работников, чтобы лица, освобожденные из ЛТП, имели готовый жизненный план на ближайшую перспективу (где именно гражданин пройдет медицинский осмотр для трудоустройства, где именно его примут на работу, где он будет проходить социальную реабилитацию и где ему окажут различные виды помощи и поддержки для скорейшей адаптации в обществе).

5. Следует последовательно внедрять метод комплексной медицинской реабилитации с использованием трудотерапии пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в условиях ЛТП, разработанный в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (инструкция по применению от 16 марта 2018 г., регистрационный №012-0118).

6. Целесообразно рекомендовать руководству Министерства внутренних дел Республики Беларусь совместно с Министерством здравоохранения Республики Беларусь запланировать и провести научно-исследовательскую работу по разработке методов выработки мотивации у пациентов лечебно-трудовой профилактория на ведение здорового образа жизни, предупреждения рецидивов заболевания и преступности.

Предложения по совершенствованию работы по применению статьи 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь и направлению в лечебно-трудовые профилактории

В результате проведенного анализа эффективности применения в порядке статьи 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь принудительных мер безопасности и лечения к гражданам, больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, а также медико-социальной реадaptации граждан в лечебно-трудовых профилакториях можно сформулировать следующие предложения по совершенствованию работы:

1. Основной проблемой, возникающей при осуществлении принудительного амбулаторного наблюдения и лечения лиц, осужденных с применением статьи 107 УКРБ, является отсутствие законных механизмов воздействия на данных пациентов.

Введение нормы, регламентирующей принудительную доставку лиц, осужденных с применением статьи 107 УКРБ, уклоняющихся от принудительного амбулаторного наблюдения и лечения в государственных организациях здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, будет

способствовать повышению ответственности и дисциплинированности данной категории пациентов, повысит мотивацию к ведению трезвого образа жизни, а также минимизирует риски совершения ими повторных преступлений.

Кроме того, в связи с отсутствием правовых механизмов воздействия в отношении категории лиц, осужденных с применением статьи 107 УКРБ, уклоняющихся и (или) отказавшихся от посещения государственных организаций здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, в настоящее время отсутствуют законные основания для содействия в принудительной доставке данных лиц сотрудниками территориальных органов внутренних дел.

Согласно судебной практике, удельный вес лиц, в отношении которых судами применено принудительное лечение в соответствии со статьей 107 УКРБ, несмотря на общее снижение судимостей, ежегодно растет. В 2019 г. принудительное лечение в соответствии со статьей 107 УКРБ было назначено в отношении 13091 лица, совершившего преступления.

Также зарегистрирована тенденция к увеличению числа лиц, осужденных с применением статьи 107 УКРБ, находящихся на принудительном амбулаторном наблюдении и лечении в организациях здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь.

Граждане, зарегистрированные на территории обслуживания организации здравоохранения, но проживающие на территории иных административных единиц страны, не доставляются территориальным органом внутренних дел в наркологические организации здравоохранения и кабинеты.

2. Для повышения эффективности прохождения медико-социальной реадaptации в ЛТП необходимо проводить последовательную комплексную работу как с пациентами, так и с их родственниками по формированию у пациентов установки на ведение здорового образа жизни, соблюдение всех требований, установленных законодательством.

3. Во исполнение требований постановления Совета Министров Республики Беларусь от 18 декабря 2014 г. №1192 «Об утверждении Положения о порядке представления организациями здравоохранения в правоохранительные органы информации, составляющей врачебную тайну», организациями здравоохранения, оказывающими наркологическую помощь, на регулярной основе налажена передача информации в территориальные органы внутренних дел о фактах оказания медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии наркотического опьянения, а также поста-

новке их под диспансерное наблюдение. Вместе с тем, территориальными органами внутренних дел порядок информирования организаций здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, при совершении правонарушений гражданами, находящимися в состоянии опьянения, не регламентирован. Таким образом, передача сведений регламентирована только в одностороннем порядке, что не дает возможность начать реализацию ранней медицинской профилактики у категории лиц, совершающих правонарушения в состоянии опьянения, и требуется наладить двустороннее взаимодействие и информирование.

4. Для направления в лечебно-трудовой профилакторий гражданину необходимо совершить не менее 4 административных правонарушений в состоянии опьянения (3 административных правонарушения в течение года, а после вынесения предупреждения – еще одно административное правонарушение в состоянии опьянения).

Вместе с тем, факт совершения уже второго административного правонарушения в состоянии опьянения может косвенно указывать на наличие у гражданина проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, требующих принятия незамедлительных профилактических мер как со стороны организаций здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь, так и со стороны территориальных органов внутренних дел.

В настоящее время Законом Республики Беларусь от 4 января 2014 г. №122-З «Об основах деятельности по профилактике правонарушений» (далее – Закон) [12] предусмотрена возможность вынесения (абзац шестой части первой статьи 26) и объявления (часть первая статьи 27) официального предупреждения гражданину, в отношении которого получены сведения о совершении деяний, которые могут создать угрозу национальной безопасности, причинить вред государственным интересам, правам, свободам и законным интересам других граждан или привести к совершению преступления. Данное право предоставлено только органам государственной безопасности, органам пограничной службы и таможенным органам.

В связи с тем, что имеют место факты совершения гражданами повторных противоправных действий, в том числе в состоянии опьянения, считаем целесообразным расширить перечень критериев для вынесения официального предупреждения, а также профилактического наблюдения.

5. Расширение перечня дополнительных профилактических мероприятий, а также некоторое ужесточение ответственности за совершение преступлений в состоянии опьянения повлекут за собой внесение соответствующих изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14 апреля 2014 г. №353 «О некоторых вопросах профилактики правонарушений и признании утратившими силу отдельных постановлений Совета Министров Республики Беларусь».

Заключение

Проблема алкоголизма и наркомании характеризуется масштабностью вызванных социальных проблем и существенным подрывом социально-экономической жизнедеятельности граждан. Данные заболевания ухудшают благополучие населения, прямо и косвенно влияя на увеличение заболеваемости, смертности и преступности.

Одной из мер по борьбе с пьянством и алкоголизмом является направление гражданина, страдающего алкоголизмом, в ЛТП. Основная цель нахождения гражданина в ЛТП – его временная изоляция от общества и предупреждение правонарушений. Не случайно ЛТП входят в структуру органов внутренних дел.

Лица, направленные в ЛТП, пользуются правами граждан Республики Беларусь с установленными законом ограничениями, вытекающими из необходимости обеспечения принудительной изоляции и медико-социальной реадaptации с обязательным привлечением к труду.

Прохождение медико-социальной реадaptации в ЛТП пациентов с зависимостью от алкоголя или наркотических средств дает возможность для родных и близких хотя бы на время забыть о пьяных разборках, драках, отдохнуть физически и эмоционально, восстановить силы и поправить свое пошатнувшееся здоровье, задуматься о дальнейшей жизни и необходимости дальнейшего пребывания под одной крышей с пациентом, страдающим алкоголизмом. Кроме того, определенный шанс на возврат к трезвой жизни есть и у самого пациента, помещенного в ЛТП, если зависимость от алкоголя еще не зашла слишком далеко. Режим, трудотерапия, свежий воздух, регулярное питание и принудительное лечение алкоголизма помогают оздоровиться и предоставляют возможность начать новую жизнь.

Для повышения эффективности прохождения медико-социальной реадaptации в ЛТП необходимо последовательно проводить комплексную работу как с пациентами, так и с их родственниками по формированию у них установки на ведение здорового образа жизни, соблюдение всех установленных законодательством требований.

Литература

1. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
2. О порядке и условиях направления граждан в лечебно-трудовые профилактории и условиях нахождения в них [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 4 янв. 2010 г., №104-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
3. Уголовный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс]: 9 июля 1999 г., №275-3: принят Палатой представителей 2 июня 1999 г.: одобр. Советом Респ. 24 июня 1999 г.: в ред. Закона Респ. Беларусь от 11.11.2019 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
4. Батырев, Е.И. Немедицинские проблемы принудительного лечения лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией [Электронный ресурс] / Е.И.Батырев // Молодой ученый. – 2018. – №51 (237). – С.59–61. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/237/55018/>. – Дата доступа: 01.09.2020.
5. Иванец, Н.Н. О целесообразности принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями [Электронный ресурс] / Н.Н.Иванец. – Режим доступа: narkotiki.ru/expert_272.html. – Дата доступа: 01.09.2020.
6. Программа по борьбе с преступностью и коррупцией на 2020–2022 годы: утв. Решением республиканского совещания по борьбе с преступностью и коррупцией, 18 дек. 2019 г., №20.
7. О медицинском освидетельствовании и принудительном обследовании в организациях здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 8 мая 2020 г., №50 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
8. Об утверждении Концепции социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 25 сент. 2015 г., №803 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
9. Об утверждении Инструкции о порядке межведомственного взаимодействия государственных органов и подчиненных им организаций в целях обеспечения социальной (добровольной и принудительной) реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и зависимостью от других психоактивных веществ, с обязательным привлечением их к труду [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, Министерства

- внутренних дел Респ. Беларусь, Министерства труда и социальной защиты Респ. Беларусь, 14 сент. 2016 г., №105/247/47 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
10. Порядок взаимодействия организаций здравоохранения с органами внутренних дел при осуществлении принудительного амбулаторного наблюдения и лечения лиц, осужденных с применением статьи 107 Уголовного кодекса Республики Беларусь: утв. Министерством здравоохранения Респ. Беларусь и Министерством внутренних дел Респ. Беларусь, согласован с Генеральной прокуратурой Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г.
 11. О содействии в доставке пациентов и иных лиц при оказании психиатрической помощи [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь и Министерства внутренних дел Респ. Беларусь, 10 июля 2020 г., №65/144 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 12. Об основах деятельности по профилактике правонарушений [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 4 янв. 2014 г., №122-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 13. О Клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2010 г., №1387.
 14. Об утверждении правил внутреннего распорядка лечебно-трудовых профилакториев Министерства внутренних дел Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Министерства внутренних дел Респ. Беларусь, 9 окт. 2007 г., №264 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF COMPULSORY SAFETY AND TREATMENT MEASURES TO CITIZENS, SUFFERING FROM CHRONIC ALCOHOL ABUSE, DRUG ADDICTION OR SUBSTANCE ABUSE, AND MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF CITIZENS AT TREATMENT AND LABOR PREVENTIVE CENTERS

V.P.Maksimchuk, T.V.Korotkevich, T.S.Golubeva, V.Yu.Varivonchik

Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, 152, Dolginovsky Trakt, 220053, Minsk, Republic of Belarus

The Belarusian legislation provides for the application of compulsory safety and treatment measures to persons suffering from chronic alcohol abuse, drug addiction or substance abuse in

correctional institutions and medical and social rehabilitation with mandatory forced labor of patients with alcohol abuse and drug addiction in treatment and labor preventive clinics. Statistical data have been studied by authors for the past 20 years on number of examinations of patients with alcohol and drug addiction in application of Article 107 of the Criminal Code of the Republic of Belarus as well as number of persons sent to treatment and labor prevention centers. Analysis of effectiveness of application of coercive safety and treatment measures in accordance with Article 107 of the Criminal Code of the Republic of Belarus to citizens suffering from chronic alcohol, drug or substance abuse, as well as medical and social rehabilitation of citizens in treatment and labor preventive clinics, allowed authors to formulate proposals for its improvement.

Keywords: coercive safety and treatment measures; examination in application of article 107 of the Criminal Code of the Republic of Belarus; medical and labor preventive clinics; interdepartmental interaction of healthcare institutions and internal affairs bodies; medical and social rehabilitation.

Сведения об авторах:

Максимчук Владимир Петрович, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Республиканский центр наркологического мониторинга и превентологии, врач-психиатр-нарколог; тел.: (+37517) 2898109; e-mail: belnarkolog@tut.by.

Короткевич Татьяна Валерьевна, канд. мед. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», зам. директора по организационно-методической работе; тел.: (+37517) 3353085, e-mail: Kor-1965@mail.ru.

Голубева Татьяна Сергеевна, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», ученый секретарь; тел.: (+37517) 2898088; e-mail: tatyana.gol.2011@yandex.by.

Варивончик Вероника Юрьевна; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», психолог 17 наркологического отделения.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 24.11.2020 г.

ПОНИМАНИЕ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

В.Н.Ростовцев, Т.И.Терехович, И.Б.Марченкова

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Определены основы формирования понятийного аппарата для понимания единства системных процессов формирования здоровья и болезни.

Ключевые слова: здоровье; болезнь; процессы; риски; саногенез; рискогенез; патогенез; нозогенез.

Введение. Понимание любой предметной области всегда ограничено имеющимся понятийным аппаратом, который является ментальным инструментом понимания. Задача данной публикации заключается в том, чтобы заложить основы формирования достаточно сбалансированного понятийного аппарата для понимания единства системных процессов формирования здоровья и болезни.

Из существующих определений понятия здоровья наиболее строгим и фундаментальным является следующее: «Здоровье есть результат гармоничного онтогенеза».

Из этого определения следует, что, для формирования и сохранения здоровья, необходимо обеспечить условия гармоничного индивидуального развития, которые определяют потенциал здоровья.

Первое и главное условие – гармоничность генотипа.

Вторым по значимости условием является качественное воспитание (нравственное, духовное и физическое).

Третье условие – здоровое питание.

Четвертое условие – хорошие экологические и социально-экологические условия жизни.

Важно знать, что выполнение главного условия существенно снижает требования к трем остальным.

В силу того, что онтогенез – это непрерывный процесс индивидуального развития организма и личности от зачатия и до смерти, можно утверждать, что на любом этапе онтогенеза здоровье является не только его результатом и не только показателем его гармоничности. Оно является также важной детерминантой особенностей дальнейшего онтогенеза.

Процессы онтогенеза здоровья и болезни. Онтогенез, в определенной его части, можно рассматривать как процесс воспроизводства здоровья, то есть как процесс саногенеза. Процесс са-

ногенеза обеспечивают более десятка систем защиты здоровья [1]. Все системы защиты здоровья – от молекулярно-генетических до психо-рефлективных, по сути, призваны купировать или минимизировать риски формирования аномалий развития и заболеваний, то есть, призваны предотвратить или замедлить процессы рискогенеза заболеваний.

Очевидно, что начавшийся процесс рискогенеза завершается в момент инициации процесса патогенеза. Инициацию патогенеза обычно связывают с так называемым срывом адаптации. Однако, вполне вероятно, что это далеко не единственный механизм запуска патогенеза, хотя и достаточно универсальный.

Патогенез, как правило, начинается с его латентной фазы. Латентный период завершается манифестацией заболевания, после которой начинается фаза нозогенеза, то есть период развития проявленного заболевания как нозологической единицы.

Таким образом, мы имеем цепочку процессов медицинского онтогенеза: саногенез – рискогенез – патогенез – нозогенез.

С клинических позиций к болезни относится только нозогенез, то есть, если нет явных признаков заболевания, то человека считают здоровым. С патофизиологических позиций к болезни относятся патогенез и нозогенез, то есть скрытая и проявленная стадии патологического процесса.

Таким образом, строго говоря, к нормальным и здоровым относятся процессы саногенеза и рискогенеза, а к патологическим и болезненным – процессы патогенеза и нозогенеза.

Процессы и риски. С позиций прогнозирования динамики для каждого из четырех процессов (саногенеза, рискогенеза, патогенеза и нозогенеза) необходимо оценивать присущие этому процессу риски относительно заболевания.

Процесс саногенеза характеризуют первичные риски. Первичные риски – это риски перехода от саногенеза к рискогенезу, то есть риски инициации рискогенеза заболевания. Первичные риски связаны, в основном, с генетическими рисками, с особенностями ментального и психоэмоционального статусов, гигиеническим поведением, включая пищевое, состояниями стресса, переутомления или гиподепрессии. Заметим, что роль гиподепрессивных состояний пока недостаточно понимают большинство врачей. Вместе с тем, эти состояния вносят свой вклад в развитие рисков на всех этапах медицинского онтогенеза. При этом, по своей популяционной частоте гиподепрессивные состояния немногим уступают синтонным (в рамках традиционной шкалы психического тонуса: депрессивный – гиподепрессивный – синтонный – гипоманиакальный – маниакальный).

Процесс рискогенеза характеризуют системные риски [2]. Системные риски – это риски перехода от рискогенеза к патогенезу, то есть риски инициации патогенеза заболевания. Системные риски связаны с функциональным напряжением или истощением конкретных систем организма (например, иммунной системы) и с высокими эндоэкологическими нагрузками на организм (например, с вирусной нагрузкой).

Процесс патогенеза, то есть развитие патологического процесса на его латентной (скрытой, непроявленной) стадии, характеризуют нозологические риски. Нозологический риск – это вероятность симптомного проявления, то есть вероятность манифестации заболевания.

Процесс нозогенеза, то есть процесс развития проявленного заболевания, характеризуют вторичные риски, представляющие собой риски развития рецидивов и осложнений этого заболевания.

Таким образом, для любого заболевания имеем цепочку рисков: первичный риск – системный риск – нозологический риск – вторичный риск.

Эта цепочка показывает, что диагностика различных рисков является столь же важной задачей медицинской диагностики, сколь и диагностика латентной патологии, манифестных заболеваний и их осложнений.

Можно утверждать, что диагностика (оценка) рисков – это наиболее корректный способ диагностики (оценки) здоровья.

Детерминация рисков. Формирование первичных рисков зависит, в основном, от наличия генетических рисков и гармоничности психического баланса индивида, который определяют генотип и культура индивида, включая духовную, нравственную и психогигиеническую культуру [3].

Формирование системных рисков зависит, преимущественно, от гармоничности биофизического (биоэнергетического, в том числе чакрально-меридианного) баланса организма, на который влияют особенности первичных рисков и профиль функциональных нагрузок на конкретные системы организма и организм в целом, особенно нагрузок, приводящих к истощению той или иной системы организма. Например, достаточно сильный и длительный стресс (психическая нагрузка) приводит к истощению иммунной системы.

Формирование нозологических рисков зависит, в первую очередь, от гармоничности генотипа и метаболического (биохимического, в том числе эндокринного) баланса, а также от системных рисков и гигиенической культуры индивида, включая культуру питания.

Формирование вторичных рисков зависит от качества медицинской помощи и поведения индивида, включая рекомендуемые врачом режимы жизнедеятельности.

Аспекты понимания здоровья. Приведенное выше фундаментальное определение здоровья не исчерпывает всех аспектов его понимания, касаясь только главного аспекта – аспекта онтогенеза, и не затрагивает таких аспектов, как аспекты нормы и гармонии, сопротивляемости (устойчивости, неподверженности) организма заболеванию, системного баланса функций организма.

Важным является определение понятия здоровья в аспекте нормы и гармонии: «Здоровье – это норма и гармония генетического, духовного и физического состояния и развития индивида, рода и народа» [3].

Применительно к индивиду поясним, что гармоничность генотипа – это аллельные и неаллельные сочетания генов, оптимальные относительно здоровья. Гармоничность онтогенеза – это своевременность (в смысле критических периодов развития) и оптимальность (относительно генотипа) действия факторов индивидуального развития систем организма в целом и систем защиты здоровья в особенности.

С позиций так называемой сопротивляемости (устойчивости, неподверженности) организма заболеванию определение понятия здоровья следующее: «Здоровье – это функциональная достаточность систем защиты здоровья».

Основными системами защиты здоровья индивида являются:

культура воспроизводства здоровья в поколениях;

культура здоровья (индивидуальная и социальная);

система(ы):
 рефлексивной психической защиты здоровья;
 генетической преадаптации;
 генетической защиты (репарации и рекомбинации);
 эпигенетической адаптации;
 метаболические (детоксикации, выведения и депонирования);
 иммунные (гуморальные и клеточные);
 рефлекторные (защитные рефлексы);
 нейровегетативные;
 биоволновые (биофизические).

С позиций системного баланса функций организма определение понятия здоровья следующее: «Здоровье – это допустимый функциональный баланс основных сфер организма (генетической, метаболической, функциональной, психической и биоволновой) в пределах сфер и между ними».

Представления об основных сферах организма изложены в 2012 г. в работе В.Н.Ростовцева «Основные сферы организма» [4].

Приведенные определения здоровья как экспликации основных аспектов понимания здоровья показывают, что высокая семантическая сложность понятия здоровья практически исключает прямое использование этого понятия для оценки качества или «количества» здоровья. На практике оценки здоровья возможны только через профиль оценок различных рисков для здоровья – первичных, системных, нозологических и вторичных. Именно поэтому первостепенную значимость имеют методы и средства качественной диагностики и количественной оценки всех типов рисков для здоровья.

Отсюда следует конструктивное, то есть технологически реализуемое определение понятия здоровья: «Здоровье – это допустимый уровень рисков патологии».

Для оценки первичных рисков перспективны генетические и психодиагностические методы. Для ранней (своевременной) диагностики и оцен-

ки системных, нозологических и вторичных рисков наиболее эффективна биофизическая диагностика, включая методы волновой и электроизмерительной диагностики. В первую очередь, это волновая технология функциональной спектрально-динамической диагностики (ФСД-диагностики) [5]. Также это технологии меридианной диагностики и другие методы электроизмерительной диагностики.

Смысл рисков, соответствующих каждому из процессов медицинского онтогенеза, а также основные методы оценки рисков приведены в табл.

Аспекты понимания болезни. Популярным определением понятия болезни является следующее: «Болезнь – это состояние организма, выраженное в нарушении его нормальной жизнедеятельности».

Это определение некорректно по двум причинам. Во-первых, болезнь – это всегда процесс, а состояние – лишь момент процесса. Во-вторых, понятие нормы жизнедеятельности является сугубо относительным и однозначного количественного определения иметь не может.

Более адекватно (из общеизвестных) следующее определение болезни: «Болезнь – это патологический процесс, протекающий в организме в результате воздействия различных внешних и внутренних болезнетворных факторов (биологических, социальных, физических, химических и др.) при мобилизации компенсаторно-приспособительных механизмов организма».

Вместе с тем, «воздействие факторов», по меньшей мере для распространенных хронических заболеваний, является условием, а не причиной инициации патологического процесса. Кроме того, сам патологический процесс, как правило, является компенсаторно-приспособительным, то есть болезнь, как правило, выступает как компенсаторно-приспособительный режим жизнедеятельности.

Чтобы приблизиться к пониманию причин патологии, рассмотрим классификацию патологических процессов.

Таблица

Характеристика процессов медицинского онтогенеза

Процесс	Риск		
	Вид	Смысл	Методы оценки (по преимуществу)
Саногенез	Первичный	В инициации рискогенеза заболевания	Генетические, психодиагностические Волновая и электроизмерительная диагностика
Рискогенез	Системный	В инициации патогенеза заболевания	
Патогенез	Нозологический	В манифестации заболевания	Лабораторная диагностика
Нозогенез	Вторичный	В развитии рецидивов и осложнений	

С наиболее общих позиций патологические процессы можно разделить на четыре типа:

- гиперэргические;
- нормэргические;
- гипоэргические;
- гетероэргические.

Для типа гиперэргических патологических процессов можно выделить, как минимум, два класса процессов:

- воспалительные процессы,
- процессы функционального перенапряжения.

Эти классы процессов требуют повышенного расхода энергетических ресурсов, и потому они именуется гиперэргическими.

К типу нормэргических патологических процессов относятся следующие классы:

- дисрегуляторные процессы;
- дистрофические процессы.

Примером дисрегуляторной патологии могут служить нарушения менструального цикла вследствие гормонального дисбаланса, примером дистрофических процессов – дефициты эссенциальных нутриентов.

К типу гипоэргических патологических процессов относятся следующие:

- дегенеративные процессы;
- депрессивные процессы.

Органно-тканевые и другие дегенеративные процессы играют важную роль в патогенезе многих заболеваний. Например, дегенеративные процессы в околожелудочных нервных сплетениях увеличивают риск (на доклинической стадии) или усугубляют течение (на манифестной стадии) язвенной болезни желудка. Можно предположить, что язва желудка является (не отрицая определенной роли хеликобактера) таким же осложнением дегенеративных процессов в тканях желудка (в том числе, по причине недостаточного нейротрофического обеспечения), каким является инфаркт миокарда для ишемических (по сути, дегенеративных) процессов в сердечной мышце.

К типу гетероэргических патологических процессов относятся классы процессов, связанных с чужеродными образованиями, агентами и влияниями, в том числе:

- онкопроцессы;
- инвазивные процессы;
- инфекционные и миазматические процессы;
- индуцированные процессы (в результате электромагнитных, гепатогенных и других патогенных влияний).

Таким образом, в рамках четырех типов мы имеем десять основных классов патологических процессов, и каждый класс имеет свой профиль

этиологических факторов (включая генетические и онтогенетические) и патогенетических условий инициации патологического процесса.

К этиологическим факторам относятся генетическая предрасположенность и онтогенетическая дефицитность той или иной системы защиты здоровья, а также инфекции, инвазии и другие этиологически значимые факторы. К патогенетическим условиям – физиологическая подверженность вследствие различных функциональных напряжений (включая психоэмоциональные) и антигигиеническое поведение вследствие ментальных дефицитов, а также гиподепрессивные и депрессивные психоэмоциональные состояния.

Очевидно, что любой из факторов и любое из условий по отдельности не являются самодостаточными и что только некоторая совокупность этиологических факторов и патогенетических условий создает достаточно высокую вероятность (риск) инициации патологического процесса.

Определенная совокупность этиологических факторов и патогенетических условий – это начальная (исходная) причина инициации патогенеза. При этом, конечная (последняя) причина инициации, как правило, не в этой совокупности факторов и условий, а в запуске управляющей «команды» ЦНС на инициацию процесса. После запуска этой «команды» уже не имеет принципиального значения, была ли эта управляющая «команда» закономерной или сбойной, соматически вынужденной или ментально обусловленной. Все это имеет значение до запуска управляющей команды, когда имеются возможности для профилактической коррекции факторов и условий инициации патологического процесса. Но после инициации патогенеза остаются не только возможности для лечебной коррекции, то есть для раннего лечения на латентной стадии процесса и для позднего лечения на манифестной стадии заболевания, а и возможности применения оздоровительных технологий, которые способны обеспечить до 80% конечной успешности комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий.

Отсюда можно достаточно обоснованно полагать, что: «Болезнь – это патологический процесс, иницируемый системами управления ЦНС при достаточной совокупности этиологических факторов и патогенетических условий инициации патогенеза».

При этом, на фоне определенных этиологических факторов достаточным условием инициации патогенеза может оказаться чисто психологическая причина, например, в случаях так называемого «бегства в болезнь».

После манифестации болезни, когда уже начался процесс нозогенеза, этиологические факторы постепенно уступают место патогенетическим условиям. При этом, одни этиологические факторы (например, наличие инфекционного агента) могут оставаться актуальными и приобретать статус патогенетических условий, а другие – утрачивать актуальность.

Можно достаточно обоснованно предположить, что значительная доля условий рискогенеза, патогенеза и ранних стадий нозогенеза являются общими. И, как показывает практика, эта доля достаточна для того, чтобы для всех этих процессов использовать единую тактику комплексной коррекции.

Важным аспектом является понимание многоуровневости и многомерности процессов медицинского онтогенеза. Этот аспект нашел отражение в аюрведических представлениях об этапах развития заболеваний.

Аюрведа выделяет пять основных стадий развития патологии (не считая терминальной стадии):

- ментальную;
- эфирную (биоволновую, психоэмоциональную);
- дисрегуляторную (нейроэндокринную);
- эндотоксическую (метаболическую);
- проявленную (манифестную).

Две первые стадии соответствуют процессам рискогенеза, две последующие – процессам патогенеза и последняя – процессу нозогенеза.

Четыре первых стадии развития патологии соотносятся с основными уровнями управления жизнедеятельностью – ментальным (духовным), биоволновым (психоэмоциональным), системным (нейроэндокринным) и метаболическим.

На всех уровнях и всех стадиях эти процессы являются многомерными и, как следствие многомерности, – многофакторными.

Представления о многоуровневости, многомерности и многофакторности процессов медицинского онтогенеза следует рассматривать как стремление отразить реальную сложность этих процессов.

На каждом уровне имеет место явление фазности процессов. Основным следует признать следующее известное правило последовательности фаз процессов: «сначала гиперэргическая фаза и потом – гипоэргическая фаза». В частном случае: «сначала воспалительный процесс и потом – дегенеративный процесс». Если это классическое правило справедливо, то можно предположить, что нейродегенеративной патологии должна предшествовать нейровоспалительная патология. Дей-

ствительно, имеющийся у нас опыт ФСД-диагностики рассеянного склероза показывает, что у пациентов с рассеянным склерозом всегда выявляется латентно перенесенный энцефалит.

Отсюда очевидно, что лучшей профилактикой рассеянного склероза является раннее лечение энцефалита на основе ранней ФСД-диагностики его латентной стадии или формы.

Заключение. Затронутые аспекты понимания здоровья и болезни не исчерпывают всей глубины проблемы, но позволяют выявить и осознать важные конструктивы.

Во-первых, осознать роль диагностики рисков. Как уже отмечено выше, диагностика различных рисков с целью профилактики является столь же важной задачей медицинской диагностики, сколь и диагностика латентной патологии, манифестных заболеваний и их осложнений с целью лечения. Практическое становление профилактической диагностики сегодня опирается, в основном, на методы биофизической диагностики, в частности, на ФСД-диагностику.

Во-вторых, признавая достижения классической патофизиологии, следует отметить ее недостаточное внимание к ментальным и психоэмоциональным условиям инициации патогенеза. Рост числа заболеваний, относимых к психосоматозам, убеждает в высокой значимости этих факторов и указывает на соответствующий конструктив, а именно: на необходимость развития концепций и технологий психопрофилактики заболеваний и, главное, – на необходимость создания необходимых условий для формирования ментального здоровья.

В-третьих, и что наиболее значимо, это осознание необходимости интеграции сложившихся в медицине концептуальных, методических и технологических направлений, то есть необходимости построения основ интегральной медицины как генерального направления ее развития. На этом пути необходима интеграция:

традиций аллопатической, гомеопатической, изопатической, натуропатической, аюрведической и китайской медицины;

подходов оздоровительной, профилактической, лечебной и восстановительной медицины;

методов биохимической (медикаментозной) и биофизической (пунктурной, волновой и физиотерапевтической) коррекции, как оздоровительно-профилактической, так и лечебной.

Вместе с тем, главным остается понимание здоровья как процесса его гармоничного воспроизводства в индивидуальном ментальном, генотипическом и соответствующем морфофункциональном базисе.

Отсюда следует, что ментальные, генотипические и соответствующие морфофункциональные дисгармоничности (дисбалансы) могут приводить к формированию условий для инициации тех или иных патологических процессов. Врачебное мышление в понятийном базисе процессов, то есть в терминологии динамических систем (процессное мышление), наиболее соответствует задачам оздоровления, профилактики и раннего лечения.

Ключевыми характеристиками процессов медицинского онтогенеза и, одновременно, характеристиками здоровья являются первичные, системные, нозологические и вторичные риски. С позиций теории динамических систем – это риски бифуркации (то есть риски изменения качества процесса, например, переход рискогенеза в патогенез) в соответствующих динамических системах (процессах) организма как целого.

Литература

1. *Ростовцев, В.Н.* Основы культуры здоровья / В.Н.Ростовцев, В.М.Ростовцева. – Минск: Национальный институт образования, 2008. – 118 с.
2. *Ростовцев, В.Н.* К теории диагноза / В.Н.Ростовцев // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – №3. – С.42–46.
3. *Ростовцев, В.Н.* Основы здоровья / В.Н.Ростовцев. – Минск: РУП «Минсктиппроект», 2002. – 109 с.
4. *Ростовцев, В.Н.* Основные сферы организма [Электронный ресурс] / В.Н.Ростовцев. – Режим доступа: <https://kmsd.su/vracham/avtorskie-stati/osnovnye-sfery-organizma-rostovtsev-v-n/>. – Дата доступа: 15.01.2019.
5. Комплекс медицинский спектрально-динамический [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.kmsd.by. – Дата доступа: 15.01.2019.

UNDERSTANDING OF HEALTH AND DISEASE

**V.N.Rostovtsev, T.I.Tserakhovich,
I.B.Marchenkova**

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Basis has been determined of conceptual apparatus formation for understanding unity of systemic processes of health and disease formation.

Keywords: health; disease; processes; risks; sanogenesis; risk genesis; pathogenesis; nosogenesis.

Сведения об авторах:

Ростовцев Владимир Николаевич, д-р мед. наук, профессор; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий первичной медицинской помощи, главный научный сотрудник; тел.: (+37529) 6139315; e-mail: vnrost@rambler.ru.

Терехович Татьяна Ивановна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией организационных технологий первичной медицинской помощи; тел.: (+37517) 2923191; e-mail: tterehovich@belcmt.by.

Марченкова Ирина Борисовна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий первичной медицинской помощи, старший научный сотрудник; e-mail: irina_marchenkova@tut.by.

Поступила 08.04.2020 г.

УДК 616.2-021.3-053.8:303.724] (476)

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (2008–2019 ГОДЫ): АНАЛИЗ ПО ПРИЧИНАМ

¹Т.Н.Глинская, ¹Е.И.Давидовская, ²М.В.Щавелева, ¹Л.С.Богуш

¹ Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии,
Долгиновский тракт, 157, 220053, г. Минск, Республика Беларусь

² Белорусская медицинская академия последипломного образования,
ул. П.Бровки, 3, корп. 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

В статье обобщены результаты анализа показателей первичной заболеваемости болезнями органов дыхания взрослого населения Республики Беларусь по отдельным причинам за двенадцатилетний период (2008–2019 годы). Продемонстрированы основные тенденции, оцениваемые по показателям динамики.

Ключевые слова: Республика Беларусь; взрослое население; болезни органов дыхания; заболеваемость; причины; динамика.

Болезни органов дыхания – лидирующая причина первичной и общей заболеваемости населения как взрослого, так и детского возраста. Медико-социальная значимость данного явления обусловлена широкой распространенностью, систематическими сезонными (и не только сезонными) эпидемическими подъемами заболеваемости, рисками развития осложнений, формирования хронических форм болезней органов дыхания, ведущих к социальной недостаточности и инвалидности, социально-экономическими потерями, включая затраты на лекарственное обеспечение, госпитализацию в тяжелых случаях и противоэпидемические мероприятия. Данный класс болезней лидирует в структуре причин заболеваемости с временной нетрудоспособностью, обуславливает значительную часть посещений к врачам-специалистам первичного звена, находится на 2–3-м месте среди причин госпитальной заболеваемости [1–3].

