

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АНАЛИТИКО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ
БЮЛЛЕТЕНЬ

***25-й год издания,
100-й выпуск!***



3'2019



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
В.А. Лапицкий
И.В. Малахова (*зам. главного редактора*)
И.Н. Мороз
А.Г. Мрочек
Т.П. Павлович
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), 2019

Проблемные статьи и обзоры *Problem Articles and Reviews*

<i>Хейфец Н.Е., Кожанова И.Н., Сачек М.М., Ивкова Н.С., Хейфец Е.Н., Шпаковская А.А.</i> Клинико-экономическая экспертиза в системе оценки медицинских технологий <i>Kheifets N.Ye., Kozhanova I.N., Sachek M.M., Ivkova N.S., Kheifets Ye.N., Shpakovskaya A.A.</i> Clinical and Economic Expertise in Health Technology Assessment System	4
<i>Терехович Т.И., Ростовцев В.Н., Кухарчук А.А., Гончаров С.В., Щербинская И.П.</i> Обеспечение и контроль качества медицинской помощи <i>Tserakhovich T.I., Rostovtsev V.N., Kuharchuk A.A., Goncharov S.V., Shcherbinskaja I.P.</i> Healthcare Quality Ensuring and Control	26
<i>Сурмач М.Ю.</i> Историческая трансформация модели белорусского здравоохранения. Часть 2: Современные проблемы и подходы к управлению рисками <i>Surmach M.Yu.</i> Historical Transformation of Belarusian Healthcare Model. Part 2: Today's Problems and Approaches to Risk Management	31
<i>Гелда А.П.</i> Методология изучения детско-подросткового суицидального поведения <i>Gelda A.P.</i> Child and Adolescent Suicidal Behavior Study Methodology	37
<i>Ростовцев В.Н.</i> К теории диагноза <i>Rostovtsev V.N.</i> To the Theory of Diagnosis	42
<i>Бойко С.Л., Сурмач М.Ю.</i> Диагностические возможности и границы применения современных методов оценки организационной культуры в здравоохранении <i>Boyko S.L., Surmach M.Yu.</i> Diagnostic Possibilities and Limits of Application of Modern Methods of Rating of Organizational Culture in Healthcare	47

Научные исследования *Scientific Research*

<i>Смычек В.Б., Богданович А.И.</i> «Дорожная карта» организации сопровождения и реабилитационной помощи детям раннего возраста на межведомственной основе <i>Stychuk V.B., Bogdanovich A.I.</i> «Road Map» of Support and Rehabilitation Organization for Children of Early Age on Interdepartmental Basis	54
<i>Скугаревская М.М., Шилова О.В., Ягловская О.В., Ванда Е.С., Бергель И.Ю.</i> Повышение уровня физической активности как лечебный фактор для пациентов с депрессивными расстройствами <i>Skigareuskaya M.M., Shylava A.V., Yahlouskaya A.V., Vanda A.S., Berhel I.Yu.</i> Increased Level of Physical Activity as Therapeutic Factor for Patients with Depressive Disorders	62
<i>Луцкая И.К., Демьяненко Е.А., Ермакова И.Д.</i> Обоснование этапов диспансерного наблюдения беременных у стоматолога <i>Lutskaya I.K., Dzemyanenko A.A., Ermakova I.D.</i> Justification of Dentist Dispensary Observation Stages of Pregnant Women	68
<i>Шпаков А.И., Войтов В.В., Кубиньска З., Заворски К., Глебович О.А., Конон М.Б., Хованская Г.Н.</i> Осведомленность пациентов, находящихся на санаторно-курортном лечении, о значении физиопрофилактики <i>Shpakov A.I., Voitov V.V., Kubinska Z., Zaworski K., Glebovich O.A., Konon M.B., Khovanskaya G.N.</i> Awareness of Sanatorium Patients about the Importance of Physioprophyllaxis	75

История медицины
History of Medicine

Пилипцевич Н.Н. 50 лет земской медицины в истории здравоохранения Российской империи
Pilipstsevitich N.N. 50 years of the Zemstvo Medicine in Healthcare History of the Russian Empire 83

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 (июнь 2019 г. – август 2019 г.)
Normative-Legal Regulation on Rendering Medical Care and Ensuring Sanitary-Epidemiologic Well-being of the Population (June 2019 – August 2019) 91

Проблемные статьи и обзоры

УДК 616:343.148.2]:33:6

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СИСТЕМЕ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Н.Е.Хейфец, И.Н.Кожанова, М.М.Сачек,
Н.С.Ивкова, Е.Н.Хейфец, А.А.Шпаковская**

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

Алгоритмизированы подходы к оценке медицинской технологии (ОМТ) путем создания структурированной классификационной системы с выделением оригинальных, имиджевых, неоригинальных гибридных, неоригинальных генерических, орфанных и паллиативных медицинских технологий (МТ). В качестве обязательного вида ОМТ в отношении оригинальных (в том числе, оригинальных орфанных и оригинальных паллиативных) и имиджевых МТ определена базовая ОМТ; в отношении гибридных и генерических неоригинальных МТ (а также неоригинальных орфанных и паллиативных МТ) – клиничко-экономический (фармакоэкономический) анализ (КЭА (ФЭА)). В тех случаях, когда КЭА является обязательным видом анализа, он может быть дополнен проведением полной ОМТ. В зависимости от цели проведения ОМТ, уровня предоставления и потенциального использования ее результатов предложено выделить в общем пуле исследований, связанных с ОМТ в Республике Беларусь, два блока: научную ОМТ и экспертную ОМТ (клиничко-экономическую экспертизу). Предложено законодательно закрепить понятие государственной клиничко-экономической (фармакоэкономической) экспертизы, проводимой в целях принятия решений о включении медицинской технологии/лекарственного средства/медицинского изделия (МТ/ЛС/МИ) в клиничский протокол (КП), Республиканский формуляр лекарственных средств (РФЛС), перечень основных лекарственных средств (ПОЛС), Республиканский формуляр медицинских изделий (РФМИ) и иные документы, определяющие порядок оказания медицинской помощи, или исключения МТ/ЛС/МИ из указанных документов. В результате научных исследований разработаны проекты Положения о системе оценки медицинских технологий и Порядка работ по проведению клиничко-экономической экспертизы в Республике Беларусь, представляющего собой пошаговую инструкцию по проведению комплексных экспертных клиничко-экономических исследований в рамках государственного заказа.

Ключевые слова: медицинские технологии; оценка медицинских технологий (ОМТ); система ОМТ; этапы ОМТ; научный этап; экспертный этап; государственная клиничко-экономическая экспертиза; прагматичная классификация медицинских технологий; базовый алгоритм ОМТ; Республика Беларусь; здравоохранение; законодательство.

Введение

Первые десятилетия XXI века в Республике Беларусь характеризуются ростом объема и расширением перечня высокотехнологичных медицинских вмешательств, активным развитием высокотехнологичных направлений медицины (кардиохирургия, трансплантология, онкология и др.),

а также профильных РНПЦ, координирующих работу соответствующих служб. Осуществляется информатизация отрасли, создаются электронные регистры и базы данных, электронные медицинские документы (в частности, электронный рецепт). Интенсивно развивается национальная фармацевтическая промышленность.

В стране сформированы стандартизованные подходы к функционированию системы здравоохранения:

создана и постоянно актуализируется нормативная база;

существует система лицензирования и сертификации;

на основе анализа качества оказания медицинской помощи осуществляются корректирующие воздействия;

разработаны рекомендации, способствующие повышению качества и эффективности медицинской помощи;

контролируется реализация управленческих решений.

Оценка и отбор медицинских вмешательств, оборудования, лекарственных препаратов, приоритетов финансирования – это постоянная работа, осуществляемая соответствующими службами системы здравоохранения. При этом, выбор лекарственной технологии представляет собой особую сложность, что связано, в первую очередь, с обилием альтернатив. Исторически сложившийся подход к принятию решения о выборе медицинской технологии (МТ) заключался в существовании в каждой клинике собственных подходов (так называемая «типичная практика») в соответствии с собственной научной школой, учебниками и монографиями, методическими рекомендациями, лекциями профессоров и кафедральных работников. Несогласованность научных школ могла вызывать разногласия и определенные трудности при принятии решения. В настоящее время осуществлен ряд мероприятий и на законодательном уровне принят ряд нормативных правовых актов, позволяющих формализовать принципы выбора методов лечения, диагностики, профилактики. Это, прежде всего:

формирование ограничительных перечней (Республиканский формуляр лекарственных средств (РФЛС), Республиканский формуляр медицинских изделий (РФМИ), перечень основных лекарственных средств (ПОЛС));

стандартизация медицинских технологий (разработка клинических протоколов);

организация системы централизованных закупок.

Принципы формирования ограничительных списков подробно изложены в Инструкции о порядке формирования Республиканского формуляра лекарственных средств, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2019 г. №34 [1], и Инструкции о порядке формирования перечня основных лекарственных средств, утвержденной

приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2018 г. №1390 [2], которые содержат требования о включении лекарственных средств (ЛС) в РФЛС или ПОЛС на основании представленных результатов ответственных фармакоэкономических (клинико-экономических) исследований (ФЭИ (КЭИ)) с учетом их последующей фармакоэкономической (клинико-экономической) экспертизы (ФЭЭ (КЭЭ)), а также указывается, что в качестве основных видов клинико-экономического анализа (КЭА) могут рассматриваться: анализ минимизации затрат, анализ «затраты – эффективность», анализ «затраты – полезность», анализ «затраты – выгода», в качестве вспомогательных – анализ стоимости болезни, анализ влияния на бюджет, отмечается, что выбор вида КЭА должен быть обоснован исследователем и зависит от цели исследования, позиции исследования, исследуемого ЛС и от конечного клинического результата его применения. Определено, что в представляемых КЭИ должна быть четко сформулирована позиция исследования: в исследовании представляются экономические интересы, связанные с применением МТ, всего общества (учитываются все затраты, связанные с применением МТ, независимо от того, кто их несет); системы здравоохранения на национальном уровне, уровне области или отдельной организации, оказывающей медицинскую помощь, отдельного пациента или его семьи (учитываются только те затраты, которые пациент и его семья оплачивают из собственных средств). Подчеркивается, что для целей включения ЛС в РФЛС или ПОЛС оптимальным является представление КЭИ, проведенных с позиции общества или системы здравоохранения.

В отличие от сведений об эффективности и безопасности ЛС, носящих преимущественно интернациональный характер и оцениваемых на основании общепризнанных международных стандартов (уровни доказательности клинических исследований и принципы клинической эпидемиологии), данные КЭА не могут быть перенесены из страны в страну [3]. Данный вид анализа должен проводиться в Беларуси с учетом национальных особенностей здравоохранения, а его результаты интерпретироваться в соответствии с локальными социальными, этическими, политическими стандартами и экономическими возможностями.

Необходимость внедрения КЭИ (ФЭИ в случае анализа фармакотерапии) для нашей страны в настоящее время приобретает особую значимость, поскольку ресурсы всегда ограничены. При этом, пункты об использовании КЭЭ, имевшиеся в дей-

ствовавших с момента внедрения системы стандартизации медицинских технологий и формулярной системы нормативно-методических документов [4–8], носили, в основном, декларативный характер и нуждались в конкретизации и детализации, а само понятие – в нормативно-правовом или, лучше, учитывая сложившиеся принципы государственного регулирования экспертной деятельности, – законодательном закреплении.

Решение этих задач стало одним из направлений проведенных РНПЦ МТ в рамках задания «Разработать организационную структуру и нормативно-методическое обеспечение функционирования системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь» [9] научных исследований.

Целью их выполнения явились создание организационной структуры основанной на принципах доказательной медицины системы отбора при включении в ограничительные перечни медицинских технологий с доказанной эффективностью, допустимой безопасностью, наиболее экономически выгодных при использовании бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, обеспечивающей повышение доступности современных медицинских технологий для населения Республики Беларусь, и разработка нормативно-методического обеспечения функционирования этой системы.

Базовый алгоритм оценки приемлемости использования медицинских технологий в условиях отечественного здравоохранения

Система оценки медицинских технологий (ОМТ) представляет собой мультидисциплинарную область, которая удовлетворяет стратегические потребности государственного сектора здравоохранения (решение о возмещении стоимости лечения пациентам, разделение рисков с производителями лекарственных средств в случае лечения высокочрезвычайных нозологических форм заболеваний инновационными способами, решение о применении оборудования или программ помощи определенным категориям пациентов и др.), частного сектора здравоохранения (оценка ценности и стоимости медицинских услуг, анализ конкурентных преимуществ и др.), сектора производства медицинских товаров и услуг (выбор технологий для импортозамещения, анализ емкости рынка и др.), страхования (анализ перспективности формирования национальных страховых планов и др.). ОМТ является и инструментом управления информацией, а, следовательно, служит также инструментом для тех, кто разрабатывает политику и принимает управленческие решения.

К характерным для всех стран особенностям МТ относятся:

- избыточность предложения;
- скачкообразный рост;
- постоянный рост спроса;
- постоянный рост стоимости;
- агрессивное продвижение (очень сложно оценить реальную ценность продвигаемой технологии).

В то же время, как отмечалось ранее [10], внедрение новых медицинских технологий в Республике Беларусь имеет следующие особенности:

- низкие (по сравнению с развитыми странами) доходы населения;
- низкая (официальная) стоимость медицинских услуг (труд персонала, стоимость госпитализации);
- государственная система здравоохранения;
- дефицит финансовых ресурсов;
- высокие ожидания населения.

В качестве обоснования необходимости развития системы ОМТ в Республике Беларусь, как и в других странах с аналогичными или близкими половозрастной структурой и доходами населения [11–14], выделяют рост потребности в медицинских технологиях (постарение населения, увеличение числа хронических заболеваний); рост количества альтернативных медицинских технологий для решения одних и тех же медицинских проблем; дефицит финансирования; необходимость обоснованности принятия управленческих решений.

Нынешнее состояние системы ОМТ в Беларуси можно охарактеризовать следующим образом:

- интенсивное развитие системы и накопление собственного опыта (развитие формулярной системы, формирование ограничительных перечней с включением в них ЛС с доказанной эффективностью);

- повышение грамотности медицинских работников в области медицины доказательств (дополнительные курсы в вузах и курсы повышения квалификации);

- развитие ОМТ как научного направления разработки методологии и оценки полученных результатов [15, 16];

- повышение потребности организаторов здравоохранения в исследованиях прикладного характера в рамках ОМТ. Так, в стране проводится на научной основе экспертиза лекарственных медицинских технологий с публикацией результатов по следующим проблемам: пероральные антикоагулянты, ивабрадин, монтелукаст, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, комбинированная пероральная терапия СД 2 типа, лечение осложнений СД 2 типа,

ботулотоксин типа А, статины, гепатопротекторы, ИГКС, тромболитики и др. [17–28].

Результат оценки медицинских технологий – это достижение консенсуса всеми заинтересованными сторонами, прежде всего, медицинскими работниками и пациентами, а не сухие экономические выкладки. Мультидисциплинарный подход к системе ОМТ требует мультидисциплинарного коллектива экспертов-аналитиков (специалист по информационному анализу, экономист, социолог, статистик, математик и др.), при этом, центром системы должен являться врач, так как только специалист-профессионал может дать ключевую оценку актуальности и ценности медицинской технологии, разработать дизайн исследования, определить значимые клинические точки и исходы.

В настоящее время единый ориентир для принятия формализованного управленческого решения отсутствует. Так, согласно проведенному анализу стоимости отдельных позиций РФЛС 2016 года (проанализировано 100% документа (1400 позиций); для каждой позиции лекарственного средства в РФЛС, в соответствии с инструкцией (проанализировано более 1500 инструкций), сформирована схема курсового применения), стоимостная приемлемость ЛС различается в сотни раз. Стоимость включенных в РФЛС препаратов за единицу дозирования находилась в диапазоне от 0,004 до 18461 долл. США, курсовая стоимость лечения – от 0,008 (глицерил тринитрат) до 4342235 долл. США (гемцитабин).

В рамках проведения работ по фармакоэкономической оценке применения ЛС в условиях здравоохранения Республики Беларусь была установлена стоимость соблюдения ряда протоколов фармакотерапии хронических заболеваний [29–31], а именно:

в 2016 г. ориентировочные прямые медицинские затраты (стоимость койко-дня и ЛС только по основному заболеванию) для тромбоза глубоких вен (стационарное лечение) составила от 639 до 900 руб. для одного пациента;

в 2012 г. стоимость фрагментов кардиологической помощи при стенокардии, ОКС и реваскуляризации ориентировочно составила от 298 до 4618 долл. США на одного пациента;

в 2017 г. ориентировочная стоимость реализации клинического протокола оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами для пациентов с шизофренией составила для одного из этапов госпитализации от 1068 до 5653 руб., для одного из вариантов амбулаторного лечения – от 391 до 10322 руб. для одного пациента.

Таким образом, возможность обеспечения в реальности общей и равной для всех пациентов с данной патологией доступности реализации клинических протоколов требует предварительной реалистичной клинико-экономической оценки.

Для развития системы ОМТ необходима политическая воля, прежде всего, организаторов здравоохранения, участие всех заинтересованных сторон – лиц, принимающих решения, объединений пациентов и врачей, представителей поставщиков медицинских технологий и т.д. – для обеспечения необходимыми ресурсами проведения ОМТ и применения отчетов по ОМТ в практике. В свою очередь, институционализация и внедрение современной системы ОМТ для принятия решений станут важным рычагом повышения качества и будут способствовать реализации основных принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения.

В настоящее время в нашей стране фактически сложилась система государственно-частного финансирования здравоохранения [32, 33]. И хотя в период с 2000 по 2016 гг. расходы со стороны домашних хозяйств (преимущественно на покупку ЛС и МИ в розничной аптечной сети) возросли с 16 до 36% текущих расходов на здравоохранение [34], а доля связанных с медициной и здравоохранением расходов частного сектора в 2012–2017 гг. выросла с 1,2 до 1,8% ВВП [35], в целом, до сих пор больничные организации на 95%, а амбулаторные – на 83,5% финансируются государством [36]. То есть, основным плательщиком в системе здравоохранения Республики Беларусь остается государство. В перспективе, с увеличением в стране числа пожилых людей с небольшими доходами, возможным ростом заболеваемости инфекционными заболеваниями из-за миграционных процессов (СПИД, туберкулез), можно ожидать повышения потребности в стационарном лечении со стороны пациентов (отсутствие или недостаток эффективной амбулаторной терапии может приводить к хронизации или усугублению заболеваний) и, соответственно, роста государственных расходов. Таким образом, необходимо перспективное развитие планирования в отношении политики принятия управленческих решений относительно выбора медицинских технологий для государственного финансирования в системе здравоохранения и развития импортозамещающей медицинской промышленности. Частью подобной стратегии также является функционирующая система ОМТ.

Государственное финансирование здравоохранения осуществляется за счет средств республи-

канского и местных бюджетов в рамках определенных нормативных правовых актов. В соответствии со статьей 14 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» [37], оказание медицинской помощи пациентам осуществляется на основании клинических протоколов (КП); порядок включения в них отдельных медицинских технологий регламентирован [4]. Основой выбора медицинских технологий (лекарственных и нелекарственных) для бюджетного возмещения (при проведении государственных закупок за счет средств республиканского и местных бюджетов, бесплатном/льготном обеспечении лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей) служат ПОЛС и республиканские формуляры ЛС и МИ [37–40]. Амбулаторная терапия регламентируется этими же документами, но право выбора стратегии лечения остается за врачом (за исключением льготных категорий населения). Амбулаторное лечение для большинства граждан страны осуществляется за собственные средства (за исключением услуг, оказываемых в государственных амбулаторно-поликлинических организациях) [41]. Сами пациенты не могут оценить рациональность предлагаемых им врачами способов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. Поэтому контроль государства за содержанием клинических протоколов является как способом обеспечения рационального использования бюджетных средств, так и заботой о рациональном использовании средств населения и возможностью оказания своевременной информационной поддержки специалистам здравоохранения. При этом, критерии, на основании которых ответственные лица принимают решение о выборе медицинских технологий для нормативных документов и, соответственно, распределяют бюджетные средства и личные средства пациентов, сформулированы недостаточно четко.

В стране сформирована стройная система регистрации лекарственных средств, регистрации побочных реакций лекарственных средств и существуют элементы экспертной ОМТ (комиссии и комитеты по разработке ограничительных списков и клинических протоколов, институт главных специалистов и т.д.). Однако, в инструкциях, регламентирующих разработку этих документов, отсутствуют экономические (или клинико-экономические) параметры для принятия решений. При достаточно определенных критериях клинической эффективности отсутствуют четкие экономические критерии приемлемости применения медицинской технологии или основания для выбора из нескольких альтернатив. Отсутствуют система и стандар-

тизованный подход – практика формализованной подготовки документов по клинико-экономическому анализу и его интерпретации и обоснованию соответствующего (экономического, социального, экологического, политического, морально-этического) бремени при внедрении/невнедрении медицинской технологии для общества, организации, личности. В стране, в отличие от развитых западных государств, отсутствует многолетний опыт аналитики в области частной медицины, медицинского страхования, медицинской промышленности [42]. Создающиеся в последнее время организации пытаются копировать в своей работе, в основном, западные образцы. В то же время, в Беларуси существуют собственные особенности (экономические, социальные, эпидемиологические), которые могут быть учтены только путем разработки научно-практических программ в организациях, связанных со здравоохранением (государственных, частных, промышленных, страховых), или путем тщательной адаптации иностранных разработок.

В руководстве по формированию национальной модели ОМТ (EUnetHTA, 2012) предлагается территориальный принцип ОМТ, который основывается на следующих последовательных этапах [43]:

1. Оценка проблемы со здоровьем и текущего использования технологии.
2. Описание и технические характеристики технологии.
3. Характеристика точности диагностического процесса при использовании технологии.
4. Оценка клинической эффективности медицинской технологии.
5. Оценка безопасности медицинской технологии.
6. Экономический анализ результатов внедрения новой медицинской технологии.
7. Оценка локальных социальных и моральных приоритетов в связи с возможным использованием новой медицинской технологии.
8. Оценка организационных аспектов внедрения новой медицинской технологии в существующей системе организации здравоохранения.
9. Возможные социальные последствия в результате внедрения новой медицинской технологии.
10. Правовой анализ возможности и целесообразности внедрения новой медицинской технологии с учетом локальных и международных законов.

В руководстве обращается внимание на учет приоритетов в процессе принятия решений об использовании конкретных медицинских техноло-

гий. Одним из важнейших принципов ОМТ является принятие во внимание распространенных социальных и моральных норм и ценностей, актуальных для рассматриваемой технологии. В общем, эти принципы предлагается представлять в виде трех основных взаимовлияющих аспектов: приоритеты государства и граждан – ожидания общества от системы здравоохранения – возможности обеспечения и внедрения медицинских технологий. Эти принципы политики ОМТ предполагают явное и однозначное определение данных основных трех аспектов при рассмотрении каждой медицинской технологии в соответствующих национальных руководствах [43].

На принятие любого управленческого решения влияют множество факторов: опыт и знания лиц, принимающих решение, привычки и традиции, сложившаяся практика, ограниченность финансовых ресурсов, результаты опросов и исследований, аналитические данные и выводы экспертов, политическая воля, лоббирование интересов, общественное мнение. То есть, процесс принятия управленческого решения является сложной совокупностью взаимодействия заинтересованных сторон [44]. Можно выделить уровни принятия решений (микроуровень – решение на уровне конкретного пациента или работника системы здравоохранения; мезоуровень – решение на региональном уровне, на уровне учреждения здравоохранения; макроуровень – решение на уровне государства). В каждом случае лицам, принимающим решение, приходится учитывать разные экономические, социальные, политические, этические интересы и обстоятельства [45]. На рис. 1 представлена общая схема принятия управленческого решения и перспективное место ОМТ в этом процессе [45, 46]. Чрезвычайная сложность и технологичность современной медицины требует профессиональной ОМТ практически на всех этапах принятия управленческого решения в здравоохранении. Сбор информации о проблеме требует систематического подхода, использования наиболее авторитетных источников информации и ее точной статистической оценки. Формулировка цели и способов ее достижения требует разработки и полноценного анализа альтернативных сценариев с исследованием влияния возможных изменений ситуации. Механизм принятия решения должен быть максимально прозрачным и формализованным для того, чтобы в одинаковых ситуациях использовались одинаковые критерии принятия решения. ОМТ результатов на этапе внедрения позволит оценить правильность принятых решений и подготовить почву для дальнейшего эволюционного развития. ОМТ должна проводиться в течение жиз-

ненного цикла технологии, от этапов проектирования и исследования, стандартизации применения, до устаревания или утилизации. В зависимости от цели ОМТ может включать в себя исследование одного или нескольких свойств или других воздействий медицинских технологий и приложений. К ним могут относиться: безопасность, эффективность технологии, технические характеристики, экономические характеристики и последствия, а также социальные, правовые, этические или политические последствия.

В процессе ОМТ осуществляются два процесса: анализ и принятие решений на основании анализа. Эти процессы соответственно связаны с научной оценкой и экспертизой, с которыми, в свою очередь, имеют дело исследователь и политик. Интересы исследователей и политиков, их мотивации и методы деятельности существенно отличаются, поэтому эти группы могут оказывать взаимное влияние друг на друга как в процессе ОМТ, так и при формировании политики. Важно разделить эти два понятия и разобрать роль каждого в процессе ОМТ и принятия решений по соответствующим результатам оценки. При обобщении понятий «политик» и «эксперт» в контексте темы ОМТ, следует заметить, что «целенаправленный курс действий» политика базируется на определенном опыте, то есть на знаниях об объекте исследования *a priori*. Уверенность в априорном знании может быть основана как на предыдущем научном опыте, так и на основании политической концепции группы, которую представляет политик.

В рамках темы ОМТ политиками представлены государственные выборные и назначенные деятели, служащие, осуществляющие экспертные оценки, менеджеры в медицинских учреждениях, члены медицинских корпораций, медперсонал, участвующий в разработке клинических рекомендаций, различные комитеты по принятию решений в медицине [45, с.69]. У всех этих людей есть определенный опыт или предписание к определенному вектору действий.

Соответственно эксперт (лат.: опытный) определяется как специалист, который выдает квалифицированное заключение или высказывает суждение по вопросу, рассматриваемому или решаемому другими людьми, менее компетентными в этой области.