Планирование деятельности по организации оказания медицинской помощи населению при болезнях органов дыхания должно проводиться с учетом данных анализа интенсивных показателей заболеваемости (первичной и общей), динамики

показателей, установленных тенденций (по уровню направленности изменений) и прогноза заболеваемости на будущее.

Поскольку ряд болезней органов дыхания (острые респираторные инфекции (ОРИ), грипп, пневмония, острый бронхит и другие) при регистрации учитываются только как первичные случаи (число случаев первичных заболеваний и общее число заболеваний данными болезнями одинаково), предметом исследования явилась первичная заболеваемость. Проведен анализ динамики первичной заболеваемости болезнями органов дыхания взрослого населения Республики Беларусь по отдельным причинам за двенадцатилетний период (2008–2019 гг.).

Материалом для анализа служили данные государственной статистической отчетности о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше за 2008–2019 гг., данные о численности населения Республики Беларусь [4–15]. Рассчитывались интенсивные показатели первичной заболеваемости, в том числе, по отдельным причинам с выделением рейтинговых групп; проводилось построение динамических рядов; рассчитывались показатели динамики

(темпы прироста к базовому уровню (2008 год) и минимальному значению; абсолютный прирост; среднегодовой темп прироста); проводилось построение трендов и выявление тенденций; прогнозировались показатели заболеваемости по отдельным причинам на ближайшее будущее (два года).

Массив анализируемых данных был разделен на три блока с учетом позиций (отдельных строк) отчетной формы:

острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (ОРИ) и грипп (2 строки формы);

болезни верхних дыхательных путей без учета ОРИ и гриппа и «другие болезни органов дыхания» (не учтенные в отчетной форме отдельные причины);

болезни «нижних» дыхательных путей (8 строк).

Соответственно, к «ОРИ и гриппу» отнесены ОРИ верхних дыхательных путей, J00–J06; грипп, J10; J11 (строки 11.1 и 11.2).

К болезням верхних дыхательных путей без учета ОРИ и гриппа и «другим болезням органов дыхания» (не учтенным в отчетной форме) отнесены:

вазомоторный и аллергический ринит, J30 (строка 11.4);

хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, J31; J32 (строка 11.5);

хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс, J35; J36 (строка 11.6);

«другие болезни органов дыхания», не учтенные в отчетной форме как отдельные причины (острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей (преимущественно острый бронхит, трахеобронхит), J20–J22; хронический ларингит и ларинготрахеит; болезни голосовых складок и гортани, J37–J39; болезни легкого, вызванные внешними агентами, J60–J70).

К болезням «нижних» дыхательных путей отнесены: пневмония, J12–J18; бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких, J40–J43; другая хроническая обструктивная легочная болезнь, J44; астма, астматический статус, J45–J46; бронхоэктатическая болезнь, J47; интерстициальные легочные болезни, J84; гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей, J85–J86; другие болезни плевры, J90–J94 (строки 11.3 и 11.7–11.13).

Динамика первичной заболеваемости болезнями органов дыхания с учетом деления на три блока (ОРИ и грипп; болезни верхних дыхательных путей и другие болезни органов дыхания; болезни нижних дыхательных путей) представлена на рис. 1. Основное влияние на уровень и направленность изменений совокупного показателя первичной заболеваемости оказывают ОРИ и грипп [3]. Диапазон колебаний показателей в течение периода наблюдения составил для всего класса болезней органов дыхания от $18638,7 \pm 15,7$ до $27526,6 \pm 18,7$ ‰, для ОРИ и гриппа – от $15635,0 \pm 14,3$ до $24298,3 \pm 17,5$ ‰.

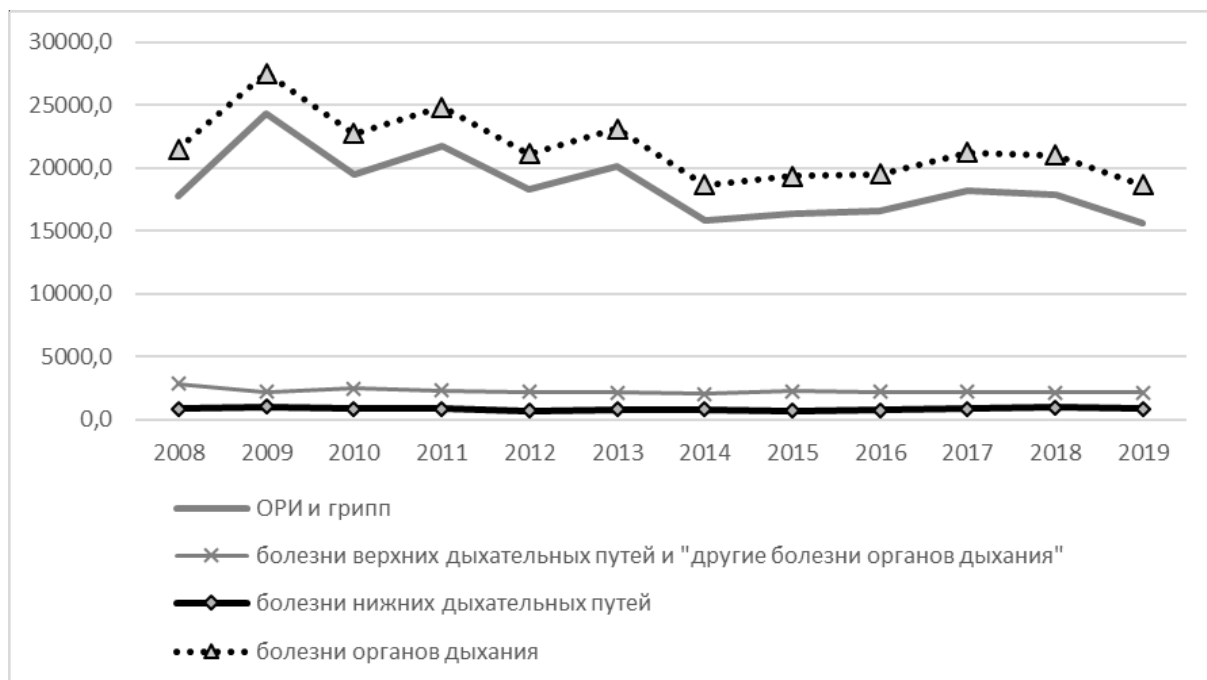


Рис. 1. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь болезнями органов дыхания (2008–2019 гг., ‰)

Структура среднего многолетнего показателя первичной заболеваемости болезнями органов дыхания с учетом выделения вышеназванных трех блоков причин представлена на рис. 2.

В течение периода наблюдения на долю ОРИ и гриппа приходилось 82,9–88,3% случаев; на долю болезней верхних дыхательных путей и «других болезней органов дыхания» – 8,1–13,1%; болез-



Рис. 2. Структура первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь болезнями органов дыхания (структура среднего многолетнего показателя) (2008–2019 гг., ‰)

нями «нижних» дыхательных путей были обусловлены 3,3–4,6% случаев.

Поскольку вопросами эпидемиологического анализа и прогнозирования заболеваемости ОРИ и гриппом целенаправленно занимаются профильные лаборатории и специалисты ГУ «РНПЦ эпидемиологии и микробиологии» [3, 16], данная причина заболеваемости далее нами не анализировалась.

Динамика первичной заболеваемости болезнями верхних дыхательных путей и «другими болезнями органов дыхания» представлена на рис. 3. Интенсивные значения показателя первичной заболеваемости болезнями, отнесенными к блоку 2 (болезни верхних дыхательных путей и «другие болезни органов дыхания»), находились в диапазоне от $2048,1 \pm 5,2\text{‰}$ (2014) до $2818,7 \pm 6,0\text{‰}$ (2008), а основной вклад в его структуру вносят «другие болезни органов дыхания» со значениями в диапазоне от $1633,8 \pm 4,6\text{‰}$ (2019) до $2480,4 \pm 5,6\text{‰}$ (2008), обуславливая 76,4–88,0% случаев.

Направленность обоих линейных графиков, иллюстрирующих на рис. 3 динамику первичной заболеваемости, совпадает. Темп прироста в 2019 г. к базовому уровню 2008 г. составил «минус» 24,1% для причины «болезни верхних дыха-

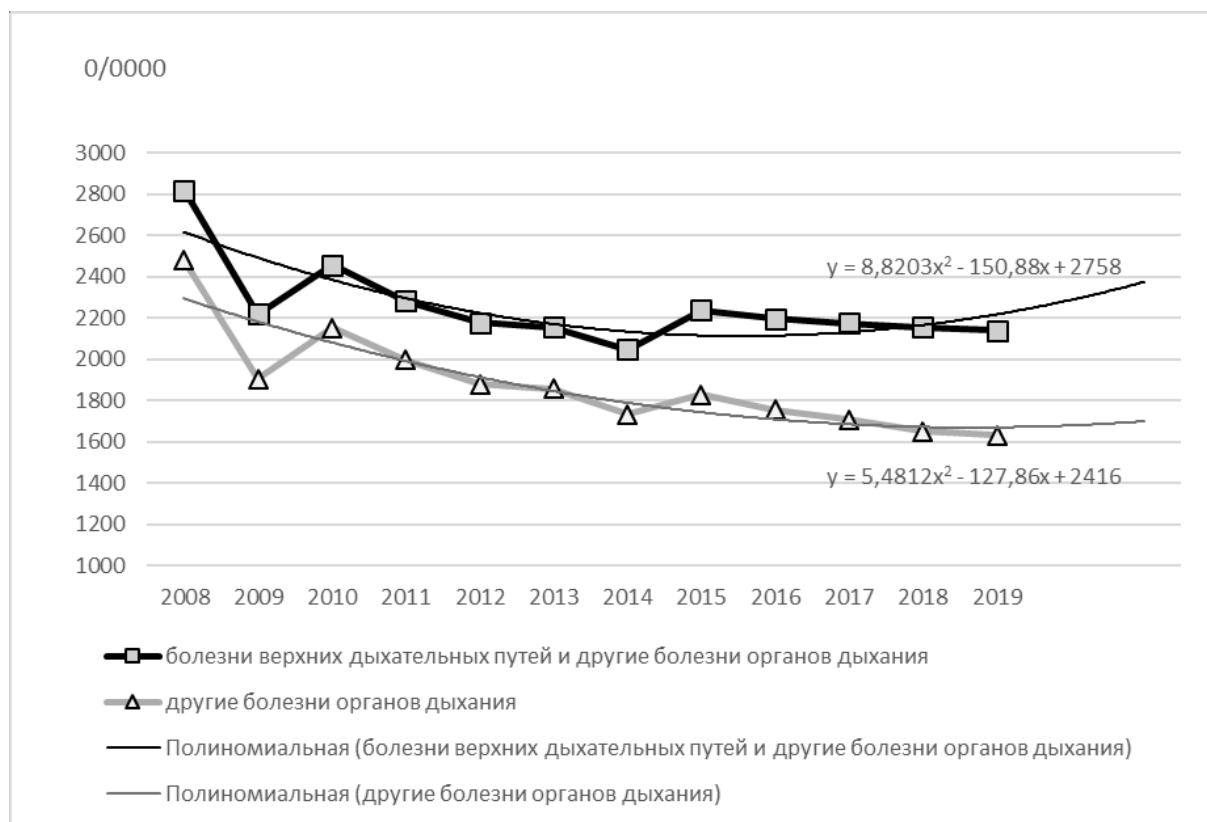


Рис. 3. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь болезнями верхних дыхательных путей и «другими болезнями органов дыхания» (2008–2019 гг., ‰)

тельных путей» и «минус» 34,1% для «других болезней органов дыхания».

Построение полиномиальных трендов позволяет прогнозировать на ближайшие два года рост показателя первичной заболеваемости болезнями верхних дыхательных путей и «другими болезнями органов дыхания» (абсолютный прирост в 2021 г. к уровню 2019 г. составит $+235,5\%$, темп прироста достигнет $+11,0\%$) и сохранение «плато» для первичной заболеваемости «другими болезнями органов дыхания» (абсолютный прирост – $+66,5\%$, темп прироста – $+4,1\%$).

Вклад оставшихся трех причин (вазомоторный и аллергический ринит, J30; хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, J31; J32; хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс, J35; J36) в структуру среднего многолетнего показателя первичной заболеваемости болезнями, включенными во второй блок (болезни верхних дыхательных путей и «другие болезни органов дыхания»), невелик. На долю каждой из трех причин приходится 5,0–6,0% случаев первичных заболеваний (рис. 4).

Динамика первичной заболеваемости болезнями верхних дыхательных путей, учитываемыми в отчетной форме по отдельным строкам (вазомоторный и аллергический ринит, J30; хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, J31; J32; хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс, J35; J36), приведена на рис. 5а, выравнивание динамических рядов и прогнозирование на последующий двухлетний период иллюстрирует рис. 5б.

Заслуживает внимания тенденция к постоянному росту первичной заболеваемости вазомоторным и аллергическим ринитом. Интенсивный показатель вырос с $93,2 \pm 1,1\%$ (2008) до

$175,6 \pm 1,5\%$ (2019). Темп прироста показателя за анализируемый период составил $+88,4\%$ (среднегодовой темп прироста – $+8,0\%$).

В течение последних 5 лет отмечен рост первичной заболеваемости хроническими болезнями миндалин и аденоидов. В 2008–2014 гг. значение показателя менялось незначительно в диапазоне от $86,1 \pm 1,1$ до $102,7 \pm 1,1\%$ (среднегодовое значение за этот период – $92,3\%$). В течение последующих 5 лет первичная заболеваемость выросла со $129,8 \pm 1,3\%$ (2015) до $150,6 \pm 1,4\%$ (2019). Темп прироста к уровню 2008 г. составил в 2019 г. $+46,6\%$, среднегодовой темп прироста – $+4,2\%$.

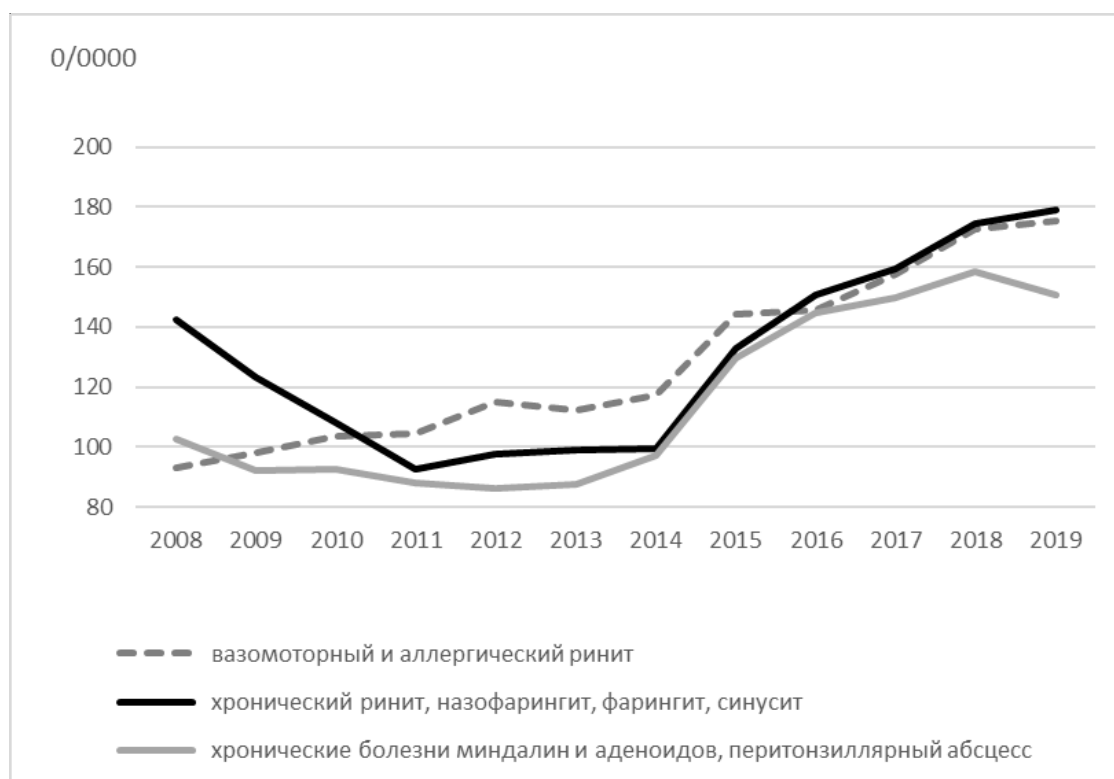
Кривая, описывающая динамику первичной заболеваемости хроническим ринитом и синуситами, демонстрирует параболический характер: снижение показателя первичной заболеваемости с уровня $142,4 \pm 1,3\%$ (2008) до $92,4 \pm 1,1\%$ (2011) и формирование «плато» на относительно низком уровне (2011–2014), выраженный подъем в течение последних 5 лет. Темп прироста показателя первичной заболеваемости в 2019 г. ($179,2 \pm 1,5\%$) к значению 2008 г. составил $+25,8\%$, а по отношению к минимальному значению в 2011 г. – $+93,9\%$.

На рис. 5б представлены полиномиальные тренды первичной заболеваемости для трех анализируемых причин и прогноз на ближайшие два года. Для всех нозологий (вазомоторный и аллергический ринит, J30; хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, J31; J32; хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс, J35; J36) характерна тенденция к росту показателя первичной заболеваемости с прогнозируемым темпом прироста в 2021 г. к уровню значений 2019 г. соответственно $+19,3\%$ (J30), $+43,5\%$ (J31; J32), $+37,9\%$ (J35; J36).

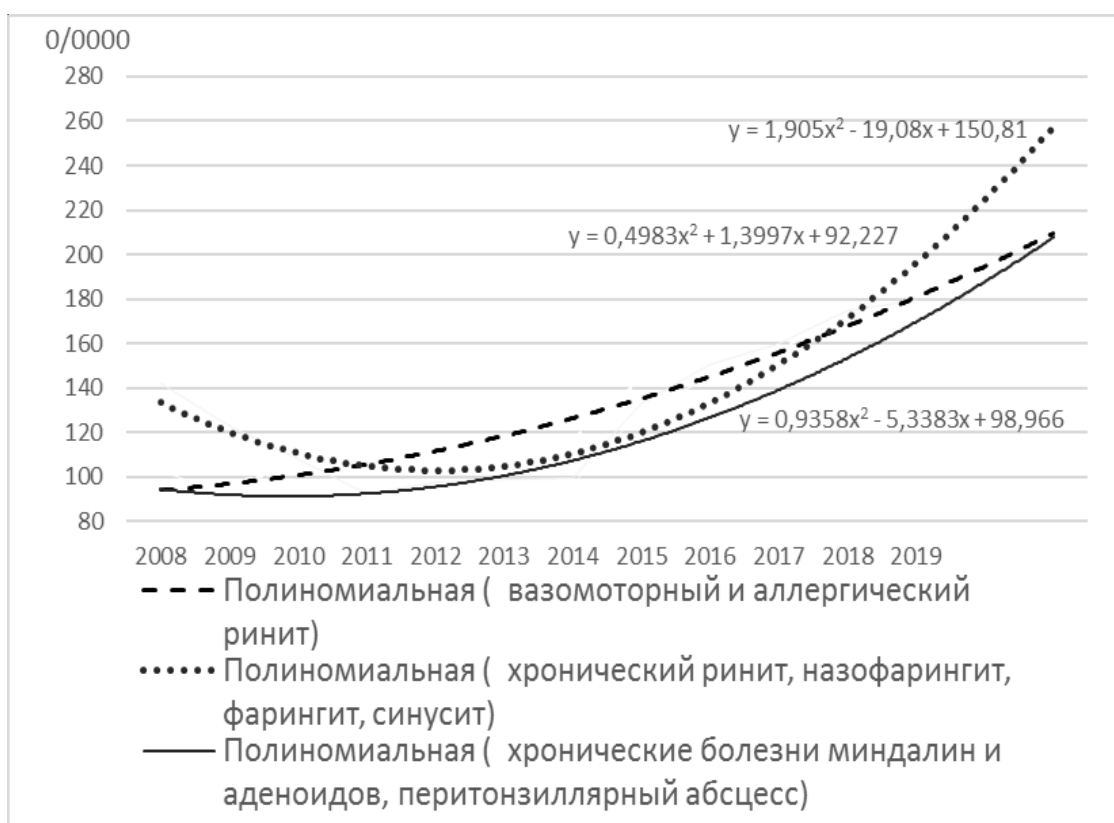
Для более информативного суждения о динамике первичной заболеваемости болезнями органов дыхания по отдельным причинам, необходим анализ заболеваемости по группам кодов J20–J22 и J37–J39. Вклад болезней с двумя указанными группами кодов является значимым и существенно превосходит в количественном выражении показатели заболеваемости по причинам, представленным отдельными строками отчетной формы.



Рис. 4. Структура первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь болезнями верхних дыхательных путей и «другими болезнями органов дыхания» (структура среднего многолетнего показателя) (2008–2019 гг., $\%$)



а



б

Рис. 5. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь избранными болезнями верхних дыхательных путей (3 причины) (2008–2019 гг., $\%_{0000}$) (5а); выравнивание динамических рядов первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь избранными болезнями верхних дыхательных путей (3 причины) (2008–2019 гг., $\%_{0000}$) (5б)

Как уже отмечалось, болезни «нижних» дыхательных путей (отнесенные к блоку 3) составляют в структуре первичной заболеваемости болезнями органов дыхания около 4,0%. Если исключить из анализа случаи, приходящиеся на ОРВИ и грипп, то вклад болезней «нижних» дыхательных путей в структуру среднего многолетнего показателя (2008–2019) первичной заболеваемости болезнями органов дыхания без учета ОРВИ и гриппа составит 27,0%.

На рис. 6 представлены два линейных графика динамики первичной заболеваемости: болезнями «нижних» дыхательных путей и пневмонией (наиболее значимой причиной, формирующей данный блок).

Графики, иллюстрирующие динамику обоих показателей (первичная заболеваемость пневмонией и первичная заболеваемость болезнями нижних дыхательных путей), идентичны по направленности, имеют параболическую форму и описываются полиномиальными трендами. Пневмония обуславливает около 80,0% (от 77,9 до 83,9%) случаев заболеваний нижних дыхательных путей.

Показатель первичной заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей за анализируемый период колебался в диапазоне от $704,0 \pm 3,0\text{‰}$ (2015) до $1010,7 \pm 3,6\text{‰}$ (2009). Диапазон изме-

нений интенсивного показателя заболеваемости пневмонией имел размах от $565,5 \pm 2,7\text{‰}$ (2015) до $848,1 \pm 3,3\text{‰}$ (2009). Значения средних многолетних показателей составили $833,0 \pm 27,4\text{‰}$ (болезни нижних дыхательных путей) и $677,8 \pm 24,3\text{‰}$ (пневмонии). Темп прироста показателей первичной заболеваемости в 2019 г. к значению 2008 г. был незначим: +0,9% (болезни нижних дыхательных путей) и +3,9% (пневмонии).

Прогноз на предстоящий двухлетний период предполагает умеренный рост показателей первичной заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей (абсолютный прирост в 2021 г. к уровню 2019 г. – $192,2\text{‰}$, темп прироста – +22,2%) и пневмонией (абсолютный прирост – $139,0\text{‰}$, темп прироста – +20,1%).

На оставшиеся 7 причин (после исключения пневмонии) приходится около 20,0% случаев первичных заболеваний болезнями нижних дыхательных путей.

По уровню интенсивных значений показателей первичной заболеваемости можно выделить две группы причин. К первой группе, с уровнем значений от 30,0 до $100,0\text{‰}$, отнесены 3 причины: бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких; другая хроническая обструктивная легочная болезнь; астма, астматический статус. Ко вто-

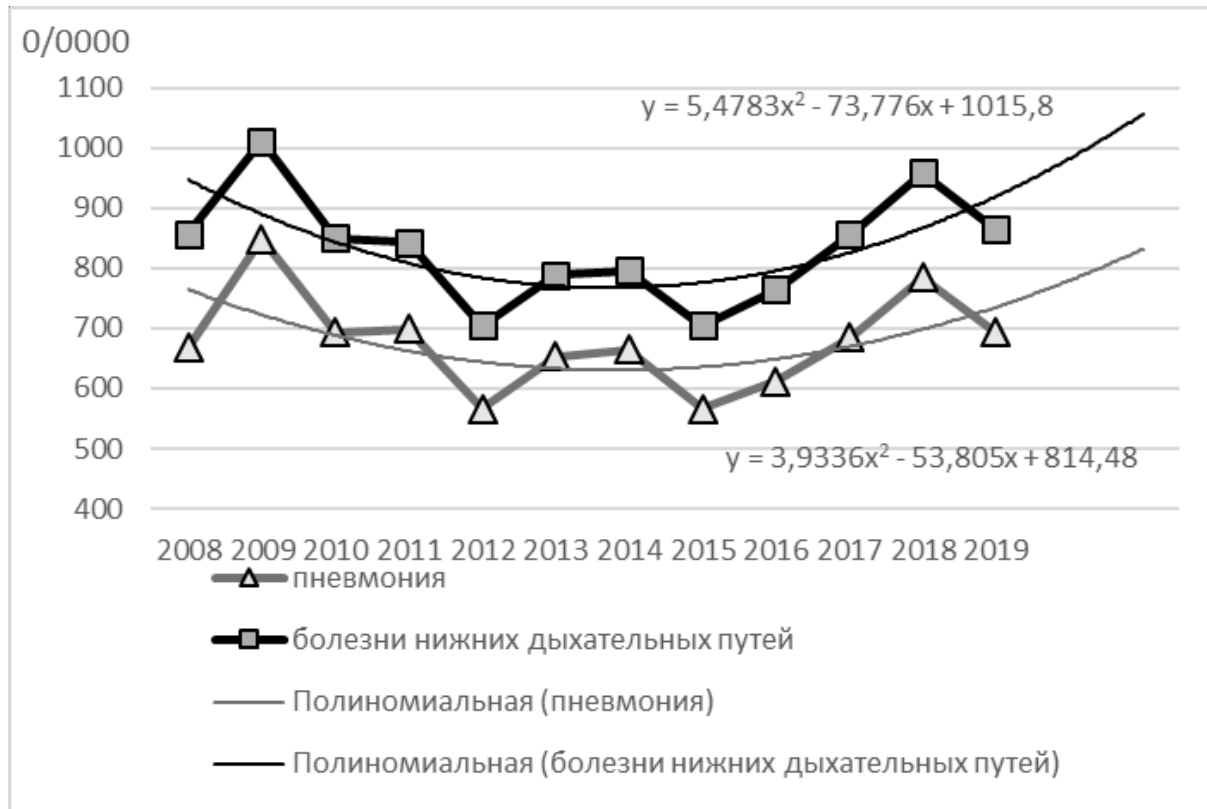


Рис. 6. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь болезнями нижних дыхательных путей (2008–2019 гг., ‰)

рой – с уровнем показателей менее $10,0\text{‰}$, отнесены 4 причины: бронхоэктатическая болезнь; интерстициальные легочные болезни; гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей; другие болезни плевры.

На рис. 7 приведена структура первичной заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей после исключения пневмонии.

Основной вклад в структуру первичной заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей без учета пневмонии вносит первая группа из трех причин (бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких; другая хроническая обструктивная болезнь легких; астма, астматический статус) – более 90,0% случаев.

Вторая группа заболеваний, как указано ранее, включает 4 позиции с низкими интенсивными значениями показателя первичной заболеваемости. В структуре первичной заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей без учета пневмонии (многолетний среднегодовой показатель), проиллюстрированной на рис. 7, на долю второй группы приходится менее 10,0% случаев (от 4,9 до 9,5% в течение периода наблюдения).

Динамика показателей первичной заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей с уровнем значений от 30,0 до $100,0\text{‰}$ (три причины), формирующими первую группу, представлена на рис. 8.

Первичная заболеваемость бронхитом хроническим и неуточненным, эмфиземой легких имела диапазон значений от $51,4 \pm 0,8\text{‰}$ (2014) до $92,5 \pm 1,1\text{‰}$ (2008), многолетний среднегодовой показатель составил $63,7\text{‰}$, темп прироста в 2019 г. ($66,8 \pm 3,6\text{‰}$) к уровню 2008 г. составил «минус» 27,8% (среднегодовой темп прироста – «минус» 2,5%). После периода снижения уровня первичной заболеваемости (2008–2014) с максимальным отрицательным темпом прироста («минус» 44,4%), отмечен рост данного показателя (темп прироста в 2018 г. к уровню 2014 г. составил +35,4%).

Вклад данной причины в структуру первичной заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей составлял 6,5–10,8%, ежегодно в стране регистрируется около 5000 новых случаев хронического бронхита, эмфиземы легких.

Показатель первичной заболеваемости другой хронической обструктивной болезнью легких ко-



Рис. 7. Структура первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь болезнями нижних дыхательных путей (за вычетом пневмонии) (структура среднего многолетнего показателя) (2008–2019 гг., ‰)



Рис. 8. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь отдельными болезнями нижних дыхательных путей (бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких; другая хроническая обструктивная болезнь легких; астма, астматический статус) (2008–2019 гг., ‰_{0000})

лебался в пределах от $33,1 \pm 0,7\text{‰}_{0000}$ (2014) до $50,6 \pm 0,8\text{‰}_{0000}$ (2008), многолетний среднегодовой показатель имел значение $38,8 \pm 1,5\text{‰}_{0000}$. Темп прироста к уровню 2008 г. в 2019 г. составил «минус» 24,5% (среднегодовой темп прироста – «минус» 2,2%). Динамика показателя характеризовалась снижением в течение первых шести лет наблюдения (2008–2014, темп прироста в 2014 г. к базовому уровню 2008 г. составил «минус» 34,6%) с умеренным ростом в последующем периоде (2015–2019, темп прироста в 2018 г. к уровню 2014 г. составил 21,1%).

В структуре первичной заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей случаи другой хронической обструктивной болезни легких занимают 4,2–5,9%.

Для первичной заболеваемости астмой (астматическим статусом) установлена тенденция к росту показателя в течение всего периода наблюдения. Значения первичной заболеваемости взрослого населения астмой колебались в пределах от $33,3 \pm 0,7\text{‰}_{0000}$ (2010) до $51,3 \pm 0,8\text{‰}_{0000}$ (2019), темп прироста к уровню 2008 г. составил +37,5%, а уровень среднего многолетнего показателя – $40,0 \pm 2,0\text{‰}_{0000}$.

Вклад астмы в структуру первичной заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей (8 причин) варьировал в диапазоне 3,4–5,9%.

Выравнивание динамических рядов первичной заболеваемости взрослого населения обсуждаемыми тремя болезнями нижних дыхательных путей (бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких; другая хроническая обструктивная болезнь легких; астма, астматический статус) проведено с построением полиномиальных трендов (рис. 9). Прогноз на ближайшие два года (2020–2021) демонстрирует рост показателей. При сохранении закономерностей через два года абсолютный прирост к уровню 2019 г. составит (в порядке убывания): для бронхита хронического и неуточненного, эмфиземы легких – $+29,9\text{‰}_{0000}$ (темп прироста – +44,8%); для астмы, астматического статуса – $+11,1\text{‰}_{0000}$ (темп прироста – +21,6%); для другой хронической обструктивной болезни легких – $+10,5\text{‰}_{0000}$ (темп прироста – +27,6%).

Включение болезней с низкими интенсивными показателями первичной заболеваемости в форму статистической отчетности отдельными строками (бронхоэктатическая болезнь, J47; интерстициальные легочные болезни, J84; гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей, J85–J86; другие болезни плевры, J90–J94) обусловлено их тяжестью течения.

Анализ динамики интенсивных показателей первичной заболеваемости взрослого населения

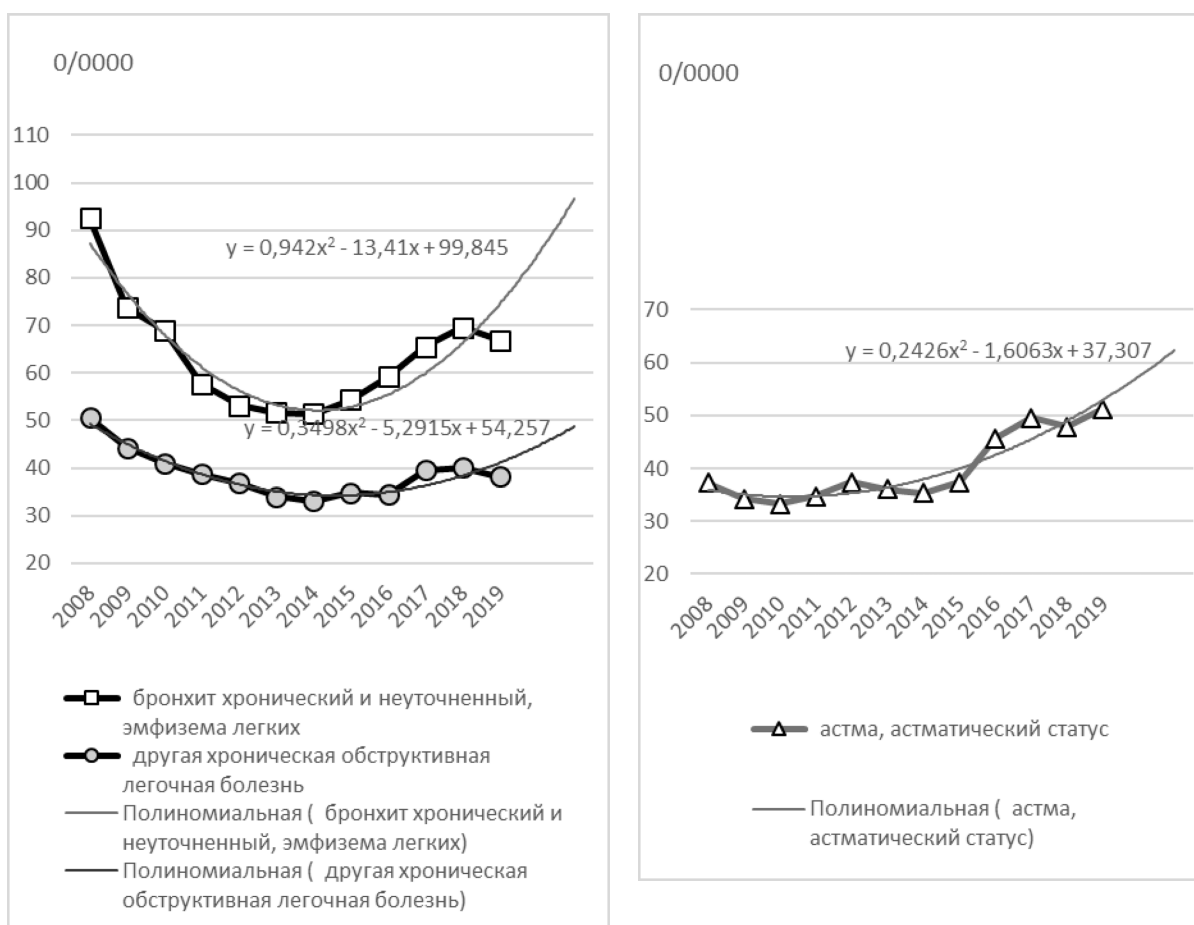


Рис. 9. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь отдельными болезнями нижних дыхательных путей с построением полиномиальных трендов (9а – бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких; другая хроническая обструктивная болезнь легких; 9б – астма, астматический статус) (2008–2019 гг., ‰₀₀₀₀)

за анализируемый период выявил тенденцию к росту в отношении трех причин: бронхоэктатическая болезнь; интерстициальные легочные болезни; другие болезни плевры (рис. 10).

Первичная заболеваемость бронхоэктатической болезнью исследуемой когорты лиц (взрослые) имела диапазон интенсивных значений от $0,5 \pm 0,1 ‰_{0000}$ (2008) до $1,7 \pm 0,1 ‰_{0000}$ (2019). Темп прироста в 2019 г. к уровню 2008 г. составил 240,0%, среднегодовой темп прироста – +21,8%. Средний многолетний показатель имел значение $1,1 \pm 0,1 ‰_{0000}$.

Показатели первичной заболеваемости интерстициальными легочными болезнями колебались в диапазоне от $0,7 \pm 0,1 ‰_{0000}$ (2008) до $3,1 \pm 0,2 ‰_{0000}$ (2019), соответственно темп прироста за анализируемый период составил 342,9%, среднегодовой темп прироста – +31,2%. Средний многолетний показатель имел значение $1,5 \pm 0,3 ‰_{0000}$.

Аналогичная по направленности, но менее выраженная тенденция к росту первичной заболеваемости отмечена в отношении других болезней плевры (J90–J94): темп прироста показателя

2019 г. к уровню 2008 г. составил 42,1%, среднегодовой темп прироста – 3,8%. Наиболее низкий уровень первичной заболеваемости регистрировался в 2008 г. ($5,7 \pm 0,3 ‰_{0000}$), максимальное значение показателя отмечено в 2010 г. ($9,1 \pm 0,3 ‰_{0000}$). Средний многолетний показатель имел значение $7,8 \pm 0,3 ‰_{0000}$.

Построение линейных и полиномиальных трендов позволяет прогнозировать сохранение выше-названных тенденций для показателей первичной заболеваемости болезнями органов дыхания с низкими интенсивными уровнями в ближайшие 2 года: бронхоэктатическая болезнь, J47 – прогнозируемый темп прироста в 2021 г. к уровню 2019 г. – +16,4%; интерстициальные легочные болезни, J84 – +40,5%; другие болезни плевры, J90–J94 – +10,2% (рис. 11а, 11б).

Первичная заболеваемость гнойными и некротическими состояниями нижних дыхательных путей характеризовалась умеренными колебаниями показателя без четко выраженных тенденций. Диапазон колебаний интенсивных значений первич-



Рис. 10. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь отдельными болезнями нижних дыхательных путей (bronхоэктатическая болезнь, J47; интерстициальные легочные болезни, J84; гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей, J85–J86; другие болезни плевры, J90–J94) (2008–2019 гг., %₀₀₀₀)

ной заболеваемости составил от $1,8 \pm 0,2 \text{‰}_{0000}$ (2012) до $3,0 \pm 0,2 \text{‰}_{0000}$ (2011). Средний многолетний показатель имел значение $2,3 \pm 0,1 \text{‰}_{0000}$, темп прироста уровня показателя в 2019 г. к уровню 2008 г. – «минус» 4,3%. Выравнивание по прямой первого порядка демонстрирует при прогнозировании на 2 последующих периода (года) сохранение показателей первичной заболеваемости на неизменяемом уровне.

Таким образом, анализ 12-летней динамики показателей первичной заболеваемости болезнями органов дыхания позволяет заключить, что изменения уровней показателя для различных блоков причин (отдельных причин) были разнонаправленными.

1. Положительная динамика в течение периода наблюдения была отмечена для трех причин первичной заболеваемости взрослого населения:

«другие болезни органов дыхания», темп прироста к базовому уровню 2008 г. составил «минус» 34,1% (напомним, что сюда отнесены острый бронхит, трахеобронхит, J20–J22; хронический ларингит и ларинготрахеит; болезни голосовых складок и гортани, J37–J39; болезни легкого, вызванные внешними агентами, J60–J70);

бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких, J40–J43 (темп прироста – «минус» 27,8%);

другая хроническая обструктивная легочная болезнь, J44 (темп прироста – «минус» 24,5%).

Однако, для двух последних позиций с 2015 г. наблюдается рост показателя первичной заболеваемости.

2. Отсутствие динамики было установлено для двух причин первичной заболеваемости: пневмонии; гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей.

3. Рост первичной заболеваемости к базовому уровню 2008 г. произошел для следующих семи причин (в порядке убывания темпа прироста):

интерстициальные легочные болезни, J84 (темп прироста – +342,9%);

bronхоэктатическая болезнь, J47 (темп прироста – +240,0%);

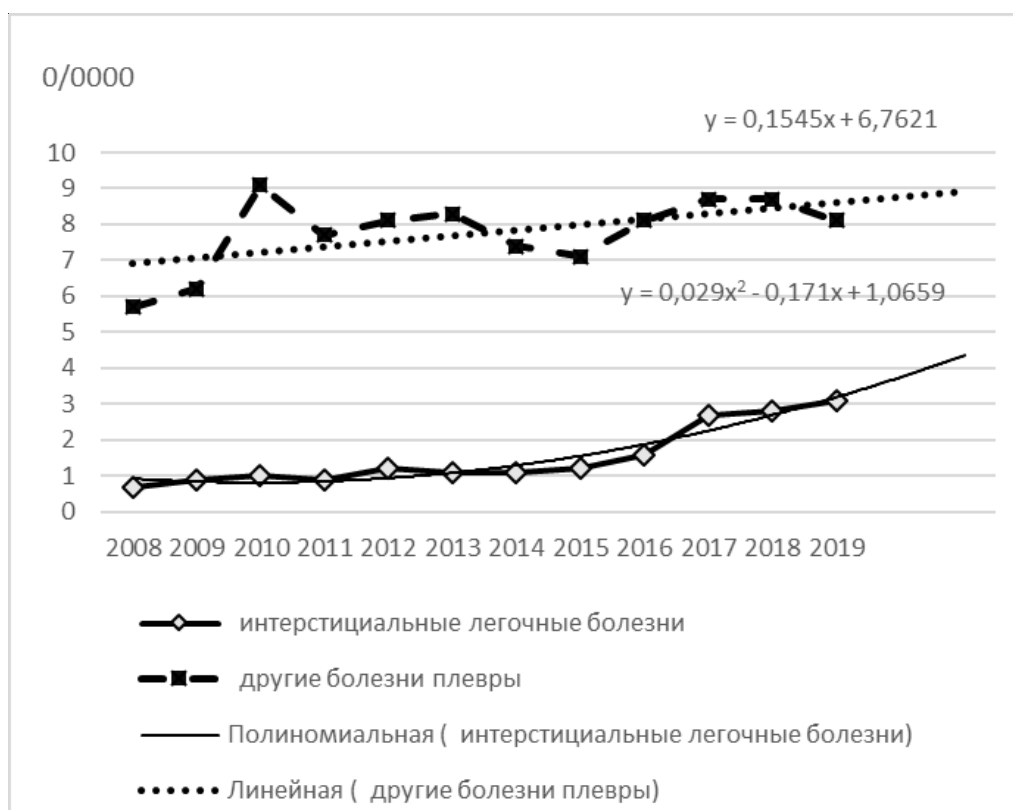
вазомоторный и аллергический ринит, J30 (темп прироста – +88,4%);

хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс, J35; J36 (темп прироста – +46,6%);

другие болезни плевры, J90–J94 (темп прироста – +42,1%);

астма, астматический статус, J45–J46 (темп прироста – +37,5%);

хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, J31; J32 (темп прироста – +25,8%).



а



б

Рис. 11. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь отдельными болезнями нижних дыхательных путей с построением линейных трендов (11а – интерстициальные легочные болезни, другие болезни плевры; 11б – бронхоэктатическая болезнь, гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей) (2008–2019 гг., ‰₀₀₀₀)

Абсолютный прирост первичной заболеваемости за 12 лет по указанным семи причинам составил $187,0\%_{0000}$ (или более 13000 случаев).

4. Прогнозирование показателей первичной заболеваемости болезнями органов дыхания на ближайшие два года демонстрирует, что при сохранении основных условий, формирующих медико-демографические процессы, будет происходить рост уровней первичной заболеваемости для большинства анализируемых причин за исключением «других болезней органов дыхания» и гнойных и некротических состояний нижних дыхательных путей. По уровню прогнозируемого положительного темпа прироста первичной заболеваемости (к значению 2019 г.) болезни органов дыхания располагаются в следующем порядке:

бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких, J40–J43 (темп прироста – +44,8%);
хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, J31; J32 (темп прироста – +43,5%);

интерстициальные легочные болезни, J84 (темп прироста – +40,5%);

хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс, J35; J36 (темп прироста – +37,9%);

другая хроническая обструктивная легочная болезнь, J44 (темп прироста – +27,6%);

астма, астматический статус, J45–J46 (темп прироста – +21,6%);

пневмония (темп прироста – +20,1%);

вазомоторный и аллергический ринит, J30 (темп прироста – +19,3%);

бронхоэктатическая болезнь, J47 (темп прироста – +16,4%);

другие болезни плевры, J90–J94 (темп прироста – +10,2%).

5. Поскольку большинство из перечисленных в пункте 4 болезней органов дыхания являются хроническими заболеваниями, особое внимание должно быть уделено качеству оказания медицинской помощи (своевременная диагностика, эффективное лечение, диспансеризация).

Литература

1. Экономический ущерб от болезней органов дыхания и хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации в 2016 году [Электронный ресурс] / А.В.Концевая [и др.] // Пульмонология. – 2019. – Т.29, №2. – С.159–166. – DOI: 10.18093/0869-0189-2019-29-2-159-166.
2. The global economic burden of asthma and chronic obstructive pulmonary disease [Electronic resource] / S.Ehteshami-Afshar [et al.] // Int J Tuberc Lung Dis. – 2016 Jan. – Vol.20, No.1. – P.11–23. – DOI: 10.5588/ijtld.15.0472; PMID: 26688525.
3. Анализ эпидемических сезонов по гриппу в Республике Беларусь в постпандемический период / Н.В.Грибкова [и др.] // Здоровоохранение. – 2015. – №2. – С.10–13.
4. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2008 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – 315 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2009/2008_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
5. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2009 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2010. – 311 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2010/2009_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
6. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2010 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2011. – 305 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2011/2010_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
7. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2011 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2012/2011_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
8. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2012 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2013. – 284 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2013/2012_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
9. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2013 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2014. – 280 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2014/2013_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
10. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2014 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2015. – 282 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2015/2014_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
11. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2015 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2016. – 278 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2016/2015_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
12. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2016 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2017. – 277 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2017/2016_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
13. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2017 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2018. – 274 с.: табл. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2018/2017_1.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
14. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2018 г. – Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2019. – 261 с.: табл. – Режим доступа: http://mpcmt.belcmt.by/files/Stat/Healthcare_in_RB_2018.pdf. – Дата доступа: 30.01.2020.
15. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2019 г. – Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2020. – 257 с.: табл. – Режим досту-

па: http://rnpcomt.belcmt.by/files/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 14.04.2020.

16. Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии в системе диагностики и эпидемиологического слежения за инфекционными заболеваниями в Республике Беларусь / В.А.Горбунов [и др.] // Современные проблемы инфекционной патологии человека: сб. науч. тр. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь; РНПЦ эпидемиологии и микробиологии; под ред. В.А.Горбунова. – Минск: СтройМедиаПроект, 2019. – Вып.12. – С.3–15.

RESPIRATORY DISEASES' INCIDENCE RATES IN ADULT POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS IN 2008–2019: ANALYSIS BY CAUSES

¹ T.N.Glinskaya, ¹ E.I.Davidovskaya,

² M.V.Schaveleva, ¹ L.S.Bogush

¹ Republican Scientific and Practical Center of Pulmonology and Tuberculosis, 157, Dolginovsky tract, 220053, Minsk, Republic of Belarus

² Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Results of analysis of respiratory diseases' incidence rates by causes in adult population of the Republic of Belarus over a 12-year period (2008–2019) are summarized in the article.

Keywords: Republic of Belarus; adult population; respiratory diseases; incidence; causes; dynamics.

Сведения об авторах:

Глинская Татьяна Николаевна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», ученый секретарь; тел.: (+37517) 2890361; e-mail: glinsky@tut.by.

Давидовская Елена Игнатьевна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», зав. отделом пульмонологии и хирургических методов лечения болезней органов дыхания; тел.: (+37517) 2898951; e-mail: elena-davidovskaya@yandex.by.

Щавелева Марина Викторовна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37517) 2909840; e-mail: mvsch@tut.by.

Богущ Людмила Степановна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», отдел пульмонологии и хирургических методов лечения болезней органов дыхания, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37517) 2898951; e-mail: ludabogush@mail.ru.

Поступила 14.05.2020 г.

УДК 616-036.86:005.63] (476)

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

А.Н.Черевко, С.В.Куницкая, Л.Н.Ломать, И.Н.Гирко

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

Изучена динамика первичной инвалидности населения Республики Беларусь в возрастных группах до 18 лет и 18 лет и старше. Показатели проанализированы за период 2004–2019 гг. в целом по стране, шести ее административным областям и городу Минску. Установлено, что в динамике первичной инвалидности в Республике Беларусь в 2004–2019 гг. выделяются два периода, первый из которых характеризуется снижением, а второй – постепенным ростом. Показатели первичной инвалидности в возрастных группах до 18 лет и 18 лет и старше тесно коррелируют друг с другом. В группе населения до 18 лет изменения показателя первичной инвалидности носят более выраженный характер, чем у населения 18 лет и старше. Город Минск по ряду характеристик динамики первичной инвалидности отличается от остальных регионов Республики Беларусь. В 2019 г. ситуация, связанная с первичной инвалидностью, во всех регионах Республики Беларусь, кроме г. Минска, расценивается как неустойчивая или неблагоприятная. На 2020–2021 гг., при сохранении существующей ситуации, прогнозируются рост первичной инвалидности в группе до 18 лет и ее снижение в группе 18 лет и старше.

Ключевые слова: Республика Беларусь; население; инвалидность; динамика; оценка.

Введение

В соответствии с Конвенцией о правах инвалидов, принятой резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г., под инвалидностью понимают наличие у человека устойчивых физических, психических, интеллектуальных или сенсорных нарушений, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать его полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. При этом, понятие «инвалидность» считается эволюционирующим [1]. Существует и другое определение для людей, которые имеют те или иные ограничения в повседневной жизнедеятельности, связанные с физическими, психическими или сенсорными дефектами, которое выразительно характеризует их статус не только с медицинской, но и социальной точки зрения – «люди с ограниченными возможностями».

Тенденции к снижению числа инвалидов в мире не наблюдается. Наоборот, в Европе, например, за период с 2015 по 2030 гг. прогнозируется рост инвалидности за счет того, что численность населения в возрасте старше 60 лет увеличится на 23%, а в возрасте старше 80 лет – на 32,2% [2].

Люди с ограниченными возможностями в большей степени нуждаются в медицинской помощи и социальной защите по сравнению с людьми, не имеющими инвалидности. На фоне инва-

лидизирующей патологии они часто оказываются более уязвимыми для ряда других заболеваний, склонны к их тяжелому течению и развитию осложнений, а также характеризуются более высокими показателями преждевременной смертности [3].

Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и Цели устойчивого развития предполагают развитие с учетом потребностей инвалидов как для отдельных групп населения, так и для целых стран и международного сообщества [4].

Беларусь присоединилась к Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов в 2015 г. Это значит, что государство взяло на себя обязанность создать для инвалидов равные с другими гражданами возможности для участия в общественной жизни. В Республике Беларусь социальная защита людей с ограниченными возможностями всегда относилась к приоритетным направлениям политики.

Рост инвалидности негативно влияет и на социально-экономическую, и на демографическую ситуацию, а это значит, что разработка способов минимизации такого влияния приобретает особую актуальность. В связи с этим, важную роль играет изучение динамики и оценка показателя инвалидности в разных возрастных группах в разных регионах Республики Беларусь. При проведении таких исследований ис-

пользуются разные методы статистической обработки данных, и выбор наиболее информативной методики оценки показателя первичной инвалидности имеет существенное значение. Наиболее рационально при ретроспективном анализе интенсивных показателей использовать комплекс оценочных критериев, к которым относятся среднемноголетний уровень и коэффициент многолетней тенденции показателя, медиана и ее доверительный интервал [5].

Цель работы – изучить динамику первичной инвалидности населения Республики Беларусь и ее регионов, дать оценку показателя и сделать прогноз на 2020–2021 годы.

Материалы и методы

Материал для исследования – данные официальной статистической отчетности Республики Беларусь, содержащие информацию о показателях первичной инвалидности (число впервые признанных инвалидами в отчетном году на 10 тыс. населения) в возрастных группах до 18 лет и с 18 лет и старше в Беларуси, ее областях и г. Минске за период с 2004 по 2019 г. [6]. Определяли среднюю многолетнюю тенденцию этого показателя, основываясь на значении среднегодового темпа прироста:

- от 0 до $\pm 1\%$ – отсутствие динамики;
- $> \pm 1$ до $\pm 5\%$ – умеренная динамика;
- $> \pm 5\%$ – выраженная динамика.

Для анализа многолетней динамики первичной инвалидности использовали метод наименьших квадратов. Корреляционный анализ проводили методом рангов по Спирмену.

Оценку ситуации с первичной инвалидностью за 2019 г. проводили на основании определения места числового значения показателя в доверительном интервале медианы, который вычисляли с помощью таблицы Л.Ван-дер-Вардена, используя градации, принятые для оценки эпидемической ситуации:

- благополучная – заболеваемость не превышает нижней доверительной границы медианы;
- удовлетворительная – заболеваемость выше нижней доверительной границы, но не превышает медиану;
- неустойчивая – заболеваемость выше медианы, но не превышает ее верхнюю доверительную границу;
- неудовлетворительная – заболеваемость выше верхней доверительной границы медианы, но не превышает двукратного значения ее (верхней доверительной границы);
- чрезвычайная – заболеваемость более чем в 2 раза превышает значение верхней доверительной границы медианы.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программного обеспечения Microsoft Excel и Statistica 10.

Результаты и их обсуждение

В 2019 г., по сравнению с 2004 г., уровень первичной инвалидности в Республике Беларусь в возрастной группе от 0 до 18 лет вырос на 18,6%, а у населения в возрасте 18 лет и старше – всего на 2,7% (рис. 1). Однако, если сравнить показатели 2019 г. с минимальными, которые были достигнуты в этот период (2008 и 2009 гг. соответственно), то оказывается, что для первой группы (от 0 до 18 лет) показатель вырос на 33,3%, а для второй (18 лет и старше) – на 35,9%. Таким образом, на этом отрезке времени рост первичной инвалидности у населения в возрасте 18 лет и старше оказывается даже несколько более выраженным, чем у населения до 18 лет.

Динамика первичной инвалидности в Республике Беларусь за период 2004–2019 гг. представлена на рис. 1.

Из приведенных графических данных следует, что изменения изучаемого показателя в младшей возрастной группе происходят более равномерно, чем в группе 18 лет и старше.

Многолетняя тенденция динамики первичной инвалидности в возрастной группе до 18 лет за изучаемый период достаточно хорошо ($R^2=0,9$) описывается полиномом второй степени (рис. 1). Минимальное значение показателя зафиксировано в 2009 г. и составляет $16,2\text{‰}$, а максимальное – $21,6\text{‰}$ – в 2018–2019 гг. Судя по линии тренда, изображенной на нижнем графике (рис. 1), прогнозируется дальнейший рост показателя.

Для населения в возрасте 18 лет и старше динамику первичной инвалидности не удастся сколько-нибудь убедительно описать с помощью математической формулы. Для полинома второй степени коэффициент аппроксимации составляет всего 0,42 (рис. 1). В такой ситуации прогнозирование на основе данных пятнадцатилетнего периода не может быть надежным.

С 2004 по 2008 г. наблюдается снижение показателя на 32,5%, в 2008–2012 гг. снижение сменяется ежегодным ростом, в результате чего в 2012 г. достигается максимум в $74,4\text{‰}$, что оказывается на 40,6% выше по сравнению с 2008 г. (рис. 2). Период с 2012 по 2019 гг. характеризуется разнонаправленными изменениями. Все это не позволяет определить общую тенденцию. Однако, весь изучаемый период достаточно четко делится на два временных отрезка – 2004–2008 гг. и 2009–2019 гг., которые хорошо описываются уравнением линейной зависимости ($R^2=0,98$) и

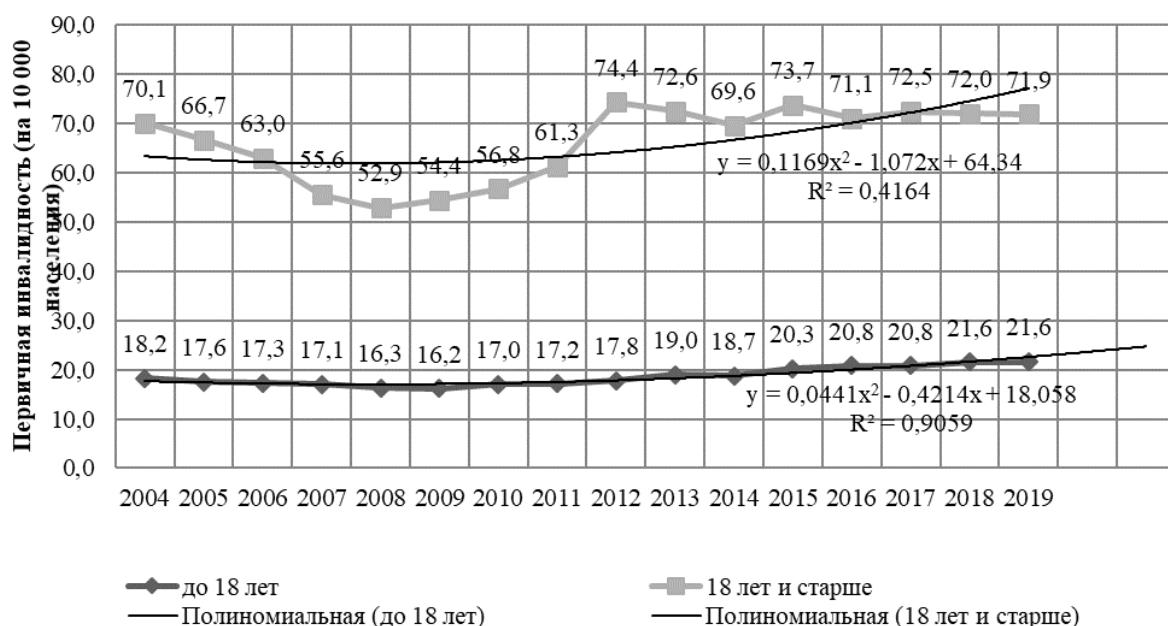


Рис. 1. Динамика первичной инвалидности в Республике Беларусь в возрастных группах до 18 лет и 18 лет и старше (2004–2019 гг.)

полиномом второй степени ($R^2=0,83$) соответственно. При этом, по последнему временному отрезку прогнозируется снижение первичной инвалидности в этой возрастной группе.

Динамика первичной инвалидности в регионах Беларуси представлена на рис. 3.

Кривые, изображающие динамику показателя в разных регионах, близки друг к другу по форме как в одной, так и в другой возрастных группах. Только на отдельных участках графика динамики первичной инвалидности у населения до 18 лет в г. Минске видна ее противоположная, по сравнению с другими регионами, направленность. В конце анализиру-

емого периода, то есть в 2019 г., по сравнению с предыдущим годом, у населения в возрасте до 18 лет отмечено снижение показателя во всех регионах, за исключением Минской и Гомельской области, где отмечается его рост на 16,2 и 2,9% соответственно. В группе населения 18 лет и старше в 2019 г. показатель снизился в Брестской, Витебской и Гродненской области и г. Минске и вырос в Гомельской, Могилевской и Минской областях.

Корреляционный анализ позволил выявить на протяжении изучаемого периода связь между уровнем первичной инвалидности в группе до 18 лет и соответствующим показателем в группе с

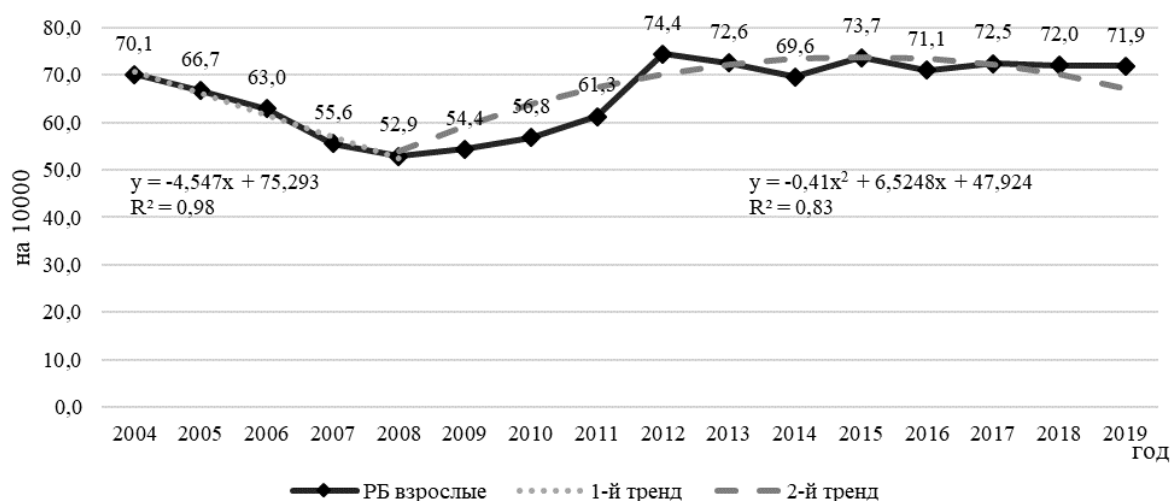


Рис. 2. Динамика первичной инвалидности в Республике Беларусь в возрастной группе 18 лет и старше за периоды 2004–2008 и 2009–2019 гг.

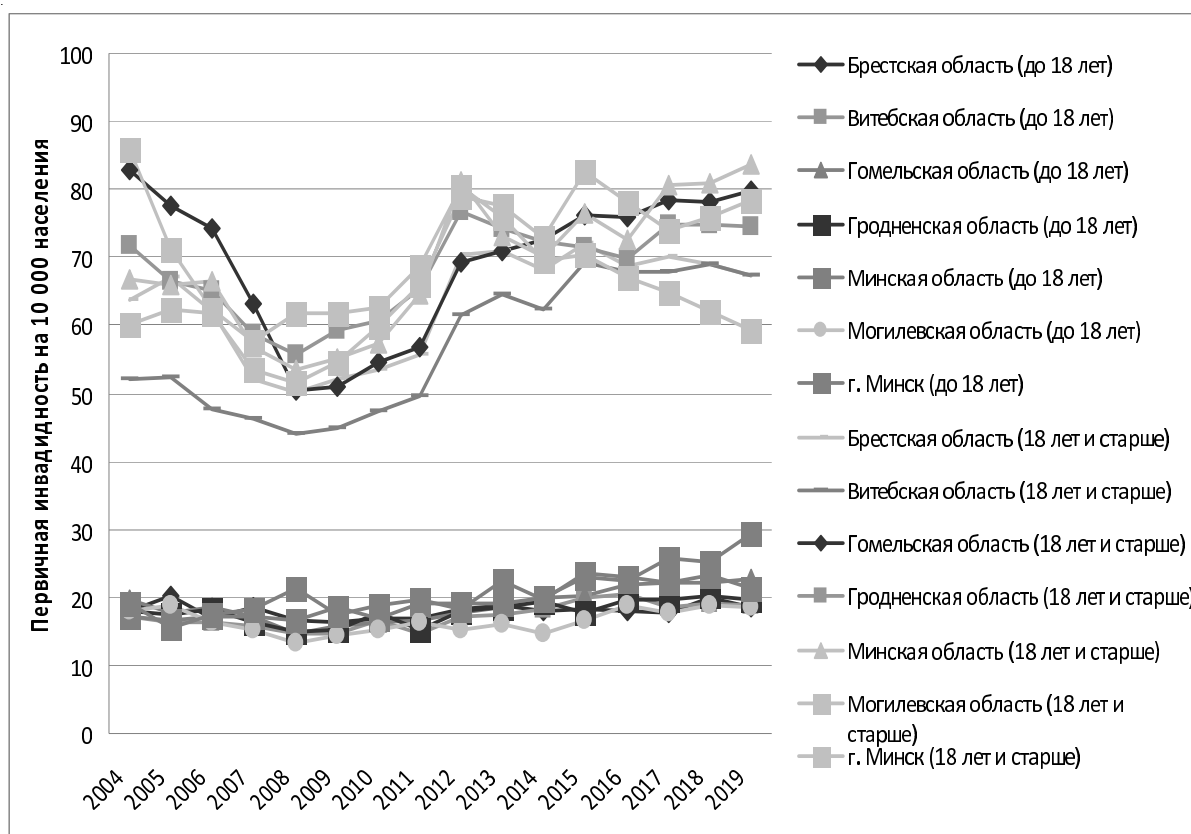


Рис. 3. Динамика первичной инвалидности в регионах Республики Беларусь (2004–2019 гг.)

18 лет и старше во всех регионах Беларуси, кроме г. Минска. Для страны в целом, Гродненской и Могилевской области коэффициент корреляции $\rho=0,8$ ($p<0,05$), для Брестской и Могилевской областей – $\rho=0,9$ ($p<0,05$), для Витебской и Гомельской областей – $\rho=0,5$ ($p<0,05$).

На рис. 4 представлен многолетний среднегодовой темп прироста первичной инвалидности в 2004–2019 гг. в Республике Беларусь.

Отраженные на рисунке значения этого показателя свидетельствуют, что выраженной динамики за изучаемый период ни в одном из регионов нет, умеренная динамика отмечена в группе населения в возрасте до 18 лет только по Республике Беларусь в целом и Минской области, а в группе 18 лет и старше – в Витебской, Минской, Могилевской областях и г. Минске, при этом, в Минске показатель имеет отрицательное значение.

Среднеголетние значения первичной инвалидности в Республике Беларусь и ее регионах за период 2004–2019 гг. в обеих возрастных группах представлены на рис. 5. Самым высоким в старшей возрастной группе этот показатель оказался в Минской области ($68,4\%$), самым низким – в Витебской ($57,1\%$). Среди населения в возрасте до 18 лет – в г. Минске ($20,4\%$) и Могилевской области ($16,1\%$) соответственно.

Качественная оценка ситуации, обусловленной первичной инвалидностью в 2019 г., была проведена на основании определения места этого показателя в доверительном интервале медианы, который вычисляли с помощью таблицы Л.Ван-дер-Вардена. Результаты приведены в таблице.

Из представленных данных следует, что в целом по стране ситуация, обусловленная первичной инвалидностью, у населения до 18 лет оценивается как неустойчивая, а в возрастной группе 18 лет и старше – как неудовлетворительная. Благополучная ситуация имеет место только у населения 18 лет и старше в г. Минске, в то время как в Минской, Могилевской, Гомельской области она неудовлетворительная, а в Брестской, Витебской и Гродненской – неустойчивая. У населения в возрасте до 18 лет ситуация определяется как неустойчивая в Брестской, Витебской, Гродненской области и как неудовлетворительная – в Гомельской, Минской и Могилевской области.