Политики и исследователи по-разному относятся к знаниям (обиходно и научно соответственно): первые требуют своевременный результат исследований, а исследователи привыкли к систематической работе до тех пор, пока не будет получен научный результат. У политиков достоверность

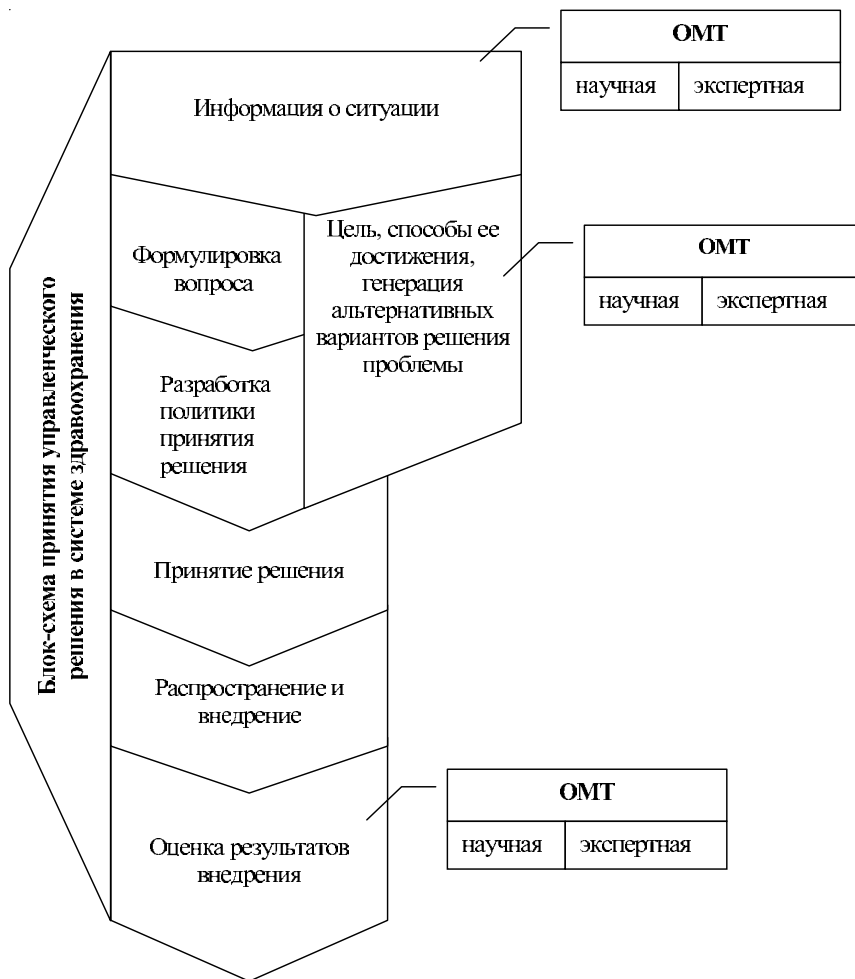


Рис. 1. Место применения ОМТ при принятии управленческого решения в системе здравоохранения

информации определяется бытовыми понятиями разумности и здравого смысла, а исследователь определяет достоверность по результатам эксперимента. Формат представления информации у политиков должен быть краткий и однозначный, а исследователи представляют исчерпывающую фактологию и делают множество допущений и оговорок, что иногда не позволяет выбрать то или иное решение.

Взаимодействие между политиками и исследователями, роль каждой стороны в процессе ОМТ, особенности применения результатов исследования – все это во многом зависит от социальной модели общества [47]. В авторитарном обществе исследователи и результаты их работы всегда будут на втором месте в сравнении с важностью определенного тенденциозного политического решения. Однако, в современном демократическом обществе, основанном на знаниях, результаты научных исследований оказывают первостепенное влияние на принятые политические решения. Внедрение науч-

ного подхода неизбежно повлечет за собой увеличение открытости и подотчетности решений и действий правительства. В таком обществе снижается роль авторитета, а социальные и экономические реформы являются более успешными. В обществе с низким уровнем коррупции и высоким уровнем прозрачности деятельности политиков у последних возникает устойчивая мотивация служить обществу. Поэтому такие политики заботятся, прежде всего, об эффективности здравоохранения и экономии наличных ресурсов. В этом случае политик, определяя приоритеты здравоохранения, может существенно и правомерно влиять на выбор темы ОМТ, результаты внедрения которой позволят получить экономический эффект.

Инициатором проведения ОМТ могут выступать любые заинтересованные стороны: как государственные, так и частные структуры. Соответственно различными могут быть поставленные перед ис-

следователями задачи. В случае государственного заказа более вероятно влияние политической и социальной составляющих принятия решения. В случае заказа со стороны частных компаний основной задачей будет являться полезность итогов исследования для собственно компании.

Развитие ОМТ определяется в первую очередь нуждами политики; ее цель – оказать поддержку при разработке тактики принятия решений, поэтому основное условие успешного процесса ОМТ – выбор тем по рассмотрению для решения конкретных стратегических или тактических задач государства или организации любой формы собственности. Формулировка задач и основного вопроса исследования требует тщательной проработки, так как его четкость повышает точность прогноза.

Качество как собственно исследования, так и экспертной оценки зависит от профессиональной компетентности специалистов, выполняющих работы. Как научная, так и экспертная команды должны включать клиницистов, медицинских статис-

тиков, специалистов в области доказательной медицины, клинических фармакологов (в случае оценки лекарственных средств), специалистов по медицинской технике (в случае оценки медицинского оборудования), медицинской этике, экономике, информационному анализу и т.д. В мировой практике не существует четких критериев и индикаторов квалифицированности специалистов в области ОМТ, так как все специалисты знакомятся с основами доказательной медицины и элементами ОМТ в университетах. Тем не менее, организации, проводящие ОМТ, для привлечения экспертов разрабатывают собственные квалификационные требования, в соответствии с которыми проводится отбор экспертов. Основным квалификационным требованием является наличие знания инструментов доказательной медицины, владение английским языком и четкое знание методологии процесса ОМТ. Важным вопросом является непредвзятость исследователей. Это сложно гарантировать, особенно в случае заказа со стороны частной компании, заинтересованной в положительном результате исследования. Поэтому принципиально разделение научной (научно-практической) и экспертной оценки медицинской технологии [46, 48].

Стандартизированная и формализованная система оценки медицинских технологий является одной из возможностей обеспечения справедливости и равнодоступности к ресурсам системы здравоохранения всем участникам процесса, как со стороны поставщиков медицинских услуг, так и потребителя. Экономическая оценка – фундаментальная основа системы принятия управленческого решения при выборе медицинской технологии для приоритетного финансирования. Фармакоэкономический анализ, как частный случай экономической оценки лекарственной терапии, представляет собой элемент системы оценки медицинских технологий.

В перечень стандартных методов фармакоэкономического анализа, как правило, входят основные (анализ «затраты – эффективность», анализ минимизации затрат, анализ «затраты – полезность», анализ «затраты – выгода») и вспомогательный (анализ стоимости болезни, ABC/VEN-анализ, DDD-анализ) методы [5, 49–52].

Анализ «затраты – полезность» (cost-utility analysis; CUA) – тип клинко-экономического анализа, при котором проводят сравнительную оценку затрат и результатов лечения двух и более вмешательств, эффективность которых различна, а результаты вмешательства оцениваются в единицах «полезности» с точки зрения потребителя ме-

дицинской помощи (например, качество жизни); при этом наиболее часто используется интегральный показатель «сохраненные годы качественной жизни» (QALY) [5, 49, 50, 52]. В мире это наиболее часто используемый вид анализа.

Инкрементальный анализ – анализ дополнительных затрат и дополнительных клинических результатов, связанных с различиями методов лечения. Он используется в ситуации, когда предлагаемый метод терапии дороже, но и доказано эффективнее альтернативного [49, 50, 52]. В результате анализа мы получаем некую сумму, которую необходимо заплатить дополнительно к уже затраченным деньгам за дополнительную единицу эффективности. В западных исследованиях чаще всего используется показатель «стоимость дополнительного года сохраненной качественной жизни» (QALY – Quality-Adjusted Life Years). В итоге, полученные данные используются для принятия управленческого решения о возмещении (или невозмещении) затрат на более дорогую медицинскую технологию со стороны основного плательщика (страховой организации, бюджета и т.д.).

Общепринятым в мировой практике подходом для использования показателя QALY при принятии управленческого решения является «порог готовности платить» (далее – ПГП) [20]. Это техническая величина, отражающая сумму (в национальных денежных единицах страны), которую общество готово потратить на достижение определенного терапевтического эффекта или неких суррогатных точек для данной категории больных. Отсутствие национальных данных о величине «порога готовности платить» и потребность в формировании критериев формализованного принятия управленческого решения при выборе медицинской технологии из ряда альтернатив делают актуальным проведение локальных исследований в этой области.

Исследование национального порога готовности платить, проведенное на представителях белорусской популяции, позволило провести аналитическую оценку значения порога готовности платить как коэффициента для оценки инкрементальных значений при проведении фармакоэкономического анализа. Уровни ПГП, полученные при опросе населения, не представляется возможным использовать при фармакоэкономических исследованиях приемлемости применения новых дорогостоящих медицинских технологий. На этом основании при принятии соответствующих решений более приемлемым является использование критерия Всемирной организации здравоохранения (трехкратного ВВП на человека в год) или сум-

мы, эквивалентной стоимости года дополнительной качественной жизни пациента с хронической почечной недостаточностью, находящегося на гемодиализе, так как данная патология является идеальной экономической моделью показателя качественного сохраненного года жизни, поскольку при прекращении лечения пациент погибает.

18000 долларов США в год (примерное значение трехкратного ВВП на человека в год для 2015–2016 гг. – времени планирования и проведения исследования по данному вопросу в РНПЦ МТ) являются очень значительной суммой. Для большинства опрошенных такие расходы в случае заболевания возможны только в случае их компенсации или поддержки государством. 72,5% опрошенных считают, что оплата из бюджета такой суммы является разумной.

Проведенное исследование и анализ фактической ситуации дали возможность получить научное доказательство относительной приемлемости использования стандартных международных подходов инкрементального фармакоэкономического анализа и приоритетности анализа «стоимость болезни» как пороговой величины, необходимости дифференцировать медицинские технологии на виды, и в зависимости от вида – регламентировать вид клинико-экономического анализа, необходимости широкого внедрения анализа влияния на бюджет и определения целевой популяции для внедрения медицинской технологии.

На основе полученных результатов, а также опыта выполнения работ и экспертиз по фармакоэкономическому анализу предложена прагматическая классификация медицинских технологий с выделением отдельных видов ОМТ, позволяющих стандартизировать подходы к выполнению клинико-экономических (фармакоэкономических) исследований и последующую клинико-экономическую экспертизу, задачей которой является формирование дифференцированного подхода к экономической оценке медицинской технологии при вынесении ее на обсуждение для возмещения затрат со стороны бюджета [9, 53]. Классификационная система включает шесть классов. Термин «прагматическая» в данной классификации используется в классическом философском значении (от древнегреческого *πραγμα* – дело, действие – философское течение, базирующееся на практике как критерии истины и смысловой значимости). Предлагаемая классификация отвечает интересам практического дифференцированного выбора методов клинико-экономического (фармакоэкономического) анализа.

В классификации используется ряд терминов и определений:

оригинальная медицинская технология – медицинская технология, отличающаяся от всех ранее применяемых медицинских технологий, допустимая безопасность и эффективность которых подтверждены результатами доклинических исследований и клинических испытаний (неоригинальными, аналогичными (взаимозаменяемыми) можно считать технологии, если они сравнимы по функциональному назначению и техническим характеристикам и способны заменить друг друга с сопоставимой или различной эффективностью; проблема взаимозаменяемости медицинских технологий сложна – причина кроется в исключительно большом разнообразии медицинских технологий – по назначению, принципу действия, конструктивным особенностям, уровню сложности, техническим и технологическим характеристикам);

генерическая медицинская технология – медицинская технология, сравнимая по функциональному назначению и техническим характеристикам и способная заменить другую медицинскую технологию с сопоставимой или различной эффективностью;

гибридная медицинская технология – медицинская технология, сравнимая по функциональному назначению, но отличающаяся по техническим характеристикам и способная заменить другую медицинскую технологию с сопоставимой или различной эффективностью;

медицинская технология – любые определенные набор и последовательность динамически взаимосвязанных медицинских услуг, медицинских вмешательств и работ в здравоохранении, которые могут быть использованы для укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации пациентов или обеспечения ухода, включая лекарственные средства, медицинские изделия, процедуры, манипуляции, операции, скрининговые, профилактические программы и организационные системы;

орфанная медицинская технология – медицинская технология, предназначенная для диагностики, медицинской профилактики, лечения и медицинской реабилитации пациентов с редкими заболеваниями.

Предлагаемая прагматическая классификация медицинских технологий имеет следующий вид:

1. Оригинальные медицинские технологии (аналоги на национальном рынке медицинских услуг не представлены; аналоги не представлены в перечнях лекарственных средств и медицинских

изделий, возмещение которых происходит из бюджета).

2. Орфанные медицинские технологии (для лечения редких заболеваний).

3. Паллиативные медицинские технологии (используются при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, направлены на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, независимо от их нозологической формы, в целях улучшения качества жизни пациента).

4. Медицинские технологии неоригинальные – гибридные (медицинская технология, сравнимая по функциональному назначению, но отличающаяся по техническим характеристикам и способная заменить другую медицинскую технологию с сопоставимой или различной эффективностью; на рынке медицинских услуг имеются аналоги; применение медицинской технологии приводит к сходному результату с уже имеющийся технологией или имеются дополнительные преимущества в отношении критериев эффективности, на которые уже оказывается воздействие; механизм действия новой технологии отличается от имеющейся) – например, кардиохирургия и фармакотерапия ИБС, хирургическое вмешательство или фармакотерапия при ДГПЖ.

5. Медицинские технологии неоригинальные – генерические (сравнимы по функциональному назначению и техническим характеристикам и способны заменить друг друга с сопоставимой или различной эффективностью; на рынке медицинских услуг имеются аналоги; применение медицинской технологии приводит к сходному результату с уже имеющейся технологией или имеются дополнительные преимущества в отношении критериев эффективности, на которые уже оказывается воздействие; механизм действия новой технологии сходен с имеющейся) – например два гипотензивных ЛС.

6. Имиджевые медицинские технологии (медицинские технологии, влияющие на глобальные показатели в области здравоохранения, служащие для оценки качества работы системы здравоохранения и социального обеспечения ВОЗ, внутренний и внешний облик государства и его репутацию) – например, трансплантология, таргетные ЛС.

Отнесение (научное или экспертное) исследуемой медицинской технологии к определенному классу будет способствовать адекватному выбору методов экономического (клинико-экономического, фармакоэкономического) анализа с расчетом коэффициентов, интерпретация которых воз-

можно в условиях национальной системы здравоохранения.

С целью адекватного выбора методов экономического (клинико-экономического, фармакоэкономического) анализа предлагается выделить следующие виды ОМТ:

краткий обзор эффективности и безопасности медицинской технологии;

клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ;

базовая ОМТ (включает анализ стоимости болезни и анализ влияния на бюджет);

полная ОМТ (включает анализ стоимости болезни, анализ влияния на бюджет, клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ).

Краткий обзор проводится с целью предоставления в кратчайшие сроки научных свидетельств об эффективности и безопасности медицинской технологии для последующего принятия в отношении нее клинического (политического) решения и планирования дальнейшей процедуры ОМТ.

Клинико-экономический (фармакоэкономический) анализ заключается в сравнении оцениваемой медицинской технологии с подходящей медицинской технологией сравнения с точки зрения эффективности, безопасности и затрат и вычисления затратно-эффективных и/или инкрементных показателей (в случае выявления преимуществ одной технологии над другой). Основные методы, применяемые при реализации этого вида ОМТ, – анализ «затраты – эффективность», «затраты – полезность».

Базовая ОМТ включает в себя краткий обзор эффективности и безопасности медицинской технологии, анализ «стоимость болезни» (проводится для оценки бремени заболевания в системе здравоохранения Республики Беларусь и для общества, а также для оценки бремени клинического протокола в условиях национального здравоохранения) и анализ влияния на бюджет с возможной оценкой целевой популяции (проводится для оценки финансовых последствий внедрения медицинской технологии в существующие подходы к ведению пациента с определенной нозологией). В отдельных случаях возможно проведение анализа минимизации затрат.

Полная ОМТ включает в себя все вышеперечисленные методы и способы оценок или их комбинацию (в том числе, в перспективе – использование метода мультикритериального анализа принятия решений). При проведении полной ОМТ могут оцениваться также этические, социальные, организационные и правовые аспекты внедрения медицинских технологий.

Предлагаемая прагматическая классификация медицинских технологий позволяет дифференцированно подойти к выбору методов экономической оценки при проведении научного этапа и формализовать требования к предоставлению информации для экспертов при экспертном этапе оценки медицинской технологии (клинико-экономической экспертизе).

Таким образом, формируется не техникоцентрическая, а эксцентрическая система оценки медицинских технологий, в которой в качестве базовой «точки отсчета» принимается уже имеющийся уровень оказания медицинской помощи, а ключевым моментом является позиционирование технологии в уже имеющейся структуре оказания медицинской помощи. Ключевыми видами анализа для определения ценности медицинской технологии становятся анализ стоимости болезни и анализ влияния на бюджет. Само значение ценности является относительным, то есть зависит от условий применения МТ.

Предложения по организационной структуре системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь

В рамках исследования [9] научно обоснованы принципы разделения научного и экспертного уровней системы ОМТ и разработаны предложения по обеспечению их согласованного функционирования.

Задачей научно-практического уровня ОМТ, реализуемого на уровне специалистов, обеспечивающих подготовку заявлений для включения ЛС или МИ в ограничительные перечни, инициативных групп по формированию клинических протоколов, авторов инструкций по применению новых методов лечения, профилактики, диагностики, а также на уровне производителей ЛС и МИ, является, в основном, подготовка (собственными силами (при наличии опыта, навыка и квалификации) или с привлечением сторонних специалистов) внятного экономического обоснования с использованием одного или нескольких общепринятых методов ОМТ и предложений по импортозамещению или/и выпуску и реализации инновационной продукции.

Задача экспертного уровня ОМТ (с привлечением специалистов, компетентных в области предлагаемой технологии) – обсуждение правомочности применения модельного исследования, литературных данных, использованных для проведения ОМТ, методов, выбранных для ОМТ и интерпретации результатов, экспертиза и контроль качества и корректности представленных для рассмотрения данных ОМТ с оформлением рекомен-

даций для принятия управленческого решения. Частные организации для проведения ОМТ могут использовать как собственные внутренние команды, так и внешние организации [48, 54–56].

В случае проведения работ по ОМТ в рамках государственного заказа, проведения государственной клинико-экономической экспертизы, под которой понимается оценка зарегистрированной медицинской технологии (лекарственного средства), основанная на анализе информации о сравнительной доказанной клинической и клинико-экономической (фармакоэкономической) эффективности и безопасности МТ (ЛС), а также экономических последствий ее применения в целях оценки целесообразности включения медицинской технологии в КП, РФЛС, ПОЛС, РФМИ и иные документы, определяющие порядок оказания медицинской помощи, или исключения ее из указанных документов, на государственном уровне необходима соответствующая структура (отдел, подразделение государственного учреждения или самостоятельная независимая организация) с соответствующим штатом, бюджетом, полномочиями создания временных административно и финансово независимых команд, включающих специалистов в разных областях (клиницист, математик, статистик, специалист по информационному анализу, медицинскому оборудованию и т.д.) в зависимости от задач исследования (рис. 2 [9]).

В качестве основы создания организационной структуры ОМТ в Республике Беларусь использован опыт проведения фармакоэкономического анализа в условиях национального здравоохранения и анализ имеющихся возможностей экспертизы отбора медицинских технологий для бюджетного возмещения, а также принцип разделения ОМТ на научный и экспертный этапы.

Поскольку ОМТ – это научно-исследовательская работа, то рабочим органом по проведению государственной клинико-экономической экспертизы может являться только государственная медицинская научно-исследовательская организация (РНПЦ), к уставной деятельности которой относятся проведение научных исследований по проблемам организации оказания медицинской помощи и нормативно-правовое и методологическое обеспечение этого процесса и в структуре которой создается экспертное подразделение – отдел ОМТ.

Государственная структура по осуществлению ОМТ может также проводить научный этап ОМТ (при заказе заявителя МТ (ЛС), наравне с негосударственными организациями, компетентными в проведении ОМТ, и (или) внутренними струк-

турами заявителя). Следовательно, при формировании команды в государственной экспертной организации, должна быть учтена возможность проведения как государственной КЭЭ (ФЭЭ) медицинской технологии (лекарственного средства) (основная деятельность), так и стандартной научной оценки медицинской технологии (КЭА для МИ, ФЭА для ЛС).

В связи с этим, предлагается [9]:

организация в составе экспертного подразделения (отдела ОМТ) группы методологического обеспечения проведения оценки технологий в здравоохранении в Республике Беларусь;

введение в штатное расписание должностей специалистов с соответствующим образованием, квалификацией и подготовкой для анализа материалов по оценке клинической эффективности, безопасности и клинико-экономической целесообразности применения технологий в здравоохранении;

разработка специалистами группы методологического обеспечения проведения ОМТ соответствующей нормативно-методологической доку-

ментации по формированию структурированной двухуровневой (научный и экспертный) организационной структуры ОМТ в Республике Беларусь;

обеспечение возможности для достижения независимости всей или части структуры ОМТ (отсутствие влияния со стороны государственных и негосударственных организаций);

включение в состав экспертного совета при Министерстве здравоохранения специалистов по ОМТ;

обеспечение финансирования структур ОМТ в соответствии с разработанным штатным расписанием и возможностью использования стимулирующих подходов к оплате труда;

рассмотрение возможности формирования временных рабочих групп для проведения ОМТ в зависимости от потребности проведения научного или экспертного этапов.

В отношении лекарственного обеспечения, экспертное подразделение (отдел ОМТ) может осуществлять организацию и проведение комплексных работ по [9]:

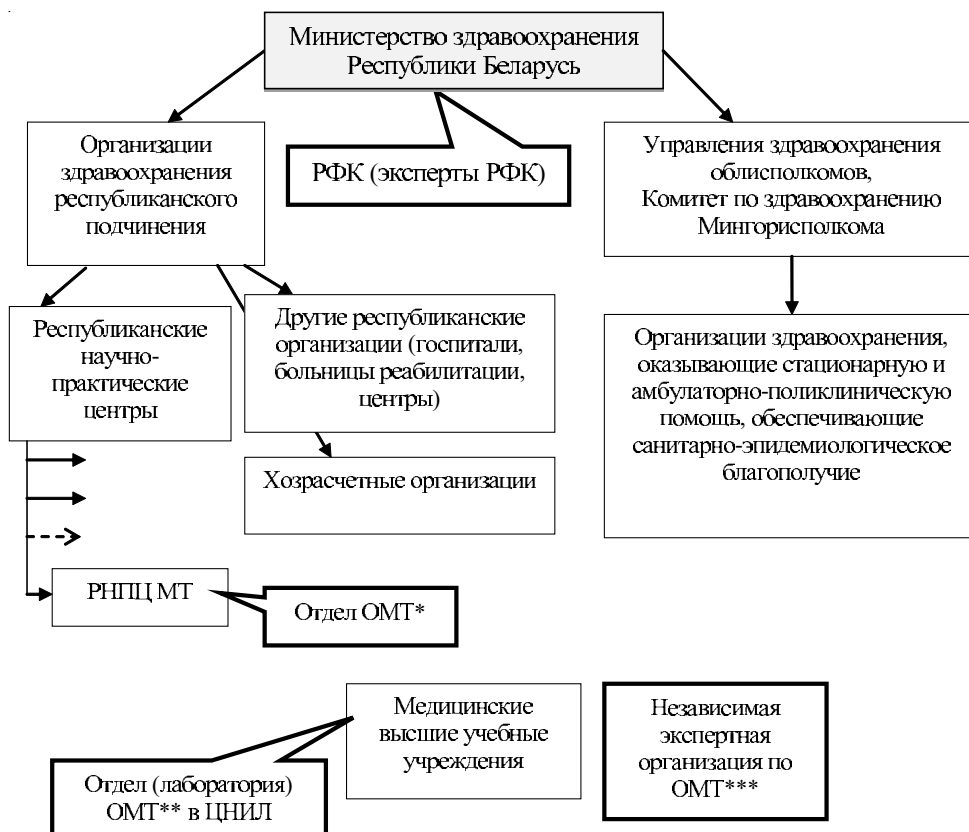


Рис. 2. Проект интеграции отдела ОМТ в организационно-управленческую структуру Министерства здравоохранения Республики Беларусь
(структура по ОМТ может являться подразделением Республиканского научно-практического центра (*); может быть интегрирована в структуру белорусских медицинских ВУУ (**); может представлять собой независимую экспертную организацию (***))

экспертизе клинико-экономического раздела Предложения о включении (исключении) ЛС в РФЛС (сведения о фармакоэкономических исследованиях и расчетах, заполняемые при наличии результатов отечественных ФЭИ, в соответствии с одним из видов экономической оценки: «стоимость болезни», «минимизации затрат» и «затраты – эффективность»);

экспертизе клинико-экономического раздела Заявления о включении (исключении) ЛС в ПОЛС (сведения о фармакоэкономических исследованиях и расчетах, заполняемые при наличии результатов отечественных ФЭИ, в соответствии с одним из видов экономической оценки: «стоимость болезни», «минимизации затрат» и «затраты – эффективность»);

экспертизе анализа минимизации затрат («затраты – эффективность») с расчетом стоимости лечения предлагаемым ЛС и ЛС данной фармакотерапевтической группы, уже включенным(и) в РФЛС (при наличии ЛС сравнения);

экспертизе результатов ABC/VEN/DDD анализов потребления ЛС, представленных заявителями при представлении пакета документов для включения ЛС в РФЛС;

экспертизе результатов ABC/VEN/DDD анализов потребления ЛС, представленных заявителями при представлении пакета документов для включения ЛС в ПОЛС;

экспертизе научно обоснованных данных о клинико-экономических преимуществах (или приемлемости) ЛС при определенном заболевании, синдроме или клинической ситуации, представленных в соответствии с требованиями к представлению информации о предлагаемом (заявляемом) ЛС и порядком проведения клинической и экономической экспертизы ЛС при формировании РФЛС и ПОЛС;

организации и проведению клинико-экономических исследований лекарственных средств;

организации экспертизы документов технических заданий для проведения клинико-экономических исследований для определения экономической целесообразности применения ЛС на территории Республики Беларусь;

Специалисты отдела ОМТ должны осуществлять [9]:

ведение Реестра национальных клинико-экономических исследований лекарственных средств в условиях здравоохранения Республики Беларусь;

ведение электронной базы данных нормативных документов, используемой при выполнении фармакоэкономических исследований;

методическое руководство и консультирование специалистов, осуществляющих фармакоэкономические исследования в Республике Беларусь;

проведение информационно-методологических мероприятий по вопросам, входящим в компетенцию;

разработку программ и проведение семинаров по вопросам фармакоэкономического анализа в условиях здравоохранения Республики Беларусь;

рассмотрение обращений граждан и юридических лиц и подготовку проектов ответов по вопросам, входящим в компетенцию;

разработку проектов нормативных правовых актов и технических нормативных правовых актов Республики Беларусь, международных и межгосударственных нормативных правовых актов в пределах компетенции.

Также в отделе ОМТ может проводиться апробация методов клинико-экономического исследования лекарственных средств и медицинских изделий.

Планово-экономический отдел государственной научно-исследовательской организации, имеющей в своей структуре экспертное подразделение по ОМТ, может осуществлять [9]:

формирование ценовой и экономической политики подразделения на основании действующих нормативных актов;

формирование финансового плана (бизнес-плана) подразделения, контроль за ходом его выполнения, организацию ведения государственной отчетности;

анализ состава затрат при формировании цен на услуги подразделения;

контроль соблюдения государственной финансовой дисциплины при заключении договоров и осуществлении экономической и хозяйственной деятельности подразделения;

внутренний финансовый контроль за правильностью применения цен (тарифов) на услуги, оказываемые подразделением;

разработку сметной документации.