Заключение

Анализ многолетней динамики первичной инвалидности населения в Республике Беларусь за период с 2004 по 2012 год выявил, что в возрастной группе до 18 лет уровень показателя вырос на 18,6%, в то время как у населения 18 лет и

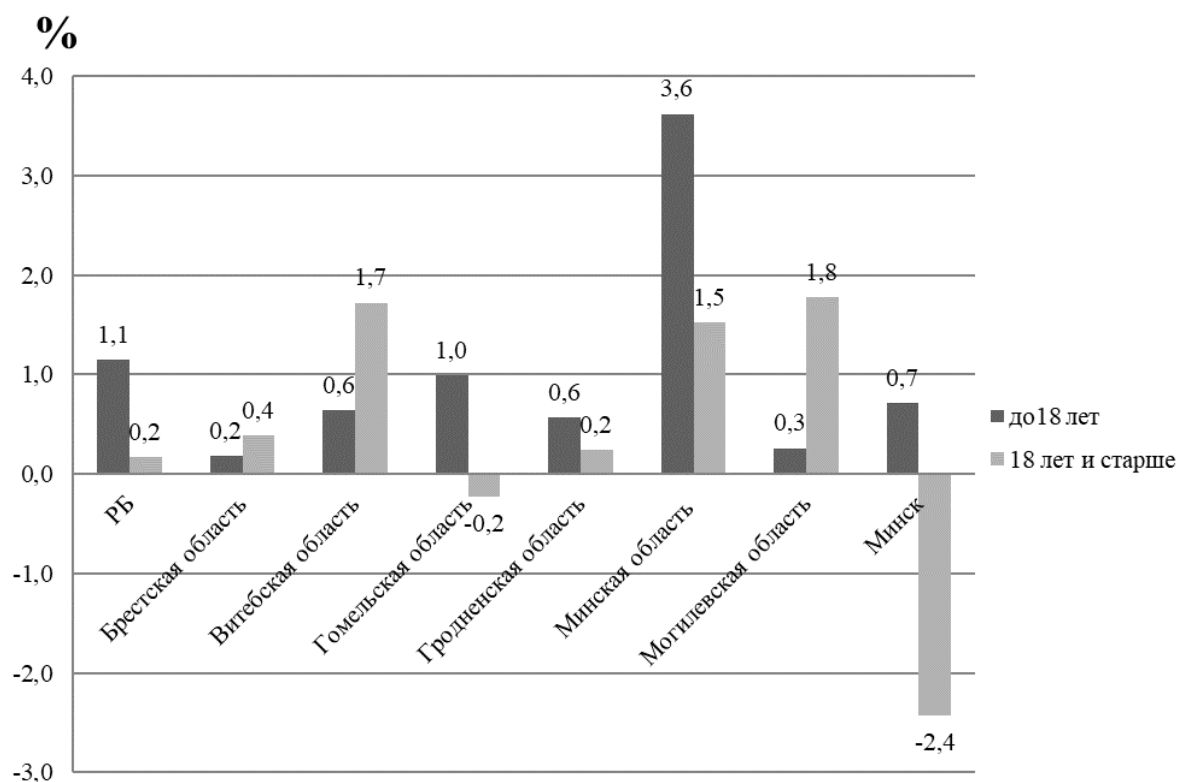


Рис. 4. Многолетний среднегодовой темп прироста показателя первичной инвалидности в Республике Беларусь (2004–2019 гг.)

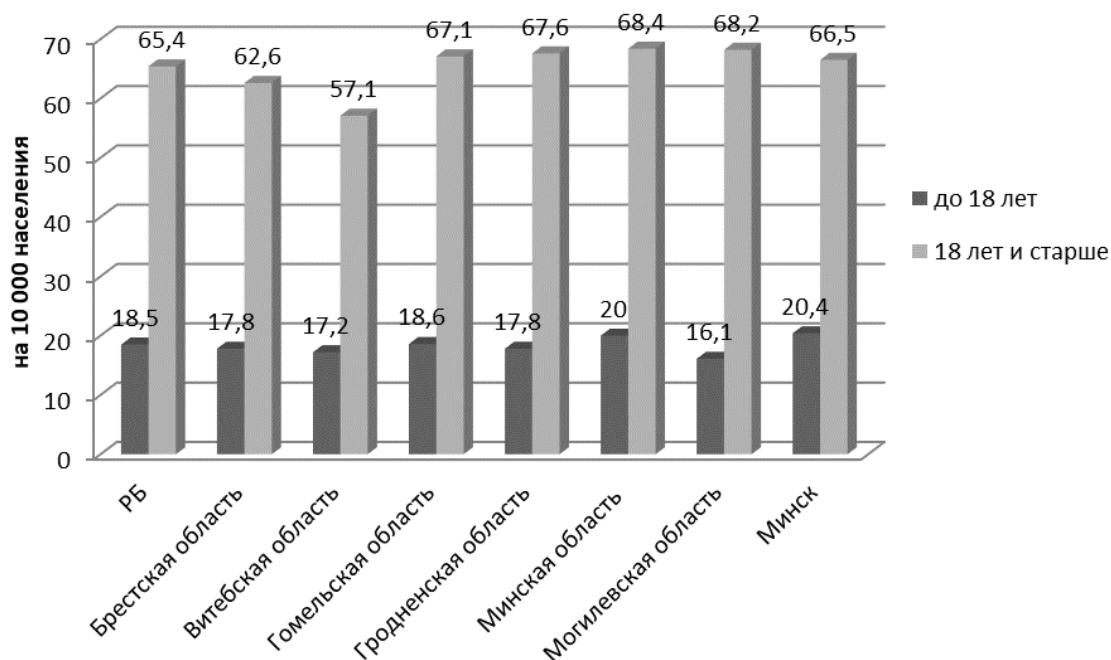


Рис. 5. Среднегодовые многолетние уровни первичной инвалидности в Республике Беларусь и ее регионах (2004–2019 гг.)

старше – только на 2,7%. При этом, следует отметить, что на начальном отрезке изучаемого периода (с 2004 по 2009 г. для младшей возрастной группы и с 2004 по 2008 г. – для старшей) имело место стабильное снижение первичной инвалид-

ности, сменившееся в дальнейшем ее ростом, и, таким образом, на 2008 и 2009 гг. приходятся самые низкие значения показателя, при сравнении которых с уровнями 2019 г. обнаруживается рост на 33,3 и 35,9% соответственно.

Оценка показателя первичной инвалидности в Республике Беларусь в 2019 г. по его положению в доверительном интервале медианы (по Л.Ван-дер-Вардену)

Регион	Уровень инвалидности 2019 года, ‰	Медиана, ‰	Доверительный интервал медианы, ‰	Оценка
Возрастная группа до 18 лет				
Республика Беларусь	21,6	18,0	17,08–20,79	неудовлетворительная
Брестская область	18,6	17,6	18,57–17,91	неудовлетворительная
Витебская область	18,8	16,1	15,81–20,51	неустойчивая
Гомельская область	22,7	18,6	16,5–21,84	неудовлетворительная
Гродненская область	19,7	18,0	16,28–19,6	неудовлетворительная
Минская область	29,4	19,1	17,2–22,94	неустойчивая
Могилевская область	19,7	16,4	15,1–18,68	неустойчивая
г. Минск	21,4	19,5	17,4–22,4	неустойчивая
Возрастная группа 18 лет и старше				
Республика Беларусь	71,9	69,9	56,8–72,49	неустойчивая
Брестская область	67,5	67,3	53,5–70,14	неустойчивая
Витебская область	67,3	57,1	47,5–67,9	неустойчивая
Гомельская область	79,9	73,4	56,8–78,22	неудовлетворительная
Гродненская область	74,4	70,8	60,06–74,41	неустойчивая
Минская область	83,6	68,4	57,3–80,61	неудовлетворительная
Могилевская область	78,5	69,3	59,7–78,06	неудовлетворительная
г. Минск	59,3	65,9	61,7–71,25	благополучная

Смена периода снижения первичной инвалидности на период с противоположной динамикой показателя – результат воздействия одного или нескольких новых факторов или следствие изменения соотношения факторов, действовавших ранее. Природа таких воздействий может носить самый разнообразный характер, в том числе, это может быть и изменение организационно-методических подходов к установлению инвалидности в связи с вступлением в силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 №97 «Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» [7].

Установлено, что показатели инвалидности в двух возрастных группах изменяются содружественно, о чем свидетельствуют высокие значения коэффициентов корреляции во всех регионах, кроме г. Минска, хотя в возрастной группе до 18 лет динамика более плавная.

За весь период 2004–2019 гг. в Республике Беларусь значение многолетнего среднегодового темпа прироста первичной инвалидности у населения до 18 лет, соответствующее умеренной динамике, сформировалось за счет показателя Минской области, где он значительно превышает ана-

логичные показатели других регионов. В обеих возрастных группах умеренная динамика имеет место лишь в Минской области, в старшей возрастной группе – в Витебской, Могилевской области и г. Минске.

Выводы:

1. В динамике первичной инвалидности в Республике Беларусь за период 2004–2019 гг. выделяются два временных отрезка, характеризующиеся разной ее направленностью. С 2004 г. по 2008 г. – в возрастной группе 18 лет и старше и с 2004 г. по 2009 г. – в группе до 18 лет происходит ежегодное снижение показателя, которое далее сменяется ростом.

2. Показатели первичной инвалидности в возрастных группах до 18 лет и 18 лет и старше тесно коррелируют друг с другом во всех регионах, за исключением г. Минска, что позволяет утверждать, что в их формировании участвуют одни и те же или сходные факторы.

3. В группе населения 18 лет и старше изменения показателя первичной инвалидности носят более выраженный характер, что свидетельствует о большей их подверженности влиянию разнонаправленных факторов, природа которых требует изучения.

4. Город Минск по ряду характеристик динамики первичной инвалидности отличается от остальных регионов Республики Беларусь, что, вероятно,

связано с особенностями медицинского обеспечения столицы и экологией крупного города.

5. В 2019 г., с учетом многолетней динамики, ситуация, связанная с первичной инвалидностью, во всех регионах Республики Беларусь, кроме г. Минска, расценивается как неустойчивая или неблагоприятная.

6. На 2020–2021 гг., при сохранении существующей ситуации, прогнозируются рост первичной инвалидности в группе до 18 лет и ее снижение в группе 18 лет и старше.

Литература

1. Конвенция о правах инвалидов. Резолюция A/RES/61/106 Шестьдесят первой сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. [Электронный ресурс] // Организация Объединенных Наций, 2007. – Режим доступа: <https://undocs.org/ru/A/RES/61/106>. – Дата доступа: 20.12.2019.
2. World Population Ageing [Electronic resource] / United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2015. – Mode of access: <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.asp>. – Date of access: 25.11.2019.
3. Всемирный доклад об инвалидности [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк, 2011. – Режим доступа: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/. – Дата доступа: 20.12.2019.
4. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Резолюция A/RES/70/1 Семидесятой сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 25 сентября 2015 г. [Электронный ресурс] // Организация Объединенных Наций, 2015. – Режим доступа: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R. – Дата доступа: 20.12.2019.
5. *Суцевич, В.В.* Расчет и определение репрезентативности показателей, характеризующих параметры заболеваемости. Учебное пособие по курсу «Анализ динамических рядов» / В.В.Суцевич. – Минск: УО «МГЭУ им. А.Д.Сахарова», 2005. – 56 с.
6. Здравоохранение. Годовые данные [Электронный ресурс] / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2/. – Дата доступа: 14.05.2020.
7. Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 окт. 2007 г., №97 // ЭТА-ЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

INTEGRATED ASSESSMENT OF POPULATION DISABILITY DYNAMICS IN THE REPUBLIC OF BELARUS

A.N.Cherevko, S.V.Kunitskaya, L.N.Lomat, I.N.Girko

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Primary disability dynamics have been studied in this article in age groups of population of the Republic of Belarus under 18 years old and 18 years old and older. Indicators are analyzed in the whole country, its six regions and Minsk City for the period of 2004–2019. As authors found, dynamics of primary disability in the Republic of Belarus were divided into 2 periods: the first period was characterized by a decline, and the second period was characterized by a gradual growth of indices. Primary disability rates in age groups under 18 years old and 18 years old and older correlate with each other. Changes in primary disability rate are more significant in population group under 18 years old than in population group of 18 years old and older. Characters of primary disability dynamics in Minsk City differ from such indices in other regions of the Republic of Belarus. Situation related to primary disability in all regions of the Republic of Belarus, except Minsk City, was volatile or unfortunate in 2019. Increase in primary disability in the age group under 18 years old and its decline in the group of 18 years old and older are forecasted in 2020–2021.

Keywords: Republic of Belarus; population; disability; dynamics; assessment.

Сведения об авторах:

Черевко Алла Николаевна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; e-mail: Cherevko.alla.nikolaevna@gmail.com.

Куницкая Светлана Васильевна; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения, старший преподаватель; e-mail: Sveta711121@mail.ru.

Ломать Леонид Николаевич, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; e-mail: Lomatln@tut.by.

Гирко Ирина Николаевна; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения, старший преподаватель; e-mail: ingirko@mail.ru.

Поступила 19.05.2020 г.

УДК 616-036.86-021.3:616-056.231]-053.8

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СИНДРОМОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ НИЗКОРОСЛОСТЬЮ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

¹ В.В.Голикова, ² И.Т.Дорошенко, ² С.И.Луцинская

¹ Белорусская медицинская академия последипломного образования,
ул. П.Бровки, 3, корп. 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

² Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,
Колодищанский сельсовет, 93, 223027, район д. Юхновка,
Минский район, Минская область, Республика Беларусь

Введение. Замедление скорости роста и отставание в физическом развитии наблюдается в возрасте до 18 лет при всех синдромах и заболеваниях, приводящих к низкорослости, при этом, вероятность наступления инвалидности вследствие данной патологии у лиц 18 лет и старше в настоящий момент не изучена.

Цель: изучить показатели первичной инвалидности (ПИ) вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью среди населения молодого возраста, и выделить ее эпидемиологические особенности.

Материалы и методы. Проведен анализ ПИ среди населения Республики Беларусь молодого возраста (18–44 года) с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, за период 2002–2019 гг. Использовались данные информационной системы «Инвалидность» (2002–2013 гг.) и Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов (2014–2019 гг.).

Результаты. Анализ результатов изучения показателей ПИ среди населения молодого возраста с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, позволил установить среднегодовой уровень ПИ, который составляет 0,014 (0,011; 0,023) на 10 тысяч населения и был выше у жителей села ($p=0,030$) и женщин ($p<0,001$). За исследуемый период отмечена тенденция к снижению выхода на инвалидность среди лиц молодого возраста. Тяжесть ПИ среди данного контингента составила 8,0% (95 ДИ: 4,5–13,7). Обнаружена взаимосвязь нозологической формы заболевания с тяжестью ПИ ($r_s=0,64$, $p<0,001$), полом ($r_s=0,26$, $p<0,01$) и возрастом наступления инвалидности ($r_s=0,22$, $p<0,01$).

Заключение. Изучена динамика показателей ПИ среди лиц молодого возраста вследствие различных заболеваний и синдромов, проявляющихся низкорослостью, выявлены основные нозологические, личностные и контекстные факторы, влияющие на показатели ПИ у исследованного контингента.

Ключевые слова: низкорослость; молодой возраст; первичная инвалидность; ограничение жизнедеятельности.

Введение

Инвалидность – одна из глобальных проблем общественного здравоохранения и современного общества, что обусловлено значительно большим числом неудовлетворенных потребностей среди людей с инвалидностью, чем среди остального населения [1, 2].

В настоящее время в Республике Беларусь лицам в возрасте 18 лет и старше при низком (ниже 150 см), патологически обусловленном (патология нейроэндокринной системы и/или опор-

но-двигательного аппарата) росте, являющемся анатомическим дефектом, устанавливается III группа инвалидности бессрочно [3].

Исследование нормативного правового законодательства Содружества Независимых Государств (СНГ) позволило выделить два существующих подхода в медико-социальной экспертизе (МСЭ) лиц с низкорослостью в этих государствах. Один из них подразумевает установление инвалидности при соблюдении следующих критериев: 1) росте пациента ниже установленного значения

(в Кыргызской Республике: у мужчин – 130 см, у женщин – 110 см; в Украине – 150 см для обоих полов); 2) низкий рост должен быть обусловлен одним из следующих заболеваний эндокринной системы или опорно-двигательного аппарата: гипопитарным нанизмом, остеохондропатией, остеохондродистрофией. Однако, данный подход не учитывает иные синдромы и заболевания, приводящие к низкорослости.

Второй подход (использующийся в Российской Федерации и Азербайджанской Республике) основан на определении процентов степени выраженности нарушений функций организма человека, в случае с низким ростом – эндокринной системы, метаболизма или статодинамических функций. Согласно приказу Минтруда России от 27.08.2019 №585н, инвалидом признается лицо, имеющее нарушение функций органов и систем организма в диапазоне от 40,0 до 100,0%, приводящее к ограничениям жизнедеятельности, которые определяют необходимость его социальной защиты. При этом, пациентам в возрасте 18 лет и старше МСЭ лиц с заболеваниями, потенциально приводящими к низкорослости, проводится только при гипопитаризме (шифр по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) – E23.0), а иные синдромы не учитываются. В Азербайджанской Республике действует решение Кабинета министров «Об утверждении критериев определения инвалидности», в котором установлены перечень заболеваний и процент степени потери (нарушения) функций организма человека, к которому они могут привести. Инвалидом признается лицо с потерей 31,0% и выше функции организма. В данном решении регламентировано установление инвалидности при следующих заболеваниях: гипогонадотропном гипогонадизме, дефиците гормона роста с низкорослостью, а также без нее, множественной недостаточности гормонов гипофиза с различными сопутствующими расстройствами. Данный список расширяет перечень заболеваний, приводящих к инвалидности, но не учитывает всего их спектра, а лишь возможность компенсации имеющегося нарушения медикаментозными или техническими (и иными вспомогательными) средствами социальной реабилитации при установлении инвалидности [4–7].

Замедление скорости роста и отставание в физическом развитии наблюдается в возрасте до 18 лет при всех синдромах и заболеваниях, приводящих к низкорослости [8], при этом, вероятность наступления инвалидности вследствие данной патологии у лиц в возрасте 18 лет и старше в

настоящий момент не изучена. Исследование законодательства стран СНГ показало, что инвалидность у лиц с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, устанавливается не только лицам с низким ростом, но и в соответствии с перечнем заболеваний, которые приводят к нему, а также при наличии нарушений функций, выраженных в процентах.

Цель исследования – изучить показатели первичной инвалидности (ПИ) вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью среди населения молодого возраста, и выделить ее важные эпидемиологические особенности.

Материалы и методы

Объектом исследования явились показатели ПИ населения молодого возраста (от 18 до 45 лет) Республики Беларусь за период 2002–2019 гг.

Единица наблюдения – человек, впервые признанный инвалидом (ВПИ) медико-реабилитационной экспертной комиссией, с заболеваниями или синдромами, обязательным проявлением которых является низкорослость: гипопитаризм (код по МКБ-10 – E.23.0), низкорослость, не классифицированная в других рубриках (E34.3), остеохондродисплазия (Q77), синдромы врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью (Q87.1) и синдром Тернера (Q96). Использовались данные информационной системы «Инвалидность» за период 2002–2013 гг. и Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за период 2014–2019 гг., функционирующих на базе ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации» Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

При расчете интенсивных показателей использовались материалы официальной статистической отчетности Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel, а также с использованием приложения Vassarstats.

Применялись следующие методы описательной статистики: для количественных показателей вычислялись медиана (Me), нижний (Q_1) и верхний (Q_3) квартили; для описания динамических рядов – темп прироста и коэффициент наглядности, для показателей, характеризующих качественные признаки – абсолютное число (абс.), относи-

тельная величина (р, %), 95% доверительный интервал (95 ДИ).

Различия между исследуемыми группами учитывались при уровне значимости $p < 0,05$. Достоверность различий количественных показателей определялась по критерию Манна-Уитни (U), качественных – критерию χ^2 , а при числе ожидаемого явления менее 10 – с учетом статистической значимости по критерию Фишера (p^*). Анализ взаимосвязи между критериями проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты и обсуждение

В ходе исследования был проведен анализ ПИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, среди населения Республики Беларусь молодого возраста (18–44 года) за период 2002–2019 гг. Всего за исследуемый период впервые признавались инвалидами вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, 138 человек.

Уровень ПИ и число ВПИ вследствие изучаемой патологии колебались от максимальных зна-

чений в 2004 г. – 0,085 (95 ДИ: 0,084–0,085) на 10 тысяч населения, и 30 чел., до минимальных значений в 2018 г. – 0,003 (95 ДИ: 0,003–0,003) на 10 тысяч населения, и 1 чел. (табл. 1).

Среднегодовой уровень ПИ населения молодого возраста за исследуемый период составил 0,014 (0,011; 0,023) на 10 тысяч населения (табл. 2). В год первично признавались инвалидами в среднем 5 (4; 8) человек молодого возраста. Среднегодовой коэффициент наглядности составил 45,2% (35,5; 74,2), а темп убыли – -10,6% (-39,1; 83,3), указывая на тенденцию к снижению выхода на инвалидность лиц молодого возраста с низкорослостью в 2002–2019 гг. Сравнительный анализ уровня ПИ при различных нозологических формах низкорослости по МКБ-10 статистически значимых различий не выявил ($p \geq 0,05$).

Наибольший удельный вес за исследуемый период имели лица, впервые признанные инвалидами вследствие низкорослости, не классифицированной в других рубриках (Е34.3 по МКБ-10), составляя 39,9% (95 ДИ: 32,1–48,2) всех наблюдений (табл. 3). При этом, наибольшее число ВПИ

Таблица 1

Показатели первичной инвалидности населения Республики Беларусь молодого возраста вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью (2002–2019 гг.)

Год	Кол-во ВПИ, чел.	Первичная инвалидность (ПИ)			
		Уровень ПИ, на 10 тыс. нас.	95 ДИ	Темп прироста/убыли, %	Коэффициент наглядности, %
2002	11	0,031	0,031–0,031	-	100,0
2003	8	0,023	0,023–0,023	-25,8	74,2
2004	30	0,085	0,085–0,085	269,6	274,2
2005	27	0,076	0,076–0,076	-10,6	245,2
2006	7	0,020	0,020–0,020	-73,7	64,5
2007	8	0,023	0,023–0,023	15,0	74,2
2008	5	0,014	0,014–0,014	-39,1	45,2
2009	4	0,011	0,011–0,011	-21,4	35,5
2010	5	0,014	0,014–0,014	27,3	45,2
2011	5	0,014	0,014–0,014	0,0	45,2
2012	3	0,008	0,008–0,008	-42,9	25,8
2013	2	0,006	0,006–0,006	-25,0	19,4
2014	4	0,011	0,011–0,011	83,3	35,5
2015	8	0,023	0,023–0,023	109,1	74,2
2016	2	0,006	0,006–0,006	-73,9	19,4
2017	4	0,011	0,011–0,011	83,3	35,5
2018	1	0,003	0,003–0,003	-72,7	9,7
2019	4	0,011	0,011–0,011	266,7	35,5
Me (Q ₁ ;Q ₃)				-10,6 (-39,1;83,3)	45,2 (35,5;74,2)

Таблица 2

Среднегодовое количество лиц, впервые признанных инвалидами (ВПИ), и уровень первичной инвалидности (ПИ) населения Республики Беларусь молодого возраста вследствие различных синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью (2002–2019 гг.)

Нозология по МКБ-10		Среднегодовое количество ВПИ, чел.	Уровень ПИ, на 10 тысяч населения
		Me (Q ₁ ;Q ₃)	Me (Q ₁ ;Q ₃)
1	E23.0	1 (0;3)	0,003 (0,0;0,008)
2	E34.3	1 (0;3)	0,003 (0,0;0,009)
3	Q77	1 (0;1)	0,003 (0,0;0,003)
4	Q96	2 (1;3)	0,006 (0,003;0,008)
Все нозологии		5 (4;8)	0,014 (0,011;0,023)

Таблица 3

Нозологическая структура первичной инвалидности вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, в Республике Беларусь (2002–2019 гг., 2007–2019 гг.)

Нозология по МКБ-10	Количество ВПИ (2002–2019 гг., чел.)			Количество ВПИ (2007–2019 гг., чел.)		
	n=138			n=55		
	абс.	р, %	95 ДИ	абс.	р, %	95 ДИ
E23.0	22	15,9	10,8–23,0	13	23,6	14,4–36,4
E34.3	55	39,9	32,1–48,2	12	21,8	13,0–34,4
Q77	23	16,7	11,4–27,8	8	14,6	7,6–27,2
Q96	38	27,5	20,8–35,5	22	40,0	28,1–53,2

отмечалось в 2004 (21 чел.) и 2005 г. (14 чел.), что обусловлено изменением законодательства Республики Беларусь, регламентирующего определение инвалидности, в частности, постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2002 №61 была утверждена Инструкция по определению группы инвалидности, где к анатомическому дефекту, при наличии которого устанавливается III группа инвалидности, были отнесены «другие формы низкорослости с ростом менее 150 см». Данное изменение привело к обращениям в медико-реабилитационные экспертные комиссии (с целью установления инвалидности) лиц с непатологически обусловленными формами низкорослости (семейными, конституциональными), чей рост составлял менее 150 см. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 №97 была утверждена действующая до настоящего времени Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья, где к анатомическому дефекту был отнесен рост ниже 150 см, обусловленный только патологией нейроэндокринной системы или опорно-двигатель-

ного аппарата, вследствие того, что именно указанная патология чаще всего приводит не только к низкому росту, но к нарушению функционирования организма и воздвигает барьеры при его взаимодействии с окружающей средой. Данное постановление больше не позволяло лицам с непатологическими формами низкорослости, чье функционирование в социуме не ограничено, в дальнейшем претендовать на установление инвалидности в связи с низким ростом.

Изучение нозологической структуры ПИ исследуемого контингента с 2007 по 2019 гг. (после вступивших в силу изменений нормативных правовых актов) позволило выявить, что ведущие позиции (27,5%, 95 ДИ: 20,8–35,5) среди лиц молодого возраста занимал синдром Тернера.

Анализ контингента инвалидов с учетом пола показал, что в исследуемой совокупности преобладали женщины, составляя 79,0% (95 ДИ: 71,5–85,0) (табл. 4). Среднегодовой уровень ПИ среди женщин (0,029 (0,017; 0,035) на 10 тысяч населения) был также выше ($U=35$, $Z=-3,9$, $p<0,001$), чем среди мужчин (0,006 (0,0; 0,011) на 10 тысяч населения).

Наибольшее число женщин-инвалидов (100,0%, 95 ДИ: 90,8–100,0) встречалось при синдроме Тернера ($p^*<0,05$), что обусловлено хро-

Гендерная структура ВПИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, в зависимости от нозологии по МКБ-10 (2002–2019 гг.)

Нозология по МКБ-10		Мужчины			Женщины			Достоверность различий
		абс.	р, %	95 ДИ	абс.	р, %	95 ДИ	
1	E23.0 (n=22)	11	50,0	30,7–69,3	11	50,0	30,7–69,3	$\chi^2_{1-2} = 14,0, p^*=0,005$ $\chi^2_{1-4} = 23,3, p^*<0,001$ $\chi^2_{2-3} = 10,6, p^*=0,002$ $\chi^2_{2-4} = 4,4, p^*=0,038$ $\chi^2_{3-4} = 19,8, p^*<0,001$
2	E34.3 (n=55)	6	10,9	5,1–21,8	49	89,1	78,2–94,9	
3	Q77 (n=23)	10	43,5	25,6–63,2	13	56,5	36,8–74,4	
4	Q96 (n=38)	-	0,0	0,0–9,2	38	100,0	90,8–100,0	
Итого (n=138)		29	21,0	15,1–28,9	109	79,0	71,5–85,0	

мосомной аномалией, приводящей к формированию женского пола у всех пациенток [9]. Также высокий удельный вес (89,1%, 95 ДИ: 78,2–94,9) женщин отмечался среди инвалидов вследствие низкорослости, не классифицированной в других рубриках, в сравнении с инвалидами вследствие гипопитуитаризма ($\chi^2=14,0, p^*=0,005$) и остеохондродисплазий ($\chi^2=10,6, p^*=0,002$), где женщины составляли 50,0% (95 ДИ: 30,7–69,3) и 56,5% (95 ДИ: 36,8–74,4) соответственно. Была обнаружена слабая взаимосвязь нозологической формы заболевания с полом пациента ($r_s=0,26, p<0,01$).

Доля городских жителей среди ВПИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, составила 72,5% (95 ДИ: 64,5–79,2). При этом, уровень ПИ у жителей города (0,012 (0,010; 0,020) на 10 тысяч населения) был значительно ниже ($U=93, Z=-2,2, p=0,030$), чем у жителей села (0,033 (0,017; 0,033) на 10 тысяч населения), что свидетельствовало о более высоком риске инвалидизации лиц молодого возраста, проживающих в сельской местности, по сравнению с горожанами.

Анализ структуры тяжести ПИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью среди населения молодого возраста, показал, что в подавляющем большинстве случаев устанавливалась III группа инвалидности – 92,0% (95 ДИ: 85,3–95,5). Данная тенденция обусловлена тем, что у лиц в возрасте старше 18 лет низкий патологически обусловленный рост (ниже 150 см) является анатомическим дефектом и приводит к установлению III группы инвалидности. Следует отметить, что ввиду отсутствия критериев для оценки степени выраженности нарушений роста и физического развития детей, использующихся в МСЭ, статус «ребенок-инвалид» большинству не был установлен до 18-летнего возраста, что, вероятно, не позволило своевременно устранить

имеющуюся социальную дезадаптацию вследствие низкого роста и привело к установлению инвалидности только во взрослом возрасте.

Тяжесть инвалидности (удельный вес лиц ВПИ I и II групп к общему числу лиц ВПИ) населения молодого возраста вследствие изучаемой патологии за исследуемый период составила 8,0% (95 ДИ: 4,5–13,7). При этом, наибольший (27,3%, 95 ДИ: 13,2–48,2) показатель тяжести инвалидности был отмечен у инвалидов вследствие гипопитуитаризма, значения при котором значительно превышали показатели лиц ВПИ вследствие низкорослости, не классифицированной в других рубриках ($\chi^2=12,3, p^*=0,002$) и синдрома Тернера ($\chi^2=8,2, p^*=0,008$) (табл. 5).

Изучение влияния нозологической структуры на тяжесть первичной инвалидности позволило установить среднюю силу связи ($r_s=0,64, p<0,001$) между данными показателями.

Анализ возрастной структуры показал, что среди лиц, ВПИ вследствие изучаемой патологии, преобладали лица в возрасте 40–44 лет, составляя 27,5% (95 ДИ: 20,8–35,5), что, вероятно, можно объяснить наличием приобретенной и накопленной сопутствующей патологии к данному возрасту, истощением механизмов адаптации и снижением компенсаторных возможностей организма (табл. 6). Была обнаружена слабая корреляционная связь между возрастным периодом наступления инвалидности и нозологической формой заболевания ($r_s=0,22, p<0,01$).

Доля лиц, которым впервые была установлена инвалидность в возрасте 40–44 лет, преобладала при следующих патологиях, приводящих к низкорослости: гипопитуитаризм, низкорослость, не классифицированная в других рубриках, и остеохондродисплазии. Также выявлено, что у женщин с синдромом Тернера возрастной пик (23,7%, 95 ДИ: 13,0–39,2) приходился на возраст 25–29 лет.

Таблица 5

Распределение инвалидов молодого возраста с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, по группам инвалидности с учетом основных видов патологии (2002–2019 гг.)

Нозология по МКБ-10		Группа инвалидности									Достоверность различий
		Первая			Вторая			Третья			
		абс.	р, %	95 ДИ	абс.	р, %	95 ДИ	абс.	р, %	95 ДИ	
1	E23.0 (n=22)	-	0,0	0,0–14,9	6	27,3	13,2–48,2	16	72,7	51,9–86,9	$\chi^2_{1-2} = 12,3$ $p^* = 0,002$ $\chi^2_{1-4} = 8,2$ $p^* = 0,008$
2	E34.3 (n=55)	-	0,0	0,0–6,5	1	1,8	0,3–9,6	54	98,2	90,4–99,7	
3	Q77 (n=23)	1	4,3	0,8–21,0	2	8,7	2,4–26,8	20	87,0	67,9–95,5	
4	Q96 (n=38)	-	0,0	0,0–9,2	1	2,6	0,5–13,5	37	97,4	86,5–99,9	

Таблица 6

Возрастная структура лиц, впервые признанных инвалидами вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью (2002–2019 гг.)

Возраст, лет	Количество		
	абс.	р, %	95 ДИ
18–19	14	10,1	6,1–16,3
20–24	19	13,8	9,0–20,5
25–29	27	19,6	13,8–27,0
30–34	22	15,9	10,8–23,0
35–39	18	13,0	8,4–19,7
40–44	38	27,5	20,8–35,5

Уровень ПИ также был наибольшим (0,015 (0,0; 0,031) на 10 тысяч населения) в возрастной группе 40–44 года, при этом, статистически достоверных различий при сравнении разных возрастных групп не наблюдалось ($p \geq 0,05$).

Заключение и выводы

В ходе исследования показателей ПИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, среди населения Республики Беларусь молодого возраста (18–44 года) за период 2002–2019 гг. было выявлено, что:

среднегодовой уровень ПИ составляет 0,014 (0,011; 0,023) на 10 тысяч населения, при этом, среднегодовой уровень ПИ выше у жителей сельской местности ($p=0,030$) и у женщин ($p < 0,001$);

среднегодовой коэффициент наглядности составляет 45,2% (35,5; 74,2), а темп убыли – 10,6% (-39,1; 83,3), что свидетельствует о тенденции к снижению выхода на инвалидность у инвалидов исследуемой группы;

в структуре ПИ преобладают женщины (79,0%, 95 ДИ: 71,5–85,0), городские жители (72,5%, 95 ДИ: 64,5–79,2) и лица в возрасте 40–44 лет (27,5%, 95 ДИ: 20,8–35,5);

в 2002–2019 гг., в связи с особенностями за-

конодательства периода 2002–2006 гг., наибольший удельный вес (39,9%, 95 ДИ: 32,1–48,2) в нозологической структуре занимали лица, впервые признанные инвалидами вследствие низкорослости, не классифицированной в других рубриках; за период 2007–2019 гг. – вследствие синдрома Тернера (27,5%, 95 ДИ: 20,8–35,5);

тяжесть ПИ молодого возраста вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, составляет 8,0% (95 ДИ: 4,5–13,7), а самый высокий (27,3%, 95 ДИ: 13,2–48,2) показатель отмечается при гипопитуитаризме, значения показателя при котором существенно превышают аналогичный показатель при низкорослости, не классифицированной в других рубриках ($p=0,002$), и синдроме Тернера ($p=0,008$);

имеется взаимосвязь нозологической формы заболевания с тяжестью ПИ ($r_s=0,64$, $p < 0,001$), полом пациента ($r_s=0,26$, $p < 0,01$) и возрастным периодом наступления инвалидности ($r_s=0,22$, $p < 0,01$).

Таким образом, в ходе настоящего исследования была изучена динамика показателей ПИ среди лиц молодого возраста вследствие различных заболеваний и синдромов, проявляющихся низ-

корослостью, а также выявлены основные нозологические, личностные и контекстные факторы, влияющие на показатели ПИ у исследованного контингента.