Бухгалтерия государственной научно-исследовательской организации, имеющей в своей структуре экспертное подразделение по ОМТ, должна будет заниматься организацией и ведением бухгалтерского учета и составлением бухгалтерской и статистической отчетности; подготовкой проектов приказов и распоряжений по вопросам, относящимся к компетенции.

Группа секретариата экспертного подразделения (отдела ОМТ) должна будет заниматься организацией, ведением, обеспечением и совершенствованием делопроизводства, организацией ра-

боты реестра; контролем сроков выполнения заданий, исследований, экспертиз и иных работ в рамках компетенции; информационным обеспечением (работа с базами данных, регистрами) проведения клинко-экономических (фармакоэкономических) исследований.

Следует отметить, что осуществление всех этих работ возможно только при наличии, а, следовательно, систематической подготовке и переподготовке экспертов в области доказательной медицины, статистики, клинко-экономического анализа.

При реализации указанного подхода при создании структурных элементов ОМТ будут созданы условия для качественного обоснования, разработки, экспертизы инвестиционных и научно-практических программ в системе здравоохранения и медицинской промышленности, формирования и пересмотра ограничительных документов, регламентирующих применение технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации за счет бюджетного и частного финансирования (клинические протоколы, перечень основных лекарственных средств, республиканские формуляры), оценки перспектив новых медицинских продуктов на рынке Республики Беларусь, оказания помощи в преодолении разногласий между специалистами системы здравоохранения при выборе медицинских технологий, обоснования долгосрочного планирования и повышения прозрачности принятия управленческих решений в системе здравоохранения.

При планировании научной экспертизы медицинской технологии руководитель профильного экспертного подразделения по ОМТ государственной научно-исследовательской организации (10% участия в общем объеме работ, осуществление общего руководства и заключительный контроль), получая задание, рассматривает состав команды для выполнения задания, планирует длительность исследования (в среднем 6 месяцев, срок увеличивается или уменьшается по согласованию со специалистами).

В случае базового варианта это:

универсальный специалист по ОМТ (в случае ЛС с квалификацией клинического фармаколога со специальной подготовкой; в случае ЛС, хирургических технологий и др. – с наличием публикаций по фармакоэкономическому анализу) (40% участия);

второй универсальный специалист или клинический специалист в области исследования (гематолог, кардиолог и т.д. – с наличием публикаций по фармакоэкономическому анализу и анали-

зируемой медицинской технологии) со специальной подготовкой (40% участия);

специалист экспертного подразделения государственной научно-исследовательской организации, отвечающий за получение статистических и других данных (10% участия).

При необходимости (клинко-экономический анализ, включающий анализ «стоимость болезни», анализ влияния на бюджет, анализ «затраты – эффективность» и (или) «затраты – полезность», оценку целевой популяции, потребность универсальных специалистов в дополнительных консультациях) (расширенный вариант) – 2 универсальных специалиста + клиницист (35% + 35%), клинический специалист (10% участия), а также специалист, отвечающий за получение статистических и других данных (10% участия).

Решение о базовом (базовая ОМТ) или расширенном (полная ОМТ) вариантах ОМТ принимается руководителем профильного подразделения по согласованию с заявителем МТ в случае необходимости (повышенный уровень сложности, значительное количество неопределенностей). Возможно (по согласованию) предварительное проведение краткого обзора эффективности и безопасности медицинской технологии для обоснования позиционирования медицинской технологии в прагматической классификации и определения стратегии ОМТ.

В экспертном подразделении научно-исследовательской организации также обязательно наличие квалифицированного специалиста для проведения анализа «стоимость болезни» при экономическом сопровождении разработки клинических протоколов (90% участия) под руководством руководителя подразделения (10% участия).

Для проведения экспертизы при предоставлении результатов клинко-экономического (фармакоэкономического для ЛС) анализа заявитель должен предоставить эксперту информацию в соответствии с прагматичной классификационной системой медицинских технологий.

При этом, эксперт должен (табл. [9]):

оценить достоверность предлагаемого исследования: качество анализа клинической эффективности, безопасности;

оценить достоверность стоимостных показателей, предлагаемых для экспертизы, и достоверность выводов;

сформировать заключение в соответствии с классификационной характеристикой медицинской технологии.

Государственная КЭЭ медицинской технологии проводится в отношении материалов, пред-

Схема заключения эксперта при оценке медицинской технологии

Критерий	Заключение
Достоверность исследования	Достоверное, недостоверное
Клиническая эффективность	Полноценность охвата информации
Клиническая безопасность	Полноценность охвата информации
Оправданность выбора метода клинико-экономического (фармакоэкономического) анализа	Оправдан/не оправдан
Достоверность стоимостных показателей	Достоверны/недостоверны Выборочная проверка значений стоимости (например, одно из десяти значений)
Достоверность расчетов	Достоверны/недостоверны

ставленных в Министерство здравоохранения ее Заявителем, которым является главный специалист Министерства здравоохранения по соответствующему профилю. Заявка формируется на основании предложений по включению определенных МТ в число компенсируемых за счет средств бюджета, представленных в ходе работы профильных клинических комиссий (рабочих групп) по разработке КП.

Задание на проведение КЭЭ национальных проектов, определяющих государственную политику в сфере здравоохранения (национальные скрининговые программы, программы вакцинации и т.д.), формируются непосредственно в Министерстве здравоохранения в соответствии с предложениями управлений и отделов Минздрава.

Количество научных экспертиз, количество и занятость штатных сотрудников планируется перспективно в зависимости от количества подаваемых заявителями заявок на проведение экспертизы и количества специалистов по ОМТ, прошедших соответствующую подготовку.

Правовое регулирование и методологическое обеспечение процесса ОМТ в Республике Беларусь

Успешное функционирование системы оценки медицинских технологий невозможно при отсутствии нормативно-правовой и методологической базы, в частности, утвержденных положений о системе ОМТ, порядка работ по клинико-экономической экспертизе медицинских технологий в Республике Беларусь и других документов с пошагово определяющими последовательность действий по ОМТ инструкциями по применению, характеризующими процессы определения целевой популяции пациентов, прямых медицинских, прямых немедицинских и косвенных затрат, проведение различных видов клинико-экономического анализа, анализа стоимости болезни, анализа влияния на бюджет, мультикритериального анализа и пр.

В результате выполнения НИР нами разработаны проекты Положения о системе оценки меди-

цинских технологий в Республике Беларусь [9, приложение А] и Порядка работ по клинико-экономической экспертизе медицинских технологий в Республике Беларусь [9, приложение Б].

В **Положении о системе оценки медицинских технологий** определены цель и задачи создания системы ОМТ в Республике Беларусь, основные направления государственной политики в области ОМТ, виды (краткий обзор эффективности и безопасности медицинской технологии, КЭА (ФЭА), базовая ОМТ, полная ОМТ) и основные методы (анализ «стоимость болезни», анализ влияния на бюджет, анализ «затраты – эффективность», инкрементальный анализ, анализ «минимизации затрат», анализ «затраты – полезность (утилитарность)», анализ «затраты – выгода», метод моделирования, анализ чувствительности, ABC-анализ, VEN-анализ, частотный анализ) ОМТ, объем исследований, состав и порядок работ по ОМТ в соответствии с целевой структурой (научная и экспертная) ОМТ и классификацией медицинских технологий (оригинальные МТ, неоригинальные гибридные МТ, неоригинальные генерические МТ, орфанные МТ, паллиативные МТ, имиджевые МТ).

Так, цель создания системы ОМТ – содействие устойчивому функционированию системы здравоохранения и рациональному распределению финансовых ресурсов отрасли путем оказания информационной экспертной поддержки лицам, принимающим решение в отношении отбора для внедрения в практику системы здравоохранения Республики Беларусь и финансирования за счет средств бюджета применения медицинских технологий, относительно научной и экспертной оценки эффективности, безопасности и экономического бремени последних, а также предоставления заинтересованным представителям фармацевтической промышленности подготовленной в результате проведенного комплексного клинико-экономического (фармакоэкономического) исследования научной оценки перспективности медицин-

ских технологий (лекарственных средств), планируемых к производству белорусскими фармацевтическими предприятиями.

Основными задачами системы ОМТ являются: информационная поддержка разработки государственной политики и принятия решений относительно выбора медицинских технологий в социальной, экономической и организационной обстановке системы здравоохранения Республики Беларусь;

обеспечение комплексных действий по эффективному использованию ОМТ в практике здравоохранения;

определение стратегии ОМТ для государственных и негосударственных организаций;

определение приоритетных медицинских технологий для проведения ОМТ;

обеспечение научной поддержки принятия решений, касающихся применения медицинских технологий;

поддержка сотрудничества с правительственными, неправительственными и международными организациями по вопросам ОМТ;

формирование инфраструктуры ОМТ и научно-организационное и методологическое сопровождение работ по ее проведению;

организация и проведение образовательных мероприятий в сфере ОМТ;

подготовка и переподготовка специалистов для проведения и развития ОМТ;

формирование и поддержка реестра экспертов по ОМТ.

Основные направления государственной политики в области ОМТ:

соблюдение требований законодательства о применении медицинских технологий;

обеспечение отсутствия конфликта интересов при проведении ОМТ;

обучение, постоянное повышение квалификации сотрудников, участвующих в проведении ОМТ, подготовка, переподготовка и систематическое повышение квалификации медицинских работников в области ОМТ;

систематический анализ вызовов, стоящих перед системой здравоохранения, подготовка и содействие принятию управленческих решений по совершенствованию системы ОМТ.

Результатом работы по ОМТ является оформление отчета по проведенной оценке с рекомендациями для принятия управленческого решения в отношении зарегистрированной в Республике Беларусь медицинской технологии о возмещении расходов на нее из бюджета или рекомендациями производителю медицинской технологии о перспективах ее разработки и вхождения в рынок.

Результативность системы ОМТ оценивается с учетом количества выполненных исследований по ОМТ, принятых по результатам экспертных рекомендаций управленческих решений и проведенных образовательных мероприятий.

Анализ функционирования системы ОМТ должен быть направлен на:

повышение результативности системы ОМТ; выявление потребности в ресурсах, возможностей для улучшения и необходимости изменений в системе ОМТ;

пересмотр политики, целей, методологических подходов в системе ОМТ.

Анализ функционирования системы ОМТ включает следующие основные этапы:

планирование и подготовку данных; анализ системы ОМТ и принятие корректирующих и предупреждающих действий;

анализ результатов выполнения корректирующих и предупреждающих действий и, при необходимости, разработку дополнительных мероприятий.

Установлено, что работу по анализу функционирования системы ОМТ осуществляет отдел ОМТ уполномоченной научно-исследовательской организации.

В отделе ОМТ предполагается сосредоточить всю работу на экспертном уровне (с привлечением внештатных специалистов-клиницистов по профилю оцениваемой МТ), поэтому в его штате должно быть не менее 3 обученных универсальных специалистов по ОМТ, а также 2 специалиста по информационному анализу, 2 специалиста с экономическим, 1 с математическим (статистика) и 1 с юридическим образованием (все специалисты на должностях научных сотрудников).

В **Порядке работ по клинико-экономической экспертизе медицинских технологий** определены исполнители, содержание, принципы, базовые методы и результаты проведения КЭЭ.

Установлено, что КЭЭ проводится в целях обеспечения принятия рационального управленческого решения о финансировании применения определенной МТ за счет средств бюджета при включении или исключении медицинских технологий в клинические протоколы; включении ЛС, МИ в республиканские формуляры; включении ЛС в ПОЛС; формировании национальной политики в сфере здравоохранения (национальные скрининговые программы, программы вакцинации и т.д.).

Планирование деятельности по проведению государственной КЭЭ осуществляется на основании перспективных планов деятельности Мини-

стерства здравоохранения Республики Беларусь на следующий календарный год по разработке и выполнению государственных программ, подготовке и утверждению КП, республиканских формуляров ЛС и МИ, ПОЛС.

КЭЭ проводят штатные сотрудники отдела ОМТ с возможностью привлечения внешних экспертов по профилю исследуемой технологии в соответствии с реестром экспертов, определенным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

После подписания договора на выполнение научно-исследовательской работы по проведению КЭЭ МТ все материалы передаются в отдел ОМТ, в котором проводится анализ достоверности и достаточности материалов; при необходимости, дополнительные материалы запрашиваются у Министерства здравоохранения.

Отдел ОМТ имеет право в рамках проведения КЭЭ запрашивать у государственных организаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь недостающую информацию (источники информации, модели и т.д.).

КЭЭ представленных материалов проводится в соответствии с классификационной характеристикой анализируемой медицинской технологии с установлением адекватности выбора вида КЭА, позиции исследования, дизайна исследования, выбора медицинской технологии сравнения, критериев оценки эффективности, источников данных, а также оценкой достоверности результатов исследования.

Результатом проведения КЭЭ МТ является отчет, утверждаемый руководителем РНПЦ и направляемый в Министерство здравоохранения после завершения КЭЭ.

Отчет о КЭЭ МТ представляется по следующей форме:

1. Название МТ.

2. Оценка предоставленных материалов по КЭА:

2.1. Адекватен ли выбор вида КЭА?

2.2. Указана ли позиция исследования?

2.3. Описан ли дизайн исследования?

2.4. Обоснован ли выбор МТ сравнения?

2.5. Адекватны ли выбранные критерии оценки эффективности?

2.6. Указаны ли источники данных о затратах?

2.7. Описаны ли результаты исследования?

2.8. Оценка результатов исследований.

3. Выводы о предоставленных материалах.

4. В случае отсутствия отечественных КЭИ проводятся краткий обзор эффективности и безопасности МТ, анализ стоимости болезни, для включе-

ния в лечение которой планируется использовать предлагаемую МТ, анализ влияния на бюджет и (или) даются рекомендации по проведению для анализируемой МТ процедуры ОМТ в соответствии с классификационной характеристикой МТ.

5. Заключение о КЭЭ (нужное обозначить и кратко обосновать):

5.1. Передать представителю Министерства здравоохранения для принятия рекомендаций по включению в нормативные документы для оплаты из бюджета;

5.2. Передать представителю Министерства здравоохранения для принятия рекомендаций по отклонению включения в нормативные документы для оплаты из бюджета;

5.3. Необходима дополнительная ОМТ.

Определено также, что отдел ОМТ осуществляет научно-организационное, методологическое и техническое сопровождение деятельности по ОМТ и государственной КЭЭ в Республике Беларусь.

Методологический аппарат проведения КЭИ (ФЭИ) в нашей стране пополнили **4 инструкции по применению** («Определение целевой популяции пациентов при оценке медицинской технологии», «Определение прямых медицинских затрат при клинико-экономическом обосновании внедрения клинических протоколов и новых методов оказания медицинской помощи», «Определение прямых немедицинских и косвенных затрат при оценке медицинской технологии», «Анализ влияния на бюджет при оценке медицинской технологии»), разработанные И.Н.Кожановой с соавт. [57–60].

Вместе с тем, основным препятствием на пути реализации белорусской модели системы ОМТ остается отсутствие упоминания базовых понятий этого процесса (начиная с самого термина «медицинская технология») в действующем законодательстве.

В ходе научных исследований нами уточнены применяемые понятия и на основе проанализированных нормативных правовых актов и методических документов, регулирующих процесс оценки медицинских технологий в Республике Беларусь, разработаны научно обоснованные предложения по внесению соответствующих изменений в национальное законодательство о здравоохранении.

Так, предлагалось законодательно закрепить понятие государственной клинико-экономической (фармакоэкономической) экспертизы, проводимой в целях принятия решений о включении медицинской технологии/лекарственного средства/медицинского изделия (МТ/ЛС/МИ) в КП, РФЛС, ПОЛС, РФМИ и иные документы, определяющие

порядок оказания медицинской помощи, или исключения МТ/ЛС/МИ из указанных документов.

Предлагавшиеся изменения статьи 38 «Порядок обеспечения граждан Республики Беларусь лекарственными средствами, медицинскими изделиями и биомедицинскими клеточными продуктами» Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» были призваны подчеркнуть отнесение РФЛС, ПОЛС и РФМИ к позитивным ограничительным спискам.

Разработчиками законопроекта «Об изменении Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»» наши предложения были приняты, и в тексте документа, вынесенного на общественное обсуждение 21 августа 2019 г., дано определение понятия «медицинская технология» (абзац четырнадцатый части первой статьи 1), а также содержится отдельная статья 37³ «Клинико-экономическая (фармакоэкономическая) экспертиза» в следующей редакции [61]:

«Клинико-экономическая (фармакоэкономическая) экспертиза проводится в целях принятия решения о возможности включения (исключения) медицинской технологии в:

клинические протоколы (в части включения (исключения) медицинских вмешательств);

Республиканский формуляр лекарственных средств, перечень основных лекарственных средств (в части включения (исключения) лекарственных средств);

Республиканский формуляр медицинских изделий (в части включения (исключения) медицинских изделий);

иные документы, определяющие порядок оказания медицинской помощи.

По результатам проведения клинико-экономической (фармакоэкономической) экспертизы выносится экспертное заключение, которое формируется на основании анализа информации о сравнительной доказанной клинической и клинико-экономической (фармакоэкономической) эффективности и безопасности медицинской технологии, а также экономических, социальных и этических последствий ее применения.

Порядок проведения клинико-экономической (фармакоэкономической) экспертизы устанавливается Министерством здравоохранения.»

Новая редакция частей первой и третьей статьи 38 однозначно относит РФЛС, ПОЛС и РФМИ к позитивным ограничительным перечням [61]:

«Граждане Республики Беларусь при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях и условиях отделения дневного пребывания в государственных учреждениях здравоохранения обеспе-

чиваются лекарственными средствами, медицинскими изделиями и биомедицинскими клеточными продуктами в пределах Республиканского формуляра лекарственных средств и Республиканского формуляра медицинских изделий за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов...»

Граждане Республики Беларусь при назначении им контролируемого лечения в амбулаторных условиях в государственных учреждениях здравоохранения обеспечиваются лекарственными препаратами и медицинскими изделиями в пределах перечня основных лекарственных средств и Республиканского формуляра медицинских изделий за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов, иных источников, не запрещенных законодательством...».

Заключение

Таким образом, в соответствии с предложениями, внесенными РНПЦ МТ по результатам научных исследований, в законопроекте «О внесении изменений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»» впервые дано определение понятия «медицинская технология», содержится отдельная статья «Клинико-экономическая (фармакоэкономическая) экспертиза» в редакции, приведенной выше, РФЛС, ПОЛС и РФМИ законодательно отнесены к позитивным ограничительным перечням.

В последующем, в случае окончательного утверждения предлагаемых изменений, развитие системы ОМТ будет происходить в соответствии с целями и задачами, определенными в разработанных в результате выполнения НИР и утвержденных отдельными нормативными или локальными правовыми актами Положении о системе оценки медицинских технологий и Порядке работ по проведению клинико-экономической экспертизы в Республике Беларусь, представляющем собой пошаговую инструкцию по проведению комплексных экспертных клинико-экономических исследований в рамках государственного заказа.

Государственная клинико-экономическая (в случае ЛС – фармакоэкономическая) экспертиза медицинских технологий при оценке возможности их включения в ограничительные перечни, определяющие гарантированный объем медицинской помощи, финансируемой за счет бюджета или предполагающей возмещение затрат, позволит обеспечить рациональное использование средств, выделяемых на здравоохранение, повысить доступность медицинской помощи, улучшить ее качество и, тем самым, будет способствовать реализации основных принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения.

Включение КЭЭ (ФЭЭ) в перечень государственных экспертиз делает, в том числе, актуальным инициирование разработки и включения образовательного курса ОМТ в программы последипломной подготовки для врачей-клинических фармакологов (фармакоэкономический анализ ЛС) и для врачей других специальностей (клинико-экономический анализ нелекарственных медицинских технологий, медицинских изделий).

Литература

1. Об утверждении Инструкции о порядке формирования Республиканского формуляра лекарственных средств [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 17 апр. 2019 г., №34 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
2. Об утверждении Инструкции о порядке формирования перечня основных лекарственных средств: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 26 дек. 2018 г., №1390.
3. Transferability of health technology assessments and economic evaluations: a systematic review of approaches for assessment and application / R.Goeree [et al.] // ClinicoEconomics and Outcomes Research. – 2011. – Vol.3. – P.89–104.
4. Порядок разработки и внедрения клинических протоколов: инструкция по применению: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 28 апр. 2006 г.; регистрационный №38-0406 / организации-разработчики: Министерство здравоохранения Респ. Беларусь; БЕЛЦМТ; авт.: А.А.Гракович, А.К.Цыбин, И.В.Бровко, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец, Т.Ф.Мигаль, Т.Н.Москвичева, Т.И.Кот, Е.А.Петровская. – Минск, 2006. – 20 с.
5. Порядок проведения клинико-экономических исследований: инструкция по применению: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 3 окт. 2008 г.; регистрационный №075-0708 / организации-разработчики: Министерство здравоохранения Респ. Беларусь; БЕЛЦМТ; авт.: А.А.Гракович, И.В.Бровко, Л.А.Реутская, Е.И.Ткачева, Т.Ф.Мигаль, Н.Е.Хейфец, И.В.Малахова, Т.Н.Москвичева. – Минск, 2008. – 43 с.
6. Об утверждении Положения о перечне основных лекарственных средств и комиссии Министерства здравоохранения Республики Беларусь по формированию перечня основных лекарственных средств: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 авг. 2009 г., №810.
7. О работе с лекарственным формуляром: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 8 дек. 2010 г., №1310.
8. О формировании Республиканского формуляра: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 27 дек. 2012 г., №1519.
9. Разработать организационную структуру и нормативно-методическое обеспечение функционирования системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь: отчет о НИР (заключ.) / РНПЦ МТ; рук. М.М.Сачек; исполн.: Н.Е.Хейфец [и др.]. – Минск, 2018. – 84 с. – №ГР 20170080.
10. Сачек, М.М. Развитие системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь / М.М.Сачек, И.Н.Кожанова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №2. – С.53–56.
11. Данко, Д. Разработка систем оценки технологий здравоохранения в странах, находящихся на начальном этапе их внедрения – рекомендации для России и стран Евразийского экономического союза / Д.Данко, Г.Р.Хачатрян // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – №2 (28). – С.10–19.
12. Авксентьева, М.В. Международный опыт оценки технологий в здравоохранении / М.В.Авксентьева, В.В.Омельяновский // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2010. – Т.1, №1. – С.52–58.
13. Danko, D. Health technology assessment in middle-income countries: recommendations for a balanced assessment system / D.Danko // Journal of Market Access and Health Policy. – 2014. – Vol.2, No.1. – P.1–10.
14. Gulacsi, L. Health economics and health technology assessment in Central and Eastern Europe: a dose of reality / L.Gulacsi, E.Orlewska, M.Pentek // European Journal of Health Economics. – 2012. – Vol.13, No.5. – P.525–531.
15. Разработать научно обоснованные предложения по совершенствованию нормативного регулирования процесса обращения лекарственных средств в Республике Беларусь: отчет о НИР (заключ.) / РНПЦ МТ; рук. М.М.Сачек; исполн.: Н.Е.Хейфец [и др.]. – Минск, 2013. – 214 с. – №ГР 20110892.
16. Разработать научно обоснованные предложения и нормативно-методическую базу совершенствования системы стандартизации медицинских технологий: отчет о НИР (заключ.) / РНПЦ МТ; рук. М.М.Сачек; исполн.: Н.Е.Хейфец [и др.]. – Минск, 2016. – 131 с. – №ГР 20163338.
17. Фармакоэкономическая оценка применения тиазидолиина у пациентов с ишемической болезнью сердца / И.С.Романова, И.Н.Кожанова, Л.Н.Гавриленко, М.М.Сачек // Здравоохранение. – 2016. – №1. – С.39–45.
18. Фармакоэкономический анализ применения циклосонида в условиях системы здравоохранения Республики Беларусь / И.Н.Кожанова, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко, М.М.Сачек // Медицинские новости. – 2015. – №10. – С.76–80.
19. Фармакоэкономический анализ применения фиксированной комбинации линаглиптин/метформин в лечении сахарного диабета 2-го типа / И.Н.Кожанова, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко, М.М.Сачек // Здравоохранение. – 2015. – №6. – С.21–27.
20. Кожанова, И.Н. Порог готовности платить как основа управленческих решений при выборе медицинской технологии / И.Н.Кожанова, М.М.Сачек // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №1. – С.17–23.
21. Оценка целевой популяции пациентов – медицинская технология в системе здравоохранения

- Республики Беларусь / И.Н.Кожанова, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко, М.М.Сачек // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015' Приложение (Материалы Второй республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию клинической фармакологии в Республике Беларусь, Минск, 20 марта 2015 г.). – С.40–44.
22. Экономическая эффективность фармакодиагностики неходжкинских лимфом в условиях здравоохранения Республики Беларусь / Е.Ю.Крылов, И.Н.Кожанова, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко, М.М.Сачек // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015' Приложение (Материалы Второй республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию клинической фармакологии в Республике Беларусь, Минск, 20 марта 2015 г.). – С.54–61.
 23. *Купченко, А.М.* Фармакоэкономические результаты оптимизации антибактериальной терапии в комплексном лечении пациентов с распространенным гнойным перитонитом / А.М.Купченко, М.С.Курашов // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. Материалы 70-й научной сессии сотрудников университета, г. Витебск, 28–29 января 2015 г. / УО «Витебский государственный медицинский университет»; редакционный совет: В.П.Дейкало [и др.]. – Витебск: УО «Витебский государственный медицинский университет», 2015. – С.9–10.
 24. Экономическая оценка рациональности применения статинов в условиях здравоохранения Республики Беларусь / И.Н.Кожанова, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко, М.М.Сачек // Русский медицинский журнал. – 2014. – №12. – С.910–914.
 25. Фармакоэкономическое обоснование применения дабигатрана этексилата у пациентов с фибрилляцией предсердий / И.Н.Кожанова, И.С.Романова, М.М.Сачек, Л.Н.Гавриленко // Здравоохранение. – 2014. – №4. – С.18–24.
 26. Фармакоэкономический анализ применения Монтелукаста (Синглона®) в условиях здравоохранения Республики Беларусь / И.Н.Кожанова, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко, А.А.Чмырёва, М.М.Сачек // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2013. – №3. – С.36–46.
 27. Фармакоэкономическое исследование некоторых генериков лизиноприла при лечении артериальной гипертензии / В.П.Вдовиченко [и др.] // Кардиология в Беларуси. – 2012. – №4 (23). – С.34–39.
 28. *Кожанова, И.Н.* Фармакоэкономическая оценка применения ингибиторов 5-альфа-редуктазы в условиях здравоохранения Республики Беларусь / И.Н.Кожанова, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко // Медицинские технологии: оценка и выбор. – 2011. – №3 (5). – С.22–29.
 29. Фармакоэкономическая оценка применения ивабрадина (Кораксана®) при стабильной стенокардии в условиях здравоохранения Республики Беларусь: отчет о НИР (заключ.) / РНПЦ МТ; рук. М.М.Сачек; исполн.: И.Н.Кожанова [и др.]. – Минск, 2012. – 150 с. – №ГР 20122913.
 30. Фармакоэкономическая оценка применения новых оральных антикоагулянтов у пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей в условиях системы здравоохранения Республики Беларусь: отчет о НИР (заключ.) / РНПЦ МТ; рук. М.М.Сачек; исполн.: И.Н.Кожанова [и др.]. – Минск, 2017. – 80 с. – №ГР 20163570.
 31. Клинико-экономический анализ применения пролонгированных атипичных антипсихотиков у пациентов с диагнозом F20 в условиях здравоохранения Республики Беларусь: отчет о НИР (заключ.) / РНПЦ МТ; рук. М.М.Сачек; исполн.: И.Н.Кожанова [и др.]. – Минск, 2017. – 86 с. – №ГР 20170309.
 32. Здравоохранение Республики Беларусь. Прошлое, настоящее и будущее / В.И.Жарко, И.В.Малахова, И.И.Новик, М.М.Сачек. – Минск: Минсктиппроект, 2012. – 320 с.
 33. *Мажинская, А.А.* Анализ развития государственного и частного секторов белорусского здравоохранения / А.А.Мажинская // Экономика и управление. – 2012. – №3. – С.106–112.
 34. Health Expenditure Profile: Belarus. Global Health Expenditure Database [Electronic resource]. – Mode of access: http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en. – Date of access: 20.08.2019.
 35. Информация о финансировании расходов на здравоохранение в 2017 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/ministerstvo/sistema-schetov-zdravookhraneniya.php>. – Дата доступа: 20.08.2019.
 36. *Реутская, Л.А.* Национальная лекарственная политика Республики Беларусь / Л.А.Реутская // Рецепт. – 2008. – №3. – С.14–20.
 37. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХІІ // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
 38. О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 14 июня 2007 г., №239-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
 39. О лекарственных средствах [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 20 июля 2006 г., №161-3 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
 40. О некоторых вопросах бесплатного и льготного обеспечения лекарственными средствами и перевязочными материалами отдельных категорий граждан [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 30 нояб. 2007 г., №1650 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

41. *Ткачева, Е.И.* Анализ работы здравоохранения Республики Беларусь за 2010–2012 годы сквозь призму международной методики национальных счетов здравоохранения / Е.И.Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №2. – С.5–13.
42. *Kutzin, J.* Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения, от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; под ред. Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab. – 2011. – 463 с. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/151023/e94240R.pdf. – Дата доступа: 20.08.2019.
43. *Воробьев, К.П.* Европейская политика оценки технологий здравоохранения [Электронный ресурс] / К.П.Воробьев // Укр. медичний часопис. – 2014. – №2 (100). – С.142–150. – Режим доступа: <http://www.umj.com.ua/article/73858/evropejskaya-politika-ocenki-texnologij-zdravooxraneniya>. – Дата доступа: 17.03.2017.
44. *Костикова, А.В.* Исторические аспекты развития теории принятия решений / А.В.Костикова // Философия науки. – 2012. – №4. – С.85–98.
45. *Velasco Garrido, M.* Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы. Современное состояние, проблемы и перспективы [Электронный ресурс] / под ред.: M.Velasco Garrido [et al.] – Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010. – Вып.14. – 232 с. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/128525/e91922R.pdf. – Дата доступа: 20.08.2019.
46. *Кожанова, И.Н.* Оценка медицинских технологий: ключевые определения, международный опыт и возможности применения в условиях здравоохранения Республики Беларусь. Сообщение 2 / И.Н.Кожанова, М.М.Сачек // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №3. – С.11–18.
47. Can scientists and policymakers work together? / V.Choi [et al.] // Journal of Epidemiology and Community Health. – 2005. – No.59. – P.632–637.
48. *Сачек, М.М.* Роль и место оценки медицинских технологий в процессе принятия управленческого решения в системе здравоохранения Республики Беларусь / М.М.Сачек, Н.Е.Хейфец, И.Н.Кожанова // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2018 р. (Київ, 5–6 квітня 2018 р.). – Київ: Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, 2018. – С.68–71.
49. *Авксентьева, М.В.* Международный опыт применения фармакоэкономических исследований в управлении здравоохранением / М.В.Авксентьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2000. – №1. – С.25–31.
50. *Багирова, В.Л.* Актуальность фармакоэкономических исследований для оптимизации рынка лекарственных препаратов / В.Л.Багирова, Н.А.Колганова, К.А.Раздобарин // Российский биомедицинский журнал. – 2005. – Т.6., Апрель. – С.157.
51. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи) / П.А.Воробьев, М.В.Авксентьева, А.С.Юрьев, М.В.Сура. – М.:Изд-во «Ньюдиамед», 2004. – 404 с.
52. *Jefferson, T.* Elementary Economic Evaluation in Health Care / T.Jefferson, V.Demicheli, M.Mugford. – BMJ books, 2000.
53. *Кожанова, И.Н.* Оценка медицинских технологий. Дифференцированный подход к выбору медицинских технологий и методов их оценки / И.Н.Кожанова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №4. – С.117–120.
54. *Сачек, М.М.* Элементы организационной структуры системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь / М.М.Сачек, Н.Е.Хейфец, И.Н.Кожанова // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2018 р. (Київ, 5–6 квітня 2018 р.). – Київ: Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, 2018. – С.72–75.
55. *Хейфец, Н.Е.* Предложения по организационной структуре системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь / Н.Е.Хейфец, И.Н.Кожанова, М.М.Сачек // 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 декабря 2018 г.) / отв. ред. Ю.Ю.Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2018. – С.330–332.
56. *Хейфец, Н.Е.* Организационная структура системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь: предложения РНПЦ МТ (постер) [Электронный ресурс] / Н.Е.Хейфец, И.Н.Кожанова, М.М.Сачек // Международный форум медицины: междисциплинарная конференция, Латвия, Даугавпилс, 14–15 декабря 2018 г. – Даугавпилс, 2018. – Режим доступа: http://www.arstubi.driba.lv/tezes/13-10/tezes_view.php?newid=43. – Дата доступа: 20.08.2019.
57. Определение целевой популяции пациентов при оценке медицинской технологии: инструкция по применению: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 28 дек. 2018 г.; регистрационный №246-1218 / организации-разработчики: РНПЦ МТ; БГМУ; авт.: И.Н.Кожанова, М.М.Сачек, Н.Е.Хейфец, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко. – Минск, 2018. – 10 с.
58. Определение прямых медицинских затрат при клинико-экономическом обосновании внедрения клинических протоколов и новых методов оказания медицинской помощи: инструкция по применению: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 28 дек. 2018 г.; регистрационный №245-1218 / организации-разработ-

- чики: РНПЦ МТ; БГМУ; авт.: И.Н.Кожанова, М.М.Сачек, Н.Е.Хейфец, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко. – Минск, 2018. – 18 с.
59. Определение прямых немедицинских и косвенных затрат при оценке медицинской технологии: инструкция по применению: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 28 дек. 2018 г.; регистрационный №243-1218 / организации-разработчики: РНПЦ МТ; БГМУ; авт.: И.Н.Кожанова, М.М.Сачек, Н.Е.Хейфец, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко. – Минск, 2018. – 14 с.
60. Анализ влияния на бюджет при оценке медицинской технологии: инструкция по применению: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 28 дек. 2018 г.; регистрационный №244-1218 / организации-разработчики: РНПЦ МТ; БГМУ; авт.: И.Н.Кожанова, М.М.Сачек, Н.Е.Хейфец, И.С.Романова, Л.Н.Гавриленко. – Минск, 2018. – 10 с.
61. Об изменении Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (проект) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://forumpravo.by/files/Proekt_Zakon_o_zdravooxranenii.pdf. – Дата доступа: 21.08.2019.

CLINICAL AND ECONOMIC EXPERTISE IN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT SYSTEM

N.Ye.Kheifets, I.N.Kozhanova, M.M.Sachek, N.S.Ivkova, Ye.N.Kheifets, A.A.Shpakovskaya

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

Approaches to health technology assessment (HTA) have been algorithmized with structured classification system creating, identifying separately original, image, non-original hybrid, non-original generic, orphan and palliative health technologies (HT). The basic HTA was defined as the mandatory type of HTA regarding original (including original orphan and original palliative) and image HT; clinical and economic (pharmacoeconomic) analysis (CEA) was defined as the mandatory type of HTA regarding hybrid and generic non-original HT (as well as non-original orphan and palliative HT). CEA can be supplemented by a full HTA, if it is the mandatory type of analysis. It was suggested that two categories should be separately identified in the general group of HTA research in the Republic of Belarus, according to HTA purpose, level of provision and potential use of its results: scientific HTA and expert HTA (clinical and economic expertise, CEE). It was proposed to fix in law the definition “State clinical and economic (pharmacoeconomic) expertise (State CEE)” for decision-making to include health technology (HT) / medicine / medical device (MD) in clinical protocol (CP), Republican formulary of medicines, List of essential medicines, Republican formulary of medical devices and other documents,

regulating procedure of healthcare provision, or to exclude HT / medicine / MD from aforementioned documents. Two projects of regulating documents have been developed as a result of scientific research – “Regulation on HTA system in the Republic of Belarus” and “Modus operandi of CEE in the Republic of Belarus”, which is step-by-step instruction for comprehensive expert clinical and economic research through state procurement.

Keywords: health technology (HT); health technology assessment (HTA); HTA system; HTA stages; scientific stage; expert stage; state clinical and economic expertise (state CEE); HT pragmatic classification; HTA basic algorithm; Republic of Belarus; public health; legislation.

Сведения об авторах:

Хейфец Николай Ефимович; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией основ стандартизации и оценки медицинских технологий; тел.: (+37529) 7789996; e-mail: nikolai.kheifets@gmail.com.

Кожанова Ирина Николаевна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37529) 6870401; e-mail: kozhanovairina@mail.ru.

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.

Иvkova Наталья Святославовна, канд. мед. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37529) 6300751; e-mail: ns_ba@tut.by.

Хейфец Евгений Николаевич, магистр юридических наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий, научный сотрудник; тел.: (+37529) 5521274; e-mail: zhenn1990@rambler.ru.

Шпаковская Анастасия Александровна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий, научный сотрудник; тел.: (+37529) 3284872; e-mail: ansinim@mail.ru.

Поступила 26.08.2019 г.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ И КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Т.И.Терехович, В.Н.Ростовцев, А.А.Кухарчук, С.В.Гончаров, И.П.Щербинская

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

В статье рассмотрены уровни обеспечения и подходы к обеспечению качества медицинской помощи, а также основные и дополнительные критерии для контроля качества медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская помощь; качество; контроль; критерии.

Введение. По определению Европейского регионального бюро ВОЗ (1992), качественной должна считаться медицинская помощь, соответствующая стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений, возникших в результате лечения, и достижении удовлетворенности пациента.

В этом определении акцент сделан на качество медицинских технологий. Это принципиально правильно, но системно недостаточно. Качество медицинской помощи (КМП) определяет не только качество технологий, но и квалификация врачей и качество управления.

Уделяя внимание задачам контроля КМП, необходимо осознавать, что этот контроль всегда относится к текущим стандартам – инфраструктурным и технологическим, которые, в основном, обеспечивают КМП.

Относительно КМП, основными инфраструктурными стандартами являются стандарты образования и повышения квалификации врачей. Технологические стандарты фиксируют то, что есть в наличии, а повышение уровня технологического стандарта всегда требует того, чего нет в наличии, то есть требует новой компоненты в структуре имеющихся технологий или, иными словами, – требует новой технологии.

Отсюда следует, что рост КМП определяет инновационное развитие и управление инновационным развитием, а контроль КМП поддерживает достигнутый технологический уровень. В целом, КМП необходимо прежде оценить (чаще, экспертным путем, поэтому первый этап в обеспечении КМП – оценка (экспертиза) качества медицинской помощи), затем контролировать (второй этап – контроль качества медицинской помощи) и, на следующем этапе, им управлять (третий этап – всеобщее обеспечение качества (управление качеством, менеджмент качества) медицинской по-

мощи). Основой современной модели управления качеством является модель W.E.Deming, которая основана на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса [1–6].

Уровни обеспечения КМП. Существует три уровня обеспечения КМП, включая:

- стратегический,
- тактический,
- оперативный.

На стратегическом уровне осуществляют технологические инновации. Это уровень управления инновационными процессами. Этот уровень обеспечивает максимальный полезный результат. Именно поэтому во всем мире особое внимание уделяют новым медицинским технологиям и развивают методы оценки новых медицинских технологий. Оценка медицинских технологий, или оценка технологий в здравоохранении (health technology assessment) – это международное направление исследований и методология по исследованию и анализу новых медицинских технологий.

На тактическом уровне применяют систему менеджмента качества (СМК) на основе международного стандарта ISO 9001 [7]. В Республике Беларусь органом по сертификации СМК предприятий и организаций является Белорусский государственный институт стандартизации и сертификации (БелГИСС), который аккредитован на проведение сертификации систем менеджмента качества на соответствие ISO 9001:2015 в немецкой системе аккредитации (DAkkS). Сегодня СМК используют и в социальной сфере, в частности, в учреждениях образования. В СНГ есть успешный опыт разработки и применения СМК в здравоохранении, например, в Красноярской краевой

клинической больнице. В России издается журнал «Менеджмент качества в медицине».

Основными принципами СМК являются:

- системный подход к управлению;
- процессно-процедурный подход к декомпозиции деятельности;
- ориентация на потребителя;
- лидерство руководителя;
- вовлечение работников в постоянное улучшение СМК.

На оперативном уровне обеспечения КМП используют системы контроля КМП. Эти системы позволяют своевременно ставить и решать задачи повышения КМП в пределах возможностей наличной технологической базы, имеющегося уровня инфраструктурного обеспечения и действующей системы управления.

Подходы к обеспечению КМП. Существует три подхода к обеспечению КМП:

- повышение качества технологических процессов за счет инноваций в диагностике, профилактике, лечении, реабилитации, соблюдения принципа стандартов и др.;
- повышение качества управления (стратегического, тактического и оперативного).
- повышение качества ресурсов, а именно, их организационно-технического качества (кадры, оборудование, материалы, здания, сооружения и др.).

Технологические инновации – это главный способ повышения КМП.

В то же время, именно от повышения качества управления существенно зависит обеспечение КМП по двум остальным позициям. Учитывая сложность задач обеспечения КМП, особенно на стратегическом уровне, целесообразно создание при Министре здравоохранения экспертно-консультативной группы (на функциональной основе) в составе дипломированных специалистов в области организации здравоохранения для разработки проектов развития медицинской помощи и обеспечения КМП.

Главными ресурсами обеспечения КМП являются врачебные кадры и диагностическое оборудование.

Критерии для контроля КМП. Определение критериев оценки для контроля КМП является необходимой основой для последующей разработки соответствующих показателей и высокоинформативных индикаторов КМП.

Рассматривая критерии КМП, следует исходить из понимания его интегральной многофакторной природы. Основные критерии КМП должны соответствовать основным факторам его детерминации.

Первым по значимости фактором детермина-

ции КМП является диагностическая база для деятельности врача-специалиста. Критерий качества диагностической базы по своей значимости превосходит все другие критерии, за исключением критерия врачебной квалификации.

С позиций врачебной практики, диагностическая аппаратура и соответствующая диагностическая информация имеют три наиболее важные характеристики: 1) уровень доступности диагностической аппаратуры, 2) уровень достаточности доступных диагностических центров или средств, 3) уровень доступных возможностей телемедицинской диагностики.

Из научной медицинской литературы хорошо известно, что важнейшим фактором детерминации КМП является квалификация врача. Соответственно, квалификация врача является вторым критерием для оценки КМП [8–10].

Квалификацию врача определяют, в свою очередь, первичные факторы, которые включают, во-первых, качество базового медицинского образования, во-вторых, доступность, периодичность и качество последиplomного повышения квалификации, в-третьих, интенсивность его работы с текущей научно-профессиональной литературой, в-четвертых, регулярность участия в работе профессиональных сообществ (семинары, симпозиумы, конференции, съезды, сетевые сообщества), в-пятых, собственный опыт профессиональной работы.

Качество базового медицинского образования имеет основополагающее значение. Перечисление достоинств медицинского образования в нашей стране не может ориентировать на повышение его качества. На это ориентирует осознание его недостатков.

Доступность, периодичность и качество последиplomного повышения квалификации врачей играют важную роль в обеспечении КМП. К сожалению, врачи не достаточно свободны в выборе места (города, страны) и цикла повышения квалификации. Нормативные документы предусматривают прохождение повышения квалификации в определенном количестве часов в течение 5-летнего периода, которые можно пройти в течение одного года. При этом не предусмотрено ежегодное повышение уровня современных знаний.

Интенсивность работы врача с текущей научно-профессиональной литературой ограничена, в основном, дефицитом мотивации этой деятельности.

Регулярность участия врачей в работе профессиональных сообществ, то есть в работе семинаров, симпозиумов, конференций и съездов, ограничена не только фондом командировочных расходов учреждения-работодателя, но нередко и позицией администрации.

Накопление собственного опыта профессио-

нальной работы эффективно только при условии повышения квалификации на профильных кафедрах, работы с текущей научной литературой и работы в профессиональных сообществах.

В сложной многофакторной детерминации уровня квалификации врача четко прослеживаются ведущая роль и определяющее значение профессионального социума в лице образовательных учреждений, организационно-управленческих структур и профессиональных объединений. Отсюда очевидно, что в конечном итоге квалификацию врачей определяет состояние (нравственное, интеллектуальное и профессиональное) всех уровней структур отраслевого управления. Экономия на повышении квалификации врачей – это экономия на качестве медицинской помощи.

Третьим по значимости фактором детерминации КМП следует признать фактор мотивации врачебной деятельности. В свою очередь, уровень мотивации деятельности формируют первичные факторы моральной и материальной мотивации.

К факторам моральной мотивации КМП, кроме поддержания высокой социальной престижности профессии, относятся:

- формы признания успешной профессиональной деятельности на уровне трудового коллектива учреждения,
- формы признания успешной профессиональной деятельности на уровне региона (области),
- формы признания успешной профессиональной деятельности на уровне отрасли,
- формы признания успешной профессиональной деятельности на уровне государства.

К факторам материальной мотивации относятся, во-первых, уровень основной заработной платы и, во-вторых, периодические материальные поощрения (премиальная система).

Важный (четвертый) фактор детерминации КМП – информатизация основных технологических аспектов работы врача. Роль критерия информатизации работы врача, вероятнее всего, будет со временем возрастать.

Сегодня на русскоязычном рынке имеется более ста информационных систем медицинского назначения, но их широкое применение тормозят рыночные цены, с одной стороны, и недостаточное понимание важности информатизации. В итоге, темпы и качество информатизации работы врачей, как и КМП в целом, определяет политика отраслевого руководства.

Уровень информатизации работы врача определяет доступность основных видов медицинских информационных систем, включая профессиональные медицинские справочные системы, системы обеспечения медицинского документообо-

рота, системы телемедицинского консультирования, интеллектуальные медицинские системы (медицинские экспертные системы) и системы автоматической диагностики [11–13].

Медицинские справочные системы являются для врача необходимым, но пока не всегда доступным рабочим инструментом.

Например, профессиональная медицинская справочная система MedElement (медицинская платформа) включает несколько интерактивных справочников:

- справочник заболеваний;
- клинические протоколы диагностики и лечения;
- клинические рекомендации;
- справочник лабораторных показателей;
- справочник медицинских терминов;
- справочник медикаментов;
- обзор мировой медицинской периодики.

Используются также различные вспомогательные справочники и информационные сервисы.

Перечень функций этой справочной системы показывает, что такая система необходима врачу не только для повседневной работы, но и полезна для повышения квалификации с помощью обзоров мировой медицинской периодики [14].

Самыми распространенными являются информационные системы обеспечения медицинского документооборота, но они не оказывают непосредственного влияния на КМП. Однако, следует отметить, что на основе интеллектуальных средств машинного распознавания речи уже появляются голосовые системы заполнения врачом медицинских документов.

Системы телемедицинского консультирования начинают входить в практику, и они, несомненно, полезны для повышения КМП.

Интеллектуальные медицинские системы являются тем классом систем, который представляет наибольшую перспективу для повышения КМП. Первые медицинские экспертные системы были созданы полвека назад. Опыт последних 20 лет показал, что интеллектуальные консультирующие системы могут снижать количество врачебных ошибок как минимум в 5 раз.

Системы автоматической диагностики, особенно системы ранней автоматической диагностики, в том числе, с использованием средств искусственного интеллекта, должны оказать наибольшее влияние на КМП в силу возможности постоянного мониторинга состояния пациента в процессе лечения и обеспечения своевременности мероприятий по таким важным позициям, как коррекция лечения, профилактика осложнений и профилактика рецидивов.

Средства информатизации работы врача вносят большой вклад в обеспечение и формирование главного фактора детерминации КМП, а именно, фактора диагностической базы врачебной деятельности.

Следующим фактором детерминации КМП, который определяет соответствующий критерий, является достаточность имеющегося лечебного обеспечения, то есть, во-первых, обеспечения медицинскими изделиями (изделиями медицинского назначения и медицинской техникой) и, во-вторых, обеспечения лекарственными средствами.

Значимым фактором детерминации КМП является полнота кадрового обеспечения отделения стационара, включая обеспечение врачебными кадрами, кадрами средних медицинских работников и кадрами вспомогательного персонала.

Кроме шести основных, необходимо рассматривать и дополнительные критерии КМП, которые будут полезны для разработки индикаторов КМП.

К дополнительным критериям относятся:

- микроклимат в коллективе отделения;
- частота неотдаленных рецидивов среди пролеченных пациентов;
- частота осложнений;
- смертность;
- частота жалоб пациентов;
- уровень удовлетворенности пациентов.

Критерии оценки КМП являются необходимой основой для детальной разработки соответствующих показателей и высокоинформативных индикаторов КМП.

Индикаторы КМП необходимы для решения двух задач. Первой задачей является ежегодная комплексная оценка КМП в отделении стационара или поликлиники для принятия управленческих решений. Второй задачей является ежеквартальный мониторинг КМП в отделении для принятия оперативных решений коллективом и заведующим отделением.

Такая система контроля КМП на уровне организации здравоохранения позволит оптимизировать процессы управления ею. Для мониторинга из всех индикаторов КМП будут отобраны те из них, которые необходимы для оперативного управления КМП, не требующего вмешательства вышестоящего руководства.

Заключение. Качество процесса оказания медицинской помощи призвано обеспечивать его эффективность. Качество технологических процессов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, то есть КМП, обеспечивает эффективность восстановления работоспособности и качества жизни человека.

Формально, медицинскую помощь можно определить как медицинское управление состоянием пациента. Пациент, в своем единстве организма и личности, представляет собой двуединый объект медицинского управления. В итоге, медицинскому управлению (медицинской коррекции) подлежат два основных процесса, включая патогенез и психогенез заболевания.

Определение медицинской помощи как сложного объекта медицинского управления, а, точнее, – сложной системы процессов объекта управления, позволяет рассмотреть классические этапы управления применительно к медицинской помощи пациенту.

Первый этап заключается в Системной Оценке Управленческой Ситуации (СОУС). Для врача результатом выполнения этого этапа является максимально развернутый диагноз. Правильность этого диагноза зависит от объема диагностической информации и квалификации врача. Из этого логически следует, что ключевыми детерминантами КМП являются качество диагностики и квалификация врача.

Второй этап заключается в планировании программы управления, то есть программы лечения. Очевидно, что этот этап врач выполняет на основе СОУС и наличных (доступных) средств управления, то есть средств (методов) лечения.

Третий этап заключается в оценке эффективности реализованной программы лечения на основе повторения СОУС на этом этапе. Далее следует итерационный переход ко второму этапу с использованием правил адаптивного и рефлексивного управления.

Таким образом, рассмотрение медицинской помощи пациенту с позиций теории управления еще раз убеждает, что главными детерминантами КМП в рамках достигнутого уровня инфраструктурного и технологического обеспечения являются квалификация врача и доступная ему диагностическая база.

Литература

1. Вялков, А.И. Управление качеством в здравоохранении / А.И.Вялков // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – №1. – С.5–11.
2. Татарников, М.А. Управление качеством медицинской помощи / М.А.Татарников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 304 с.
3. Гушин, Г.В. Новые критерии оценки качества медицинской помощи / Г.В.Гушин // Главный врач. – 2017. – №8.
4. Нестеров, О.Л. Уровни контроля качества медицинской помощи [Электронный ресурс] / О.Л.Нестеров (источник: журнал «Главный врач», 2016/12). – Режим доступа: <http://xn—7sbahcmgafaski8a2afibqaike4dxd.xn—p1ai/publ/>

- kachestvo_meditsinskoy_pomoshhi/urovni_kontrolja_kachestva_meditsinskoy_pomoshhi/20-1-0-397. – Дата доступа: 30.03.2019.
5. Хейфец, Н.Е. Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь на современном этапе / Н.Е.Хейфец // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы X междунар. конф., 6–7 апр. 2012 г., Минск / редкол.: В.А.Прокашева (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. центр БГУ, 2012. – С.326–328.
 6. Удовлетворенность пациентов как индикатор обеспечения качества медицинской помощи в университетских клиниках / А.М.Минасян [и др.] // Военная медицина. – 2015. – №4. – С.143–145.
 7. Межгосударственный стандарт «Системы менеджмента качества. Требования». ГОСТ ISO 9001-2011. Межгосударственный совет по стандартизации, метрологии и сертификации (МГС).
 8. Дистанционное повышение квалификации врачей через Интернет в 2018 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mana.su/distancionnoe-povyshenie-kvalifikacii-vrachey-cherez-internet-v-2018-godu>. – Дата доступа: 30.03.2019.
 9. Щастный, А.Т. Совершенствование дополнительного медицинского и фармацевтического образования в Республике Беларусь [Электронный ресурс] / А.Т.Щастный, А.Н.Щупакова, Т.А.Дорофеева // Современные тенденции в дополнительном образовании взрослых: материалы III междунар. науч.-метод. конф., Минск, 21 окт. 2016 г.: в 2 ч. – Минск: РИВШ, 2016. – Ч.1. – С.222–225. – Режим доступа: http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/164789/1/%D0%A9%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9%D0%A9%D1%83%D0%BF%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%94%D0%AE%D1%80%D0%AE%D1%84%D0%85%D0%B9%D0%B2%D0%B0_%D0%9E%D0%9216_%D0%A71-222-225.pdf. – Дата доступа: 30.03.2019.
 10. Будницкая, М.В. Мотивация врачей как характеристика профессиональной группы [Электронный ресурс] / М.В.Будницкая, М.А.Мамус, О.А.Строменко // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – №1. – Режим доступа: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=18005>. – Дата доступа: 30.03.2019.
 11. Сачек, М.М. Двадцать лет исследований по определению стратегических направлений развития здравоохранения и информатизации отрасли / М.М.Сачек [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Прил.: Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения (к 20-летию РНПЦ МТ): материалы респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Минск, 19 окт. 2012 г. – С.2–8.
 12. Демидов, А.В. Информатизация организаций здравоохранения Республики Беларусь / А.В.Демидов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №3. – С.20–25.
 13. Сурмач, М.Ю. Информатизация здравоохранения Гродненской области: проблемы и перспективы / М.Ю.Сурмач, О.Л.Зеньков // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №4. – С.41–50.
 14. Справочная система MedElement [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medelement.com>. – Дата доступа: 30.03.2019.
- HEALTHCARE QUALITY ENSURING AND CONTROL**
- T.I.Tserakhovich, V.N.Rostovtsev, A.A.Kuharchuk, S.V.Goncharov, I.P.Sherbinskaja**
- 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
- Authors describe healthcare quality (HCQ) provision levels and approaches for ensuring as well as main and additional criteria for HCQ control in this article.
- Keywords: healthcare; quality; control; criteria.
- Сведения об авторах:**
- 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.
- 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.: (+37517) 3313414; e-mail: vnrost@rambler.ru.
- Кухарчук Антонина Анатольевна**, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий первичной медицинской помощи, старший научный сотрудник; тел.: (+37517) 2923191; e-mail: akuharchuk@belcmt.by.
- Гончаров Сергей Васильевич**, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий первичной медицинской помощи, старший научный сотрудник; тел.: (+37517) 3313414.
- Щербинская Ирина Петровна**, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», ученый секретарь; тел.: (+37517) 3321708; e-mail: shcherbinskaja@mail.ru.