Литература

1. Смычек, В.Б. Медицинская экспертиза и реабилитация / В.Б.Смычек // Здравоохранение. – 2016. – №12. – С.14–26.
2. Смычек, В.Б. Конвенция о правах инвалидов: разные возможности – равные права / В.Б.Смычек // Здравоохранение. – 2017. – №5. – С.5–10.
3. Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 окт. 2007 г., №97 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
4. Об утверждении Инструкции об установлении групп инвалидности [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Украины, 5 сент. 2011 г., №561 // Законодательство Украины. Официальный веб-портал. – Режим доступа: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>. – Дата доступа: 07.07.2020.
5. Положение о признании гражданина лицом с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс]: постановление Правительства Кыргызской Республики, 31 янв. 2012 г., №68 // Централизованный банк данных правовой информации Кыргызской Республики. – Режим доступа: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/93624>. – Дата доступа: 07.07.2020.
6. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс]: приказ Министерства труда и социальной защиты Рос. Федерации, 27 авг. 2019 г., №585н. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/>. – Дата доступа: 07.07.2020.
7. Об утверждении критериев установления инвалидности [Электронный ресурс]: решение Кабинета Министров Азербайджанской Республики, 2019 // Министерство труда и социальной защиты Азербайджанской Республики. – 2019. – Режим доступа: http://sosial.gov.az/uploads/images/image...750x_5c9ca7d6ed24b.pdf. – Дата доступа: 07.07.2020.
8. Справочник детского эндокринолога / И.И.Дедов [и др.]. – М.: Литтерра, 2020. – 496 с.
9. Clinical practice guidelines for the care of girls and women with Turner syndrome: proceedings from the 2016 Cincinnati International Turner Syndrome

Meeting / C.H.Gravholt [et al.] // European Journal of Endocrinology. – 2017. – Vol.177, No.3. – Mode of access: <https://eje.bioscientifica.com/view/journals/eje/177/3/EJE-17-0430.xml>. – Date of access: 07.07.2020.

ANALYSIS OF PRIMARY DISABILITY INDICATORS DUE TO SYNDROMES AND DISEASES ASSOCIATED WITH SHORT STATURE AMONG POPULATION OF YOUNG AGE

¹ V.V.Golikova, ² I.T.Doroshenko, ² S.I.Lushchinskaya

¹ Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

² Republican Scientific and Practical Center for Medical Assessment and Rehabilitation, 93, Kolodishchansky Village Council, 223027, district of the village of Yukhnovka, Minsk District, Minsk Region, Republic of Belarus

Introduction. Age of onset of growth deceleration and retardation occurs up to 18 years for all syndromes and diseases associated with short stature in adulthood, while probability of consequences in form of disability in persons of 18 years old and older has not been studied at the moment.

Objective. To study primary disability rates due to syndromes and diseases associated with short stature among population of young age and to identify its epidemiological features.

Materials and methods. Analysis of primary disability (PD) was conducted among population of young age (18–44 years old) with syndromes and diseases associated with short stature for the period 2002–2019 in the Republic of Belarus. Data from the Disability Information System (2002–2013) and the Republican Information and Analytical System for Medical Expertise and Rehabilitation of Disabled People of the Republic of Belarus (2014–2019) were used by authors.

Results. Analysis of research results for PD indicators due to syndromes and diseases associated with short stature among population of young age found that the average annual rate of PD is 0.014 (0.011; 0.023) per 10000. There was a tendency towards a decrease in disability among young people during the study period. Average annual rate of PD was higher among the villagers ($p=0.030$) and women ($p<0.001$). Severity of PD was 8.0% (95% CI: 4.5–13.7). Correlation was established between nosological form of disease and severity of PD ($r_s=0.64$, $p<0.001$), gender ($r_s=0.26$, $p<0.01$) and age of onset of disability ($r_s=0.22$, $p<0.01$).

Conclusion: Authors studied dynamics of PD among young people due to various diseases and syndromes associated with short stature and identified main nosological, personal and contextual factors influenced PD indices in investigated contingent.

Keywords: short stature; young age; primary disability; activity limitation.

Сведения об авторах:

Голикова Виктория Валентиновна, канд. мед. наук; УО «Белорусская медицинская академия последиplomного образования», зав. кафедрой медицинской экспертизы и оценки качества

оказания медицинской помощи; тел.: (+37517) 5139073; e-mail: kafedra@meir.by.

Дорошенко Ирина Тоймурадовна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», зав. лабораторией медицинской экспертизы и реабилитации детей; тел.: (+37517) 5167059; e-mail: deti@meir.by.

Луцинская Светлана Ивановна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», ведущий системный аналитик (начальник отдела); тел.: (+37517) 5167048; e-mail: onti@meir.by.

Поступила 01.09.2020 г.

РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ МУЖЧИНАМИ И ЖЕНЩИНАМИ В МОДЕЛЯХ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ

¹ И.И.Новик, ¹ В.М.Писарик, ² Brett J. Craig, ² Ivo Rakovac

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

² Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), UN City, Marmorvej, 51, DK-2100, Копенгаген, Дания

В статье проведен сравнительный анализ различий в половозрастных группах в моделях обращения за медицинскими услугами по результатам исследования STEPS 2016 в Республике Беларусь, а также по группам с разным уровнем образования, местом проживания, статусом занятости и семейным положением. Выявлено, что доля женщин, обращающихся за медицинской помощью для измерения показателей биологических факторов риска, а также получающих рекомендации по здоровому образу жизни относительно большинства поведенческих факторов риска, намного выше, чем доля мужчин. Доля прошедших обследования на наличие биологических факторов риска выше в старших возрастных группах. В сельской местности доля мужчин и женщин, проходящих обследования на наличие факторов риска, в целом ниже, чем в городах. Как мужчины, так и женщины с низким и средним уровнем образования реже проходят обследования на наличие факторов риска, чем люди с высоким уровнем образования. Доля работающих мужчин и женщин, прошедших обследования, практически не различается, однако доля прошедших обследование выше среди работающих мужчин и ниже – среди работающих женщин. Для улучшения доступа к медицинским услугам дополнительное внимание требуется следующим группам: мужчины, начиная со средних возрастных групп; женщины, проживающие в сельской местности; мужчины с низким уровнем образования; безработные мужчины; работающие женщины; одинокие мужчины.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания; факторы риска; гендерный анализ; половозрастные группы; медицинские услуги.

Введение

В 2016–2020 гг. в Республике Беларусь был успешно реализован проект международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» (БЕЛМЕД), финансируемый Европейским Союзом, в рамках которого при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) проведено общенациональное исследование распространенности основных факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) среди населения страны в возрасте 18–69 лет (STEPS 2016) [1].

В ходе STEPS-исследования была собрана информация о распространенности таких факторов риска НИЗ, как потребление табака и алкоголя, рацион питания, низкая физическая активность; проведены антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии) и измерения артериального давления и частоты сердечных сокращений,

определены некоторые биохимические показатели (уровень глюкозы и холестерина в крови, а также натрия и креатинина в моче) [2].

Кроме изучения распространенности перечисленных выше биологических и поведенческих факторов риска НИЗ, STEPS-исследование включало вопросы о подверженности респондентов лечению при наличии у них того или иного заболевания, а также частоты рекомендаций по различным аспектам здорового образа жизни, получаемых пациентами от медицинских работников.

Цель данной публикации – проанализировать различия между мужчинами и женщинами в моделях обращения за медицинскими услугами по результатам исследования STEPS 2016 в Республике Беларусь.

Материалы и методы

Для участия в STEPS-исследовании было отобрано 5760 человек в возрасте 18–69 лет, эквивалентно распределенных по возрасту, полу и регионам страны. То есть, результаты STEPS-иссле-

дования правомерно экстраполировать на все население Республики Беларусь в возрасте от 18 до 69 лет [3].

Фактически приняло участие в исследовании 5010 человек в возрасте от 18 до 69 лет, из них 2506 городских (50,0%) и 2504 (50,0%) сельских жителя, 2089 мужчин (41,7%) и 2921 женщина (58,3%), представляющие все регионы Республики Беларусь. По возрастным группам респонденты распределились следующим образом: 18–29 лет – 689 человек, из них 331 мужчина (48,0%) и 358 женщин (52,0%); 30–44 года – 1409 человек, из них 592 мужчины (42,0%) и 817 женщин (58,0%); 45–59 лет – 1904 человека, из них 812 мужчин (42,6%) и 1092 женщины (57,4%); 60–69 лет – 1008 человек, из них 354 мужчины (35,1%) и 654 женщины (64,9%) [2].

Статистический анализ данных был выполнен с использованием программы EpiInfo (версия 3.5.4) и соответствующих методов для комплексного анализа данных исследования. При расчете средних значений показателей вычислены стандартная ошибка и 95%-й доверительный интервал (ДИ). Кроме того, были использованы пакеты прикладных программ Microsoft Office.

Результаты и обсуждение

Установлено, что существуют значительные различия в моделях обращения мужчин и женщин за медицинскими услугами.

Так, в целом число респондентов, сообщивших о том, что ни разу не обращались к медицинским работникам для измерения артериального

давления (АД), уровня глюкозы и холестерина в крови, не велико, но, при этом, доля мужчин выше, чем доля женщин (табл. 1, здесь и далее в таблицах ДИ 95% – 95%-й доверительный интервал). Всего лишь 1,0% женщин и 2,1% мужчин не обращались к медицинским работникам для измерения артериального давления. По поводу измерения уровня холестерина в крови к медицинским работникам не обращались 19,1% женщин и 23,4% мужчин (табл. 1).

Различия в возрастных группах. Рассмотрим данные показатели в разбивке по возрастам (табл. 2).

Как следует из представленных в табл. 2 данных, доля мужчин и женщин, не проходивших обследования на наличие данных факторов риска, снижается в каждой последующей возрастной группе.

Например, если в возрастной группе 18–29 лет отсутствуют различия между долей мужчин и женщин, которым не измеряли уровень глюкозы в крови (16,4 и 15,7% соответственно), то в каждой следующей возрастной группе эта доля снижается у обоих полов, причем у женщин снижение по сравнению с предыдущей возрастной группой выражено заметнее, чем у мужчин. Доля женщин, не проходивших это обследование в возрастной группе 30–44 года (9,7%), находится на таком же низком уровне, что и доля мужчин в возрастных группах с минимальными результатами (10,6% в 45–59 лет и 10,1% в 60–69 лет).

Таблица 1

Доля респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска при обращении за медицинской помощью (в процентах)

Измерение фактора риска	Мужчины (ДИ 95%)	Женщины (ДИ 95%)
Не измерялось АД	2,1 (1,4–2,9)	1,0 (0,4–1,5)
Не измерялась глюкоза	12,9 (10,2–15,6)	9,7 (7,6–11,8)
Не измерялся холестерин	23,4 (20,1–26,7)	19,1 (16,4–21,9)

Таблица 2

Доля респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по возрастным группам (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Возраст, лет			
		18–29 (ДИ 95%)	30–44 (ДИ 95%)	45–59 (ДИ 95%)	60–69 (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	3,9 (1,7–6,1)	1,4 (0,5–2,3)	1,8 (0,8–2,8)	1,1 (0,1–2,2)
	Жен	2,5 (0,3–4,8)	0,6 (0,0–1,1)	0,5 (0,0–1,0)	0,6 (0,0–1,3)
Не измерялась глюкоза	Муж	16,4 (11,3–21,5)	13,5 (9,6–17,5)	10,6 (7,5–13,8)	10,1 (6,4–13,7)
	Жен	15,7 (11,0–20,4)	9,7 (6,9–12,6)	7,9 (5,5–10,2)	5,8 (3,6–8,0)
Не измерялся холестерин	Муж	35,3 (28,2–42,5)	24,1 (19,4–28,9)	16,1 (12,4–19,7)	15,8 (11,4–20,2)
	Жен	36,4 (29,6–43,1)	20 (16,0–24,0)	13,3 (10,4–16,1)	7,3 (4,9–9,7)

Различия в группах по месту проживания респондентов (город/село). При рассмотрении данных показателей в разбивке по месту проживания можно выявить дополнительные различия.

В целом среди респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска, доля мужчин и женщин, проживающих в сельской местности выше, чем в городах (табл. 3).

Кроме того, разница между проживающими в городской и сельской местности женщинами в отношении измерения уровней глюкозы и холестерина выражена ярче, чем между мужчинами. Доля проживающих в сельской местности женщин, которым не измерялся уровень глюкозы (13,1%) и холестерина (22,6%), незначительно ниже, чем эта доля среди проживающих в сельской (14,2% для глюкозы и 25,1% для холестерина) и городской (11,7% для глюкозы и 21,8% для холестерина) местности мужчин.

Несмотря на то, что в целом мужчины реже женщин проходят обследования на наличие факторов риска, при дезагрегировании данных по месту проживания выявлено, что доля сельчанок, не проходивших обследования, не превышает долю сельчан и горожан, не проходивших обследования на наличие данных факторов риска.

Различия в группах по уровню образования. Уровень образования населения может использоваться для более глубокого изучения различий в отношении факторов риска не только между мужчинами и женщинами, но и внутри этих групп. Республику Беларусь отличает высокий уровень грамотности (99,8% для мужчин и 99,7% для женщин), а также высокий уровень охвата начальным (95,1% для мальчиков и 94,8% для девочек) и средним образованием (95,1% для мужчин и 96,2% для женщин). Значительные различия отмечаются только на третичном уровне образования (80,2% для мужчин и 95,1% для женщин) [4].

Данные об уровне образования, который определяется наиболее высоким уровнем полученного респондентом законченного образования на момент исследования, были собраны в ходе STEPS 2016 с использованием внутривидовых категорий. Эти категории были сопоставлены с уровнями Международной стандартной классификации образования (МСКО) [5], а затем распределены на три уровня – низкий, средний и высокий (табл. 4)

Из представленных в табл. 5 данных следует, что доля респондентов, не проходивших обследование на наличие рассматриваемых биологических факторов риска НИЗ, выше среди мужчин и женщин с низким уровнем образования (по сравнению с другими уровнями), причем у мужчин эта разница выражена сильнее.

Доля мужчин с низким уровнем образования, которым не измерялись уровни глюкозы и холестерина в крови, значительно выше, чем доля мужчин с другими уровнями образования и женщин с любым уровнем образования. Как и в случае с данными в зависимости от места проживания респондентов, дезагрегирование данных по уровню образования показывает, что общую разницу между мужчинами и женщинами в отношении доступа к рассматриваемым медицинским услугам определяет конкретная подгруппа, в данном случае – мужчины с низким уровнем образования.

Различия в группах по статусу занятости. Как показано выше, уровень образования может влиять на обращение за медицинскими услугами. Точно таким же образом влияет и статус занятости, который связан с наличием ресурсов. В целом, доля мужчин, не проходивших обследования на наличие факторов риска, выше среди безработных или не представленных на рынке труда, однако, среди женщин такая зависимость отсутствует. При этом, внутри групп существуют более тонкие различия, заслуживающие внимания (табл. 6).

Таблица 3

Доля респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по месту проживания (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Место проживания	
		Село (ДИ 95%)	Город (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	2,6 (1,4–3,9)	1,6 (0,8–2,5)
	Жен	0,8 (0,2–1,4)	1,1 (0,2–2,0)
Не измерялась глюкоза	Муж	14,2 (10,0–18,5)	11,7 (8,2–15,3)
	Жен	13,1 (9,3–16,9)	7,1 (4,8–9,4)
Не измерялся холестерин	Муж	25,1 (20,3–29,8)	21,8 (17,3–26,4)
	Жен	22,6 (18,3–26,9)	16,5 (12,9–20,0)

Таблица 4

Соответствие уровней образования, использованных при анализе, категориям STEPS 2016

Внутристрановые категории, использованные при STEPS-исследовании	Уровни МСКО	Уровень образования для целей анализа
1 – отсутствие формального образования	МСКО 0 – программы развития детей младшего возраста	Низкий уровень образования
2 – оконченное начальное образование	МСКО 1 – начальное образование	
3 – оконченное среднее образование	МСКО 2 – первый этап среднего образования	
4 – оконченное среднее специальное образование	МСКО 4 – послесреднее нетретичное образование МСКО 5 – короткий цикл третичного образования	Средний уровень образования
5 – оконченное гимназическое образование (старшие классы)	МСКО 3 – второй этап среднего образования	
6 – оконченное высшее образование	МСКО 6 – бакалавриат или его эквивалент	Высокий уровень образования
7 – аспирантура	МСКО 7 – магистратура или ее эквивалент МСКО 8 – докторантура или ее эквивалент	

Таблица 5

Доля респондентов, не прошедших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по уровню образования (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Уровень образования		
		Низкий (ДИ 95%)	Средний (ДИ 95%)	Высокий (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	3,7 (1,8–5,6)	1,2 (0,5–1,9)	3,0 (0,9–5,1)
	Жен	1,4 (0,0–2,9)	0,8 (0,2–1,4)	0,9 (0,1–1,7)
Не измерялась глюкоза	Муж	17,7 (12,6–22,8)	11,2 (8,5–13,9)	12,2 (7,8–16,5)
	Жен	12,7 (8,6–16,9)	9,8 (7,4–12,2)	7,7 (5,0–10,4)
Не измерялся холестерин	Муж	28,6 (22,9–34,3)	22,0 (18,4–25,6)	21,3 (16,1–26,5)
	Жен	22,0 (16,5–27,6)	19,0 (15,9–22,1)	17,5 (13,5–21,5)

Таблица 6

Доля респондентов, не прошедших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по статусу занятости (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Статус занятости	
		Работающие (ДИ 95%)	Безработные или не представленные на рынке труда (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	0,9 (0,4–1,5)	5,4 (0,5–10,3)
	Жен	0,7 (0,2–1,2)	3,3 (0,0–8,5)
Не измерялась глюкоза	Муж	10,8 (8,1–13,4)	19,3 (9,2–29,4)
	Жен	9,7 (7,5–12,0)	7,6 (0,0–16,1)
Не измерялся холестерин	Муж	21,9 (18,5–25,3)	25,1 (13,9–36,4)
	Жен	20,0 (16,9–23,0)	7,1 (0,0–15,4)

Анализ по статусу занятости выявляет более выраженную степень вариабельности по сравнению с другими показателями. Так, в отношении повышенного артериального давления наблюдаются значительные раз-

личия между безработными или не представленными на рынке труда мужчинами (5,4%) и женщинами (3,3%), а между работающими мужчинами и женщинами значительной разницы нет (0,9 и 0,7% соответственно).

В отношении измерения уровня глюкозы в крови, между работающими мужчинами (10,8%) и женщинами (9,7%) также отсутствует значительная разница, но она существует между безработными или не представленными на рынке труда мужчинами и женщинами (19,3 и 7,6% соответственно). Аналогичная картина наблюдается в отношении измерения уровня холестерина: доля работающих мужчин (21,9%), у которых не проводилось данное исследование, незначительно превышает эту долю среди работающих женщин (20,0%), однако между безработными или не представленными на рынке труда мужчинами и женщинами отмечена значительная разница (25,1 и 7,1% соответственно).

Между работающими мужчинами и женщинами отсутствуют значительные различия по факту обследования на наличие факторов риска. В группе безработных или не представленных на рынке труда мужчин и женщин наблюдается более высокая доля мужчин, не проходивших обследования, в то время как доля не проходивших обследования безработных или не представленных на рынке труда женщин ниже, чем доля работающих.

Различия в группах по семейному положению. Фактор семейного положения позволяет дополнительно исследовать подгруппы мужчин и

женщин с точки зрения доступа к медицинским услугам. Если для женщин семейное положение не имеет очевидной связи с обследованиями на наличие факторов риска, то для мужчин эта связь прослеживается, и в подгруппах наблюдаются существенные различия (табл. 7).

Доля одиноких мужчин, не проходивших обследования на наличие факторов риска, значительно выше этого показателя среди мужчин, имеющих партнера. Следует отметить, что на значительные различия между мужчинами и женщинами в целом в отношении обследования на наличие биологических факторов риска, в основном, влияет группа одиноких мужчин. Показатели для имеющих партнера мужчин незначительно отличаются от значений для одиноких и имеющих партнера женщин. Как и в случае с подгруппами, определяемыми в соответствии со статусом занятости, часть наблюдаемых различий может быть обусловлена разницей в среднем возрасте одиноких и имеющих партнера респондентов.

Рекомендации по ведению более здорового образа жизни, данные медицинским работником. В рамках исследования STEPS 2016 была собрана информация о том, получали ли мужчины и женщины рекомендации по ведению более здорового образа жизни при посещении медицинского работника (табл. 8).

Таблица 7

Доля респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по семейному положению (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Семейное положение	
		Одинокие (ДИ 95%)	Имеющие партнера (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	3,9 (2,2–5,6)	1,1 (0,5–1,6)
	Жен	1,8 (0,6–3,1)	0,4 (0,0–0,8)
Не измерялась глюкоза	Муж	15,7 (11,8–19,5)	11,3 (8,5–14,0)
	Жен	10,2 (7,6–12,8)	9,4 (7,0–11,8)
Не измерялся холестерин	Муж	29,2 (24,0–34,4)	19,9 (16,6–23,2)
	Жен	18,5 (15,0–22,1)	19,5 (16,4–22,6)

Таблица 8

Темы рекомендаций по ведению более здорового образа жизни и распространенность связанных с ними факторов риска

Рекомендация по ведению более здорового образа жизни	Фактор риска
Бросить курить или вовсе не начинать	Употребление табака в настоящее время
Сократить употребление соли в рационе	Нездоровое питание (добавление соли)
Съесть как минимум пять порций фруктов и/или овощей ежедневно	Нездоровое питание (<5 порций фруктов/овощей)
Начать заниматься или больше заниматься физической активностью	Недостаточная физическая активность
Поддерживать нормальную массу тела или сбросить вес	Избыточный вес (ИМТ≥25)

Касаясь темы борьбы с курением – доля получивших рекомендации мужчин была значительно выше доли женщин, в то время как в отношении трех других тем (увеличение потребления фруктов и овощей, повышение физической активности и контроль массы тела) доля женщин, получивших рекомендации, значительно выше (табл. 9).

Так, доля мужчин, сообщивших о получении рекомендаций в отношении употребления табака составляет 43,6%, долю женщин – 20,7%. При этом, доля мужчин, получивших данные рекомендации приблизительно соответствует доле мужчин, употребляющих табак (48,4%), доля женщин, которые получили рекомендации, примерно в 2 раза превышает распространенность фактора риска употребления табака в настоящее время (12,6%) (табл. 9).

Рекомендации от медицинских работников по снижению употребления соли и увеличению физической активности получают в равной степени как мужчины, так и женщины, при этом, частота этих рекомендаций несколько превышает уровень распространенности высокого потребления поваренной соли и низкой физической активности. Однако, частота рекомендаций увеличить количество потребляемых овощей и фруктов, а также уменьшить массу тела, значительно меньше уровня распространенности соответствующих факторов риска.

Как следует из представленных в табл. 9 данных, частота рекомендаций по ведению более здорового образа жизни примерно одинакова для всех факторов риска и не зависит от уровня их распространенности. Данный факт может свидетельствовать о необходимости повышения осведомленности медицинских работников о текущем уровне распространенности факторов риска НИЗ.

Заключение

Согласно данным, полученным в ходе исследования STEPS 2016, распространенность биологических факторов риска среди женщин в различных подгруппах намного выше, чем среди мужчин, либо по данному показателю не имеется каких-либо существенных различий. Отчасти, это может быть связано с различиями между мужчинами и женщинами в обращении за медицинскими услугами, что подтверждается при дезагрегировании данных по возрасту, месту проживания, уровню образования, статусу занятости и семейному положению.

Как среди мужчин, так и среди женщин, доля проходивших обследования на наличие биологических факторов риска выше в старших возрастных группах. Несмотря на то, что мужчины в целом реже проходят обследования на наличие факторов риска, данное различие отмечается, начиная с возрастной группы 30–44 года, и увеличивается с возрастом.

В то время как в сельской местности доля мужчин и женщин, проходящих обследования на наличие факторов риска, в целом ниже, чем в городах, доля сельчанок, не проходящих обследования, практически совпадает с долей сельчан и горожан-мужчин.

Как мужчины, так и женщины с низким и средним уровнями образования реже проходят обследования на наличие факторов риска, чем люди с высоким уровнем образования. Вариабельность в отношении обращения за медицинскими услугами между подгруппами респондентов с различным уровнем образования ярче выражена у мужчин, чем у женщин, а более высокая, по сравнению с женщинами, доля не проходивших обследования мужчин, в целом, обусловлена конкрет-

Таблица 9

Частота рекомендации по ведению более здорового образа жизни по сравнению с распространенностью соответствующих факторов риска (в процентах)

Фактор риска	Пол	Данная рекомендация (ДИ 95%)	Распространенность соответствующего фактора риска (ДИ 95%)
Табак	Муж	43,6 (40,0–47,1)	48,4 (42,8–48,6)
	Жен	20,7 (17,6–23,9)	12,6 (8,9–11,6)
Питание (добавление соли)	Муж	42,3 (38,5–46,2)	35,8 (31,9–39,7)
	Жен	41,7 (37,8–45,6)	28,0 (24,5–31,4)
Питание (употребление фруктов и овощей)	Муж	38,9 (34,5–43,3)	77,9 (74,3–81,5)
	Жен	42,7 (38,8–46,7)	68,4 (64,7–72,0)
Физическая активность	Муж	38,6 (34,4–42,7)	12,8 (10,7–14,9)
	Жен	43,2 (39,5–46,9)	13,5 (11,5–15,5)
Масса тела	Муж	38,2 (34,1–42,3)	61,5 (58,7–64,2)
	Жен	46,8 (43,1–50,5)	60,0 (57,3–62,4)

но группой мужчин с низким уровнем образования.

Доли работающих мужчин и женщин, проходивших обследование, практически не отличаются, при этом, безработные или не представленные на рынке труда мужчины и женщины отличаются в плане обращения за медицинскими услугами. Доля проходивших обследование выше среди работающих мужчин и ниже – среди работающих женщин. Очевидно, что для женщин взаимосвязь между семейным положением и доступом к услугам отсутствует, а общая разница между мужчинами и женщинами, не проходившими обследования, обусловлена более высокой долей одиноких мужчин.

В связи с этим, для улучшения доступа к услугам среди женщин и мужчин дополнительное внимание может потребоваться следующим группам: мужчины, начиная со средних возрастных групп; женщины-сельчанки; мужчины с низким уровнем образования; безработные или не представленные на рынке труда мужчины; работающие женщины; одинокие мужчины.

Тот факт, что женщинам значительно чаще дают рекомендации по ведению более здорового образа жизни, может быть обусловлен многими факторами, включая более частое взаимодействие женщин со службами здравоохранения, более высокую долю женщин, подверженных биологическим факторам риска, особенно в более старших возрастных группах, а также культурными, гендерными и другими нормами.

С целью повышения адресности в борьбе с факторами риска распространенных НИЗ, принятия и контроля реализации мер по приверженности ведению здорового образа жизни важно выявлять гендерные нормы и барьеры. Эти барьеры связаны как с полом, так и с конкретным заболеванием, причем женщины и мужчины сталкиваются с ними различным образом в зависимости от конкретных факторов риска и социально-демографических характеристик [6]. Меры реагирования, составленные с учетом гендерных аспектов и соответствующие культурным особенностям, будут способствовать поведенческим изменениям, облегчению доступа к услугам и их широкому использованию.

Выводы:

1. Доля женщин, обращающихся за медицинской помощью для измерения показателей биологических факторов риска, а также получающих рекомендации по здоровому образу жизни относительно большинства поведенческих факторов риска, намного выше, чем доля мужчин. Тем не

менее, согласно данным, полученным в ходе исследования STEPS 2016, распространенность биологических факторов риска среди женщин в различных подгруппах выше, чем среди мужчин, либо по данному показателю не имеется существенных различий.

2. Тот факт, что женщины получают значительно больше рекомендаций по здоровому образу жизни, может объясняться множеством разных факторов – в том числе, тем обстоятельством, что женщины гораздо чаще взаимодействуют со службами здравоохранения, а также тем, что распространенность биологических факторов риска среди женщин, особенно принадлежащих к старшим возрастным группам, выше, чем среди мужчин; кроме того, несомненно, играют роль принятые в обществе культурные и гендерные нормы.

3. Более низкая распространенность у женщин, по сравнению с мужчинами, поведенческих факторов риска свидетельствует о разном значении конкретных факторов риска НИЗ для мужчин и для женщин на протяжении всего жизненного цикла.

5. Из проведенного анализа следует, что как обращение за медицинскими услугами, так и препятствующие такому обращению обстоятельства различны для мужчин и для женщин и зависят от характера заболевания, а также то, что мужчины и женщины по-разному ведут себя при столкновении с препятствиями (в зависимости от конкретного фактора риска и других социально-демографических аспектов).

Таким образом, несомненно важна углубленного гендерного анализа существующих дезагрегированных по полу данных совместно с другими показателями в целях выявления различий в распространенности факторов риска возникновения НИЗ не только между мужчинами и женщинами, но и внутри этих групп. Подобный анализ позволит дополнительно выявить конкретные потребности и возможности в области профилактики и ведения НИЗ среди различных групп населения, для работы с которыми впоследствии возможны создание и реализация адаптированных технологий медицинских услуг, медицинских вмешательств.

Литература

1. Организация STEPS в Беларуси (принцип поэтапной реализации мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний, разработанный Всемирной организацией здравоохранения) / И.И.Новик, М.М.Сачек, В.М.Писарик, Н.С.Ивкова, А.В.Пацев, Н.Н.Бондаренко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №2 (91). – С.16–26.

2. Финальный отчет Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus-steps-2016-2017>. – Дата доступа: 30.11.2020.
3. Формирование репрезентативной выборки для STEPS-исследования в Республике Беларусь / Н.Н.Бондаренко, В.М.Писарик, Т.И.Атрашкевич, И.И.Новик // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №2 (95). – С.30–38.
4. Global Gender Gap Report 2020 [Electronic resource] / World Economic Forum. – Geneva, 2020. – P.87–88. – Mode of access: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf. – Date of access: 30.11.2020.
5. International Standard Classification of Education. ISCED 2012. – Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2011.
6. Breaking barriers: towards more gender-responsive and equitable health systems [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization; 2019. – Mode of access: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/breaking-barriers-towards-more-gender-responsive-and-equitable-h/en/>. – Date of access: 30.11.2020.

DIFFERENCES BETWEEN MEN AND WOMEN IN PATTERNS OF HEALTHCARE ACCESS

¹ I.I.Novik, ¹ V.M.Pisaryk, ² Brett J. Craig, ² Ivo Rakovac

¹ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

² World Health Organization Regional Office for Europe, UN City, 51, Marmorvej, DK-2100, Copenhagen, Denmark

The article presents a comparative analysis of differences in gender and age groups in the models of applying for medical services based on the results of the STEPS 2016 study in the Republic of Belarus, as well as by groups with different levels of education, place of residence, employment status and marital status. As a result of the analysis, it was found that for women who seek medical help to measure

indicators of biological risk factors, as well as receive recommendations for a healthy lifestyle regarding most behavioral risk factors, it is much higher than the proportion of men. The proportion of those tested for biological risk factors is higher in older age groups. In rural areas, the proportion of men and women undergoing risk factor surveys is generally lower than in urban areas. Both men and women with low and secondary levels of education are less likely to be screened for risk factors than people with high levels of education. The proportion of working men and women who were surveyed is almost the same, but the proportion of those who were surveyed is higher among working men and lower among working women. Additional attention is required for the following groups to improve access to health services: men, starting from the middle age groups; rural women; men with low levels of education; unemployed men; working women; single men.

Keywords: non-communicable diseases; risk factors; gender analysis; gender and age groups; medical services.

Сведения об авторах:

Новик Ирина Ивановна, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зам. директора по экономическим технологиям и международным проектам; тел.: (+37517) 3313414, e-mail: inovik@belcmt.by.

Писарик Виталий Михайлович, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория мониторинга и прогнозирования развития здравоохранения, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37517) 3313204, e-mail: pisaryk@tut.by.

Craig Brett J., Европейское региональное бюро ВОЗ, консультант программы по гендерным аспектам и правам человека ВОЗ, e-mail: brettjcraig@gmail.com.

Rakovac Ivo, Европейское региональное бюро ВОЗ, руководитель программы по эпиднадзору за неинфекционными заболеваниями, e-mail: rakovaci@who.int.

Поступила 10.12.2020 г.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА БОЛЬНИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

А.В.Семёнов

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации,
управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Усовершенствована методика применения формульного инструментария основных показателей использования больничных коек, позволяющая на основе адаптированных формул рассчитать плано-прогнозные показатели их использования. Учитывая особенности процесса управления коечным фондом больничных организаций, предложен алгоритм мониторинга его использования и принятия управленческих решений по его реструктуризации.

Ключевые слова: больничная койка; коечный фонд; больничная организация; показатели использования коечного фонда; планирование коечного фонда; мониторинг коечного фонда.

Охрана здоровья населения – важнейшая задача государства, одно из направлений, определяющих его социальную политику. В Республике Беларусь реализовано право граждан на доступное медицинское обслуживание, которое обеспечивается предоставлением бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных организациях здравоохранения [12, 13, 20].

Наиболее ресурсоемкой и дорогостоящей является медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях [1, 5, 25, 26], что подтверждено результатами исследования, проведенного экспертами Всемирного банка [11]. Уровень обеспеченности населения больничными койками в Республике Беларусь значительно превышает показатели в странах Европейского Союза и постсоветского пространства, а уровень госпитализации в стране – самый высокий в Европейском регионе: на каждые 100 человек 30 получают лечение в стационарных условиях [11, 26].

В связи с этим, особую актуальность приобретают вопросы рационального использования коечного фонда в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, так как простой больничных коек приводит к значительным экономическим потерям – затраты на пустующую больничную койку составляют 2/3 стоимости содержания занятой больничной койки [8, 15, 25, 33].

Планирование коечного фонда больничных организаций должно обеспечивать эффективное использование больничных коек и максимально возможное удовлетворение потребности населе-

ния в оказании медицинской помощи в стационарных условиях. При этом идеально положение, когда число и профиль больничных коек соответствуют потребности населения в медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях [8, 27, 29, 32, 37, 39].