Поступила 01.04.2019 г.

ИСТОРИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ МОДЕЛИ БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЧАСТЬ 2: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ РИСКАМИ*

М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

Для того, чтобы выявить факторы, формирующие понятие социальной ответственности организации здравоохранения, каждого ее сотрудника и культуры системы в целом, к 100-летию белорусского здравоохранения в данной работе, состоящей из трех частей, предпринята попытка анализа исторической трансформации модели, сохраняющей свою уникальность и высокую социальную направленность в условиях бюджетной системы.

В данной (второй) части проанализированы тенденции расходов и доходов в здравоохранении современной Беларуси, предпосылки к дальнейшему реформированию, подходы к управлению рисками, присущими бюджетной модели финансирования здравоохранения.

Ключевые слова: Республика Беларусь; система здравоохранения; реформирование; управление рисками; социальная ответственность.

Введение

Анализ длительного исторического периода «советского» здравоохранения, а также здравоохранения Беларуси начала XX века, показал, что за это время был создан мощный культурный «пласт» социальных ориентиров и социальных установок, формирующих роль врача и пациента в белорусском обществе. В то же время, несмотря на достаточно долгий в сравнительном аспекте временной период действия модели Н.А.Семашко, она была создана в Беларуси на территориях, имевших опыт страховой медицины – «больничных касс».

Значительные преобразования системы произошли в период рубежа XX и XXI веков. Знаковым моментом явилось принятие законов Республики Беларусь «О здравоохранении» и «О государственных минимальных социальных стандартах».

В данной (второй) части работы проанализированы тенденции расходов и доходов в здравоохранении современной Беларуси, предпосылки к дальнейшему реформированию, подходы к управлению рисками, присущими бюджетной модели финансирования здравоохранения.

Бюджетное обеспечение организаций здравоохранения Республики Беларусь регулируется государственными минимальными социальными стандартами. В 1999 г. был принят Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных

социальных стандартах», который ввел в обиход понятие минимального уровня гарантий для жителей страны во всех социально значимых сферах. В 2002 г. для исполнения закона «О государственных минимальных социальных стандартах» было принято постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.05.2002 г. №28 «Об утверждении инструкции по разработке и реализации территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан», что уточнило пакет гарантий населению конкретной территориальной единицы в конкретный год за счет средств бюджета в рамках объемов государственных минимальных социальных стандартов.

С 2010 года в стране внедрена система Национальных счетов здравоохранения (НСЗ) [1]. Ранее всесторонний учет доходов и затрат оставался одной из проблемных зон финансирования здравоохранения. Применяемый постатейный анализ финансовых ресурсов не позволял в полной мере отображать картину движения финансовых средств по системе. Данные о расходах отображали информацию о государственных источниках финансирования, без учета средств населения, работодателей, международных донорских организаций на оплату платных услуг медицинского назначения государственных учрежде-

*Работа выполнена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант № Г19-061, 02.05.2019 – 31.03.2021)

ний здравоохранения, услуг частных организаций, приобретения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения через розничную сеть аптек. Не учитывались и расходы населения и работодателей на полисы добровольного медицинского страхования. Неполнота статистической информации становилась препятствием к тому, чтобы правильно рассчитать потребности населения в медицинской помощи, эффективно распределить средства государственного бюджета.

Уже первый проект НСЗ показал, что в Республике Беларусь сумма расходов, затраченных на здравоохранение, составила в 2010 г. 5,6% ВВП [2]. Основное бремя этих расходов несло государство – 77,3%, причем доля республиканского бюджета в общей сумме государственных расходов составляла 22,8%. Частные средства – средства работодателей и населения, затраченные на получение медицинских услуг и товаров, в структуре общих расходов на здравоохранение составили в 2010 г. 22,2%. Большая часть этих средств направлялась на приобретение лекарственных средств и других медицинских товаров через розничную сеть аптек. В структуре частных расходов на здравоохранение преобладали средства населения (88,9% всех частных расходов и 19,7% общей суммы расходов на здравоохранение). Средства организаций и предприятий составляли 10,3% частных расходов и 2,3% всех расходов на здравоохранение [1; 3].

К 2010 г. нормативно-правовая база, необходимая для введения рынка добровольного медицинского страхования в Беларуси, была разработана и внедрена. Тем не менее, доля страховых организаций среди частных распорядителей средств составляла лишь 0,8%. Наименьший вклад в финансирование белорусского здравоохранения вносили международные донорские организации — всего 0,5% в 2010 г.

Анализ расходования средств в разрезе поставщиков медицинских услуг выявил, что организации, предоставляющие амбулаторные услуги, получали лишь около 30% общих расходов здравоохранения.

В 2011 г. общий объем расходов на здравоохранение Республики Беларусь по всем источникам финансирования составил около 6,0% ВВП, доля государственных расходов – около 4,0% ВВП [3]. Сохранить величину расходов на прежнем уровне и даже несколько увеличить ее позволили такие мероприятия, как введение системы финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя (что повысило эффективность использования ресурсов и снизило диспропорции в их распределении по территории страны); введение сис-

темы социальных стандартов в области здравоохранения и территориальных программ государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам республики. Другим механизмом обеспечения финансовой стабильности отрасли являлось и является программно-целевое планирование в здравоохранении, обеспечивающее целевое финансирование конкретных мероприятий для конкретных организаций и жесткий контроль за их реализацией и эффективностью [4].

В Республике Беларусь была разработана и успешно реализована стратегия развития национальной системы здравоохранения до 2015 года, включавшая следующие задачи:

переход финансовых механизмов здравоохранения к бюджетированию, ориентированному на получение конкретных качественных и количественных результатов за счет расширения самостоятельности организаций здравоохранения в использовании сэкономленных бюджетных средств;

оптимизация оказания медицинской помощи в стационарных условиях за счет перепрофилирования коечного фонда исходя из реальной потребности населения и структуры заболеваемости, сокращения неэффективно работающих коек;

осуществление планирования и финансирования расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях исходя из четко определенных объемов в разрезе профилей (пролеченные пациенты, койко-дни и прочее) в количественном и стоимостном выражении;

осуществление отдельного планирования и финансирования расходов на оказание высокотехнологичных и сложных видов медицинской помощи;

усовершенствование методики расчета показателя обеспеченности койками на 1000 населения с целью получения сопоставимых для сравнения с другими странами величин;

укрепление первичной медицинской помощи с усилением профилактической составляющей в работе амбулаторно-поликлинических организаций, увеличение объема финансирования последних до размеров, составляющих не менее 40% общего объема расходов на здравоохранение;

переориентация кадровых ресурсов со стационарного на амбулаторно-поликлинический уровень;

активизация деятельности по формированию здорового образа жизни населения; повышение заинтересованности медицинских работников в оказании качественной медицинской помощи путем создания новой системы материального стимулирования.

В 2015 г. по эффективности систем здравоохранения (рейтинг агентства Bloomberg 2015 года)

Беларусь заняла 47-е место, опередив США (50-е) и Россию (54-е).

В системе здравоохранения проводились и проводятся комплексная реструктуризация медицинской помощи и перераспределение затрат со стационарного на амбулаторно-поликлиническое звено с развитием замещающих стационарную помощь технологий, внедрением института врача общей практики (ВОП), сокращением нерационально используемого коечного фонда, оптимизацией штатной численности работников стационаров, а также сокращением штатной численности управленческого аппарата системы здравоохранения. Проводятся мероприятия по импортозамещению с реализацией мер по развитию отечественных фармацевтических предприятий. Развивается экспорт медицинских и образовательных услуг. Особое внимание уделяется развитию ресурсосберегающих, эффективных технологий [4].

Продолжает сохраняться ведущая роль государства в финансировании расходов на здравоохранение. Общая сумма расходов на здравоохранение за 2017 г. составила 6,0% ВВП страны, из которых расходы государственного сектора соответствовали 4,2% ВВП; расходы частного сектора – 1,8% ВВП [5].

По видам и условиям оказания медицинской помощи текущие расходы на здравоохранение в 2017 г. распределялись следующим образом: оказание медицинской помощи в стационарных условиях – 37,1% (с 2010 г. наблюдается тенденция к их снижению); оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях – 32,3% (с 2010 г. – тенденция к росту); оказание реабилитационной помощи – 2,6%; оказание долгосрочной медико-социальной помощи – 1,2%; оказание скорой медицинской помощи – 4,6%; предоставление профилактических услуг – 2,4%; реализация лекарственных средств и изделий медицинского назначения через аптечную сеть – 19,8% текущих расходов на здравоохранение [5].

Данная тенденция к увеличению объемов финансирования первичного звена отвечает мировому тренду. Однозначно позитивны такие тенденции, как сохранение профилактической направленности системы здравоохранения страны, увеличение (онкологическая патология) или сохранение (болезни системы кровообращения) объемов финансовых средств, направляемых на борьбу с наиболее медико-социально значимой патологией, а также средств, направляемых на борьбу с социально опасными заболеваниями (туберкулез, ВИЧ).

Вместе с тем, есть и *настораживающие факты*. По данным ВОЗ, финансовый профиль Рес-

публики Беларусь в период с 2000 по 2016 г. характеризовался значительным ростом расходов на здравоохранение на душу населения (*per capita*), при этом, расходы со стороны домашних хозяйств возросли с 16 до 36% текущих расходов на здравоохранение (табл. 1).

Анализ данных НСЗ также показывает, что если по доле расходов государственного сектора на протяжении 2012–2017 гг. выраженная динамика к росту или снижению отсутствует, то в части расходов частного сектора прослеживается неуклонный рост: в 2012 г. эта доля составляла 1,2%, в 2017 г. – уже 1,8% ВВП (2016 г. – 1,7%, 2015 г. – 1,6%, 2014 г. – 1,4%, 2013 г. – 1,6%) [5].

Сегодня официальная статистика здравоохранения не содержит точной информации о количестве и видах частных организаций здравоохранения на территории страны, показателях обращаемости населения за медицинской помощью в организации здравоохранения негосударственной формы собственности. Однако, отмечается тенденция поддержки частного финансирования, развития частной практики и государственно-частного партнерства, которые призваны на законных основаниях дополнять государственные гарантии для тех потребителей, которые готовы оплатить медицинские услуги самостоятельно. Вместе с тем, позиция ВОЗ, высказанная еще в 2010 г. в публикации «Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 год: Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью» [7] такова, что увеличение объемов финансирования здравоохранения за счет домохозяйств – это однозначно негативная тенденция. Необходимо искать иные пути поиска источников финансирования.

Еще одной проблемой бюджетного здравоохранения остается проблема обеспечения достойного, конкурентного в сравнении с соседними странами и находящегося хотя бы на уровне выше среднереспубликанского уровня оплаты труда медицинских работников (рис.).

На индивидуальном уровне решение финансовых проблем медиками нередко заключается в стратегиях совместительства, подработок. Так, по данным официального статистического сборника «Здравоохранение в Республике Беларусь», коэффициент совместительства врачей в среднем по стране в 2017 г. составлял 1,36, средних медицинских работников – 1,26 (табл. 2).

Несмотря на сложную экономическую ситуацию, правительством принимаются меры по повышению заработной платы работников отрасли. С целью закрепления кадров на рабочих местах

Таблица 1

Финансовый профиль Республики Беларусь по данным Global Health Expenditure Database [6]

Показатель	Год			
	2000	2005	2010	2016
ВВП на душу населения (GDP per capita), USD	2275	3376	4876	5034
Текущие расходы на здравоохранение на душу населения, ТРЗ (CHE per capita), USD	125	212	276	318
Внутренние государственные расходы на здравоохранение, ВГР (Domestic government health expenditure, GGHE-D), в процентах ТРЗ	79	74	68	61
ВГР, в процентах ВВП	4,3	4,7	3,8	3,9
Частные расходы на здравоохранение (OOPS-out-of-pocket spending), в процентах ТРЗ	16	22	29	36
Общие государственные расходы, ОГР (GGE – General government expenditure), в процентах ВВП	35	47	44	46
ВГР, в процентах ОГР	12	10	9	8
Население	9 933 609	9 621 543	9 473 071	9 480 042

и поддержки молодых специалистов постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27.01.2017 г. №78 с 1 января 2017 г. установлено повышение тарифных окладов врачам-интернам на 40%. Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.12.2016 г. №1251, на материальное стимулирование работников должно направляться не менее 50% (70–80%) средств превышения доходов

над расходами, остающихся в распоряжении организации. С 2018 г. началась реализация поэтапного повышения оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Данные подходы были выработаны Министерством здравоохранения совместно с Министерством финансов и Министерством труда и соцзащиты, по поручениям Главы государства и Правительства Республики Беларусь и направ-



Рис. Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата работников Республики Беларусь по отдельным видам экономической деятельности в 2018 г. [8]

**Коэффициент совместительства медицинских работников
в Республике Беларусь в 2017 г. [9, с.85]**

Регион	Врачебные должности			Должности средних медработников		
	число основных работников на занятых должностях*	число занятых должностей	коэффициент совместительства	число основных работников на занятых должностях*	число занятых должностей	коэффициент совместительства
г. Минск	11 409	15 322	1,34	20 590	28 656	1,39
Брестская	6 214	7 796	1,25	16 301	18 436	1,13
Витебская	5 019	7 147	1,42	14 031	17 580	1,25
Гомельская	6 094	8 464	1,39	16 336	20 095	1,23
Гродненская	5 423	6 658	1,23	12 180	14 646	1,20
Минская	5 255	7 651	1,46	13 888	17 873	1,29
Могилевская	4 450	6 566	1,48	13 073	16 268	1,24
Республика Беларусь	43 864	59 604	1,36	106 399	133 554	1,26

* Без работающих в учреждениях подготовки кадров и аппарате органов управления.

лены на увеличение размера зарплаты медицинских работников в два раза к 2025 г., в том числе, на достижение соотношения по средней зарплате врачей до уровня 150% к средней заработной плате по экономике [10].

Способствуют решению проблемы кадрового дисбаланса тактика обязательного распределения и трудоустройства выпускников медицинских вузов, система доплат и других материальных стимулов для врачей первичного звена, переориентация ресурсов со стационарного на амбулаторно-поликлинический уровень, развитие стационар-замещающего фонда (коек реабилитационных, паллиативного и сестринского ухода), а также информатизация отрасли. Значимым аспектом решения кадровых проблем в здравоохранении является медицинское образование. Республика Беларусь не только полностью обеспечивает потребности в подготовке молодых кадров, но и значительные темпы роста экспорта услуг. Все выпускники высших и средних специальных медицинских учреждений образования обеспечены первым рабочим местом.

Перспективными направлениями развития системы подготовки кадров с высшим медицинским образованием в стране становятся укрепление практической ориентации подготовки, формирование трехуровневой системы обучения, в перспективе – возможное введение резидентуры, что будет способствовать повышению объемов экспорта образовательных услуг не только на додипломном уровне и первой ступени высшего образования, но и на второй и последующих ступенях высшего меди-

цинского образования. Беларусь развивает систему непрерывного медицинского образования, повышения квалификации и переподготовки кадров. Этому способствует открытие на базе действующих медицинских университетов факультетов повышения квалификации и переподготовки кадров.

Вместе с тем, различия в заработной плате и процессы глобализации уже сегодня приводят к оттоку кадров из отрасли, компенсировать который только лишь усиленной подготовкой молодых специалистов нельзя. Высокий риск потери квалифицированного медицинского персонала – мощный посыл к реформированию финансирования системы здравоохранения в Беларуси [11].

В ближайшей перспективе план набора абитуриентов в медицинские университеты будет более чем на 50% складываться из обучающихся на платной основе. Одна из причин – наращивание объемов экспорта образовательных услуг. Экспорт образовательных услуг в здравоохранении позволяет развивать международное сотрудничество, усиливать внебюджетную составляющую финансирования медицинского образования, становится стимулом к самосовершенствованию и улучшению качества деятельности в вузах. При том, что процент доходов от экспорта образовательных услуг несколько ниже, темпы его роста являются максимальными. Экспорт образовательных услуг в медицине – высоко перспективная составляющая экономики здравоохранения.

Заключение

Анализ новейшей истории развития здравоохранения Беларуси показывает, что настоящий пе-

риод времени, хотя и не столь выражено в сравнении с периодом рубежа веков, но также по праву является временем значительных структурных преобразований в отечественном здравоохранении. Эти преобразования происходят под влиянием быстро меняющихся факторов внешней среды, ее глобализации, которая приводит к значительным социальным переменам, изменяет культурные установки населения и профессионалов здравоохранения и обуславливает объективное существование новых вызовов.

С целью обеспечения гарантий качественной и доступной медицинской помощи для населения и, вместе с тем, сохранения кадрового потенциала, обеспечения достойного уровня оплаты труда медицинских работников, в современных условиях в стране приходится разрабатывать стратегию долгосрочного совершенствования системы финансирования отрасли.

Учитывая мнение экспертов и рекомендации ВОЗ, Беларусь не отказывается в перспективе от возможного реформирования системы с сохранением ведущих организационных принципов – централизации и социальной направленности. В выборе пути дальнейшего развития немаловажную роль играет анализ опыта стран, имеющих общие исторические корни с белорусским государством, но изменивших в конце XX века подходы к финансированию здравоохранения с модели Н.А.Семашко на иные организационно-финансовые формы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ткачева, Е.И.* Создание и внедрение национальных счетов здравоохранения в Республике Беларусь / Е.И.Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №1. – С.20–28.
2. *Жарко, В.И.* Основные шаги по внедрению национальных счетов здравоохранения в Республике Беларусь / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №4. – С.4–7.
3. *Ткачева, Е.И.* Функционирование системы здравоохранения Республики Беларусь в изменяющихся экономических условиях / Е.И.Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №4. – С.27–31.
4. *Сачек, М.М.* Развитие системы оценки медицинских технологий в Республике Беларусь / М.М.Сачек, И.Н.Кожанова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – №2. – С.53–56.
5. Информация о финансировании расходов на здравоохранение в 2017 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/ministerstvo/sistema-schetov-zdravookhraneniya.php>. – Дата доступа: 04.04.2019.
6. Health Expenditure Profile: Belarus. Global Health Expenditure Database [Electronic resource]. – Mode of access: http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en. – Date of access: 04.04.2019.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 год: Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/whr/2010/ru/>. – Дата доступа: 04.04.2019.
8. Номинальная начисленная средняя заработная плата работников Республики Беларусь по отдельным видам экономической деятельности в 2018 году [Электронный ресурс] / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/trud/graficheskii-material-4/nominal_nachislennaya_sredn_zar_plata_rabotnikov_poved/ – Дата доступа: 04.04.2019.
9. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2017 год. – Минск: РНМБ, 2018. – 274 с.
10. *Шило, В.Д.* Совершенствование продолжается / В.Д.Шило // Медицинский вестник. – 2019. – №14 (04.04.2019). – С.3.
11. *Щавелева, М.В.* Опыт использования SWOT-анализа в подготовке управленческих кадров для здравоохранения / М.В.Щавелева, Т.Н.Глинская, Э.А.Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №4. – С.51–58.

HISTORICAL TRANSFORMATION OF BELARUSIAN HEALTHCARE MODEL. PART 2: TODAY'S PROBLEMS AND APPROACHES TO RISK MANAGEMENT

M.Yu.Surmach

Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

In this study carried out for the Belarusian healthcare system 100th anniversary and composed of three parts, an attempt was made to analyze historical transformation of Belarusian healthcare model which maintained uniqueness and high social orientation in conditions of budget system. This work was done in order to identify factors shaping the concept of social responsibility of healthcare institution, each of its workers and culture of system as a whole.

Trends in expenditures and revenues in today's Belarus healthcare system, prerequisites for its further reforming, approaches to the inherent in budget model of healthcare financing risk management have been analyzed in this (the second) part.

Keywords: Republic of Belarus; healthcare system; reforming; risk management; social responsibility.

Сведения об авторе:

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.

Поступила 10.05.2019 г.

МЕТОДОЛОГИЯ ИЗУЧЕНИЯ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А.П.Гелда

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

Статья посвящена обзору современных литературных данных, касающихся проблем суицидальной активности среди детей и подростков, и методологическим основам изучения детско-подросткового суицидального поведения.

Ключевые слова: дети и подростки; суицидальное поведение; изучение; методология.

Самоубийства и покушения на собственную жизнь являются актуальной медико-социальной проблемой в большинстве стран мира, включая Беларусь. Ежегодно в мире регистрируют свыше 800 тысяч случаев самоубийств и свыше 16 миллионов случаев суицидальных попыток [1], причем в одной трети стран, как развитых, так и развивающихся, самоубийство является второй по значимости причиной смерти в возрастной группе от 10 до 24 лет и третьей – среди подростков [2].

В течение последних десятилетий во многих странах мира на фоне снижающихся общепопуляционных показателей смертности от самоубийств (в частности, в Республике Беларусь в 1990–2018 гг.: от уровня $20,3^{0/0000}$ в 1990 г. до сверхвысоких показателей $30,8$ – $35,3^{0/0000}$ в 1994–2005 гг. с последующим понижением годовых показателей до уровня $20,5$ – $21,5^{0/0000}$ в 2016–2017 гг. и $19,0^{0/0000}$ в 2018 г. [3, 4]) отмечался рост самоубийств среди подростков (15–19 лет) [5]. За последние 30 лет число подростковых самоубийств возросло в 30 раз (в 2003 г. для 90 стран средний показатель смертности от самоубийств в подростковом возрасте составлял $7,4^{0/0000}$, в том числе, среди юношей – $10,5^{0/0000}$, среди девушек – $4,1^{0/0000}$, занимая 4-е место среди причин смерти у подростков-мальчиков и третье у девочек) [6]. По данным ВОЗ, среди стран мира Беларусь в 2010 г. занимала 5-е рейтинговое место по уровню подростковой суицидальной смертности ($14,0^{0/0000}$), пропуская вперед Россию, Казахстан, Литву и Шри-Ланку ($19,8$ – $46,5^{0/0000}$) [7]. Согласно материалам нашего исследования [8], в Республике Беларусь в 1990–2009 гг. в популяции населения 10–19-летнего возраста среднестатистический показатель уровня суицидальной смертности составил $7,6 \pm 0,3^{0/0000}$ при двукратном росте накопле-

ния массива случаев самоубийств к 2009 г. и пятикратном превышении уровневых показателей суицидальной смертности в возрастном диапазоне 15–19 лет против диапазона 10–14 лет (усреднено: $12,5^{0/0000}$ к $2,5^{0/0000}$). Обобщенный показатель смертности от самоубийств в детской популяции населения Республики Беларусь (0–17 лет) в 2018 г. составлял $1,4^{0/0000}$ (рост показателя на 40,0% против такового в $1,0^{0/0000}$ в 2017 г. (или рост от 18 до 26 случаев самоубийств) [4].

Мета-анализ ряда популяционных исследований позволяет оценить встречаемость суицидальных попыток в детско-подростковом возрасте, превышающую в среднем в 8–10 раз частоту самоубийств среди них [9]. Причем у половины совершающих суицидальные попытки детей и подростков – эти попытки повторные [10], что является весьма опасным в контексте совершения завершенного суицидального акта [11]. В Республике Беларусь на основании официальной регистрации случаев суицидальных попыток [12] для контингента населения возраста 0–17 лет в 2017 г. было зарегистрировано 298 случаев нефатальных самопокушений ($16,1^{0/0000}$) (в соотношении к 18 случаям самоубийств в 2017 г. – 1:16,6), в 2018 г. – 347 случаев ($18,6^{0/0000}$) (в соотношении к 26 случаям самоубийств в 2018 г. – 1:13,3).

Суицидальное поведение человека является специфического рода паттерном рискованного поведения (наряду с аутоагрессивным несуйцидальным поведением, аутодеструктивным поведением с саморазрушающими проявлениями – аддикция, пренебрежение к своему здоровью и пр.) [13], включающим несмертельные (суицидальные мысли, тенденции, намерения, высказывания, суицидальные попытки) и смертельные (завершенный суицид; самоубийство) формы саморазрушающей активности. Природа суицидального поведения –

полифакторная, имеющая свои отличительные особенности в детско-подростковом возрасте [14].

Предотвращение самоубийств и незавершенных суицидальных действий определяется как центральная стратегия в политике психического здоровья в странах мира [15], включая и Беларусь [16]. Создание в каждой стране национального комплекса мер по предотвращению самоубийств (и покушений на собственную жизнь) требует изучения национальных особенностей суицидального поведения, разработки и внедрения в практику действенных мер его профилактики и оказания адекватной и эффективной медико-психологической помощи лицам с суицидальным поведением на всем протяжении переживания ими суицидоопасного кризисного состояния [17].

Общепринятая в мире биологическая схема возрастной периодизации дифференцирует возраст от 0 до 12 лет как непосредственно «дети», возраст от 12 до 18 лет – как «подростковый» (подростки), переходный от детства к взрослому состоянию. По рекомендации ВОЗ, суицидальные акты детей в возрасте до 10 лет, а, по мнению некоторых других авторов [18], все случаи смертей с признаками самоубийства в возрасте до 13 лет следует рассматривать как несчастные случаи. Аутоагрессивные суицидальные действия у детей до 13 лет относительно редки, в возрасте 14–15 лет отмечается резкое возрастание суицидальной активности и в возрасте от 16 до 18 лет наблюдается максимум самопокушений на собственную жизнь [19]. Исходя из вышеотмеченного, целесообразно феноменологические особенности формирования и развития суицидального поведения среди детей и подростков изучать в дифференцированных возрастных диапазонах (10–14 лет и 15–18 лет), что и обуславливает основные положения методологии исследования и изучения детско-подростковой суицидальности [19].

Методологические аспекты суицидального поведения среди детей и подростков имеют две составляющие части: первичное суицидальное поведение (впервые в жизни совершенные акты суицидальной агрессии) и повторяющееся (повторные акты суицидальной агрессии).

Повторные (рецидивирующие) суицидальные действия имеют достаточно высокий показатель распространенности в структуре суицидального поведения [11, 20, 21]. В пределах временного интервала до 3 лет в странах Запада относительный риск совершения повторных суицидальных действий составляет от 20 до 60% [22], причем риск рецидива суицидальной агрессии наиболее высок в первые 6 месяцев после совершения

предыдущих суицидальных действий, преимущественно в ближайшие недели [23]. Как крайне высокая вероятность повторения суицидальных действий оценивается в популяции детей и подростков. По данным некоторых авторов [10, 24], половина суицидентов детского и подросткового возраста совершали повторные акты суицидальной агрессии.

Хронификация суицидальных паттернов реагирования, в особенности по мере становления «суицидальной карьеры» и формирования стереотипно-автоматизированной модели аутоагрессивного суицидального поведения как ответной реакции на абортивную (с незначительным патогенным влиянием) провокацию стресс-агента в обыденных, личностно малозначимых, конфликтных ситуациях [25] высоко сопряжена с летальным исходом покушений на собственную жизнь. По данным одних авторов, около 1% тех, кто пытался покончить с собой, умирают в течение года при последующей попытке [26], других – 1–2% [20], третьих – 3,2% [27], а в течение 5–10 лет заканчивают жизнь самоубийством от 3 до 5% [21]. Среди лиц, ранее совершавших самоповреждающие действия, риск самоубийства минимум в 10–12 раз выше, чем в общей популяции населения [27], для лиц с «суицидальной карьерой» (хроническим рецидивированием аутоагрессии) это превышение составляет 20–30 раз [23]. В то же время, следует отметить, что наличие в прошлом попытки самоповреждения повышает риск самоубийства, но большинство из тех, кто его совершает, ранее не проявляли аутоагрессивных действий [28].

Систематизированные, комплексные исследования изучения феноменологических переменных характеристик повторяющегося суицидального поведения среди детей и подростков, которые качественно содержательно отличаются от таковых, изученных при первичном суицидальном поведении, как в западных странах, так и в СССР и на постсоветском пространстве, не проводились [29], а единичные и узконаправленные научные изыскания этого профиля [10] не позволяют в полной мере раскрыть и описать данную проблемную тематику.

Суицидальное поведение детей и подростков, как и у взрослых, есть «следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта» [30], но в силу своеобразия суицидальных проявлений и суицидогенных дезадаптивных факторов (социально-демографических, клинических, личностно-психологических и пр.) рассматривается как самостоятельная проблема с иными, в

отличие от взрослого контингента населения, унифицированными методами суицидологической диагностики [2, 19, 31].

Суицидологическая диагностика включает в себя выявление и оценку в статике и динамике суицидальных интенций (антивитальных переживаний, мыслей, замыслов и намерений, поступков и др.) и проведение клинко-психологического скрининга уровня суицидальной готовности. Универсальной психодиагностической методики для определения суицидального риска у детей и подростков не существует. Применяемые на постсоветском пространстве анкеты, опросники и тестовые методики (опросник суицидального риска в модификации Т.Н.Разуваевой, методика диагностики суицидального поведения В.М.Горской, методика выявления суицидального риска у детей А.А.Кучера и В.П.Костюкевича, шкала суицидальных мыслей А.Бека и др.), рекомендуемые в качестве диагностического инструментария для экспресс-диагностики склонности к суицидальному поведению, являются декларативными, базирующимися на механическом подходе к оценке суицидального риска и не обладающими высокой диагностической чувствительностью и специфичностью. В то же время, их практическое применение при первичной диагностической оценке суицидального риска позволяет вычленять контингент детей и подростков с высоким уровнем суицидальной готовности с последующим их включением в программы превенции совершения суицидальных действий [2, 32, 33]. Ограничения скрининговых психодиагностических методик оценки суицидального риска среди детей и подростков преодолеваются посредством применения полного алгоритма суицидологической диагностики, как, к примеру, предложенного Ю.В.Поповым и А.А.Пичиковым (2017) [14], включающего пошаговые действия (этапы):

1) целенаправленный распрос в амбулаторных или стационарных условиях (опрос родителей и других лиц ближнего круга и клинко-суицидологическое интервью потенциального суицидента с оценкой его клинко-психопатологического состояния) для определения наличия антивитальных переживаний и пресуицидального состояния (заполняется скрининговый опросник «Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков» в разработке А.Н.Волковой);

2) определение степени суицидального риска (заполняется скрининговая «Карта риска суицида» в модификации для подростков Л.Б.Шнейдера);

3) дополнительное экспериментально-психологическое обследование для выявления аффективных и когнитивных специфических клинических признаков суицидальной готовности в пресуицидальном состоянии (рекомендуемая батарея тестов: «Шкала безнадежности А.Бека», «Шкала депрессии А.Бека», тест «Экспресс-диагностики склонности к аффективному поведению» в разработке В.В.Бойко);

4) углубленное экспериментально-психологическое обследование для выявления личностных особенностей, уровня выраженности дезадаптации и особенностей семейного функционирования (батарея тестов: «Патохарактерологический диагностический опросник» А.Е.Личко и Н.Я.Иванова, детский и подростковый варианты «Факторного личностного опросника» Р.Кеттела, «Опросник ситуативной и личностной тревожности» Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина, «Шкала Зунга» в адаптации Л.И.Вассерман и О.Ю.Щелкова для оценки уровня депрессии и «Опросник Баса-Дарки» для оценки враждебности и видов агрессии, методика «Копинг-тест Лазаруса» для оценки стресс-протективных копинг-механизмов преодоления стрессовых ситуаций и др.).

1–3-й этапы суицидодиагностики служат для диагностирования высокого суицидального риска и включения потенциального суицидента в программу оказания экстренной, антикризисной и антисуицидальной помощи, 4-й – для индивидуализации и персонализации сценариев оказания такой помощи. Безусловно, применение расширенного комплекса суицидодиагностики возможно только в учреждениях здравоохранения.

Заключение. Отмеченные выше детально отражающая научно-практическую актуальность проблема суицидального поведения в детско-подростковом возрасте и феноменологические особенности его формирования определяют необходимость предпринимать и реализовывать разноплановые и разносторонние методологические подходы к изучению проблемных тематик в детско-подростковой суицидологии [18, 19, 34], включая изучение феномена повторяющегося суицидального поведения [29] и выявления контингента детей и подростков с потенциальной суицидальной активностью для оказания им специализированной медико-психологической помощи с целью превенции совершения актов суицидальной агрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. – Geneva: World Health Organization; 2017. – 103 p.

2. Preventing suicide: a global imperative. – Geneva: World Health Organization; 2014. – 97 p.
3. Гелда, А.П. Суициды: ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации в различных странах мира и в Республике Беларусь / А.П.Гелда, А.Н.Нестерович, В.В.Голубович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №2 (87). – С.13–24.
4. Смертность в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2016–2017 гг. – Минск: ГУ РНМБ, 2018. – 236 с.
5. Cash, S.J. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior / S.J.Cash, J.A.Bridge // Current Opinion in Pediatrics. – 2009. – Vol.21, No.5. – P.613–619.
6. Wasserman, D. Global suicide rates among young people aged 15–19 / D.Wasserman, Q.Cheng, G.X. Jiang // World Psychiatry. – 2005. – Vol.4, No.2. – P.114–230.
7. Положий, Б.С. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации [Электронный ресурс] / Б.С.Положий, Е.А.Панченко // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – №2. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>. – Дата доступа: 28.03.2019.
8. Гелда, А.П. Проблема фатальных аутоагрессивных действий среди подростков / А.П.Гелда, М.Л.Буцько, В.В.Голубович // Медицинский журнал – 2013. – №2 (44). – С.71–76.
9. WHO – Suicide Prevention. SUPRE. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental and Brain and Substance Dependence / World Health Organization. – Geneva, 2002. – 197 p.
10. Deliberate self-harm within an international community sample of young people comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study / N.Mage [et al.] // J. Child Psychol. Psychiatry. – 2008. – Vol.49, No.6. – P.667–677.
11. Suicide. An Unnecessary Death / ed. D.Wasserman. – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
12. О мерах по профилактике суицидов и оказании помощи лицам, совершившим суицидальные попытки [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июля 2007 г., №575. – Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/files/000128_163827_Prikaz_N575_2007.doc. – Дата доступа: 28.03.2019.
13. Farberow, N.L. The many faces of suicide: indirect self-destructive behavior / ed. N.L.Farberow. – New York: McGraw-Hill Book Co, 1980. – 245 p.
14. Лукашук, А.В. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) / А.В.Лукашук, М.Д.Филиппова, О.Ю.Сомкина // Российск. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П.Павлова. – 2016. – №2. – С.137–143.
15. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. [Электронный ресурс]. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1. – Дата доступа: 28.03.2019.
16. Комплекс мер по профилактике суицидального поведения населения Республики Беларусь на 2015–2019 годы, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 07.04.2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sps.berestovica.edu.by/ru/main.aspx?guid=2212>. – Дата доступа: 28.03.2019.
17. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген: ВОЗ, 1999. – С.55–60.
18. Юрьева, Л.Н. Клиническая суицидология / Л.Н.Юрьева. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
19. Суицидальное поведение у подростков / Ю.В.Попов, А.А.Пичиков. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. – 366 с.
20. Owens, D. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review / D.Owens, J.Horrocks, A.House // Br. J. Psychiatr. – 2002. – Vol.181. – P.193–199.
21. Gibb, S.J. Mortality and further suicidal behavior after an index suicide attempt: A 10-year study / S.J.Gibb, A.L.Beautrais, D.M.Fergusson // Austral. and N.Z. J. Psych. – 2005. – Vol.39, No.1–2. – P.95.
22. Шейдер, Р. Предотвращение самоубийства // Психиатрия / под ред. Р.Шейдера. – М.: Практика, 1998. – С.212–221.
23. Gunnell, D. Prevention of suicide: aspirations and evidence / D.Gunnell, S.Frankel // Brit. Med. J. – 1994. – Vol.308. – P.1227–1233.
24. Fergusson, D.M. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders / D.M.Fergusson, M.T.Lynskey // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. – 1995. – Vol.34. – P.1308–1317.
25. van Heeringen, K. Pathways to suicide: an integrative approach / K.van Heeringen, K.Hawton, J.M.G. Williams // The International Book of Suicide and Attempted Suicide / K.Hawton, K.van Heeringen (Eds.). – New York: John Wiley & Sons Chichester, 2000. – P.9–28.
26. Hawton, K. Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners' and medical records / K.Hawton, K.Houston, R.Shepperd // Brit. J. Psychiatr. – 1999. – Vol.175. – P.271–276.
27. Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996–2003 [Electronic resource] / J.Haukka [et al.] // American Journal of Epidemiology. – 2008. – Vol.167, Issue 10. – P.1155–1163 (<https://doi.org/10.1093/aje/kwn017>). – Mode of access: <https://academic.oup.com/aje/article/167/10/1155/231630/>. – Date of access: 28.03.2019.
28. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper / A.Graham [et al.] // Austral. Psychol. – 2000. – Vol.35. – P.1–28.
29. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологи-

- ческие аспекты диагностики и лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Г.Я.Пилягина. – Киев, 2004. – 32 с.
30. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР [Моск. НИИ психиатрии; сост. А.Г.Амбрумовой, В.А.Тихоненко]. – М.: Б.и., 1980 (вып. дан. 1981). – 48 с.
31. *Дмитриева, Н.В.* Психологические особенности личности суицидальных подростков / Н.В.Дмитриева, Ц.П.Короленко, Л.В.Левина // Вестн. Кемеровск. гос. ун-та. – 2015. – №1-1 (61). – С.127–134.
32. *Банников, Г.С.* Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) [Электронный ресурс] / Г.С.Банников, К.А.Кошкин // Медицинская психология в России. – 2013. – №2 (19). – Режим доступа: http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer18.php. – Дата доступа: 28.03.2019.
33. *Короленко, Ц.П.* Самоубийство: психология, психопатология, терапия: учебное пособие / Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, Ю.М.Перевозкина. – СПб.: СПбГИПСР, 2016. – 196 с.
34. WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide. Facts and figures / ed. U.Bille-Brache. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1999. – 99 p.
- CHILD AND ADOLESCENT SUICIDAL BEHAVIOR STUDY METHODOLOGY**
- A.P.Gelda**
Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, 152, Dolginovsky Trakt, 220053, Minsk, Republic of Belarus
- This article focuses on review of current literature data, related to problems of suicidal activity among children and adolescents, and methodological basis for children's and adolescents' suicidal behavior study.
- Keywords: children and adolescents; suicidal behavior; study; methodology.
- Сведения об авторе:**
Гелда Анатолий Петрович, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», лаборатория клинико-эпидемиологических исследований, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37517) 3802307, (+37544) 5799126; e-mail: radiant.97@mail.ru.
Поступила 31.03.2019 г.

К ТЕОРИИ ДИАГНОЗА

В.Н.Ростовцев

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

Обсуждаются основные понятия медицинской диагностики, типология подходов к ее реализации, стадии рискогенетических процессов и понятие системного риска. Рассмотрены классификация систем полуавтоматической диагностики и перспектива создания систем автоматической диагностики. Приведены характеристики основных стадий развития патологических процессов и существующие возможности их диагностики.

Ключевые слова: патологический процесс; диагностика; нозологический медицинский диагноз; этиологический медицинский диагноз; патогенез; рискогенез; латентный рискогенез; проявленный рискогенез; аномалии развития; заболевания; манифестация патологического процесса; профилактическая диагностика; оценка индивидуальных рисков.

Введение. Развитие различных аспектов теоретических представлений о диагнозе и соответствующее соиздание новых методов и средств диагностики лежат в основе повышения возможностей и качества медицинской помощи. Это развитие важно не только для медицины, но и для организации здравоохранения. Главной целью данной статьи является теоретическое рассмотрение смысловых аспектов и современных возможностей профилактической, то есть донозологической (доманифестной) диагностики.

1. Основные понятия

Основными для теории диагноза являются понятия патологического процесса, диагноза (нозологического и этиологического), риска (инициации или манифестации патологического процесса), патогенеза и рискогенеза, аномалии развития и заболевания.

Наиболее фундаментальное, корневое понятие медицины – понятие патологического процесса, являющегося реакцией организма на определенные сочетания внутренних и внешних факторов, которая, в свою очередь, не является нормальной физиологической реакцией. Патологический процесс приводит к тому или иному нозологическому итогу, а формально – к диагнозу.

Второе по значимости фундаментальное понятие медицины – понятие диагноза. Именно диагноз патологического процесса дает логические и юридические основания для лечебно-профилактической деятельности.

Нозологический медицинский диагноз – это идентификация патологического процесса либо его итога (на данный момент) в рамках нозологиче-

ских классификаций либо в рамках оценочной шкалы нозологического риска.

Этиологический медицинский диагноз – это идентификация причин патологического процесса, а точнее, идентификация внутренних и (или) внешних причинных факторов патологического процесса.

Последовательность и совокупность этапных процессов возникновения (инициации) и течения патологического процесса называют патогенезом. Поскольку инициация патогенеза происходит при условии приближения величины ее риска к 100%, то процессы формирования и нарастания риска инициации патогенеза являются процессами рискогенеза. На практике оценка риска инициации крайне затруднительна. Поэтому, для теории и практики основным является понятие риска манифестации (нозологического риска).

Процессы рискогенеза всегда являются скрытыми (латентными). Начальные стадии патогенеза также всегда являются латентными. В итоге, всякому патологическому итогу (исходу заболевания) предшествует три стадии единого процесса, включая стадии:

- рискогенеза,
- латентного патогенеза,
- проявленного патогенеза.

Обычную клинико-лабораторную диагностику проводят на стадии проявленного патогенеза, когда патогенез проявлен в симптомах и лабораторно-инструментальных показателях. Диагностику на стадии латентного патогенеза принято называть ранней диагностикой. Диагностику на стадии

рискогенеза следует называть профилактической диагностикой.

Итогом рискогенетического процесса является инициация патогенеза аномалии развития (психической, функциональной, структурной) или заболевания (психогенного, токсикогенного, инвазивного, инфекционного или неинфекционного) и последующая манифестация патологического процесса.

Нозологические классификации включают аномалии развития и заболевания. Принципиально важно понимать их различие. Например, артериальная гипертензия является функциональной аномалией развития, поскольку имеет линейную, а, точнее, гладкую динамику развития (без пика развития и выздоровления), а гипертонический криз является заболеванием, поскольку имеет циклическую динамику развития (начало, пики, завершение) с восстановлением состояния, близкого к исходному. Примером психической аномалии развития являются психопатии, которые, как известно со времен П.Б.Ганнушкина, имеют конституциональную природу.

Важным дополнением к нозологическому диагнозу служит этиологический диагноз и не обязательно в микробиологическом смысле. Этиологически значимыми могут быть не только внешние, но и внутренние факторы, к которым относятся ментальные и поведенческие, эндозкологические и физиологические.

Оценки индивидуальных рисков относятся к профилактической диагностике и включают оценки нозологических рисков (это диагностическое основание для профилактики) и выявление системных рисков, то есть рисков ослабления или истощения определенных систем организма (это диагностическое основание для оздоровления).

2. Технологическая типология медицинской диагностики

Диагностика систем, как информационная основа планирования, присутствует во всех сферах человеческой деятельности. В медицине – это информационная основа планирования оздоров-

ления, профилактики и лечения, а также реабилитации и реанимации.

Технологическая типология медицинской диагностики предполагает выделение основных технологических подходов к достижению диагностического результата. На сегодня сформированы следующие технологические подходы.

2.1. Семиотическая диагностика

К медицинской семиотике относятся клинические симптомы, лабораторно-диагностические показатели, генетические маркеры заболеваний, патофункциональные показатели и патоморфологические признаки (гистологические и органно-системные), а также алгоритмы принятия диагностических решений.

Этот классический подход применим на этапе проявленного (манифестного) патогенеза, ограниченно применим на этапе латентного патогенеза и не применим на этапе рискогенеза.

Семиотическая диагностика опирается на теорию измерений. В рамках семиотического подхода функции оценки показателей (симптомов, признаков и т.п.), нозологического распознавания и постановки (формулирования) диагноза целиком и полностью принадлежат врачу.

2.2. Системы полуавтоматической диагностики

Полуавтоматическая диагностика опирается на теорию измерений и теорию распознавания образов.

В рамках этого подхода часть технологических функций выполняют программные и (или) программно-аппаратные средства. Существует несколько технологических вариантов полуавтоматической диагностики и соответствующих типов систем полуавтоматической диагностики (СПАД), которые суммированы в табл. 1.

Все СПАД выполняют тот или иной набор вспомогательных функций, а постановку нозологического диагноза выполняет врач, что отражено в последней строке табл. 1.

Исторически первыми были программные системы (СПАД типа 1), которые выполняют расчет

Таблица 1

Типы СПАД по составу автоматически выполняемых (+) функций

Функция	Номер типа системы СПАД						
	1	2	3	4	5	6	7
Запись сигнала	-	-	+	+	-	+	+
Измерения	-	-	+	+	-	+	-
Оценки показателей	+	+	+	+	-	-	-
Формирование образа	-	-	-	-	+	+	+
Нозологическое распознавание	-	+	-	+	+	+	+
Постановка диагноза	-	-	-	-	-	-	-

(оценку) диагностических показателей на основе введенных первичных диагностических данных.

СПАД типа 2 относятся к программным системам, выполняющим функции оценки показателей и нозологического распознавания на основе введенных первичных диагностических данных. К этому типу принадлежат медицинские экспертные системы (медицинские диагностические системы искусственного интеллекта).

СПАД типа 3 – это измерительные программно-аппаратные комплексы, выполняющие функции записи сигнала, измерений первичных параметров и оценки (расчета) диагностических показателей.

СПАД типа 4 – измерительно-распознающие программно-аппаратные комплексы с автоматическими функциями записи сигнала, измерений, оценки показателей и нозологического распознавания.

СПАД типа 5 – программные системы, имеющие программный нейросетевой блок распознавания, выполняющие функции формирования образа и нозологического распознавания.

СПАД типа 6 – программно-аппаратные комплексы, имеющие программный нейросетевой блок распознавания и выполняющие функции записи сигнала, измерений, формирования образа и нозологического распознавания.

СПАД типа 7 – программно-аппаратные комплексы волновой диагностики (функциональной спектрально-динамической диагностики), выполняющие функции записи волнового сигнала, формирования образа и нозологического распознавания по эталонным спектрально-динамическим маркерам, в частности, с помощью Комплекса медицинского спектрально-динамического [1].

2.3. Системы автоматической диагностики

Системы автоматической диагностики (САД) уже анонсированы, но на рынке медицинских систем их пока нет.

Применение САД особенно важно и перспективно на доманифестном этапе, то есть на этапе рискогенеза заболеваний, в том числе, в режиме телемедицинской диагностики [2].

Реализация САД возможна на основе технологии Функциональной спектрально-динамической диагностики (ФСД-диагностики). Пока только эта диагностическая технология предоставляет возможности реализации автоматической диагностики на этапах рискогенеза и латентного патогенеза для заболеваний всех систем организма. Медицинская и экономическая привлекательность САД обусловлена возможностью их массового применения.

Основные достоинства САД следующие:

возможность быстрой телемедицинской диагностики заболеваний или их осложнений;

возможность массовых обследований населения для выявления актуальных рисков и ранних стадий заболеваний с целью их профилактики;

возможность самостоятельного контроля здоровья и рисков заболеваний на основе автоматической смарт-диагностики.

2.4. Интеллектуальные консультирующие системы

Интеллектуальные консультирующие системы уже применяются в технической сфере, в криминалистике и в медицине. Медицинские консультирующие системы используют знания, накопленные в семиотической диагностике. Предварительные данные показывают, что применение интеллектуальных консультирующих систем позволяет в несколько раз снизить количество врачебных ошибок.

3. Стадии рискогенеза

В современной медицине принято различать нозологические (проявленные, манифестные) и донозологические (доманифестные) формы нездоровья. При этом на донозологическом уровне обычно рассматривают латентные стадии (или формы) заболевания, либо предпатологические функциональные нарушения. Однако, это не единственный способ рассмотрения доманифестных процессов. Выше мы показали возможность использования теоретических представлений о рискогенезе для формальной оценки величины индивидуального нозологического риска. Кроме того, существуют содержательные представления о скрытых стадиях развития заболеваний [3].

Содержательный способ представления стадий развития заболеваний указан, в частности, в Аюрведе, где выделяют шесть стадий развития патологии, включая [3]:

- 1) ментальную;
- 2) эфирную;
- 3) дисрегуляторную;
- 4) эндотоксическую;
- 5) проявленную;
- 6) терминальную.

В современной терминологии первая (ментальная) стадия соответствует запуску психосоматических процессов, вторую (эфирную) стадию следует рассматривать как биополевую или, точнее, биоволновую, дисрегуляторная стадия соответствует нейроэндокринным нарушениям, эндотоксическая – метаболическим сдвигам, а проявленная соответствует манифестной стадии.

Далее будем формально исходить из того, что все стадии развития процессов до манифестации заболевания относятся к стадиям риска манифестации болезни.

В табл. 2 представлены первые пять стадий развития патологических процессов, возможные проявления этих процессов и доступные методы их диагностики на этих стадиях.

Содержательное определение стадий рискогенеза имеет практическое значение не столько для диагностики рисков, сколько для их профилактической коррекции. Для оценки величины нозологического риска достаточно единой шкалы оценки (порядковой или количественной) и, разумеется, алгоритма оценки риска для каждой нозологической единицы. Для решения задач профилактической коррекции риска важно знать системные (содержательно интерпретируемые) уровни формирования индивидуального риска.

В случае выявления актуального риска необходимо проводить профилактическую коррекцию, для планирования которой и нужны содержательные представления о стадиях рискогенеза.

Отметим, что эти представления полезны также и для планирования лечения. Здесь дело в том, что функциональные дисбалансы (ментальные, меридиональные, нейрональные, эндокринные, метаболические), возникшие на последовательных стадиях рискогенеза, как правило, сохраняются и вносят свой вклад уже на стадии постманифестного патогенеза. Например, применение при сахарном диабете второго типа метода мезодизэнцефальной модуляции или более тонкого метода спектрально-динамической активации гипоэргических (гипофункциональных, заторможенных) ядер среднего мозга дает хороший терапевтический эффект.

Важно, что для первых четырех стадий развития процесса, то есть для доманифестных стадий развития патологии, уже существуют методические возможности их диагностики. Примечатель-

но, что на всех этих стадиях применимы методы волновой ФСД-диагностики [4].

4. Системные риски

Оценка медицинских рисков включает выявление нозологических и системных рисков. Оценка нозологических рисков необходима (в основном) для медицинской профилактики, а оценка системных рисков необходима (в основном) для медицинского оздоровления. Оговорка «в основном» обусловлена тем, что оздоровление и профилактика всегда являются единым технологическим процессом.

Системные риски в наибольшей мере связаны с состоянием систем защиты здоровья, которые перечислены в работе [5].

Причинами формирования системных рисков являются генетические аномалии и дисгармоничности, высокие нагрузки на систему и процессы ее истощения. Выявлять высокие нагрузки и процессы истощения позволяет ФСД-диагностика.

Основным способом снижения системных рисков является медико-оздоровительная работа. Например, в случае выявления высокой аллергенной нагрузки (без аллергических проявлений) для оздоровления достаточно снизить общую аллергенную нагрузку путем избегания индивидуально актуальных аллергенов и, при необходимости, провести комплементарную волновую десенсибилизацию или назначить комплементарный иммунопротектор в оздоровительной дозе.

Заключение. Расширение теоретических представлений о видах диагноза, типах диагностики и границах применимости различных методов диагностики позволяет уточнить и углубить понимание целого ряда задач медицины и организации здравоохранения. В частности, решение задачи формирования диагностической базы первичной медицинской помощи должно быть нацелено на раннюю диагностику заболеваний, а также на диагностику их рисков. Отметим, что главные детерминанты качества медицинской помощи –

Таблица 2

Стадии развития патологии, их возможные проявления и методы диагностики

Стадии развития патологии	Возможные проявления	Методы диагностики
ментальная	вербально-смысловые, эмоциональные	психодиагностические, волновые
биоволновая	функциональные	волновые
нейроэндокринная	функциональные	функционально-диагностические, волновые
метаболическая	метаболические	лабораторно-диагностические, волновые
манифестная	клинико-лабораторные, морфологические	все имеющиеся, в том числе, волновые

качество диагностической базы и квалификация врача. Важной задачей организации здравоохранения является также развитие методов и средств телемедицинской диагностики на основе СПАД и САД.

Литература

1. Комплекс медицинский спектрально-динамический [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.kmsd.by. – Дата доступа: 15.01.2019.
2. Ростовцев, В.Н. Концепция комплексного проекта «Теледиагностика» / В.Н.Ростовцев // Вести Института современных знаний. – 2014. – №1. – С.64–67.
3. Ветров, И.И. Основы аюрведической медицины / И.И.Ветров, А.В.Кузьменко. – М.: Святослав, 2004. – 358 с.
4. Ростовцев, В.Н. Решение проблемы ранней диагностики / В.Н.Ростовцев // Справочник врача общей практики. – 2016. – №4. – С.10–15.
5. Ростовцев, В.Н. Основы культуры здоровья / В.Н.Ростовцев, В.М.Ростовцева. – Минск: Национальный институт образования, 2008. – 118 с.

TO THE THEORY OF DIAGNOSIS

V.N.Rostovtsev

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

Basic concepts of medical diagnostics, typology of approaches to its implementation, stages of risk-genetic processes and concept of systemic risk are discussed. Classification of semi-automatic diagnostic systems and prospects for automatic diagnostic systems creating are considered. Characteristics of main stages of pathological processes' development and existing possibilities for their diagnosis are given.