Важную роль, в связи с этим, играют методики определения потребности населения в больничных койках и методики расчета показателей их использования. По данным различных авторов (И.И.Розенфельд, 1951; В.А.Миняев, С.Я.Фрейдлин, 1957; Г.А.Попов, 1967; И.В.Пустовой, Н.А.Кравченко, Е.А.Логинова, 1983; Э.А.Вальчук, Н.И.Гулицкая, Ф.П.Царук, 2007 и др.), необходимое число больничных коек может быть рассчитано с учетом дифференцированных нормативов потребности населения в больничных койках; нормативного уровня госпитализации населения и нормативных показателей использования больничных коек; фактического числа пролеченных пациентов и нормативного показателя оборота койки; фактического числа проведенных койко-дней и нормативного показателя среднегодовой занятости койки и др. [3, 8, 10, 14, 31-32, 38, 40].

Так, в методике планирования перспективной сети больничных организаций и их коечной мощности, предложенной Е.А.Логиновой и соавт. (1983), используются дифференцированные нормативы потребности населения в больничных койках [28, 32]. Методики планирования коечного фонда, предложенные И.И.Розенфельдом (1951) и Г.А.Поповым (1967), кроме научно обоснованных нормативов потребности населения в больничных койках, нормативных показателей их использова-

ния, нуждаются в установлении истинной потребности в госпитализации по отношению к общей численности населения (методика И.И.Розенфельда) или истинном удельном весе нуждающихся в медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, от общего числа заболевших (методика Г.А.Попова) [30–32]. Методики Р.Ф.Бриджмана (1954), В.А.Миняева и С.Я.Фрейдлина (1957) базируются на нормативных показателях использования больничных коек и нормативном уровне госпитализации населения [31, 40].

Таким образом, большинство из известных методик основано на применении нормативов потребности населения в больничных койках и нормативных показателей их использования. Следует отметить, что определение научно обоснованных нормативов потребности населения в больничных койках и нормативных показателей их использования – сложный и трудоемкий процесс. Это обусловлено тем, что на потребность населения в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, а, соответственно, на формирование нормативов потребности населения в больничных койках и нормативных показателей их использования, оказывают влияние многочисленные факторы, име-

ющие сложные взаимосвязи, учесть которые не всегда представляется возможным [31, 33, 37].

Приведенные методики являются общепризнанными в области общественного здоровья и здравоохранения при планировании коечного фонда больничных организаций применительно к определенной административной территории и конкретной численности населения. Как правило, они используются для стратегического (перспективного) планирования коечного фонда организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях. Данные методики не могут быть использованы для тактического и оперативного планирования и управления коечным фондом больничных организаций, что требует разработки новых или усовершенствования существующих методик планирования больничных коек.

Планирование и оценка эффективности функционирования коечного фонда больничных организаций проводятся на основании показателей его использования [1, 2, 4, 9, 17–19, 21, 22, 27, 29, 31, 39]. Процесс формирования показателей, формул расчета и их практического применения осуществлялся на протяжении длительного времени (табл. 1) [6, 7, 21, 31, 34, 35].

Таблица 1

Этапы формирования показателей использования коечного фонда больничных организаций

Год	Наименование показателей			
1940	Средняя продолжительность деятельности койки	–	Средняя продолжительность пребывания больного на койке	–
1948	Фактическое число дней работы койки за год	Оборот койки	Средняя продолжительность пребывания больного	–
1955	Среднее число дней использования койки в году	Функция больничной койки	Среднее число дней пребывания больного на койке	–
1967	Число дней использования койки в году	Оборот койки	Среднее число дней пребывания больного на койке	Среднее время простоя койки
1972	Среднее число дней занятости койки в году	Оборот (функция) койки	Средняя длительность пребывания больного на койке	Среднее время простоя койки: среднее время простоя койки в связи с ремонтом, среднее время простоя койки по другим причинам
1974	Среднее число дней занятости койки в году (Д)	Оборот койки (F)	Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре (Т)	Среднее время простоя койки t: среднее время простоя койки из-за ремонта и свертывания по другим причинам (t _p), среднее время простоя койки по прочим обстоятельствам (t _n)

Министерством здравоохранения СССР в 1974 г. впервые с целью обеспечения единого подхода к планированию и оценке использования коечного фонда были утверждены «Методические рекомендации по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений», в которых были установлены наименование и буквенное обозначение показателей использования коечного фонда, а также формулы и методики их расчета [21].

В нашей стране перечень показателей использования коечного фонда и методики их расчета утверждены нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь [22, 23].

Основными показателями использования коечного фонда организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, являются: средняя длительность использования больничной койки в году, среднее время простоя больничной койки, средняя длительность пребывания пациента на больничной койке, оборот больничной койки. Рассчитываемые основные показатели использования коечного фонда больничных организаций могут быть плановыми и фактическими [8, 19, 21–23, 27, 29, 36, 39].

Оценка эффективности использования больничных коек предусматривает проведение сравнительного анализа фактических показателей с плановыми показателями анализируемого периода или фактическими показателями за предшествующий период. Результаты анализа оцениваются по величине отклонения значений фактических показателей от плановых показателей анализируемого периода или фактических показателей за предшествующий период. Детальная оценка эффективности использования коечного фонда позволяет обеспечить рациональное управление и планирование деятельности больничных организаций и улучшить медицинскую, социальную и экономическую эффективность функционирования больничных коек [1, 2, 8, 18, 19].

С целью эффективного управления коечным фондом больничных организаций и объективной оценки его использования была усовершенствована методика применения формульного инструментария основных показателей использования больничных коек, позволяющая на основе адаптированных формул рассчитать планово-прогнозные показатели их использования [16]. Предлагаемая методика включает следующие планово-прогнозные показатели: планово-прогнозную среднегодовую занятость больничной койки, планово-

прогнозный оборот больничной койки, пропускную способность больничной койки, планово-прогнозное число больничных коек, избыток или недостаток больничных коек [16].

Расчет планово-прогнозных показателей использования коечного фонда основан на фактических статистических данных, учитываемых в форме государственной статистической отчетности 1-стационар (Минздрав) «Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях», в учетной форме №016/у-07 «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек», и носит объективный характер. Планово-прогнозные показатели позволяют определить, насколько интенсивно использовался коечный фонд за анализируемый период в сложившихся условиях, и планировать его использование с учетом полученных результатов на следующий период.

В адаптированных формулах, используемых для расчета планово-прогнозных показателей, переменные были обозначены индексом «пп» (планово-прогнозный): планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки – $D_{пп}$, планово-прогнозный оборот больничной койки – $F_{пп}$, планово-прогнозное число больничных коек – $K_{пп}$, что отличает их от переменных в общепринятых формулах в общественном здоровье и здравоохранении (табл. 2) [16]. Кроме того, последовательное применение адаптированных формул позволяет рассчитать показатель пропускной способности больничных коек, планово-прогнозное число больничных коек, а также их избыток или недостаток.

Существенным отличием предлагаемой методики расчета планово-прогнозных показателей использования коечного фонда от общепринятых методик является возможность ее применения в качестве основы мониторинга использования коечного фонда больничных организаций, оценки эффективности его функционирования и последующего принятия управленческого решения по его реструктуризации (перепрофилирование, сокращение, увеличение).

Учитывая особенности процесса управления коечным фондом больничных организаций, предлагается следующий алгоритм мониторинга его использования и принятия управленческих решений по его реструктуризации, который включает в себя ряд этапов (рис. 1).

На первом этапе проводится расчет фактических показателей использования больничных коек анализируемого профиля на основании статисти-

Методика расчета планово-прогнозных показателей использования коечного фонда

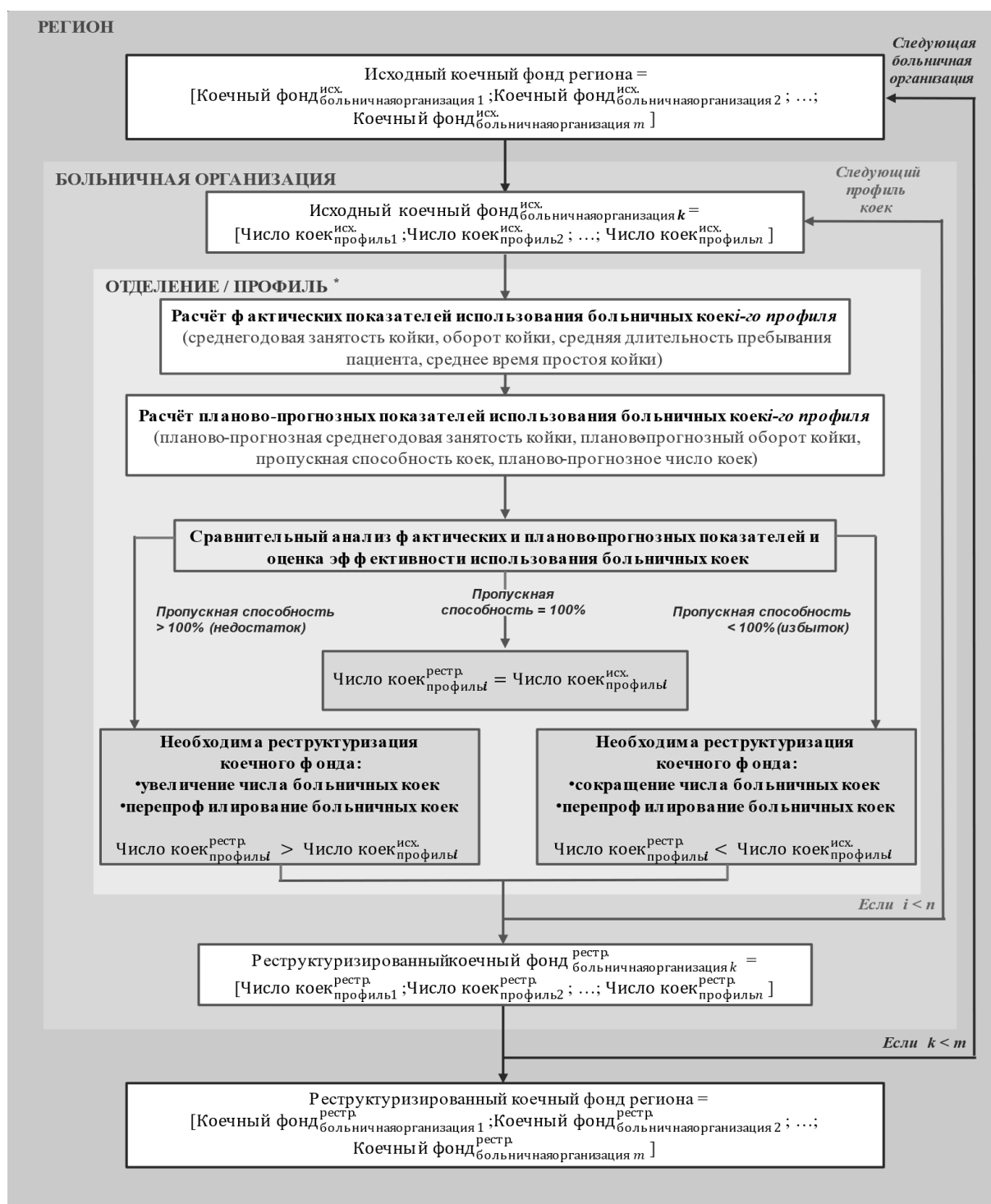
Наименование показателей	Формулы	Обозначения переменных
Планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки	$D_{\text{пп}} = 365 - F \times t_n$	$D_{\text{пп}}$ – планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки, дней; F – фактический оборот больничной койки, единиц; t_n – среднее время простоя больничной койки по прочим обстоятельствам (без учета простоя из-за ремонта и свертывания по другим причинам), дней
Планово-прогнозный оборот больничной койки	$F_{\text{пп}} = \frac{D_{\text{пп}}}{T}$	$F_{\text{пп}}$ – планово-прогнозный оборот больничной койки, единиц; $D_{\text{пп}}$ – планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки, дней; T – фактическая средняя длительность пребывания пациента на больничной койке, дней
Пропускная способность больничных коек	$\Pi = \frac{P_{\phi}}{K \times D_{\text{пп}}} \times 100$	Π – пропускная способность больничных коек, процентов; P_{ϕ} – фактическое число койко-дней, проведенных всеми пациентами, койко-дней; K – фактическое число среднегодовых больничных коек; $D_{\text{пп}}$ – планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки, дней
Планово-прогнозное число больничных коек	$K_{\text{пп}} = \frac{P_{\phi}}{D_{\text{пп}}}$	$K_{\text{пп}}$ – планово-прогнозное число больничных коек; P_{ϕ} – фактическое число койко-дней, проведенных всеми пациентами, койко-дней; $D_{\text{пп}}$ – планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки, дней
Избыток/недостаток больничных коек	$K_{\text{и/н}} = K - K_{\text{пп}}$	$K_{\text{и/н}}$ – избыток/недостаток больничных коек; K – фактическое число среднегодовых больничных коек; $K_{\text{пп}}$ – планово-прогнозное число больничных коек

ческих данных формы государственной статистической отчетности 1-стационар (Минздрав) «Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях», учетной формы №016/у-07 «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек» [22–24]; на втором этапе – расчет планово-прогнозных показателей использования коечного фонда на основании статистических данных формы государственной статистической отчетности 1-стационар (Минздрав) «Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях», учетной формы №016/у-07 «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек» [16, 24]; на третьем этапе проводится сравнительный анализ фактических и планово-прогнозных показателей использования больничных коек, установление их пропускной способности, выявление избытка или недостатка больничных коек;

на четвертом этапе формируется решение о необходимости реструктуризации больничных коек анализируемого профиля. При наличии нескольких профилей больничных коек в рамках анализируемого объекта (отделение, больничная организация, совокупность больничных организаций административно-территориальной единицы или больничных организаций определенного типа) проводится оценка каждого профиля больничных коек по вышеописанным этапам алгоритма.

Оценку эффективности использования коечного фонда при проведении сравнительного анализа планово-прогнозных и фактических показателей целесообразно давать, ориентируясь на критерии, представленные в табл. 3. Следует обратить внимание на то, что показатель пропускной способности больничных коек в оптимальном случае составляет 100%, если он менее 100%, то коечный фонд недогружен, если более 100%, то перегружен.

Последовательное выполнение этапов данного алгоритма позволяет оценить эффективность



* В случае, если в отделении развернуты больничные койки нескольких профилей, то расчет показателей использования больничных коек проводится отдельно по каждому профилю.

Рис. 1. Алгоритм мониторинга использования коечного фонда больничных организаций

использования больничных коек, обосновать принятие управленческого решения по реструктуризации коечного фонда (перепрофилирование, сокращение, увеличение) в отделении больницы, больницы в целом, совокупности больничных организаций административно-территориальной единицы, больничных

организаций определенного типа и планировать его использование на последующий период.

Кроме того, при сравнительном анализе планово-прогнозных и плановых показателей может быть дана оценка качеству планирования использования коечного фонда больницы. Результатом данной оценки может стать необхо-

Оценка планово-прогнозных показателей использования коечного фонда

Наименование показателей	Значение	Оценка
Планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки ($D_{пл}$)	> или < фактической среднегодовой занятости больничной койки	Неэффективно
	= фактической среднегодовой занятости больничной койки	Эффективно
Планово-прогнозный оборот больничной койки ($F_{пл}$)	> или < фактического оборота больничной койки	Неэффективно
	= фактическому обороту больничной койки	Эффективно
Планово-прогнозное число больничных коек ($K_{пл}$)	> или < фактического среднегодового числа больничных коек	Неэффективно
	= фактическому среднегодовому числу больничных коек	Эффективно
Пропускная способность больничных коек (Π)	<100%	Неэффективно (избыток больничных коек)
	=100%	Эффективно
	>100%	Неэффективно (недостаток больничных коек)
Избыток/недостаток больничных коек ($K_{и/н}$)	-	Неэффективно (недостаток больничных коек)
	+	Неэффективно (избыток больничных коек)

димось пересмотра нормативов потребности населения в больничных койках и нормативных показателей их использования.

Применяя методику расчета планово-прогнозных показателей использования коечного фонда, был проведен анализ функционирования больничных коек в районных, городских, областных больничных организациях и в целом в организациях здравоохранения Могилёвской области, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за 2010–2016 гг.

Установлено, что за анализируемый период в больничных организациях Могилёвской области число больничных коек сократилось на 6,9% (2010 г. – 11707 коек, 2016 г. – 10903 койки). Несмотря на это, фактическая среднегодовая занятость больничной койки уменьшилась на 6,3%, фактический оборот увеличился на 2,4% (2010 г. – 29,7 единиц, 2016 г. – 30,4 единиц), средняя длительность пребывания пациента уменьшилась на 8,3% (2010 г. – 10,8 дней, 2016 г. – 9,9 дней), а среднее время простоя больничной койки увеличилось на 41,7% (2010 г. – 1,51 дня, 2016 г. – 2,14 дня).

Сравнительный анализ планово-прогнозных и фактических показателей использования больничных коек показал, что планово-прогнозная среднегодовая занятость больничной койки ежегодно превышала фактическую (табл. 4). При этом раз-

ность между ними на протяжении анализируемого периода постоянно увеличивалась и в 2016 г. составила 32,4 дня (2010 г. – 13,0 дней) (табл. 4). Планово-прогнозный оборот также превышал фактический, а разность между ними достигла в 2016 г. 3,3 единиц (табл. 4).

Зарегистрирована отрицательная динамика пропускной способности больничных коек. За этот период показатель ни разу не был оптимальным (табл. 4).

Оценка планово-прогнозного числа больничных коек показала, что на протяжении анализируемого периода в Могилёвской области в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, отмечалось увеличение числа избыточных больничных коек более чем в 2,3 раза ($R^2=0,9797$), несмотря на сокращение числа фактических среднегодовых больничных коек ($R^2=0,9312$) (рис. 2).

Проведенный сравнительный анализ планово-прогнозных и фактических показателей использования больничных коек в районных, городских и областных больничных организациях Могилёвской области позволил установить, что на протяжении анализируемого периода наиболее выраженные различия между значениями планово-прогнозной и фактической среднегодовой занятости больничных коек отмечены в районных (2010 г. –

Таблица 4

Разность между планово-прогнозными и фактическими показателями использования больничных коек, их пропускная способность, избыток больничных коек в больничных организациях Могилёвской области за 2010–2016 гг.

Наименование показателя	Годы						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Разность между планово-прогнозной и фактической среднегодовой занятостью больничной койки (дней)/Показатель наглядности (процентов)	13,0/ 100,0	13,4/ 103,1	13,3/ 102,1	14,3/ 110,0	17,0/ 130,8	24,3/ 186,9	32,4/ 249,2
Разность между планово-прогнозным и фактическим оборотом больничной койки (единиц)/Показатель наглядности (процентов)	1,2/ 100,0	1,3/ 108,3	1,3/ 108,3	1,3/ 108,3	1,6/ 133,3	2,4/ 200,0	3,3/ 275,0
Пропускная способность больничных коек (процентов)/Показатель наглядности (процентов)	96,1/ 100,0	96,0/ 99,9	96,0/ 99,9	95,7/ 99,6	94,9/ 98,8	92,7/ 96,5	90,2/ 93,9
Избыток больничных коек (коек) / Показатель наглядности (процентов)	458/ 100,0	473/ 103,3	467/ 102,0	488/ 106,6	571/ 124,7	801/ 174,9	1064/ 232,3
Удельный вес избыточных больничных коек (процентов)	3,9	4,0	4,0	4,3	5,1	7,3	9,8

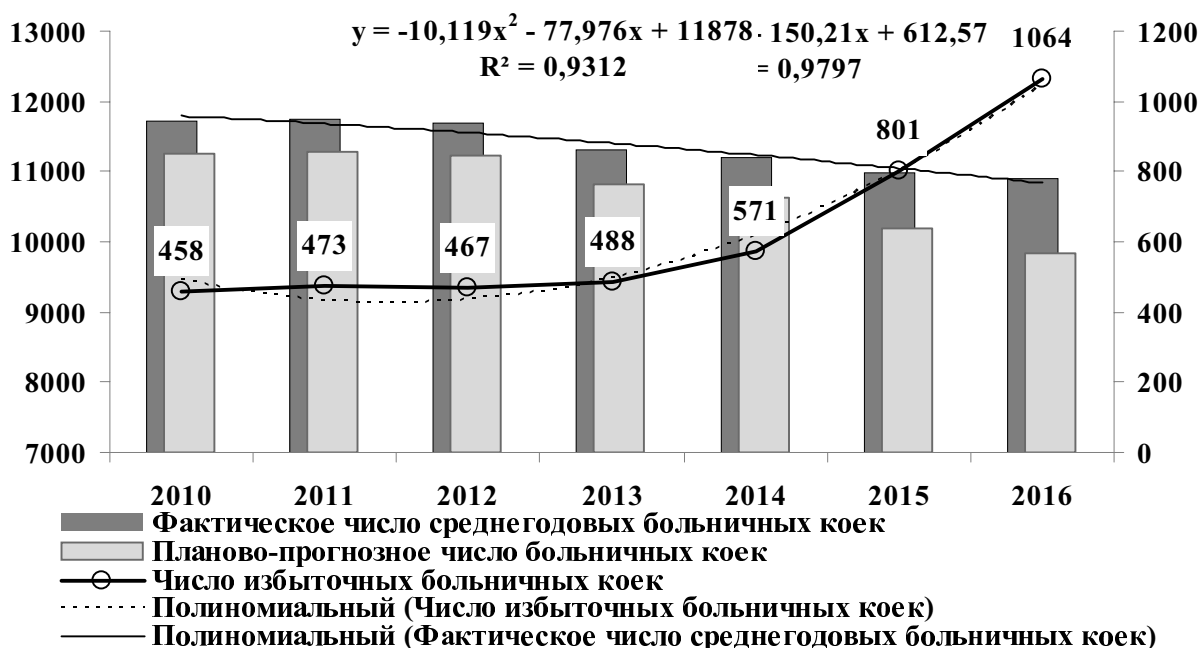


Рис. 2. Динамика числа больничных коек в организациях здравоохранения Могилёвской области, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (коек)

24,6 дня, 2016 г. – 45,9 дней), а наименьшие – в городских больничных организациях (2010 г. – 1,5 дня, 2016 г. – 22,6 дня) (рис. 3).

Более выраженные различия между планово-прогнозными и фактическими значениями показателя оборота больничной койки установлены в

районных (2010 г. – 2,7 единицы, 2016 г. – 5,1 единицы), а наименее выраженные – в городских (2010 г. – 0,1 единицы, 2016 г. – 2,6 единицы) больничных организациях (рис. 4).

На протяжении всего периода наблюдения отмечалось снижение значений показателя пропускной способности больничных коек: в районных больничных организациях – на 6,4% (2010 г. – 92,4%, 2016 г. – 86,0%), в городских – на 6,4% (2010 г. – 99,5%, 2016 г. – 93,1%), в областных – на 5,0% (2010 г. – 96,6%, 2016 г. – 91,6%) (рис. 5).

При этом, в структуре коечного фонда отмечалось увеличение удельного веса избыточных больничных коек в районных (2010 г. – 7,6%, 2016 г. – 14,0%), городских (2010 г. – 0,5%,

2016 г. – 6,9%) и областных больничных организациях (2010 г. – 3,4%, 2016 г. – 8,4%) (рис. 6).

Число избыточных больничных коек за анализируемый период увеличилось в районных больничных организациях на 182 (2010 г. – 246, 2016 г. – 428, $R^2=0,9321$), в городских – на 258 (2010 г. – 20, 2016 г. – 278, $R^2=0,9104$), в областных – на 179 больничных коек (2010 г. – 140, 2016 г. – 319, $R^2=0,7796$).

Таким образом, проведенный мониторинг использования коечного фонда больничных организаций Могилёвской области на основе разработанного алгоритма выявил неэффективное планирование и использование коечного фонда, обусловленное выраженными различиями между пла-

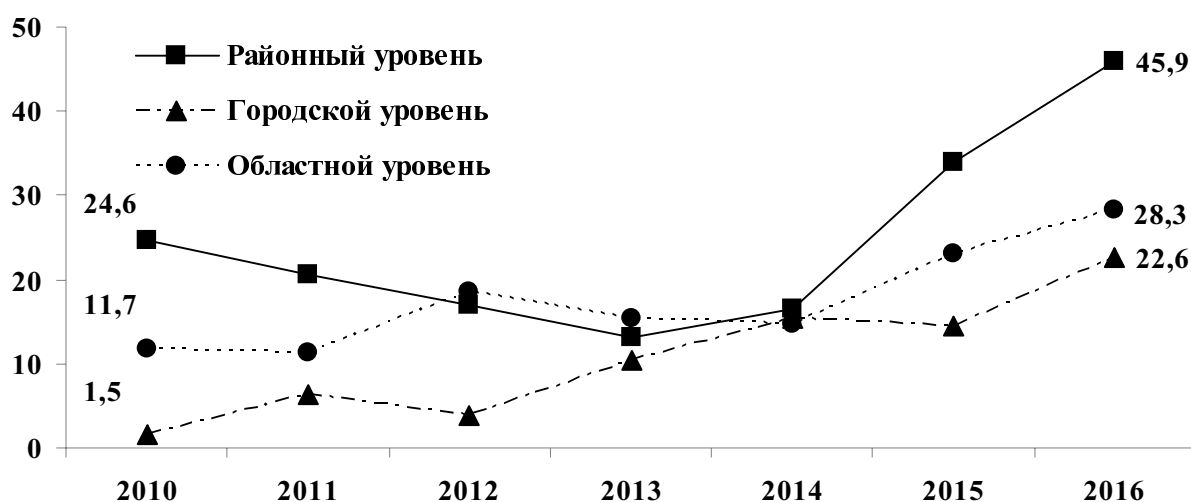


Рис. 3. Среднегодовая занятость больничных коек в районных, городских, областных больничных организациях Могилёвской области (разность между планово-прогнозируемым и фактическим показателем среднегодовой занятости больничной койки) (дней)

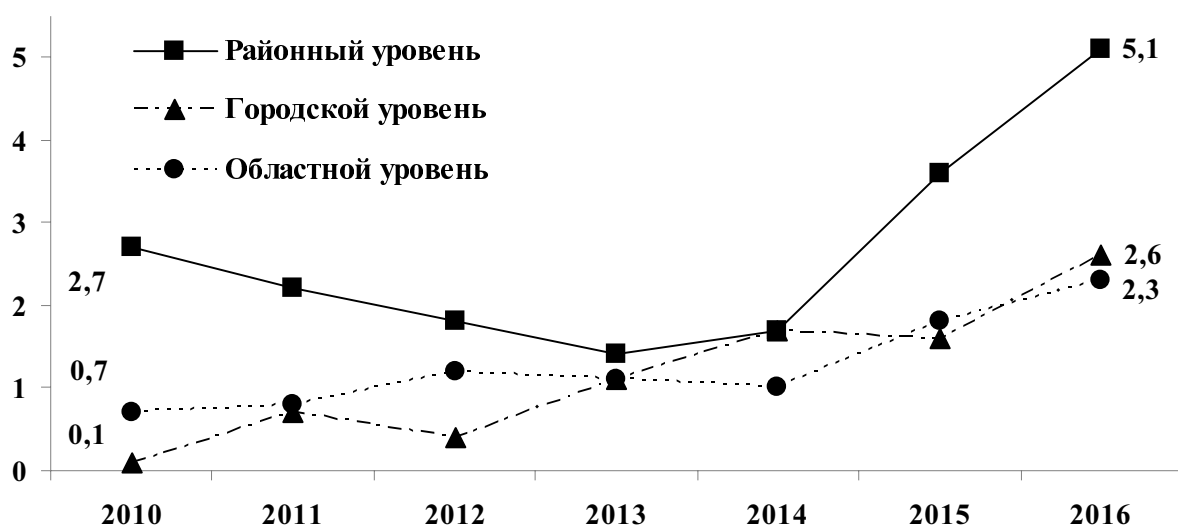


Рис. 4. Оборот больничных коек в районных, городских, областных больничных организациях Могилёвской области (разность между планово-прогнозируемым и фактическим показателем оборота больничной койки) (единиц)

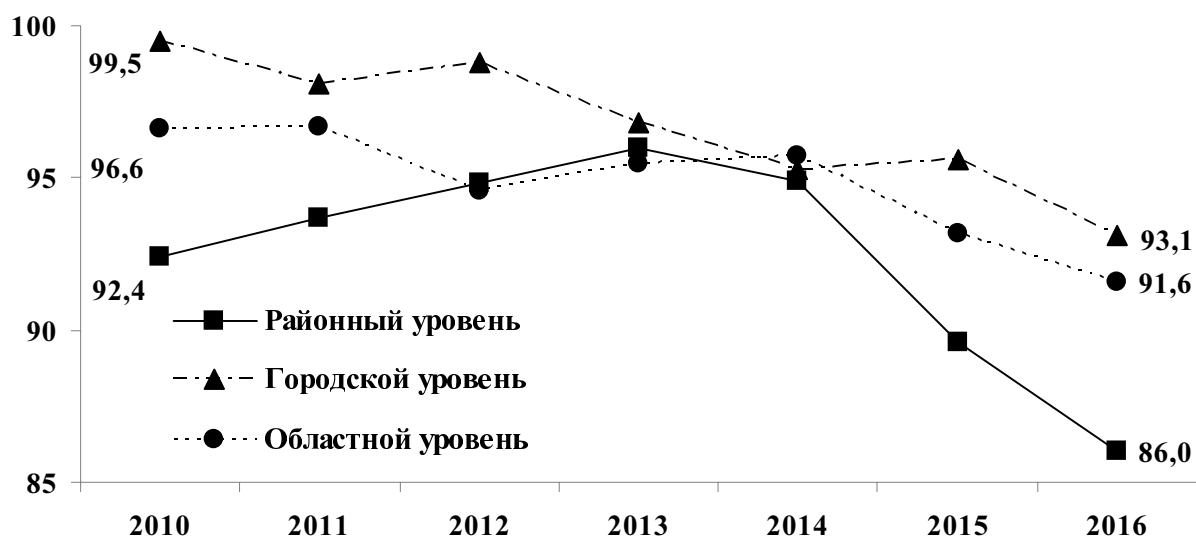


Рис. 5. Пропускная способность больничных коек в районных, городских, областных больничных организациях Могилёвской области (процентов)

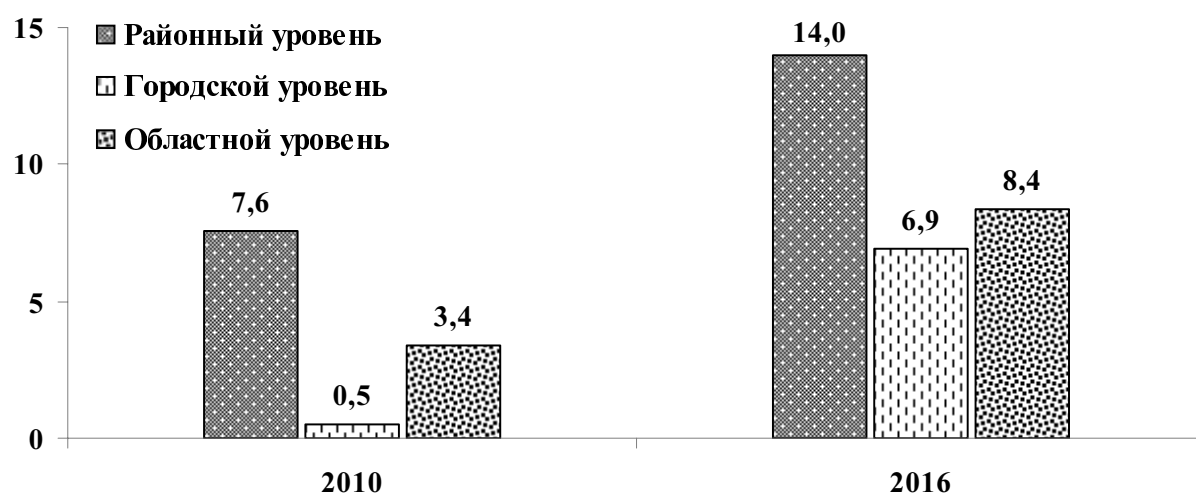


Рис. 6. – Удельный вес избыточных больничных коек в районных, городских, областных больничных организациях Могилёвской области (процентов)

ново-прогнозируемыми и фактическими показателями использования больничных коек, снижением их пропускной способности и увеличением числа избыточных больничных коек.

Заключение

Предлагаемая методика расчета планово-прогнозных показателей коечного фонда – эффективный и простой инструмент планирования и оценки эффективности использования коечного фонда больничных организаций.

Мониторинг использования коечного фонда является необходимым условием эффективного управления ресурсами больничных организаций. Предложенный алгоритм мониторинга использования коечного фонда больничных организаций на основе планово-прогнозных показателей позво-

ляет формировать обоснованное управленческое решение о целесообразности реструктуризации коечного фонда больничных организаций с целью повышения эффективности его использования.