Keywords: pathological process; diagnostics; nosologic medical diagnosis; aetiologic medical diagnosis; pathogenesis; risk genesis; latent risk genesis; manifested risk genesis; developmental abnormalities; diseases; pathological process manifestation; preventive diagnostics; individual risk assessment.

Сведения об авторе:

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.: (+37517) 2907552; e-mail: vnrost@rambler.ru.

Поступила 17.01.2019 г.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ГРАНИЦЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ*

С.Л.Бойко, М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

В статье приведен обзор современных подходов к оценке организационной культуры, обоснована необходимость изучения культуры в учреждениях здравоохранения. Приводятся результаты пилотного исследования с помощью инструмента оценки культуры (ОСАИ) среди врачей и руководителей учреждений здравоохранения Гродненской области. Определены диагностические возможности метода и границы его применения для изучения организационной культуры в здравоохранении.

Ключевые слова: организационная культура; инструмент оценки организационной культуры (ОСАИ); концепция конкурирующих ценностей; врач; руководитель; организация здравоохранения.

Введение

Каждое новое поколение получает от прошлых поколений типизированные и формально закрепленные формы деятельности с нормами регуляции ролевого поведения, проявляемыми в социальных ролях. Вместе с тем, не все социальные роли четко обозначены и раскрыты в системе установленных санкций и одобряемых правил. Многие из них рассчитаны на личностные качества, сознательность и моральный выбор в пределах спектра ценностно окрашенных возможностей. Относительно профессиональной среды данный спектр ролей мы увидим, прежде всего, в организационной культуре, приобщение к которой происходит посредством социализации. Каждый новый сотрудник, каждый молодой специалист, вчерашний выпускник, приходя в коллектив, впитывает бытующие в этом коллективе нормы, правила, установки и требования.

Социальные роли как представления о должном не могут быть статичными: они изменяются, начиная с привычных повседневных деятельностных практик, приводя, в конечном счете, к изменениям всего социального института [2]. Когда речь идет о профессиональной деятельности, изменения социальных ролей начинаются с изменений в организационной культуре.

Организационная культура – это важнейший фактор внутренней среды организации, а именно, система поведенческих норм, общеорганизацион-

ных правил и ценностей, которыми отличаются работники данной организации и организация в целом. Данное определение применимо как к отдельной организации (учреждению) здравоохранения, так и к системе здравоохранения в целом, поскольку, с точки зрения социологии, система здравоохранения представляет собой организацию социального института медицины: это формально организованный продукт общественного договора о фиксированных нормах и правилах, отражающий организацию идеального представления о должном социальном институте медицины [4].

В современной науке и практике менеджмента под организационной культурой понимают один из факторов внутренней среды управления. Отличием этого фактора среды управления от других является его двунаправленная ориентированность: с одной стороны, он направлен на персонал организации как объект управления (что позволяет отнести данный фактор к факторам внутренней среды управления), с другой – на потребителей данной организации, то есть во внешнюю среду [3].

Глубокое осознание организационной культуры как мощного инструмента управления произошло на рубеже 1980–1990-х гг. Стало общепризнанным, что устремленность всего персонала к единой цели, мобилизация для этого не только материальных, но и интеллектуальных, духовных ресурсов, практически выраженная в разви-

*Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор с БРФФИ от 02.05.2019 г. №Г19-061).

тии таких нематериальных признаков организации, как ее имидж, стиль руководства, престиж организации, – дает впечатляющие результаты. Вместе с тем, было доказано, что пренебрежение культурой организации, неудача в деле изменения культуры организации являлись наиболее значимыми причинами неудач усилий, направляемых на реинжиниринг, менеджмент всеобщего качества (TQM), стратегическое планирование и сокращение размеров организаций [5].

Организационная культура – тот феномен, изменяя который мы можем повлиять на индивидуальный выбор представителя организации относительно предпочтительного варианта социального взаимодействия. При этом, управляющим стержнем организационной культуры является управленческая культура – тот самый «тон», который задает работе организации ее руководитель.

Цель данной работы – на примере пилотного исследования определить возможности и границы применения инструмента оценки организационной культуры (OCAI) в здравоохранении, установить особенности видения организационной культуры различными категориями медицинских работников.

Результаты

Анализ опубликованных и интернет-источников позволил выделить три подхода к оценке организационной культуры:

1. Качественные методы:

1.1. Включенное (скрытое или явное) систематическое полевое наблюдение (исследователь погружен в деятельность организации, то есть изучает организационную культуру как непосредственный член этой организации, участник всех процессов).

1.2. Контент-анализ – исследователь изучает организационную культуру на основании документов, отчетов, рекламы, сайта организации.

2. Количественные методы, когда исследователь использует социально-психологические и социологические количественные методы оценки организационной культуры, такие как:

2.1. Тестирование.

2.2. Анкетирование, опрос.

3. Смешанные методы: сочетание наблюдения, интервью, фокус-группы, опроса и (или) психологического тестирования.

В отношении объективизации данных, возможности верификации и статистической обработки, наибольшее признание получили тестовые и анкетные методы диагностики организационной культуры. Однако, для адекватного применения количественных методов оценки организационной

культуры важно, чтобы они были направлены на изучение именно того, что мы планируем изучить (имеется в виду валидность), то есть организационную культуру, а не организационный климат. Более того, существует мнение, что такой опросный метод, как анкетирование, не может быть применен для научного доказательства структуры организационной культуры, поскольку направлен на оценку организационной культуры в соответствии с определенной исследователем парадигмой, таким образом, потенциально отсутствует или искажается фактическое состояние организационной культуры, нивелируется уникальность организационной культуры в каждом конкретном случае. Общеизвестно, что не существует идеального количественного инструмента для организационной культуры, так как каждый инструмент имеет ограничения для использования или области применения.

Среди количественных методов, созданных в рамках разных концепций, наибольшее распространение получили следующие [1]:

1. Профиль организационной культуры (O'Reilly, Chatman, Caldwell, 1991).

2. Индекс организационной культуры (Litwin, Stringer, 1968; Wallach, 1983).

3. Инвентаризация организационной культуры (OCI) (Cooke, Lafferty, 1989).

4. Инструмент оценки культуры (OCAI) (Cameron, Quinn, 1999).

Общими характеристиками организационной культуры, применяемыми во всех описанных выше вопросниках, являются: тип организационной культуры, сила, стиль управления и конгруэнтность. Однако, ни одна модель организационной культуры не претендует на полноту ее оценки и контроля.

За последнее десятилетие десятикратно выросло число публикаций по оценке организационной культуры с помощью Инструмента оценки организационной культуры (Organizational Culture Assessment Instrument, OCAI) (авторы: Cameron, Quinn, 1999; Quinn, Spreitzer, 1991). OCAI основан на Концепции конкурирующих ценностей (Competing Values Framework, CVF). CVF состоит из четырех основных культурных типов: клан, адхократия, рынок и иерархии (бюрократия). Структура OCAI включает следующие важные для менеджмента компоненты: культурный тип, силу, стиль управления и конгруэнтность [6]. Доказано, что три из четырех культурных измерений (культурный тип, конгруэнтность и сила) имеют одинаково важное значение для измерения организационной культуры [5]. Модель была исполь-

зована для улучшения организационной культуры и планирования решений тысяч организаций, в том числе, в сфере образования, спорта и здравоохранения; создан специальный ресурс (<https://www.ocai-online.com>), где широко освещаются результаты исследований с помощью OCAI [7].

Анкета OCAI состоит из 24 пунктов, разделенных на четыре подшкалы: клан, адхократия, рынок и иерархия. Каждая подшкала имеет шесть пунктов, которые касаются восприятия сотрудниками основных элементов организационной культуры, таких как доминирующий тип организационной культуры, лидерство, управление сотрудниками, стратегические акценты и критерии успеха.

Клановая культура гибкая, внутренняя и ориентированная на людей. Культура адхократии также гибка, но ориентирована внешне (на инновации и творчество). Рыночная культура также имеет внешнюю направленность, но ценит стабильность и четкие результаты, цели и задачи. Культура иерархии или бюрократии высоко ценит стабильность и внутренне ориентирована на эффективность, надежность и четкие процедуры. Каждая организация имеет свое собственное сочетание этих четырех типов культур. Как именно они сочетаются в каждой конкретной организации,

можно оценить, анализируя результаты опроса.

Согласно методике OCAI, респондент должен разделить 100 баллов по ряду утверждений, а также оценить следующие шесть ключевых аспектов своей организационной культуры, которые затем отражаются в профиле (рис. 1), иллюстрируя доминирующую в данном учреждении организационную культуру и ее силу, несоответствие между нынешней и предпочтительной организационной культурой, взаимное соответствие и сочетание всех шести аспектов организационной культуры. Инструмент позволяет производить сравнение профиля культуры со средним для сектора или группы отраслей, а также сравнение со средними тенденциями в зависимости от фазы развития организации.

Большая часть опубликованных исследований по методологии оценки организационной культуры связана с менеджментом производственных предприятий. Поэтому перед применением любой методики оценки организационной культуры в учреждениях здравоохранения необходима ее адаптация в соответствии с ключевыми целями и направленностью деятельности организации на сохранение здоровья, а не на рыночный результат. С нашей точки зрения, применение вопросника OCAI имеет ряд проблемных методологических

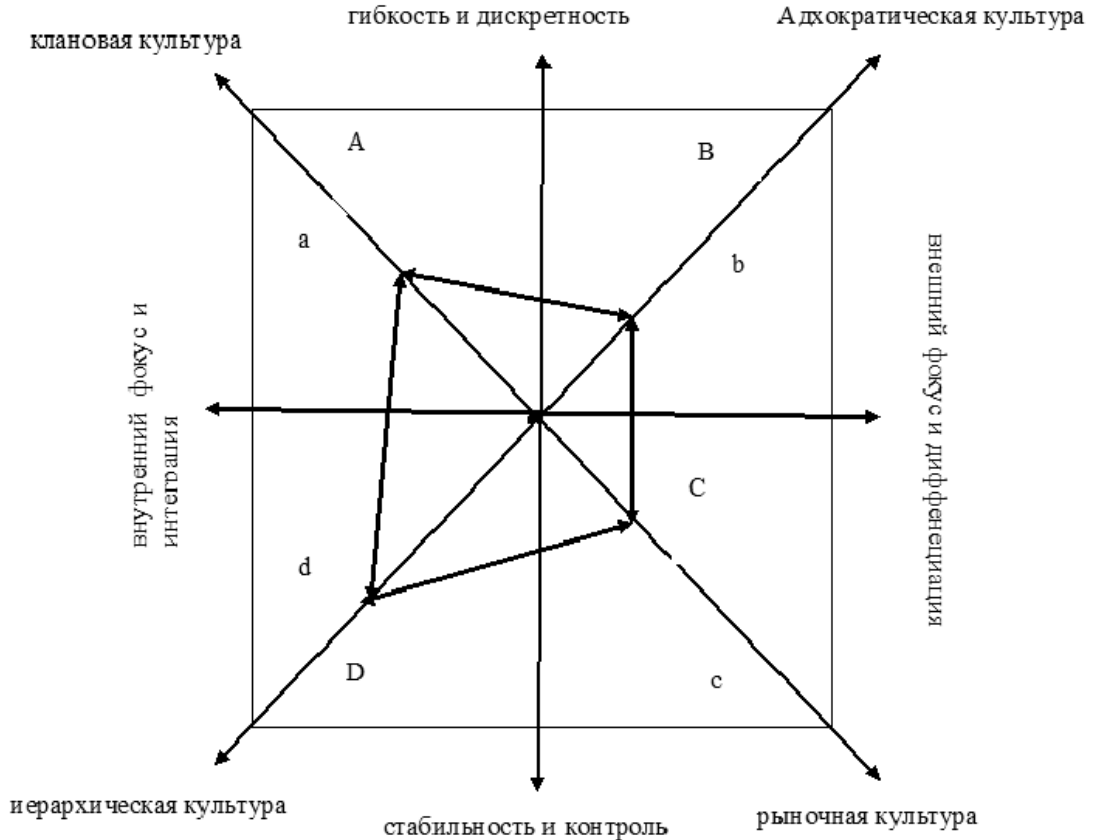


Рис. 1. Профиль организационной культуры в соответствии с оценкой по OCAI

неточностей, что приводит к некорректной интерпретации результатов, полученных зарубежными исследователями, например, когда по одному учреждению судят обо всей отрасли.

Для того, чтобы уточнить диагностические границы метода ОСАИ для оценки организационной культуры в организациях (учреждениях) здравоохранения, нами было выполнено пилотное исследование. Оно включило испытание оригинальной версии ОСАИ (2018 год, выборка составила 50 человек, в том числе, 20 врачей общей практики (ВОП), 7 врачей-специалистов и 23 руководителя здравоохранения), ее последующую адаптацию и дальнейшее исследование посредством адаптированной версии организационной культуры на примере учреждений здравоохранения Гродненской области (2019 год, выборка составила 80 респондентов, в том числе, 43 руководителя, 27 ВОП и 10 врачей-специалистов). В задачи пилотного исследования также входило изучение возможных организационно-методических проблем и ограничений при использовании ОСАИ в учреждениях здравоохранения.

При заполнении вопросника ОСАИ у респондентов возникали вопросы по пониманию «рыночной», «бизнес»-терминологии, формулировок о коллективе, частично непонятной являлась предлагаемая форма ответов, когда по каждому из шести блоков суждений необходимо было распределить вес в 100 баллов между четырьмя не альтернативными и не взаимоисключающими утверждениями, следуя логике. Как оказалось, сделать это непросто: часть респондентов просто поровну распределяли оценки между всеми суждениями. Это послужило причиной выбраковки 17 анкет, что составило 34% выборки пилотного исследования оригинальной версии ОСАИ. Характерно, что наибольший процент выбраковки первичного материала, как во время пилотного исследования оригинальной версии ОСАИ (до 50% всех анкет), так и при проведении последующей адаптации опросника, наблюдался у ВОП, в то время как руководители здравоохранения успешно справились с запол-

нением даже оригинальной версии при незначительной консультативной помощи интервьюера.

Следующее затруднение при ответах на вопросы ОСАИ было связано с необходимостью отстраниться от своего собственного трудового поведения, поведения ближайших коллег, даже сотрудников отделения и сконцентрироваться на суждениях о собственном учреждении здравоохранения как бы со стороны.

В-третьих, врачам, не занимающим руководящие должности (неруководителям), было сложно увидеть желаемое будущее учреждения здравоохранения.

Основной вывод испытания оригинальной версии ОСАИ состоял в том, что методика ОСАИ для анализа организационной культуры в отдельном учреждении здравоохранения может быть использована, но только в присутствии интервьюера и после текстовой адаптации с учетом специфики труда в учреждении здравоохранения.

Нами были выделены все утверждения, которые при испытании оригинальной версии вызвали непонимание у респондентов, могли иметь двойное значение и приводили к сложностям в интерпретации смысла задания. По каждому утверждению было предложено несколько адаптированных вариантов с учетом специфики терминологии в здравоохранении. Использован метод экспертных оценок. По результатам корреляционного анализа установлена тесная связь ($r=0,82$ оригинальный вариант и $r=0,84$ – авторский) между рыночной и иерархической (бюрократической) культурой в обеих версиях инструмента.

Применение адаптированной методики ОСАИ у 80 респондентов (процент испорченных бланков ответов, не пригодных для дальнейшего анализа, не превышал средней нормы – 8,75%; в анализ включено 73 анкеты) позволило определить ряд особенностей видения организационной культуры различными категориями медицинских работников (табл., рис. 2–4).

Очевидны схожие показатели по актуальному и желаемому типу культуры между врачами и ру-

Таблица

Характеристика настоящего и желаемого типа организационной культуры в учреждениях здравоохранения Гродненской области (мнение ВОП и руководителей)
(А – клановая культура, В – адхократическая культура, С – рыночная культура, D – иерархическая культура)

Тип	Сегодня				Предпочтительно			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Руководители	20,36**	13,52	24,33	41,8*	38,56	21,81	19,48	20,15
ВОП	13,02*	14,43	25,92	46,64*	38,54	23,51	16,47	21,47
Врачи-специалисты	24,71*	19,64**	19,71	35,94*	42,55	32,33	14,89	10,23

* – достоверность отличий $p < 0,001$

** – достоверность отличий $p < 0,05$

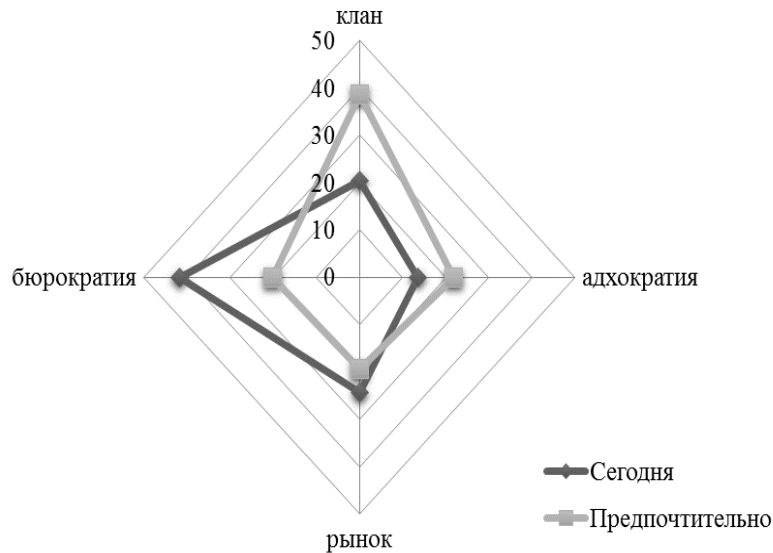


Рис. 2. Актуальная и предпочтительная организационная культура в учреждении здравоохранения с точки зрения руководителей

ководителями, что свидетельствует о силе и сплоченности, согласованности ценностных ориентаций учреждения здравоохранения в различных аспектах его деятельности (от лечебной работы до менеджмента) и приверженности всех сотрудников этим ценностям.

Усредненный профиль отражает не только индивидуальные оценки, но и оценки по всем шести аспектам организационной культуры учреждений здравоохранения. При этом, усредненная оценка может внешне представлять гармоничную картину, то есть наличие в учреждении здравоохранения приоритетов ценностей определенной организационной культуры, но более детальный анализ оценок по каждому из блоков OCAI (то есть

частных профилей культуры отдельных учреждений здравоохранения) позволяет понять, за счет каких составляющих возникает эта внешняя гармония и согласованы ли компоненты организационной культуры в разных областях деятельности учреждения здравоохранения.

Дружелюбная «клановая культура» как предпочтительная и структурированная «иерархическая (бюрократическая) культура» как настоящая получили высокие оценки в опросе руководителей (рис. 2).

Доминантой желаемой организационной культуры для руководителей учреждений здравоохранения является культура кланов (38,56 баллов): дружественная среда, в которой коллеги имеют много общего и разделяют приверженность

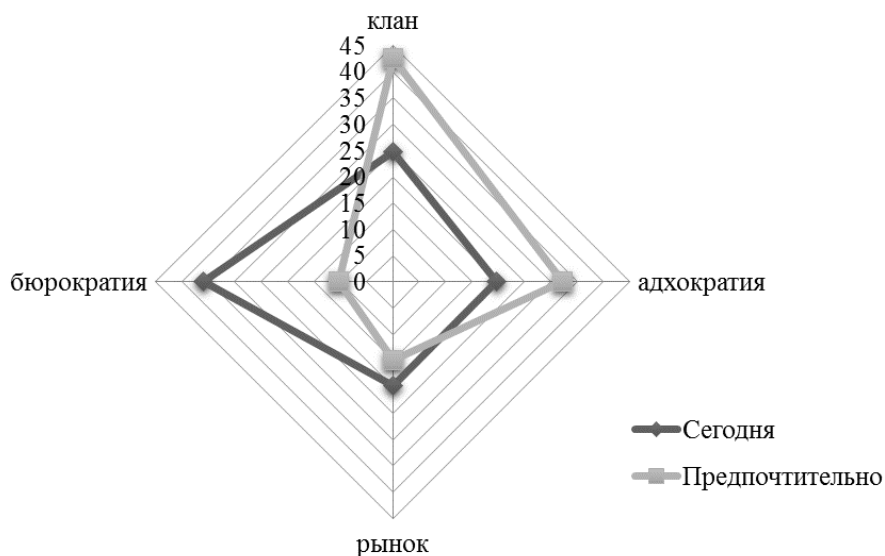


Рис. 3. Актуальная и предпочтительная организационная культура в учреждении здравоохранения с точки зрения врачей-специалистов

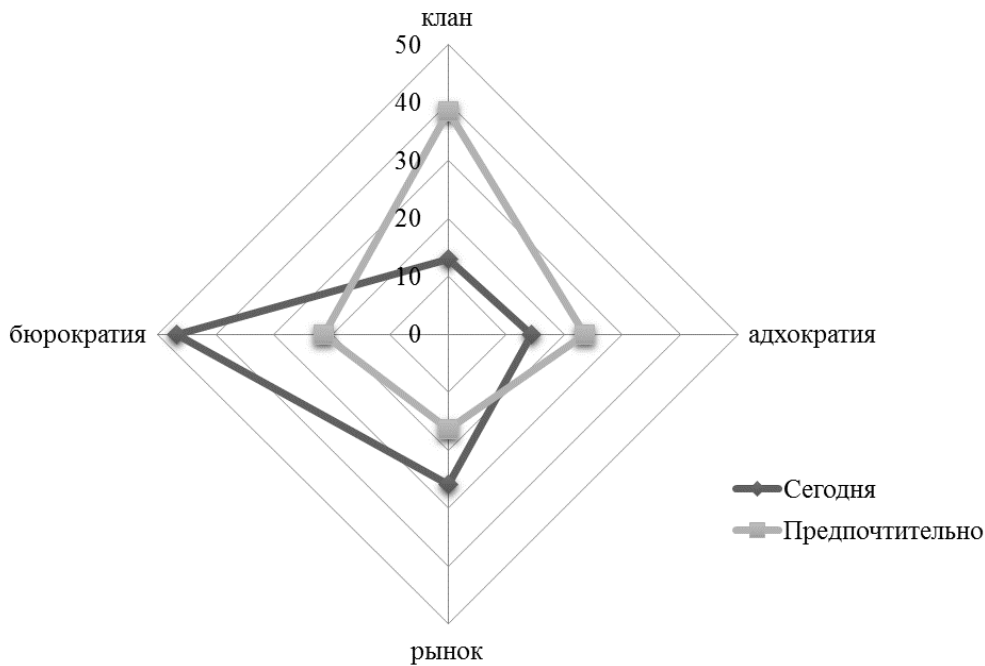


Рис. 4. Актуальная и предпочтительная организационная культура в учреждении здравоохранения с точки зрения врачей общей практики

($p < 0,001$). Вторым по степени предпочтения является культура адхократии; как третий желаемый вариант организационной культуры (21,81 балл) выделяют динамичное рабочее место, которое сфокусировано на инновациях, обучении, экспериментах, на свободе принимать собственные профессиональные решения.

Актуальную культуру руководители видят бюрократической (41,8 балл) с ее упором на структуру, процедуры, эффективность и надежность ($p < 0,001$).

Клановая культура – это желаемая с точки зрения врачей организационная культура в учреждении здравоохранения: 42,55 баллов из 100 возможных, $p < 0,001$ (рис. 3). Настоящую (актуальную) организационную культуру врачи оценивают как бюрократическую, но в меньшей степени, чем руководители, и чем ВОП ($p < 0,05$).

Среди изучаемых групп медицинских работников в наименьшей степени удовлетворены организационной культурой своих организаций ВОП ($p < 0,001$) (рис. 4).

Жесткий контроль со стороны руководителя, ориентир в деятельности на четкие результаты и конкуренцию (зоны «рынок» и «бюрократия») среди всех трех групп респондентов нашли большее проявление в оценках, которые описывают внешнюю среду (характеристики учреждения здравоохранения, кадровый состав, лидеры). При этом, такие параметры, как желание обладать новейшим оборудованием, приверженность инновациям, поддержание и развитие человеческого потенциала (зоны «клан» и «адхократия»), оказались стати-

стически значимыми при оценке внутренних приоритетов учреждения здравоохранения, критериев его успеха, связующего стержня коллектива.

Эти результаты позволили предположить наличие противоречия в существующей культуре учреждения здравоохранения: вовне обращены желание подчинять, контролировать, формализовать с акцентом на целевые показатели, но с четким пониманием важности командной работы, участия сотрудников в принятии решений.

С учетом субъект-субъектного характера управленческих отношений, важно, что подобная двойственность оценок сотрудниками существующей организационной культуры может возникать вследствие противоречивых подходов к управлению со стороны руководителей, а также вследствие разницы между реальным и заявляемым поведением врачей-«неруководителей».

Выводы

Результаты нашей работы позволяют утверждать об обоснованности применения инструмента ОСАИ для замера организационной эффективности управленческих решений и анализа организационной культуры конкретного учреждения здравоохранения. Экстраполяция данных, полученных посредством применения только ОСАИ, с анализом усредненных профилей, на всю систему здравоохранения и организационную культуру всей системы затруднительна. Кросс-культурные исследования достоверности ОСАИ в Беларуси пока отсутствуют. Нам представляется, для этой цели более уместно использовать смешанные методы

изучения организационной культуры: сочетание наблюдения, интервью, фокус-группы, опроса и (или) психологического тестирования. Это позволит максимально объяснить дисперсию ошибок, добиться большей глубины в разработке конструкта организационной культуры, предоставит дополнительные возможности для анализа данных.

К числу достоинств методики OCAI, с нашей точки зрения, могут быть отнесены отсутствие «привыкания» к опросу при повторном предъявлении (из-за соотношения «весов»); возможность последующего обсуждения результатов опроса с подчиненными; непродолжительное время, затрачиваемое на анкетирование; быстрота и простота обработки результатов; наглядность представления результатов в виде профиля. К числу недостатков можно отнести следующий: OCAI был создан в целях организационного консультирования, а не кросскультурных исследований, и потому нуждается в отраслевой адаптации.

Методика OCAI в нашей модификации может рассматриваться как инструмент диагностики организационной культуры отдельного учреждения здравоохранения в той же степени, что и учреждений здравоохранения в других странах. Она обеспечивает возможность идентификации организационной культуры в учреждении здравоохранения как в части выявления доминирующих ценностей сотрудников, так и в отношении оценки силы и внутренней согласованности организационной культуры. В ходе анализа результатов оценки организационной культуры в учреждении здравоохранения с помощью адаптированной нами версии OCAI выявляется двойственность ценностных предпочтений сотрудников учреждений здравоохранения в различных аспектах оценки организационной культуры. Наблюдается противоречие: преобладание ценностей адхократии и клана при оценке факторов внутренней среды и, при этом, доминирование рынка и бюрократии во внешних проявлениях организационной культуры. Наличие противоречия подтверждает актуальность дальнейших исследований в данной предметной области.