Литература

1. Анализ эффективности использования коечного фонда / С.И.Шляфер [и др.] // *Здравоохранение Рос. Федерации.* – 2007. – №5. – С.33–35.
2. Анализ эффективности использования коечного фонда больничных учреждений / А.Н.Злобин [и др.] // *Главврач.* – 2003. – №7. – С.31–33.
3. *Артемьева, Г.Б.* Определение потребности в больничных койках в Рязанской области / Г.Б.Артемьева, И.А.Гехт // *Менеджер здравоохранения.* – 2013. – №2. – С.27–35.
4. *Бантьева, М.Н.* Динамика показателей коечного фонда круглосуточного и дневного пребывания в

- Российской Федерации / М.Н.Бантьева, Е.М.Ма-ношкина, Ю.Ю.Мельников // Менеджер здравоохранения. – 2020. – №2. – С.13–20.
5. Бантьева, М.Н. Основные показатели стационарной помощи в Российской Федерации в динамике за 2010–2016 годы / М.Н.Бантьева, В.П.Кузнецова, Л.В.Руголь // Вестн. новых мед. технологий. – 2018. – №5. – С.90–97.
 6. Баткис, Г.А. Организация здравоохранения: учеб. / Г.А.Баткис. – М.: Медгиз, 1948. – 565 с.
 7. Баткис, Г.А. Социальная гигиена: учеб. / Г.А.Баткис. – М.; Л.: Медгиз, 1940. – 327 с.
 8. Вальчук, Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э.А.Вальчук, Н.И.Гулицкая, Ф.П.Царук. – Минск: Харвест, 2007. – 398 с.
 9. Вычисление и оценка показателей деятельности организаций здравоохранения: метод. рекомендации / Е.Н.Смирнова [и др.]. – Минск: РИВШ, 2008. – 42 с.
 10. Гехт, И.А. О некоторых проблемах определения потребности в больничных койках (по материалам Самарской области) / И.А.Гехт, Г.Б.Артемьева // Менеджер здравоохранения. – 2016. – №1. – С.45–51.
 11. Ермак, Д. Стационарный уклон / Д.Ермак // Финансы, учет, аудит. – 2019. – №11. – С.13–17.
 12. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / В.И.Жарко [и др.]; М-во здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск: Минск-типпроект, 2012. – 320 с.
 13. Конституция Республики Беларусь: с изм. и доп., принятыми на Респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. – Минск: Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь, 2016. – 62 с.
 14. Кравченко, Н.А. Планирование стационарной медицинской помощи и эффективность использования коечного фонда: учеб. пособие / Н.А.Кравченко, Е.А.Логинова. – М.: ЦОЛИУВ, 1982. – 47 с.
 15. Локшина, Л.В. К вопросу об эффективности использования коек в стационарах / Л.В.Локшина, Л.Л.Лунская, М.П.Ройтман // Совет. здравоохранение. – 1971. – №7. – С.36–41.
 16. Методика расчета планово-прогнозных показателей использования коечного фонда: инструкция по применению: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 1 дек. 2017 г.; регистрационный №102-1117 / организация-разработчик: ГУ РНПЦ МТ; авт.: А.В.Семёнов, И.И.Новик. – Минск, 2017. – 17 с.
 17. Методика расчета показателей деятельности учреждений здравоохранения и здоровья населения: учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Рос. Федерации, Ставропол. гос. мед. акад.; сост. И.Н.Бобровский. – Ставрополь: СГМА, 2006. – 39 с.
 18. Методические рекомендации по повышению эффективности использования коечного фонда больничных учреждений / Рос. акад. мед. наук, Науч.-исслед. ин-т соц. гигиены, экономики и упр. здравоохранением им. Н.А.Семашко; подгот. М.П.Ройтман, А.Л.Линденбратен. – М.: НИИСГЭ-ИУЗ, 1995. – 26 с.
 19. Методология оценки эффективности использования коечного фонда медицинских организаций / И.А.Железнякова [и др.] // Фармакоэкономика. Современ. фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2017. – Т.10, №4. – С.37–43.
 20. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 21. О направлении «Методических рекомендации по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений» [Электронный ресурс]: письмо М-ва здравоохранения СССР, 8 апр. 1974 г., №02-14/19 // КонсультантПлюс. Россия / ЗАО «Консультант Плюс». – М., 2020.
 22. Об утверждении Методики по формированию статистических показателей использования коечного фонда в организациях здравоохранения [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 19 июня 2014 г., №43. – Режим доступа: <http://med.by/normativ/ptmz/2014/ptmz43.pdf>. – Дата доступа: 12.01.2017.
 23. Об утверждении примерного Перечня основных индикаторов здравоохранения и здоровья населения и методик их расчета [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 25 марта 2019 г., №363 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «Юрспектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.
 24. Об утверждении формы государственной статистической отчетности 1-стационар (Минздрав) «Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» и указаний по ее заполнению [Электронный ресурс]: постановление Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 8 окт. 2014 г., №170 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2018.
 25. Общественное здоровье и здравоохранение: нац. рук. / Рос. о-во организаторов здравоохранения и общественного здоровья, Ассоц. мед. о-во по качеству; редкол.: В.И.Стародубов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 619 с.
 26. Оптимизация стационарной помощи с учетом европейского опыта / А.М.Вязьмин [и др.] // Здравоохранение. – 2018. – №4. – С.22–27.
 27. Организационные основы оказания медицинской помощи населению в стационарных условиях: учеб.-метод. пособие / В.С.Глушанко [и др.]; под общ. ред. В.С.Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2019. – 366 с.
 28. Организация и планирование сети больниц / Е.А.Логинова [и др.]; под ред. Е.А.Логиновой. – М.: Медицина, 1985. – 254 с.
 29. Организация стационарной медицинской помощи населению. Анализ деятельности стационар-

- ных организаций здравоохранения / В.С.Глушанко [и др.]; Витеб. гос. мед. ун-т. – Витебск: ВГМУ, 2006. – 95 с.
30. Планирование здравоохранения. Финансирование здравоохранения. Ценообразование в медицинских учреждениях: метод. указания для студентов / Башкир. гос. мед. ун-т; сост. Н.Х.Шарафутдинова. – Уфа: БГМУ, 2011. – 15 с.
31. Попов, Г.А. Вопросы теории и методики планирования здравоохранения / Г.А.Попов. – М.: [б. и.], 1967. – 368 с.
32. Пустовой, И.В. Планирование стационарной помощи населению: лекция / И.В.Пустовой, Н.А.Кравченко, Е.А.Логинова. – М.: [б. и.], 1983. – 39 с.
33. Реформа больниц в новой Европе [Электронный ресурс] / под ред. М.Макки, Дж.Хили. – [Б. м.]: Весь Мир, 2003. – 340 с. – Режим доступа: <http://docplayer.ru/28326369-Reforma-bolnic-v-novoy-evrope.html>. – Дата доступа: 30.06.2017.
34. Розенфельд, И.И. Основы и методика планирования здравоохранения. №2 Лечебно-профилактическое обслуживание сельского населения / И.И.Розенфельд; ред. Н.С.Хмелев, Н.А.Виноградов; Центр. ин-т усовершенствования врачей. – М.: Медгиз, 1955. – 72 с. – (Лекции по организации здравоохранения для врачей).
35. Ройтман, М.П. Некоторые предложения по расчету среднегодовой занятости коек в городских стационарах / М.П.Ройтман, Л.В.Локшина // Совет. здравоохранение. – 1972. – №3. – С.15–19.
36. Ройтман, М.П. Об эффективности использования больничных коек / М.П.Ройтман // Совет. здравоохранение. – 1985. – №12. – С.22–26.
37. Стационарная медицинская помощь: (основы орг.) / А.Г.Сафонов [и др.]; под ред. А.Г.Сафонова, Е.А.Логиновой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 352 с.
38. Фрейдлин, С.Я. Организация работы стационара городской больницы: пособие / С.Я.Фрейдлин. – Л.: Медгиз, Ленингр. отд-ние, 1960. – 290 с.
39. Шаршакова, Т.М. Организация стационарной медицинской помощи населению: учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса мед. вузов / Т.М.Шаршакова, В.М.Дорофеев; Гомел. гос. мед. ун-т. – Гомель, 2008. – 40 с.
40. Bridgman, R.F. L'hopital rural: sa structure et son organisation / R.F.Bridgman. – Geneve: Org. mondiale de la Sante, 1954. – 160 p.

ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF HOSPITAL BEDS USE

A. V. Semenov

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Method is improved of formula toolkit using for key indicators of hospital beds use to allow planned and forecast indicators of their use to be calculated, based on adapted formulas. Algorithm is proposed for monitoring of hospital beds use and managerial decision-making on its restructuring, taking into account hospital beds management process' features.

Keywords: hospital bed; bed capacity; hospital; indicators of hospital beds use; planning of bed capacity; monitoring of bed capacity.

Сведения об авторе:

Семёнов Александр Владимирович, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», отдел по формированию электронного здравоохранения Республики Беларусь, ведущий специалист по системам поддержки принятия клинических решений; тел.: (+37517) 3952288, e-mail: asemenov@belcmt.by.

Поступила 03.09.2020 г.

РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ СОЦИАЛЬНОГО УРОВНЯ ИМИДЖА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С.Л.Бойко, М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь*

Цель исследования – установление характера влияния электронных публикаций в средствах массовой информации (СМИ) для формирования социального имиджа системы здравоохранения Республики Беларусь. С помощью Wordstat Yandex и Google Analytics изучены: частота, популярность, распределение по регионам, по месяцам случайных словосочетаний, касающихся новостей о коронавирусе. Был проведен контент-анализ публикаций в двух ведущих электронных СМИ Беларуси: <https://www.tut.by> (ТБ), <https://www.belta.by> (БТ). В мониторинг вошли публикации, связанные с достижениями здравоохранения, интервью, новости санитарно-эпидемиологического характера, материалы об отдельных клинических случаях в организациях здравоохранения, связанные с выполнением работниками своих должностных обязанностей. Выборка составила 871 сообщение, опубликованное журналистами ТБ, БТ за первый квартал 2020 года, и 4681 комментарий читателей (ТБ). Исследование проводилось методом количественного контент-анализа с элементами качественного контент-анализа в полуавтоматическом режиме с поддержкой SYN1 и Istio.com. Работа выполнялась в проблемном поле социологии медицины, результаты связаны с необходимостью понимания степени социальной ответственности СМИ за содержание публикаций в связи с их значимой ролью в формировании имиджевых составляющих, в том числе, доверия/недоверия населения к системе здравоохранения.

Ключевые слова: имидж здравоохранения; социология медицины; система здравоохранения; СМИ; контент-анализ.

Актуальность. Средства массовой информации (СМИ) – социальные институты, которые обеспечивают сбор, обработку и распространение информации в массовом масштабе. Содержание информационных сообщений, которые транслируют СМИ, может иметь положительный и отрицательный эффект на восприятие населением того или иного события. Проблема имиджа находится в центре внимания социологии, психологии, экономики и политики. Доверие граждан к государственным социальным институтам (например, к здравоохранению, образованию) чрезвычайно важно в жизни общества, поскольку представители социального института являются объектом особого внимания со стороны всего социума, и уровень доверия населения к ним и их деятельности обуславливает социальную стабильность всего общества [3]. Формирование у населения позитивного имиджа социальных институтов – основа для формирования климата доверия в обществе. Вертикальное и горизон-

тальное доверие, как измерения социального капитала, могут быть важными детерминантами здоровья [4]. Если предположить, что СМИ широко используются для передачи актуальной и правдивой связанной со здоровьем информации, то высокий уровень индивидуального доверия к СМИ может способствовать успеху таких компаний и, следовательно, оказывать положительное влияние на здоровье и принятие решений, связанных с образом жизни [5].

Материалы и методы

Настоящее исследование включало три этапа с проведением следующих работ:

1. Статистика интернет-запросов в течение I квартала 2020 года («новости», «коронавирус» и различные словосочетания).

2. Контент-анализ текстов электронных СМИ, ключевых слов, комментариев читателей.

3. Установление взаимосвязи между количеством и формой подачи новостного материала в электронных СМИ и запросами в сети Интернет.

*Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор с БРФФИ от 02.05.2019 г. №Г19-061).

Авторами накоплен опыт анализа интернет-пространства с использованием полуавтоматических сервисов, так в 2018 г. на примере исследования интернет-ресурсов Яндекс и Google были определены методологические подходы к изучению спроса населения на отдельные виды медицинской помощи, в качестве инструментов использован Wordstat Yandex [2]. В настоящем исследовании использован этот же сервис (Wordstat Yandex) и дополнительно – Google Analytics. Wordstat Yandex показывает статистику не только с выбранной фразой, но и по другим поисковым запросам, связанным с поисковой фразой.

Проведено исследование частоты, популярности, распределения по регионам, по месяцам случайных словосочетаний, касающихся новостей о коронавирусе.

В исследование были включены все случаи запросов по выбранным фразам («новости», «коронавирус») вне зависимости от способа доступа через десктоп, планшет или через телефон в Республике Беларусь.

Для контент-анализа и обсуждения нами представлены только те запросы, которые имели выраженные отличия в изучаемых популяциях, не несли в себе двусмысленности, также интерес представляли словосочетания со значимой регионарной популярностью. Значимой считается популярность менее/более 100%. Если популярность более 100%, это означает, что в данном регионе существует повышенный интерес к слову/словосочетанию.

Каждый запрос в сети Интернет оставляет за собой след, знаковую или образную информацию, то есть может быть использован для контент-анализа. Количественный контент-анализ нами использован для получения количественной характеристики структуры текста с определением категорий и ключевых понятий, что позволяет воссоздать картину видения, которая культивируется в обществе, отражаясь в интернет-запросах. Качественный контент-анализ был построен на наличии/отсутствии элемента содержания текста – индикатора или прообраза. Важным проверочным

механизмом и гарантом объективности при использовании контент-анализа является повторяемость результатов [1].

На втором этапе был проведен контент-анализ публикаций в двух ведущих электронных СМИ Беларуси: <https://www.tut.by> (ТБ), <https://www.belta.by> (БТ). В мониторинг вошли публикации, связанные с достижениями здравоохранения, интервью, новости санитарно-эпидемиологического характера, материалы об отдельных клинических случаях в организациях здравоохранения, связанные с выполнением работниками своих должностных обязанностей. Выборка составила 871 сообщение, опубликованное журналистами ТБ, БТ за первый квартал 2020 года, и 4681 комментарий читателей (ТБ). Исследование проводилось методом количественного контент-анализа с элементами качественного контент-анализа в полуавтоматическом режиме с поддержкой SYN1 и Istio.com.

Результаты и обсуждение

На первом этапе анализа были оценены интерес и запросы населения в Интернете, связанные с поиском новостной информации, выводы базируются на изучении динамики популярности, или уровня интереса к теме (100 баллов – наивысший уровень популярности запроса). Чем больше баллов, тем выше доля соответствующих запросов среди всех запросов, а не их абсолютное количество.

На рис. 1 приведена динамика популярности запроса «новости» пользователями поисковой системы Google, в течение первого квартала 2020 г. наблюдается постепенное повышение интереса аудитории к новостному контенту.

Статистику запросов мы оценили как в абсолютных, так и в относительных значениях. Для получения относительного значения абсолютная цифра была нормирована на количество показов результатов поиска Яндекса за квартал (табл. 1).

В Беларуси только за май с запросом «новости» обратились к поисковой системе Яндекс около 2,5 миллионов пользователей (табл. 2).

Из представленных в табл. 2 данных следует, что пользователи Яндекс среди всех новостных

Таблица 1

Результаты анализа количества запросов «новости» (Wordstat Yandex)

Период	Абсолютное количество запросов	Относительный показатель запросов
01.12.2019 – 31.12.2019	1428772	0,005572860834
01.01.2020 – 31.01.2020	1619550	0,005584081706
01.02.2020 – 29.02.2020	1593010	0,006275738862
01.03.2020 – 31.03.2020	2296078	0,008857731309
01.04.2020 – 30.04.2020	2482253	0,009524968878

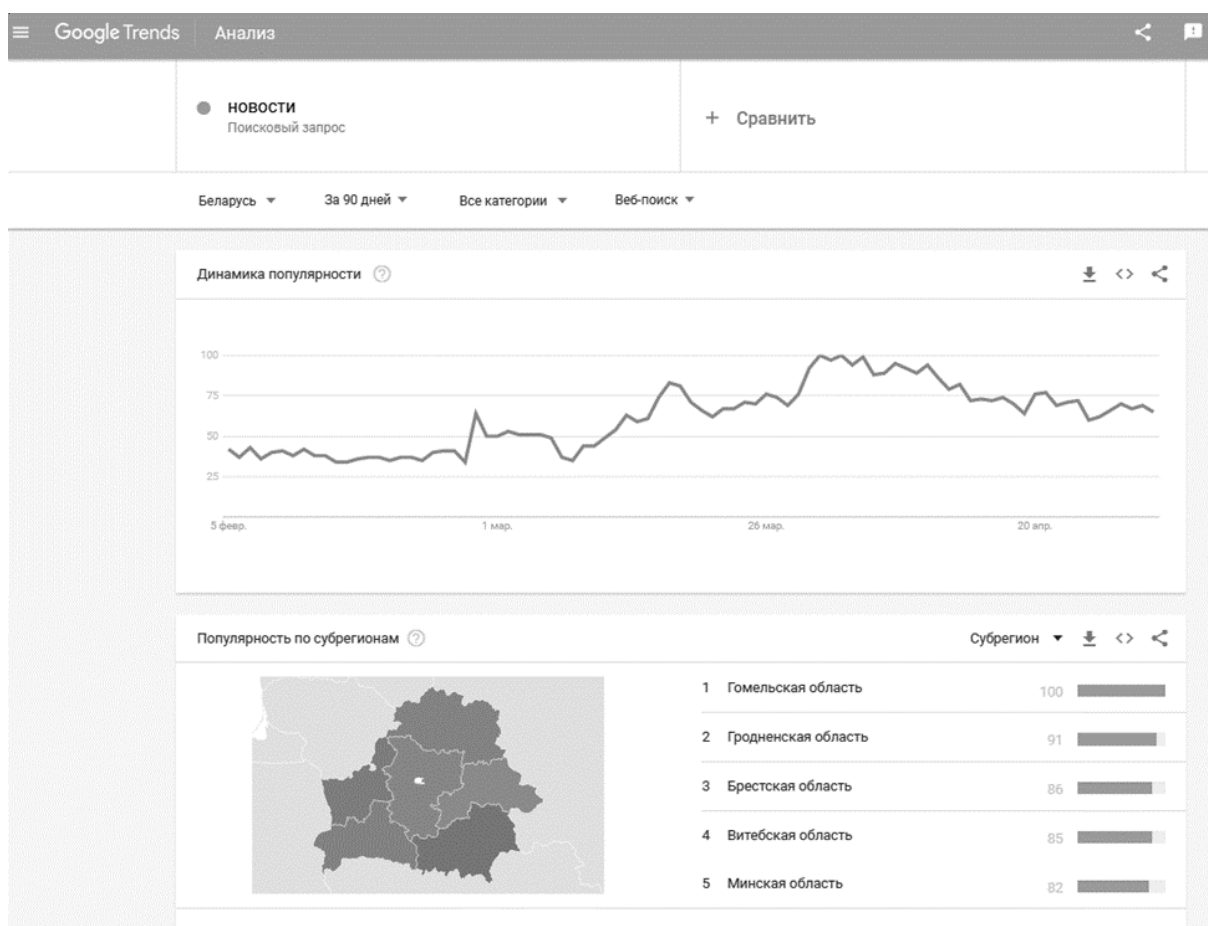


Рис. 1. Результаты изучения популярности запроса «новости» (Google Analytics)

Таблица 2

Результаты анализа количества запросов «новости» и словосочетаний (Wordstat Yandex)

Статистика по словам	Показов в месяц
новости	2 413 459
новости беларуси	463 010
новости тут	454 565
новости бай	448 591
тут бай новости	433 799
новости сегодня	342 470
последние новости	304 248
коронавирус новости	199 695
новости гомеля	109 983
новости беларуси сегодня	108 773
коронавирус последние новости	102 477

порталов отдадут предпочтение новостям, размещаемым на ТБ.

Популярные запросы – слова или словосочетания, которые искали чаще всего вместе с указанным термином. Популярность запросов выражается процентным соотношением прироста и значений за предыдущие периоды. Если термин стал популярнее более чем на 5000%, то его популяр-

ность оценивается программой как «сверхпопулярность».

Далее приведены результаты работы по второму и третьему этапам исследования. Основным критерием отбора электронных изданий являлся объем и структура аудитории, то есть были определены электронные новостные ресурсы с максимальным охватом аудитории, не сфокусирован-

ным ни на одну из социальных групп; касательно географии изданий, были отобраны только издания республиканского уровня. В течение трех недель января 2020 г. ТБ не публикует новостей о коронавирусе в Беларуси, большинство публикаций связаны с распространением инфекции в мире (Китай, Россия), на ресурсе БТ появляется первая статья – «Минздрав Беларуси отслеживает ситуацию с коронавирусом нового типа в мире» (20.01.2020).

Белорусские пользователи Google начинают активно искать информацию о коронавирусе и статистических данных о распространенности инфекции с 11 марта 2020 г. (рис. 2, 3), что достоверно совпадает с первыми публикациями на ТБ новостных сообщений о случаях коронавируса в Беларуси («Еще три случая коронавируса в Беларуси – в Гомеле, Гродно и Минске», 162 комментария за сутки).

При этом, на ресурсе БТ ежедневно размещаются информационные блоки о новом вирусе, особенностях эпидемиологического процесса, готовности белорусской системы здравоохранения («В Минздраве напомнили о правилах использования медицинских масок», 31.01.2020; «Коро-

навирус получил официальное название COVID-19», 11.02.2020; «Заражение новым коронавирусом может грозить трети населения Земли – ВОЗ», 14.02.2020; «Профилактика коронавирусной инфекции. Это надо знать. Полезные советы от компании «БелАсептика», 10.03.2020).

При сравнительном анализе количества публикаций о коронавирусе (ТБ, БТ), количества комментариев к ним (ТБ) и данных Google Analytics установлена прямая корреляционная связь средней силы с публикационной активностью на новостном портале ТБ и обратной связью читателя ($r=0,54$, $p<0,01$). Чем больше публикаций о коронавирусе размещает новостной портал ТБ, тем чаще пользователи Yandex и Google обращаются к сети Интернет за поиском новой информации. В то же время, запросы, адресованные официальному сайту Министерства здравоохранения Республики Беларусь, центрам гигиены и эпидемиологии, сайтам инфекционных больниц, малы.

Что ищут пользователи со словом «коронавирус»? В табл. 3 приведены данные по самым популярным запросам пользователей Яндекс со словом «коронавирус» (1800440 показов в месяц).

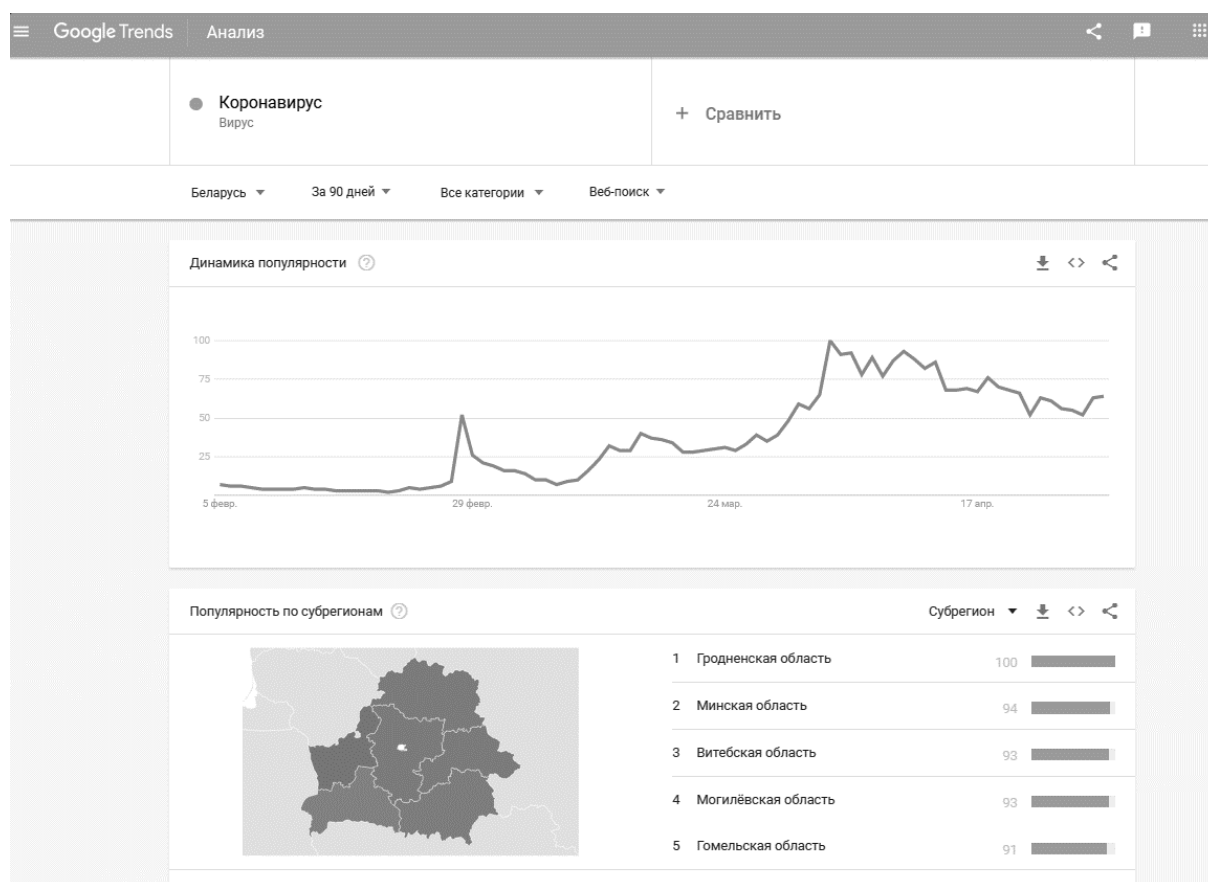


Рис. 2. Динамика популярности запроса «коронавирус» в Республике Беларусь (Google Analytics)

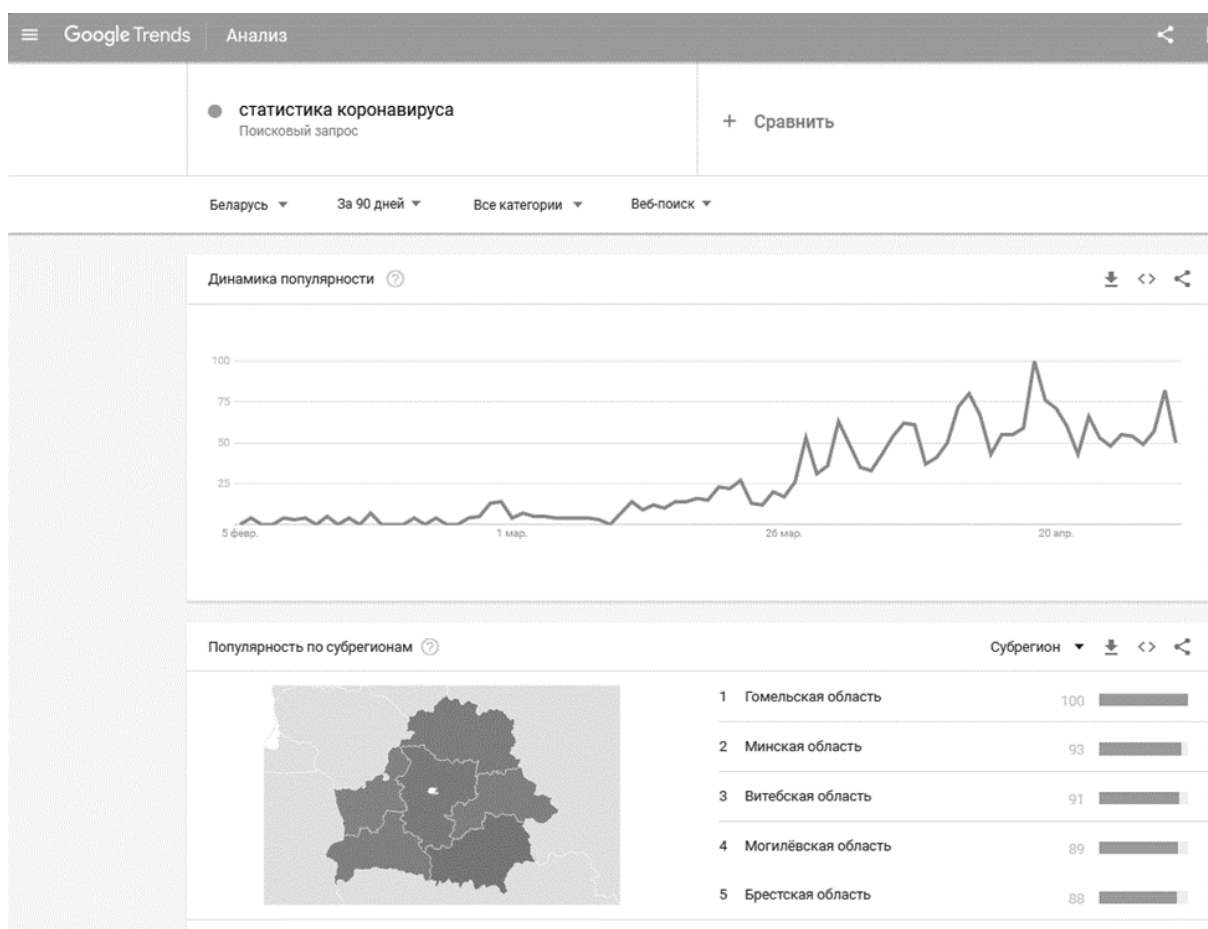


Рис. 3. Динамика популярности запроса «статистика коронавируса» в Республике Беларусь (Google Analytics)

Сверхпопулярными среди белорусских пользователей Интернет в первом полугодии 2020 г. являлись следующие сочетания слов:

- статистика коронавируса в Беларуси;
- статистика коронавируса в мире;
- статистика коронавируса онлайн;
- статистика коронавируса Беларусь;

- статистика смертности от коронавируса;
- статистика коронавируса РБ;
- коронавирус в России;
- мировая статистика коронавируса;
- статистика коронавируса на сегодня.

Наибольшее количество комментариев характерно для публикаций ТБ, связанных с социальными

Таблица 3

Результаты анализа количества запросов и статистика по слову «коронавирус» и словосочетаниям (Wordstat Yandex, апрель 2020 г.)

Статистика по словам	Количество показов в месяц
коронавирус	1 800 440
коронавирус +в Беларуси	288 486
коронавирус сегодня	239 900
коронавирус новости	199 695
коронавирус статистика	146 939
коронавирус апрель	127 370
коронавирус последние	111 761
коронавирус сколько	107 282
коронавирус последние новости	102 477
коронавирус +в Беларуси сегодня	89 546
зараженные коронавирусом	84 384

Иллюстрация активности читателей на новостной контент, связанный с коронавирусом

Дата публикации	Название	Ключевые слова	Количество комментариев
11.03.2020	«Здоровые дети должны учиться». Закрывать школы и университеты на карантин в Беларуси не планируют	здоровье, коронавирус, образование, дети	125
12.03.2020	Минздрав: В больницах Беларуси находится 21 человек с коронавирусом	коронавирус, здравоохранение, министерства	335
13.03.2020	Минздрав объяснил, почему в Беларуси не закрывают школы и приезжих из каких стран тестируют на вирус	коронавирус, образование, дети, здравоохранение	177
14.03.2020	Минздрав: У пяти студентов БГУ положительный тест на коронавирус	коронавирус, здравоохранение, министерства, минздрав	406
15.03.2020	Минздрав объяснил, почему Беларусь не закрывает границы и школы, и ответил критикам	коронавирус, Беларусь – Россия, детские сады	378

ми вопросами (образование, ограничительные меры) и гарантиями сохранения собственной жизни (обеспеченность койками, ИВЛ и т.д.), некоторые примеры публикаций и ответа пользователей на контент приведены в табл. 4.

Для сравнения с данными таблицы: «Новым китайским вирусом могли заразиться сотни людей», 18.01.2020 – нет комментариев; «Китайский коронавирус добрался до Франции: зафиксированы два случая заражения», 24.01.2020 – только 7 комментариев; «Появился онлайн-сервис для мониторинга распространения коронавируса», 27.01.2020 – 2 комментария. Чем ближе к нам становится тема распространения коронавирусной инфекции, тем больше новостей появляется в сети, тем активнее читатели их комментируют: «Из-за вируса белорусы не могут покинуть Китай. Они пропустили дату выезда – а за это могут оштрафовать», 11.02.2020 – 39 комментариев; «Еще один случай с подозрением на коронавирус в Минске не подтвердился», 16.02.2020 – 46 комментариев; «В Беларуси еще у трех человек подтвердили коронавирус. Трех первых пациентов готовы выписывать», 10.03.2020 – 68 комментариев. А далее – ежедневный прирост количества комментариев на ТБ, например, на 200% после публикации 11 марта 2020 г. «Еще три случая коронавируса в Беларуси – в Гомеле, Гродно и Минске».

Контент-анализ ключевых слов в публикациях показал, что, кроме слова «коронавирус», пользователи чаще всего привлекаются к новости через разные слова: «вирус», «министерство здравоохранения», «министерство образования»

(БТ); и слова: «эпидемия», «образование», «медицина», «дети», «болезнь» (ТБ), ТБ использует эмоционально насыщенные, понятные обывателю слова и словосочетания, а БТ – более официальную лексику. Сравнить обратную связь на публикации схожего содержания у ТБ и у БТ не представляется возможным, так как БТ не предусматривает комментарии.

Таким образом, социально значимая ситуация распространенности коронавируса привела к увеличению количества новостных сообщений и росту популярности запросов интернет-пользователей. Для ведущих электронных СМИ Беларуси характерен разный стилистический подход к предоставлению информации: социально заостренный, эмоционально окрашенный – для ТБ, и нейтральный – для БТ. От взгляда журналиста, полноты информации, корректных заголовков и других характеристик опубликованных материалов социальное значение события либо обостряется, либо минимизируется. Считаем, что в вопросах охраны здоровья важно через взаимодействие со СМИ поддерживать авторитет Министерства здравоохранения и его подведомственных организаций среди населения, других органов государственного управления, общественных организаций.

Литература

1. *Бойко, С.Л.* Контент-анализ субъектов-прообразов имиджа системы здравоохранения в электронных средствах массовой информации / С.Л.Бойко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2019. – Т.17, №6. – С.699–702.

2. *Бойко, С.Л.* О новых способах анализа и изучения спроса населения на медицинские и связанные со здоровьем услуги / С.Л.Бойко, М.Ю.Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №4. – С.73–81.
3. *Орехова, Е.А.* Многогранность структур института доверия в современных условиях / Е.А.Орехова // Наука и общество. – 2014. – №4 (19). – С.76–82.
4. *Gille, F.* What is public trust in the healthcare system? A new conceptual framework developed from qualitative data in England [Electronic resource] / F.Gille, S.Smith, N.Mays // Soc Theory Health. – 2020. – Mode of access: <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00129-x>. – Date of access: 24.06.2020.
5. The relationship between trust in mass media and the healthcare system and individual health: evidence from the Asia Barometer Survey / Y.Tokuda [et al.] // BMC Med. – 2009. – No.7. – P.4. – Mode of access: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-4>. – Date of access: 24.06.2020.

ROLE OF MASS MEDIA IN BUILDING OF SOCIAL LEVEL OF HEALTHCARE SYSTEM IMAGE

S.L.Boyko, M.Yu.Surmach

Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

Aim of this study was to establish nature of influence of electronic publications in mass media (MM) for formation of social image of healthcare system of the Republic of Belarus. Authors studied frequency, popularity, distribution by region, by month of random phrases related to news about coronavirus using Wordstat Yandex and Google Analytics. Content analysis of publications in two leading electronic MM in Belarus was carried out: <https://www.tut.by> (ТВ), <https://www.belta.by> (БТ). Monitoring included publications related to healthcare achievements, interviews, news of a sanitary and epidemiological nature, materials on individual clinical cases in healthcare institutions related to performance of employees' official duties. The sample consisted

of 871 messages published by ТВ and БТ journalists for the first quarter of 2020 and 4681 reader comments (ТВ). Research was carried out by the method of quantitative content analysis with elements of qualitative content analysis in semi-automatic mode with SYN1 and Istio.com support. This study was carried out in problematic field of sociology of medicine. Its results related to the need to understand degree of social responsibility of MM for publications content in connection with their significant role in formation of image components, including public confidence/lack of confidence in healthcare system.

Keywords: image of healthcare; sociology of medicine; healthcare system; mass media; content analysis.

Сведения об авторах:

Бойко Светлана Леонидовна, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», декан медико-психологического факультета; тел.: (+37533) 3012343; e-mail: sduduk@yandex.ru.

Сурмач Марина Юрьевна, д-р мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37515) 2600809, (+37529) 2826383; e-mail: marina_surmach@mail.ru.

Авторы – С.Л. Бойко, М.Ю. Сурмач.

Концепция и дизайн исследования – М.Ю., С.Л.

Сбор и обработка материала – С.Л.

Статистическая обработка данных – С.Л.

Написание текста – С.Л., М.Ю.

Редактирование – М.Ю.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 26.06.2020 г.

Мониторинг национальной правовой базы по здравоохранению

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ (сентябрь 2020 г. – ноябрь 2020 г.)*

1. **Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 июля 2020 г. №67** «Об утверждении клинического протокола» (дата вступления в силу – 19.09.2020):

утвержден прилагаемый клинический протокол «Диагностика, лечение и тактика ведения пациентов детского возраста до, во время и после трансплантации почки».

2. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 сентября 2020 г. №884** «О реализации пилотного проекта»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке проведения исследований цифровых копий гистологических препаратов;

комитету по здравоохранению Мингорисполкома совместно с учреждением образования «Белорусский государственный медицинский университет» *приказано*:

организовать в установленный срок на базе государственного учреждения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» и учреждения здравоохранения «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» пилотную зону для опытной эксплуатации проекта по апробации цифровых гистологических исследований, определить профили гистологических исследований;

обеспечить совместно с обществом с ограниченной ответственностью «Айбион Технолоджиз» и учреждением образования «Белорусский государственный медицинский университет» в установленный срок создание необходимых технических условий для реализации пилотного проекта;

реализовать в установленный срок пилотный проект по апробации цифровых гистологических исследований в организациях здравоохранения пилотной зоны;

осуществлять мониторинг реализации пилотного проекта и в установленный срок представить в Министерство здравоохранения отчеты о его выполнении.

Данный приказ носит временный характер и действует с 1 сентября 2020 г. по 15 сентября 2021 г.

3. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 сентября 2020 г. №886** «О реализации пилотного проекта»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке функционирования и использования автоматизированной информационной системы мониторинга и анализа эпидемиологической ситуации COVID-19 (АИС COVID-19) в Республике Беларусь на период реализации пилотного проекта;

установлены:

форма информированного согласия пациента (его законного представителя) на сбор, обработку, распространение, предоставление данных, распространение которых ограничено в соответствии со статьей 18 Закона Республики Беларусь «Об информации, информатизации и защите информации» и статьей 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» согласно приложению;

форма запроса для предоставления доступа к АИС COVID-19 согласно приложению;

* *Материалы раздела подготовили Н.Е.Хейфец, Е.Н.Хейфец*

определено в качестве оператора АИС COVID-19 государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ);

главным управлениям по здравоохранению облисполкомов, комитету по здравоохранению Мингорисполкома *приказано*:

совместно с областными центрами гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, государственным учреждением «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии»:

определить в течение установленного срока перечень организаций здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19 (в том числе, центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья), для организации пилотной зоны с целью проведения опытной эксплуатации пилотного проекта по апробации АИС COVID-19.

4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 сентября 2020 г. №887 «Об утверждении Положения о порядке направления пациентов на консультацию и лечение в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке направления пациентов на консультацию и лечение в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»;

признано утратившим силу Положение «О порядке направления больных детей и взрослых в государственное учреждение «Республиканская клиническая больница патологии слуха, голоса и речи» на консультации, обследование и лечение», утвержденное Министерством здравоохранения Республики Беларусь 31 октября 2005 г.

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 сентября 2020 г. №890 «Об утверждении Положения о республиканском регистре детей, нуждающихся в паллиативной помощи»:

утверждено прилагаемое Положение о республиканском регистре детей, нуждающихся в паллиативной помощи;

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома *приказано*:

в установленный срок назначить лиц, ответственных за организацию работы по формированию и ведению регистра в подчиненных организациях здравоохранения и выполнению мероприятий, указанных в данном Положении;

обеспечить контроль функционирования республиканского регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи, в подчиненных организациях здравоохранения;

директору государственного учреждения «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», руководителям государственных организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения, начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома *приказано* обеспечить реализацию Положения в подчиненных организациях здравоохранения.

6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 сентября 2020 г. №895 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.2020 №564»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.2020 №564 «О совершенствовании лабораторных исследований на инфекцию COVID-19».

7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 сентября 2020 г. №901 «Об изучении особенностей циркуляции возбудителя COVID-19 среди населения Республики Беларусь»:

утвержден план доставки образцов биологического материала, в том числе, взятого у пациентов с лабораторно подтвержденной инфекцией COVID-19, для исследования в целях изучения особенностей циркуляции возбудителя (вируса SARS-COV-2) среди населения Республики Беларусь;

начальникам главных управлений здравоохранения облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, главным государственным санитарным врачам областей и г. Минска *приказано* организовать:

назначение ответственного специалиста (координатора) за организацию работы по получению информированного согласия, проведению анкетирования пациентов и сбора биологических образцов в организации здравоохранения;

сбор биологических образцов и их доставку в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии» в установленный срок в соответствии с утвержденным планом и с соблюдением требований к отбору и транспортировке образцов согласно приложению 1–4;

главному врачу государственного учреждения «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», директору ГУ «РНПЦ эпидемиологии и микробиологии» *приказано* организовать формирование базы данных пациентов, участвующих в изучении особенностей циркуляции возбудителя инфекции COVID-19 среди населения Республики Беларусь;

директору ГУ «РНПЦ эпидемиологии и микробиологии» *приказано* обеспечить:

проведение исследований образцов биологического материала;

представление результатов исследования в государственное учреждение «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» для последующей отправки в организации здравоохранения, в которых проводили забор биологического материала (централизованно в электронном виде через центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья областей и г. Минска), в течение 5 рабочих дней с момента получения результата;

рабочей группе, созданной в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.06.2020 №623, *приказано* провести анализ результатов исследований с формированием, при необходимости, предложений по дополнению санитарно-противоэпидемических мероприятий.

8. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 сентября 2020 г. №906 «О признании утратившими силу приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2007 г. №575 и от 4 ноября 2008 г. №1019»:

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2007 г. №575 «О мерах по профилактике суицидов и оказании помощи лицам, совершившим суицидальные попытки»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 ноября 2008 г. №1019 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2007 г. №575».

9. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 сентября 2020 г. №925 «О лабораторных исследованиях на COVID-19»:

руководителям бюджетных организаций, в структуре которых функционируют лаборатории, осуществляющие ПЦР-диагностику COVID-19, для увеличения объема выполнения лабораторных исследований в случае превышения пиковой нагрузки, отмеченной в каждой лаборатории в течение 2020 г., *приказано обеспечить:*

готовность медицинских работников, в том числе с проведением переподготовки на рабочем месте, временным переводом из других организаций здравоохранения в соответствии с трудовым законодательством;

внесение изменений в штатное расписание с учетом организации, при необходимости, круглосуточной работы, при условии укомплектования дополнительных должностей работниками;

запас изделий медицинского назначения и расходных материалов;

финансирование расходов на проведение ПЦР-диагностики в текущем году в пределах выделенных финансовых средств, при необходимости внести в вышестоящий орган управления здравоохранением предложения о дополнительном финансировании с приложением обоснований и расчетов по статьям бюджетной классификации;

главным управлениям по здравоохранению облисполкомов, комитету по здравоохранению Мингорисполкома *приказано:*

проанализировать нагрузку лабораторий, выполняющих ПЦР-диагностику, и принять меры по ее распределению между лабораториями в части объема направляемых на исследования проб, учитывая обеспеченность данных лабораторий специалистами, оборудованием, изделиями медицинского назначения и расходными материалами;

обеспечить финансирование проведения ПЦР-диагностики; при необходимости обратиться в местные финансовые органы по вопросу выделения дополнительных ассигнований по разделу «Здравоохранение» на 2020 г. в рамках полномочий, предоставленных местным органам власти Законом Республики Беларусь «О местном управлении и самоуправлении в Республике Беларусь», уточнить проект бюджета на 2021 г. с учетом увеличения объема выполнения лабораторных исследований в установленном порядке;

в установленный срок представить в Министерство здравоохранения информацию о необходимости заключения договоров о сотрудничестве между организациями здравоохранения регионов республики и медицинскими университетами, а также бюджетными организациями других ведомств, коммерческими организациями, осуществляющими наряду с основной деятельностью также медицинскую деятельность, которые определены для проведения ПЦР-диагностики.

10. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 сентября 2020 г. №933 «О реализации Комплекса мероприятий»:

утвержден прилагаемый План мероприятий по выполнению Комплекса мероприятий по реализации поручений, содержащихся в распоряжении Президента Республики Беларусь от 1 июля 2020 г. №119рп «О дополнительных мерах по решению актуальных вопросов жизнедеятельности населения»;

начальникам структурных подразделений Министерства здравоохранения, начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения, *приказано* незамедлительно приступить к реализации Плана мероприятий, обеспечив ежеквартальное информирование государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» о проводимой работе не позднее 24-го числа последнего месяца отчетного периода;

директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» *приказано* ежеквартально в установленный срок обеспечить свод информации, подготовку и предоставление в главное управление организации медицинской помощи Министерства здравоохранения проекта отчета в Совет Министров Республики Беларусь о проводимой работе.

11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 сентября 2020 г. №936 «О создании рабочей группы»:

с целью своевременной подготовки заявки по компоненту «Туберкулез» в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией на 2022–2024 гг. *утвержден* состав рабочей группы по формированию заявки по компоненту «Туберкулез» в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией на 2022–2024 гг. согласно приложению;

председателю рабочей группы:

приказано провести организационное совещание в установленный срок;

предоставлено право привлекать при необходимости для участия в работе других специалистов системы Министерства здравоохранения.

12. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 сентября 2020 г. №941 «О создании рабочей группы»:

утвержден состав рабочей группы по разработке проектов приказа «О порядке регистрации случаев инфекционных осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи», приказа по пересмотру приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2015 г. №1301 «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов», нормативного правового акта по утверждению временного руководства по инфекционному контролю.

13. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 сентября 2020 г. №942 «О создании рабочей группы для разработки клинического протокола по анестезиологическому обеспечению хирургических вмешательств и интенсивной терапии критических состояний у взрослых пациентов»:

утвержден прилагаемый состав рабочей группы по разработке проекта «Клинический протокол по анестезиологическому обеспечению хирургических вмешательств и интенсивной терапии критических состояний у взрослых пациентов».

14. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 сентября 2020 г. №75 «О медицинском применении оригинальных лекарственных препаратов для обеспечения раннего доступа пациентов к новым методам лечения»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке и условиях медицинского применения оригинальных лекарственных препаратов для обеспечения раннего доступа пациентов к новым методам лечения.

15. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 сентября 2020 г. №76 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 г. №90»:

изложено в новой прилагаемой редакции приложение к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 г. №90 «Об установлении республиканского формуляра медицинских изделий».

16. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 сентября 2020 г. №957 «Об утверждении формы контрольного списка вопросов (чек-листа), применяемого в сфере контроля за качеством медицинской помощи»:

утверждена прилагаемая форма контрольного списка вопросов (чек-листа), применяемого в сфере контроля за качеством медицинской помощи.

17. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 сентября 2020 г. №972 «О создании резерва масок»:

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям организаций здравоохранения, подчиненным Министерству здравоохранения, *приказано обеспечить*:

получение в УП «Белмедтехника» масок медицинских в объемах согласно приложению 1 в установленный срок;

формирование в организациях здравоохранения резерва из полученных масок медицинских.

18. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 сентября 2020 г. №78 «О критериях, предъявляемых к торговым наименованиям лекарственных препаратов»:

утверждено прилагаемое Положение о критериях, предъявляемых к торговым наименованиям лекарственных препаратов.

19. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 сентября 2020 г. №978 «Об оказании медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19»:

главному врачу учреждения здравоохранения «5-я городская клиническая больница» г. Минска *приказано обеспечить*:

временное перепрофилирование неврологического корпуса в инфекционное отделение (на 50 коек) для оказания экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с подтвержденной инфекцией COVID-19 и установленным диагнозом ОНМК в г.Минске;

проведение пациентам с подтвержденной инфекцией COVID-19 и установленным диагнозом ОНМК необходимых лабораторных и инструментальных исследований на базе УЗ «5-я ГКБ» с соблюдением необходимых требований по уменьшению риска заражения инфекцией COVID-19 медицинского персонала и пациентов;

оказание экстренной консультативной хирургической, нейрохирургической и рентгеноэндоваскулярной помощи, в том числе, оперативных нейрохирургических вмешательств, пациентам с подтвержденной инфекцией COVID-19 и установленным диагнозом спонтанного внутричерепного кровоизлияния (субарахноидальное, внутримозговое, внутрижелудочковое) с участием нейрохирургическо-анестезиологической бригады УЗ «5-я ГКБ»;

проведение ранней медицинской реабилитации пациентам с подтвержденной инфекцией COVID-19 и установленным диагнозом ОНМК в неврологическом корпусе УЗ «5-я ГКБ»;

обеспечение необходимых мер по обеспечению биологической безопасности пациентов и персонала;

перевод пациентов, перенесших COVID-19-инфекцию и ОНМК, на этап ранней реабилитации в ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации» при наличии медицинских показаний в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 г. №1300 «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения»;

преимущество с амбулаторно-поликлиническими организациями здравоохранения при выписке пациентов с подтвержденной инфекцией COVID-19 и установленным диагнозом ОНМК и переводе их на амбулаторно-поликлинический этап оказания медицинской помощи;

установлено, что медицинскими показаниями для направления и госпитализации пациентов в неврологический корпус УЗ «5-я ГКБ» (для больных ОНМК) являются:

установленный клинически и методами нейровизуализации (компьютерная томография головы и/или магнитно-резонансная томография головного мозга) инфаркт головного мозга с подтвержденной инфекцией COVID-19;

установленное клинически и подтвержденное методами нейровизуализации (КТ головы и/или МРТ головного мозга) внутричерепное нетравматическое кровоизлияние (субарахноидальное, внутримозговое, внутрижелудочковое) с подтвержденной инфекцией COVID-19;

пациенты с подтвержденной инфекцией COVID-19 и установленным диагнозом ОНМК госпитализируются в неврологический корпус УЗ «5-я ГКБ» в порядке перевода из других отделений и/или учреждений здравоохранения г. Минска по профилю отделения после согласования с заведующим отделения и заместителем главного врача по курации.

20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 сентября 2020 г. №979 «Об организации оказания экстренной специализированной медицинской помощи»:

установлены:

перечень организаций здравоохранения для оказания экстренной специализированной медицинской помощи в стационарных условиях несовершеннолетним пациентам при возникновении острых и/или обострении хронических заболеваний согласно приложению 1;

перечень организаций здравоохранения для оказания экстренной специализированной медицинской помощи в стационарных условиях совершеннолетним при возникновении острых и/или обострении хронических заболеваний согласно приложению 2.

21. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 сентября 2020 г. №986 «О республиканской комиссии по вопросам бесплатного предоставления одной попытки экстракорпорального оплодотворения»:

утверждены прилагаемые:

состав республиканской комиссии по вопросам бесплатного предоставления одной попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);

форма журнала регистрации решений комиссии по отбору пациентов для бесплатного предоставления одной попытки ЭКО;

форма журнала регистрации решений республиканской комиссии по вопросам бесплатного предоставления одной попытки ЭКО.

22. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2020 г. №1009 «О совершенствовании деятельности патологоанатомической службы Республики Беларусь»:

утверждены прилагаемые:

Положение о Республиканском патологоанатомическом совете;

Положение о клинико-патологоанатомической конференции;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июня 2014 г. №679 «О совершенствовании работы организаций здравоохранения по разбору летальных случаев и повышении качества анализа случаев смерти».

23. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2020 г. №1010 «Об утверждении Положения о лечебно-контрольной комиссии»:

утверждено прилагаемое Положение о лечебно-контрольной комиссии.

24. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2020 г. №1018 «О порядке работы организаций здравоохранения в условиях заболеваемости инфекцией COVID-19»:

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, *приказано обеспечить* с 1 октября 2020 г. работу:

амбулаторно-поликлинических организаций в режиме работы организаций здравоохранения в эпидемиологический период, обусловленный повышением заболеваемости острыми респираторными заболеваниями и инфекцией COVID-19 в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 2020 г. №433 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией с нетяжелым течением, не связанной с инфекцией COVID-19 и пациентам с инфекцией COVID-19 в амбулаторных условиях», от 1 июля 2020 г. №690 «О вопросах лечения пациентов с инфекцией COVID-19»;

больничных организаций здравоохранения в «смешанном» режиме в зависимости от уровня заболеваемости и плана перепрофилирования коечного фонда в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2020 г. №690 «О вопросах лечения пациентов с инфекцией COVID-19»;

республиканских научно-практических центров в обычном режиме с учетом профиля оказания специализированной медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 июля 2020 г. №775 «Об утверждении Инструкции о порядке работы организаций здравоохранения в условиях спорадической заболеваемости инфекцией COVID-19».

25. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 сентября 2020 г. №1019 «О некоторых вопросах лечения пациентов в возрасте до 18 лет с инфекцией COVID-19»:

утверждены прилагаемые рекомендации (временные) об особенностях оказания медицинской помощи пациентам в возрасте до 18 лет с инфекцией COVID-19.

26. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 октября 2020 г. №81 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. №36»:

изложены в следующей редакции подпункты 1.1 и 1.2 пункта 1 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. №36 «О реализации постановления Совета Министров Республики Беларусь от 8 апреля 2020 г. №208»:

«1.1. к контактам первого уровня относятся лица, имевшие тесный контакт:

с лицом, имеющим инфекцию COVID-19, в течение 4 дней до и 10 дней после появления у него симптомов заболевания;

с лицом, имеющим инфекцию COVID-19 в бессимптомной форме, в течение 4 дней до и 10 дней после даты забора материала для исследования на инфекцию COVID-19.

Тесным считается контакт на протяжении не менее 15 минут на расстоянии менее 1 метра без использования средств индивидуальной защиты органов дыхания;

1.2. к контактам второго уровня относятся дети в возрасте до 10 лет, посещающие учреждения дошкольного или общего среднего образования, имевшие возможный контакт:

с лицом, имеющим инфекцию COVID-19, в течение 4 дней до и 10 дней после появления у него симптомов заболевания;

с лицом, имеющим инфекцию COVID-19 в бессимптомной форме, в течение 4 дней до и 10 дней после даты забора материала для исследования на инфекцию COVID-19 по месту воспитания (учебы).

Возможным считается контакт на расстоянии от 1 до 2 метров без использования средств индивидуальной защиты органов дыхания».

27. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 октября 2020 г. №80 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 декабря 2013 г. №115»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 декабря 2013 г. №115 «О некоторых вопросах оказания медицинской помощи лицам, помещенным в специализированные изоляторы и центры изоляции правонарушителей органов внутренних дел».

28. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 8 октября 2020 г. №587 «Об изменении постановления Совета Министров Республики Беларусь от 30 ноября 2007 г. №1650»:

внесены изменения в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 ноября 2007 г. №1650 «О некоторых вопросах бесплатного и льготного обеспечения лекарственными средствами и перевязочными материалами отдельных категорий граждан».

29. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 октября 2020 г. №1055 «Об утверждении годового плана государственных закупок лекарственных средств на 2021 г.»:

утвержден годовой план государственных закупок лекарственных средств на 2021 г. за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения.

30. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2020 г. №1076 «О дозорном эпидемиологическом слежении в условиях распространения инфекции COVID-19»:

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома совместно с главными государственными санитарными врачами областей и г.Минска *приказано обеспечить*:

пересмотр с учетом критериев отбора организаций здравоохранения для проведения ДЭС (согласно приложению 1) и, при необходимости, актуализацию перечня организаций здравоохранения, проводящих сбор и передачу еженедельной информации о заболеваемости острыми респираторными инфекциями, гриппоподобными заболеваниями и тяжелыми острыми респираторными инфекциями, а также лабораторные (вирусологические) обследования пациентов с ОРИ, ГПЗ и ТОРИ при проведении дозорного эпидемиологического слежения;

определение больничных организаций здравоохранения для дополнительного слежения за ТОРИ с учетом критериев отбора организаций здравоохранения для проведения ДЭС (согласно приложению 1) в следующих городах: Барановичи, Пинск, Орша, Полоцк, Новополоцк, Мозырь, Речица, Лида, Молодечно, Солигорск, Бобруйск. В г. Минске определить две дополнительные больничные организации здравоохранения;

внесение изменений в локальные нормативные правовые акты по функционированию системы ДЭС с определением ответственных специалистов на каждом уровне (учреждение, район/город, область), представление информации в Министерство здравоохранения в установленный срок.

31. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 октября 2020 г. №1087 «О разработке образовательного стандарта и типового учебного плана по специальности 2-79 01 03 «Медико-профилактическое дело»»:

утверждены:

перечень учреждений, ответственных за разработку проектов типового учебного плана и образовательного стандарта среднего специального образования по специальности 2-79 01 03 «Медико-профилактическое дело» согласно приложению 1;

состав рабочей группы для разработки проектов типового учебного плана и образовательного стандарта среднего специального образования по специальности 2-79 01 03 «Медико-профилактическое дело» согласно приложению 2.

32. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 октября 2020 г. №1097 «О мерах по организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 и принятию дополнительных противоэпидемических мер в организациях здравоохранения»:

утвержден прилагаемый перечень республиканских организаций, подчиненных Министерству здравоохранения, для оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19.

33. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 октября 2020 г. №1106 «О некоторых вопросах оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19»:

изложены в новой редакции утвержденные приказом Министерства здравоохранения от 5 июня 2020 г. №615 прилагаемые:

Рекомендации (временные) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19;

Инструкция о порядке организации эпидемиологического расследования случаев инфекции COVID-19, медицинского наблюдения и оказания медицинской помощи контактам I и II уровней по инфекции COVID-19.

34. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 октября 2020 г. №1105 «Об утверждении Инструкции по лабораторной диагностике сифилиса»:

утверждена прилагаемая Инструкция по лабораторной диагностике сифилиса;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 мая 2009 г. №488 «Об утверждении Инструкции по лабораторной диагностике сифилиса».

35. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 октября 2020 г. №85 «Об утверждении клинического протокола»:

утвержден прилагаемый клинический протокол «Медицинская реабилитация пациентов с травмами спинного мозга (взрослое население)».

36. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 октября 2020 г. №1121 «О задачах социально-экономического развития Республики Беларусь на 2020 г.»:

утверждены прилагаемые плановые задания по экспорту услуг в организациях, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2020 г. №81 «О задачах социально-экономического развития Республики Беларусь на 2020 г.»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июля 2020 г. №772 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2020 г. №81»;
приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 сентября 2020 г. №926 «О внесении изменений».

37. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 октября 2020 г. №88 «Об утверждении Надлежащей практики хранения лекарственных средств»:

утверждена прилагаемая Надлежащая практика хранения лекарственных средств;

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 января 2007 г. №6 «Об утверждении Надлежащей практики оптовой реализации»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 ноября 2008 г. №191 «О внесении дополнений и изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 января 2007 г. №6»;

пункт 2 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 марта 2010 г. №20 «Об утверждении Инструкции о порядке и условиях проведения контроля качества зарегистрированных в Республике Беларусь лекарственных средств до поступления в реализацию, а также лекарственных средств, находящихся в обращении на территории Республики Беларусь, внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 января 2007 г. №6 и признании утратившими силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 июня 2002 г. №37 и пункта 14 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 декабря 2006 г. №117»;

подпункт 1.1 пункта 1 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2012 г. №163 «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

38. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2020 г. №91 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июля 2012 г. №97»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июля 2012 г. №97 «Об установлении клинических показаний, по которым лица подлежат обязательному медицинскому освидетельствованию, и перечня иных категорий лиц, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию».

39. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2020 г. №92 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2012 г. №217»:

изложена в новой редакции глава 7 Санитарных норм и правил «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения гриппа и инфекции COVID-19», утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2012 г. №217.

40. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 ноября 2020 г. №1162 «Об установлении требований к качеству экспресс-тест систем для определения антигена SARS-CoV-2»:

установлены требования к качеству экспресс-тест систем (как с визуальным, так и автоматическим учетом результата) для определения антигена SARS-CoV-2, не зарегистрированных в Республике Беларусь и приобретаемых за счет средств государственного бюджета.

41. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 ноября 2020 г. №1166 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 марта 2020 г. №367»:

изложен в новой прилагаемой редакции график запуска лабораторного тестирования на коронавирус COVID-19, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 марта 2020 г. №367.

42. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 ноября 2020 г. №1168 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. №462»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. №462 «Об организации проведения медицинской реабилитации пациентам с пневмонией, ассоциированной с инфекцией COVID-19».

43. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 ноября 2020 г. №1173 «Об организации специализированной медицинской помощи пациентам с неврологическими заболеваниями (взрослое население), проживающим (пребывающим) в г. Минске»:

утвержден прилагаемый Временный перечень неврологических заболеваний для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с неврологическими заболеваниями (взрослое население), проживающим (пребывающим) в г. Минске, в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии».

44. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 ноября 2020 г. №1174 «О привлечении студентов к участию в оказании медицинской помощи»:

ректору учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», ректору учреждения образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», ректору учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», ректору учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» *приказано* направить студентов, получающих высшее образование по специальностям 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия», 1-79 01 05 «Медико-психологическое дело» в организации здравоохранения для участия в оказании медицинской помощи населению в соответствии с запросами руководителей организаций здравоохранения в порядке, определенном постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 сентября 2020 г. №143.

45. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 ноября 2020 г. №94 «О клинических исследованиях (испытаниях) лекарственных препаратов»:

утверждены прилагаемые:

Положение о порядке и условиях проведения клинических исследований (испытаний) лекарственных препаратов;

Положение о независимом этическом комитете;

признаны утратившими силу:

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 марта 2008 г. №55 «Об утверждении Положения о комитете по этике»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июня 2009 г. №72 «О внесении дополнений и изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 марта 2008 г. №55»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2015 г. №40 «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 марта 2008 г. №55».

46. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2020 г. №1191 «О некоторых вопросах проведения экспертизы временной нетрудоспособности»:

приказано разрешить медицинским работникам со средним специальным медицинским образованием (фельдшерам, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в порядке, установленном Инструкцией о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. №104.

47. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2020 г. №1192 «Об утверждении Правил работы амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения в период подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями, в том числе COVID-19»:

утверждены прилагаемые Правила работы амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения в период подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями, в том числе COVID-19.

48. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 ноября 2020 г. №1195 «Об изменении приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июня 2020 г. №615 и от 15 апреля 2020 г. №433»:

изложены в новой редакции утвержденные приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июня 2020 г. №615:

Рекомендации (временные) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19;

Инструкция о порядке организации эпидемиологического расследования случаев инфекции COVID-19, медицинского наблюдения и оказания медицинской помощи контактам I и II уровней по инфекции COVID-19.

49. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 ноября 2020 г. №1206 «Об организации оказания пациентам ортопедо-травматологической помощи в эпидемический период»:

директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии» *приказано* с 17 ноября 2020 г. и до особого распоряжения обеспечить госпитализацию детского населения, проживающего в зоне обслуживания всех амбулаторно-поликлинических организаций г. Минска, и взрослого населения, проживающего в зоне обслуживания ряда указанных амбулаторно-поликлинических организаций г. Минска, с острой ортопедо-травматологической патологией.

50. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 ноября 2020 г. №103 «О порядке аттестации, формирования и ведения реестров уполномоченных лиц производителей лекарственных средств, фармацевтических инспекторов»:

утверждены прилагаемые:

Инструкция о требованиях, предъявляемых к уполномоченным лицам производителей лекарственных средств, и порядке их аттестации;

Инструкция о порядке формирования и ведения реестра уполномоченных лиц производителей лекарственных средств Республики Беларусь;

Инструкция о порядке формирования и ведения реестра фармацевтических инспекторов Республики Беларусь;

установлено, что производители лекарственных средств обеспечивают направление своих должностных лиц, на которых возлагается ответственность за качество производимых и выпускаемых в реализацию лекарственных средств, на обучение, указанное в пунктах 9 и 10 Инструкции о требованиях, предъявляемых к уполномоченным лицам производителей лекарственных средств, и порядке их аттестации, с 1 мая 2021 г.

51. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 ноября 2020 г. №106 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июля 2007 г. №65»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 июля 2007 г. №65 «Об установлении перечня основных лекарственных средств», приложение к этому постановлению («Перечень основных лекарственных средств. Основные лекарственные средства, применяемые для оказания медицинской помощи всем категориям пациентов, имеющих право на льготное, в том числе бесплатное, обеспечение лекарственными средствами») изложено в новой прилагаемой редакции.

52. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 ноября 2020 г. №1222 «О перечне орфанных (редких) заболеваний»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке формирования перечня орфанных (редких) заболеваний;

установлен прилагаемый перечень орфанных (редких) заболеваний.

53. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 ноября 2020 г. №1225 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения от 24 июля 2020 г. №774»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения от 24 июля 2020 г. №774 «Об установлении сметного количества коек государственных организаций здравоохранения, финансируемых за счет средств республиканского бюджета».

54. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 ноября 2020 г. №1235 «О выдаче заключения Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

в целях реализации Соглашения о займе (проект «Экстренное реагирование на COVID-19 в Республике Беларусь») между Республикой Беларусь и Международным банком реконструкции и развития от 1 июня 2020 г. утверждена прилагаемая Инструкция о порядке выдачи заключения Министерства здравоохранения в соответствии с подпунктами 5.1–5.4 пункта 5 и пунктом 6 Указа Президента Республики Беларусь от 23 июля 2020 г. №292 «Об утверждении международного договора и его реализации».

55. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 ноября 2020 г. №107 «Об отмене постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 апреля 2019 г. №39 и от 2 апреля 2020 г. №29»:

отменены со дня их подписания постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 апреля 2019 г. №39 «О заместительной терапии лицам с наркотической зависимостью» и от 2 апреля 2020 г. №29 «О выписном эпикризе психиатрического стационара».

56. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 ноября 2020 г. №109 «Об утверждении и введении в действие технических кодексов установившейся практики»:

утверждены и вводятся в действие с 1 марта 2021 года следующие прилагаемые технические кодексы установившейся практики:

«Чистые помещения организаций здравоохранения. Классификация чистоты воздуха»;

«Чистые помещения организаций здравоохранения. Порядок аттестации и текущего контроля».

57. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 ноября 2020 г. №1258 «О попечительских советах организаций здравоохранения»:

утверждено прилагаемое Положение о попечительском совете государственной организации здравоохранения.

58. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 ноября 2020 г. №1263 «О порядке организации работы РНПЦ детской хирургии в условиях заболеваемости инфекцией COVID-19»:

директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр детской хирургии» приказано с 30 ноября 2020 г. и до особого распоряжения:

приостановить плановый консультативный прием детей в консультативно-поликлиническом (кардиохирургическом) отделении, имеющих патологию: врожденные пороки сердца без признаков нарушения гемодинамики, подлежащие плановому хирургическому лечению;

приостановить плановый консультативный прием детей в приемном (хирургическом) отделении со следующей патологией: грыжи, водянки, пигментные невусы, доброкачественные образования кожи и подкожной клетчатки, сосудистые мальформации, врожденные пороки развития легких, не требующие срочной хирургической коррекции;

продолжить консультативный прием и плановую госпитализацию детей, нуждающихся в высокотехнологичных и сложных хирургических вмешательствах со следующей патологией: аноректальные пороки развития, болезнь Гиршпрунга, диафрагмальная грыжа и т.д.

59. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 ноября 2020 г. №1265** «Об оказании психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи пациентам, перенесшим инфекцию COVID-19»:

установлен Порядок действий медицинских работников государственных организаций здравоохранения при выявлении пациентов, имеющих признаки депрессивных и иных психических расстройств после перенесенной инфекции COVID-19 согласно приложению 1;

определен перечень организаций здравоохранения и структурных подразделений организаций здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую (психиатрическую, психотерапевтическую) и психологическую помощь пациентам, имеющим признаки умеренного или тяжелого депрессивного эпизода, иных психических расстройств после перенесенной инфекции COVID-19 согласно приложению 2.

60. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 ноября 2020 г. №1267** «Об утверждении перспективного плана открытия модельных центров по обучению родителей основам безопасности жизнедеятельности детей»:

утвержден прилагаемый перспективный план открытия модельных центров по обучению родителей основам безопасности жизнедеятельности детей.

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: 220013, г. Минск, 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 30.12.2020 г. Формат бумаги 60x84 1/8.

Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 14,9. Тираж 400 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 Государственного предприятия “СтройМедиаПроект”. 220123, Минск, ул. В.Хоружей, 13/61.

Лицензия №02330/71 от 23.01.2014 г. Тел. (017) 288-60-88.