Литература

1. Наумцева, Е.А. Самообучающиеся организации и организационное научение: ключевые понятия, модели, инструменты оценки [Электронный ресурс] / Е.А.Наумцева // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – №2. – Режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues/2016/02/62862>. – Дата доступа: 25.03.2019.
2. Смирнов, В.Э. Диалектика социального института / В.Э.Смирнов // Социология. – 2019. – №1. – С.23–33.
3. Сурмач, М.Ю. Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие для студентов факультета медицинских сестер с высшим образованием (допущено Министерством образования Республики Беларусь в качестве учебного пособия для студентов учреждений, обеспечивающих получение высшего образования по специальности «Сестринское дело») / М.Ю.Сурмач, Е.М.Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 284 с.
4. Сурмач, М.Ю. Социология медицины: предмет, методология и сферы применения в Республике Беларусь / М.Ю.Сурмач. – Гродно: УО «ГрГМУ», 2016. – 316 с.
5. Камерон, К. Диагностика и изменение организационной культуры / К.Камерон, Р.Куинн. – СПб.: Питер. 2001. – 320 с.
6. Kim, J. Examining the Dimensions of the Learning Organization Questionnaire: A Review and Critique of Research Utilizing the DLOQ / J.Kim, T.Egan, H.Tolson // Human Resource Development Review. – 2015. – No.14/1.
7. Suderman, J. Using the organizational cultural assessment (OCAI) as a tool for new team development / J.Suderman // Journal of practical consulting. – 2012. – Vol.4, No.1. – P.52–58.

DIAGNOSTIC POSSIBILITIES AND LIMITS OF APPLICATION OF MODERN METHODS OF RATING OF ORGANIZATIONAL CULTURE IN HEALTHCARE

S.L.Boyko, M.Yu.Surmach

Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

This article provides an overview of modern approaches to organizational culture assessment in healthcare. Necessity of organizational culture study in healthcare institutions has been justified. Results of pilot study with using of culture assessment tool (OCAI) among physicians and healthcare managers of healthcare institutions of the Grodno Region are presented. Diagnostic capabilities of this method and limits of its application for organizational culture study in healthcare institutions are identified.

Keywords: organizational culture; organizational culture assessment instrument (OCAI); competing values concept; physician; healthcare manager; healthcare organization.

Сведения об авторах:

Бойко Светлана Леонидовна, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой психологии и педагогики; тел.: (+37515) 2445529, (+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.

Поступила 05.05.2019 г.

Научные исследования

УДК 616-036.82/.85-053.3:35.072.3

«ДОРОЖНАЯ КАРТА» ОРГАНИЗАЦИИ СОПРОВОЖДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ОСНОВЕ

¹ В.Б.Смычек, ² А.И.Богданович

¹ Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, Колодищанский сельсовет, 93, 223027, д. Юхновка, Минский район, Минская область, Республика Беларусь

² Брестский областной центр медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус», ул. Ленинградская, 19, 224028, г. Брест, Республика Беларусь

Дети с церебральной патологией, или группы риска по церебральным нарушениям, требуют особого внимания и тщательного наблюдения на всех этапах формирования заболевания, начиная с рождения. Для повышения качества лечебно-реабилитационных мероприятий и их доступности предложена «дорожная карта» организации сопровождения и реабилитационной помощи детям раннего возраста с церебральной патологией вследствие перинатального поражения ЦНС или риском ее возникновения на межведомственной основе. Участниками сопровождения и реабилитационной помощи являются учреждения здравоохранения, образования и социальной защиты городского, районного, межрайонного, областного и республиканского уровней. Межведомственное взаимодействие между учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты может быть регламентировано региональными нормативными актами. Обязательными участниками реабилитационного процесса являются родители (законные представители) детей.

Ключевые слова: дети; ранний возраст; последствия перинатального поражения ЦНС; нарушения развития; «дорожная карта»; реабилитационная помощь; комплексность; междисциплинарность; межведомственность; дифференцированное сопровождение.

Актуальность. Важнейшими медико-социальными проблемами современного общества являются высокий уровень перинатальных поражений ЦНС у новорожденных и их последствия, приводящие ребенка к инвалидности.

К клиническим синдромам, ассоциированным с перинатальными поражениями и формирующимся после периода новорожденности, относятся детский церебральный паралич (ДЦП), умственная отсталость, задержка психомоторного развития (ЗПМР), последствия раннего органического поражения центральной нервной системы, эпилептические припадки, гидроцефалия, дефекты речи и др. [1, 2, 4, 11].

Основное средство профилактики выраженных нарушений развития, а, в последующем, и инвалидности – организация сопровождения и реабилитационной помощи в раннем возрасте, что обусловлено особенностями созревания нервной системы ребенка [3].

В системе комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и группы риска ведущей тенденцией среди мирового сообщества специалистов, исследующих процессы раннего развития ребенка (специалисты раннего развития), является стремление к междисциплинарному взаимодействию и использованию тех-

нологии межведомственного сотрудничества [8]. Семью, ближайшее окружение ребенка необходимо считать участниками реабилитационного процесса [5].

По мнению Д.И.Зелинской, не следует «призывать» учреждение реабилитации к какому-либо одному ведомству – их сеть должна развиваться по принципу «услуга к ребенку», а не наоборот [7]. И, в зависимости от преобладающего дефекта и степени тяжести ограничений, потенциала реабилитации и реабилитационных потребностей, семья будет ориентирована на систему здравоохранения, или учреждения социальной защиты населения, или образовательные центры и др. [7]. Важно, чтобы не нарушался принцип комплексности медико-социальных и педагогических мероприятий, необходимых ребенку с ограниченными возможностями [10].

Однако, большинство семей, получая медицинскую помощь в системе здравоохранения, не получают своевременной психолого-педагогической и социальной поддержки, в то время как круг потенциальных возможностей младенца сужается по мере его взросления и отсутствия целенаправленного сопровождения специалистами раннего развития [9].

В связи с этим, особую актуальность приобретает разработка технологии дифференцированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста с церебральной патологией вследствие перинатального поражения ЦНС или риском ее возникновения, обеспечивающей максимальную компенсацию нарушений развития и социальную адаптацию на самых ранних возрастных этапах [9].

Наиболее частыми и тяжелыми последствиями, с точки зрения детской инвалидности, являются ДЦП и умственная отсталость. В Республике Беларусь за период с 1997 по 2016 гг. общая заболеваемость ДЦП увеличилась с 226,8 до 250,1 на 100 тыс. детей. Первичная заболеваемость умственной отсталостью (на 100 тыс. населения) за этот же период увеличилась более чем в 2 раза – с 20,3 в 1997 г. до 44,3 в 2016 г. Показатель первичной инвалидности населения до 18 лет (на 10 тыс. населения) по классу болезни нервной системы в 2007 г. составил 2,59, в 2016 г. – 3,49, по классу психических расстройств и расстройств поведения – 1,58 и 3,45 соответственно [6]. Следовательно, в стране складывается неблагоприятная в прогностическом плане ситуация по снижению заболеваемости, детской инвалидности, психическому здоровью детского населения.

В системе здравоохранения, образования, социальной защиты Республики Беларусь функционирует сеть учреждений, оказывающих помощь детям с особенностями психофизического развития (ОПФР) и молодым инвалидам, в том числе и с тяжелыми множественными нарушениями.

В то же время, в стране не разработаны единые подходы к выявлению детей с церебральными нарушениями в раннем возрасте, формированию индивидуальной программы реабилитации в раннем возрасте, индивидуальной программы раннего вмешательства, стандарты организации ранней помощи. Предпочтение отдается медикаментозному лечению, особенно на первом году жизни, затруднения вызывает организация реабилитационной помощи детям, проживающим в сельской местности, что приводит к позднему началу реабилитации в специализированных медицинских учреждениях.

Остаются актуальными вопросы информированности как специалистов, так и родителей о возможных путях организации комплексной реабилитации на основе межведомственного взаимодействия.

Таким образом, действующая в нашей стране система реабилитационной помощи детям с последствиями поражения ЦНС в перинатальном периоде нуждается в совершенствовании путем разработки и применения оптимальной дифференцированной модели реабилитации и междисциплинарного сопровождения.

Цель работы – разработать «дорожную карту» организации сопровождения и реабилитационной помощи детям раннего возраста с церебральной патологией вследствие перинатального поражения ЦНС или риском ее возникновения на межведомственной основе.

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящего исследования послужили данные изучения организации сопровождения и реабилитационной помощи детям с церебральной патологией вследствие перинатального поражения ЦНС в системе здравоохранения, образования и социальной защиты.

Сведения об организациях (подразделениях), обеспечивающих сопровождение и реабилитационную помощь детям с нарушениями развития в раннем возрасте, получены на основании изучения ведомственной отчетности и общедоступных материалов, размещенных на сайтах министерств здравоохранения, образования, труда и социальной защиты Республики Беларусь.

Нормативные правовые акты, регулирующие деятельность организаций здравоохранения, образования, социальной защиты в части выявления

детей раннего возраста с нарушениями развития, их регистрации и систематического наблюдения, составления индивидуального маршрута ранней помощи, обеспечения контроля за выполнением назначенных мероприятий, организации внутриведомственного и межведомственного взаимодействия, преемственности в работе, изучались в актуальном состоянии, представленном в справочной правовой системе КонсультантПлюс (производитель – ООО «ЮрСпектр»).

Результаты исследования. Важной составляющей технологии дифференцированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста с церебральной патологией вследствие перинатального поражения ЦНС или риском ее возникновения является «дорожная карта» организации сопровождения и реабилитационной помощи таким детям на межведомственной основе.

В ходе исследования установлено, что в последние годы в системах министерств здравоохранения, образования, труда и соцзащиты Республики Беларусь создана сеть центров, оказывающих помощь детям с ОПФР с рождения до 18 лет; созданы реабилитационные койки для детей в возрасте до 3-х месяцев с отклонениями в психоневрологической сфере в профильных отделениях детских больниц; разработаны и приняты нормативные правовые акты, регламентирующие цели, задачи и формы помощи детям-инвалидам; ведется просветительская работа в семьях, воспитывающих ребенка с особенностями психофизического развития, обучение родителей взаимодействию с ребенком и приемам коррекции его развития, оказывается юридическая помощь.

Медицинская, психолого-педагогическая, социально-психологическая помощь пациентам с церебральной патологией и их семьям оказывается в учреждениях здравоохранения (стационарные учреждения, детские поликлиники, психоневрологические диспансеры, центры медицинской реабилитации (ЦМР), кабинеты (центры) раннего вмешательства (К(Ц)РВ)), образования (центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР), кабинеты раннего вмешательства (КРВ)), социальной защиты (территориальные центры социального обслуживания населения (ТЦСОН) и другие в части работы с семьей).

В системе здравоохранения Республики Беларусь актами законодательства регламентирован механизм учета и динамического наблюдения за здоровыми и больными детьми, проживающими в городской и сельской местности, что предусматривает своевременное выявление детей с на-

рушениями развития, составление диагностико-реабилитационного маршрута и обеспечение его выполнения на междисциплинарной основе.

В системе образования дети с нарушениями развития получают помощь с информированного согласия родителей (законных представителей) ребенка после установки клинического диагноза в соответствии с постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 05.09.2011 г. №253 «Об утверждении инструкции о порядке выявления детей с особенностями психофизического развития и создания банка данных о них», согласованным Министром здравоохранения Республики Беларусь 24.08.2011 г.

Социальные услуги (социально-бытовые, социально-педагогические, социально-психологические, консультационно-информационные, социально-посреднические и другие) гражданам и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в том числе воспитывающим детей-инвалидов, предоставляются в соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27.12.2012 г. №1218 «О некоторых вопросах оказания социальных услуг».

Согласно рекомендациям МРЭК или заключению ВКК, лица с ОПФР обеспечиваются техническими средствами социальной реабилитации, включенными в Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации, утвержденный постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11.12.2007 г. №1722 «О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан».

Таким образом, в системе здравоохранения, образования и социальной защиты организованы динамическое наблюдение и учет детей с ОПФР, в том числе, с церебральной патологией и детей-инвалидов. Каждое ведомство предоставляет реабилитационные услуги на междисциплинарной основе, при этом, учреждения здравоохранения – с акцентом на медицинскую реабилитацию, образования – психолого-педагогическую коррекцию, социальной защиты – социальную реабилитацию. Актами законодательства Республики Беларусь прописаны механизмы преемственности и внутриведомственного, а в отдельных случаях – межведомственного взаимодействия между организациями, которые осуществляют комплексную реабилитацию детей, в том числе, в раннем возрасте.

С учетом сети учреждений, оказывающих реабилитационные услуги детям раннего возраста, в здравоохранении, образовании, социальной за-

щите на каждом этапе участниками сопровождения и реабилитационной помощи могут быть учреждения районного (городского), межрайонного, областного и республиканского уровней.

Республиканский уровень представлен ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации», ГУ «Республиканская детская больница медицинской реабилитации», ГУ «Республиканский детский центр медицинской реабилитации», ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии», ГУ «Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов».

Областной уровень: ГУ «Брестский областной центр медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус»», ГУ «Брестский областной детский центр медицинской реабилитации «Томашовка»», УЗ «Гомельская областная детская больница медицинской реабилитации», филиал «Центр медицинской реабилитации детей-инвалидов с поражением ЦНС и опорно-двигательного аппарата» УЗ «Могилевская областная детская больница», УЗ «Областной детский центр медицинской реабилитации «Пуховичи», ресурсные ЦРВ, областные ЦКРОиР.

Межрайонный уровень: ГУ «Барановичский центр медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями «Рефлекс»», межрайонное реабилитационное отделение для детей-инвалидов и больных с психоневрологическими заболеваниями УЗ «Лидская ЦРБ», межрайонные ЦРВ.

Районный (городской) уровень: Ц(К)РВ, районные ЦКРОиР, районные ТЦСОН, УЗ «Гродненский городской центр медицинской реабилитации детей-инвалидов и больных детей психоневрологического профиля», Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями, УЗ «3-я ДГКБ».

«Дорожная карта» составлена на основе принципа этапности организации сопровождения и реабилитационной помощи и включает учреждения здравоохранения, образования, социальной защиты. Критериями разделения на этапы являются возраст ребенка и особенности формирования церебральной патологии и установки клинико-функционального диагноза в раннем возрасте.

На рисунке представлено схематическое изображение «дорожной карты» организации сопровождения и реабилитационной помощи детям раннего возраста с церебральной патологией вследствие перинатального поражения ЦНС или риском ее возникновения на межведомственной основе.

Практически каждый этап сопровождения и реабилитационной помощи представлен учрежде-

ниями здравоохранения, образования, социальной защиты. Однако, необходимо определить степень и уровень участия каждого типа учреждений в организации сопровождения и реабилитационной помощи и организовать между ними межведомственное взаимодействие.

1-й этап сопровождения и реабилитационной помощи – период новорожденности (0 – 1 мес.).

Участники ранней помощи первого этапа – роддом, перинатальный центр, отделение выхаживания недоношенных (ОВН) 2-го этапа, детская поликлиника, с учетом показаний РНПЦ «Мать и дитя» и медико-генетический центр.

Основные задачи первого этапа – раннее выявление заболеваний у ребенка и обучение родителей (законных представителей) совместной работе с междисциплинарной бригадой по реабилитации и предупреждению нарушений развития ребенка.

Основные мероприятия – проведение неонатального скрининга на фенилкетонурию, галактозэмию, муковисцидоз и адреногенитальный синдром, аудиологического скрининга на выявление нарушений слуха у новорожденного ребенка, ультразвукового исследования органов и систем, в том числе, нейросонографии, при необходимости – организация реанимационных и лечебно-профилактических мероприятий, консультаций специалистов, в том числе, психолога и социального работника.

Дети с минимальным риском поражения нервной системы выписываются из роддома домой, где наблюдаются специалистами детской поликлиники.

Дети с умеренным и высоким риском поражения нервной системы или с церебральной патологией переводятся из роддома в перинатальный центр, ОВН 2-го этапа, РНПЦ «Мать и дитя» (по показаниям), в которых получают лечебно-реабилитационную помощь. Специалисты учреждений информируют родителей о выявленных нарушениях, разъясняют их прогностическую значимость, обучают приемам лечебного ухода и кормления, тренировки психомоторных функций, артикуляционного массажа, при необходимости, подавления тонических рефлексов, расслабления. Во время выписки ребенка родители получают конкретные рекомендации по продолжению лечебно-реабилитационных мероприятий в домашних условиях или направление в специализированное учреждение здравоохранения, или отделение, в котором ребенок продолжит получать реабилитационную помощь. В эпикризе лечащим врачом делается соответствующая запись, эпикриз пере-

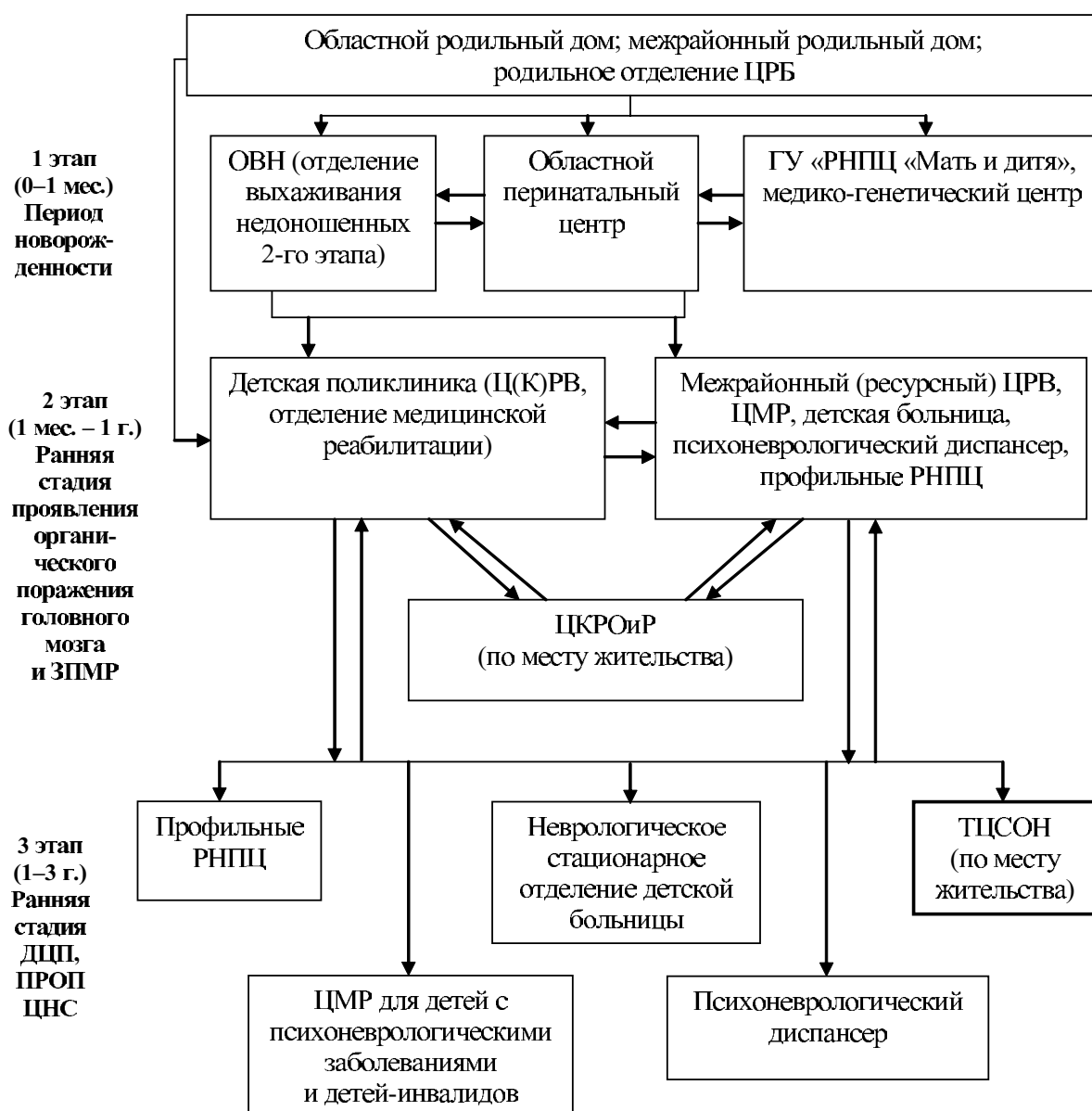


Рис. «Дорожная карта» организации сопровождения и реабилитационной помощи детям раннего возраста с церебральной патологией или риском ее возникновения на межведомственной основе

дается в детскую поликлинику по месту жительства ребенка.

Координатором сопровождения после выписки из роддома или учреждения здравоохранения является врач-педиатр детской поликлиники по месту жительства, который при первичном патронаже заполняет карту ориентировочных показателей и факторов риска нарушения развития вследствие перинатального поражения ЦНС, разработанную в Брестском ОЦМР «Тонус», и выявляет детей группы риска по нарушениям развития или с церебральной патологией. В последующем, для детей группы риска или детей с церебральной патологией врачом-педиатром составляется диагностико-реабилитационный маршрут.

2-й этап сопровождения и реабилитационной помощи – ранняя стадия проявлений последствий поражения ЦНС в перинатальном периоде и ЗПМР (дети от 1 мес. до 1 года).

Диагностические и лечебно-реабилитационные мероприятия проводятся в соответствии с составленным и согласованным с родителями диагностико-реабилитационным маршрутом.

Основные задачи второго этапа – диагностика патологических состояний, лечение, реабилитация и предупреждение нарушений развития больного ребенка или ребенка с риском нарушения развития. Реабилитация носит превентивно-восстановительный характер с целью стимуляции процессов восстановления, формирования правильных образ-

цов движения, восстановления психического, речевого развития.

Основные мероприятия этапа – высокотехнологичные методы диагностики и лечения, оперативная коррекция врожденных аномалий развития, вхождение в систему раннего вмешательства, организация комплексной реабилитации на междисциплинарной межведомственной основе, психологическое консультирование, социальная поддержка.

Особенностью второго этапа является определение клинико-функционального диагноза, проведение экспертной диагностики, прогнозирование и уточнение долгосрочных целей реабилитации, корректировка ИПР.

На втором этапе дети с минимальным риском наступления последствий поражения нервной системы получают комплексную реабилитацию по месту жительства на междисциплинарной межведомственной основе в ОМР, межрайонном ЦРВ (с учетом зоны обслуживания), районном (городском) ЦКРОиР.

Дети с умеренным и высоким риском нарушений развития вследствие перинатального поражения ЦНС или с церебральной патологией получают комплексную медицинскую реабилитацию в специализированных ЦМР или отделениях для детей с психоневрологическими заболеваниями повторно-курсовым методом. Поддерживающую реабилитацию в межкурсовом периоде дети получают по месту жительства на междисциплинарной межведомственной основе в ОМР, межрайонном (ресурсном) ЦРВ, в соответствии с назначениями специалистов специализированных учреждений, районном (городском) ЦКРОиР.

3-й этап сопровождения и реабилитационной помощи – реабилитация на ранней стадии ДЦП или других инвалидизирующих последствий перинатального поражения головного мозга (дети от 1-го года до 3-х лет).

Реабилитация осуществляется с помощью коррекционно-стимулирующих методик с целью обучения больного навыкам моторного развития, стимуляции психического и речевого развития.

Дети с ДЦП, перинатальным резидуально-органическим поражением (ПРОП) ЦНС или другими инвалидизирующими заболеваниями получают раннюю комплексную реабилитацию в ЦМР или стационарных отделениях для детей с психоневрологическими заболеваниями повторно-курсовым методом, поддерживающую реабилитацию в межкурсовом периоде по месту жительства на междисциплинарной межведомственной основе в

ОМР, межрайонном ЦРВ, межрайонном ЦМР, районном (городском) ЦКРОиР.

Семья активно сотрудничает с ЦРВ, ЦКРОиР, ТЦСОН в рамках социализации и интеграции ребенка в социум, психологической поддержки, исполнения социальных гарантий.

Исполнители на втором и третьем этапах – детские стационарные учреждения, ЦМР различных уровней и различной ведомственной подчиненности, детская поликлиника, межрайонный (ресурсный) ЦРВ, районный (городской) ЦКРОиР, социальные службы.

Основными компонентами комплексной реабилитации на втором и третьем этапах являются диагностический, медицинский, психологический, коррекционно-педагогический, социальный, социально-педагогический, социально-реабилитационный, информационно-обучающий.

Координатор сопровождения и реабилитационной помощи – врач-педиатр и/или невролог, который составляет (корректирует) диагностико-реабилитационный маршрут, организует диспансерное наблюдение, контролирует выполнение назначений и рекомендаций.

Планирование диагностических мероприятий, обязательных для выполнения, осуществляется согласно Инструкции о порядке проведения диспансеризации (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 г. №96). Дополнительно, по показаниям, могут быть назначены консультации специалистов либо исследования на межрайонном, областном, республиканском уровнях.

На любом из этапов при необходимости дети получают консультативную помощь в специализированных реабилитационных учреждениях (отделениях) в составлении диагностико-реабилитационного маршрута, ИПР, ИПРВ с последующим выполнением по месту жительства, если для этого существуют необходимые условия.

Диагностико-реабилитационный маршрут – важная составляющая технологии сопровождения и организации реабилитационной помощи, составляется на период между контрольными осмотрами и представляет собой согласованный с родителями и специалистами перечень консультативных осмотров, диагностических мероприятий и обследований, реабилитационных мероприятий с указанием даты и места проведения.

При планировании медицинских, социальных и педагогических мероприятий учитываются рекомендации специалистов МРЭК (ИПР ребенка-инвалида), ресурсного или межрайонного ЦРВ (ИПРВ), специализированных учреждений.

Педагогическая реабилитация в ЦКРОиР осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии государственного ЦКРОиР, координирующей деятельность в сфере специального образования на территории соответствующей территориальной единицы.

Ключевым звеном сопровождения и реабилитационной помощи является детская поликлиника по месту жительства ребенка, которая в рамках внутриведомственного взаимодействия сотрудничает со стационарными учреждениями, межрайонным (ресурсным) ЦРВ, специализированным ЦМР (ОМР), в рамках межведомственного взаимодействия и с согласия родителей (законных представителей) – с районным ЦКРОиР, ТЦСОН.

Внутриведомственное взаимодействие между учреждениями здравоохранения может осуществляться в соответствии с приказами управлений (главных управлений) здравоохранения облисполкомов, комитета по здравоохранению Минского горисполкома, действующими нормативными правовыми актами.

Межведомственное взаимодействие между учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты может быть регламентировано:

на уровне области (города) совместным приказом управления (главного управления) здравоохранения облисполкома, комитета по здравоохранению Мингорисполкома и управления (главного управления) образования облисполкома (комитета по образованию Мингорисполкома), комитета по труду, занятости и социальной защите облисполкома (Мингорисполкома);

на уровне района (города) совместным приказом (договором) центральной районной организации здравоохранения и отдела (управления) образования, спорта и туризма рай(гор)исполкома, управления по труду, занятости и социальной защите городских и районных исполнительных комитетов;

совместным договором организации здравоохранения и ЦКРОиР, ТЦСОН.

Информированность родителей является обязательным условием организации межведомственного сопровождения и реабилитационной помощи ребенку с нарушениями развития церебрального генеза или риском их возникновения. Врач-педиатр, специалисты, оказывающие диагностические и реабилитационные услуги обязаны сообщать родителям информацию:

о состоянии ребенка;

о возможных последствиях церебральных нарушений, в том числе, инвалидизирующих;

о возможностях реабилитационной помощи;

о намерениях в организации реабилитационной помощи;

о социальных гарантиях ребенку и его семье в соответствии с действующими законодательными актами;

об ответственности родителей, в соответствии с действующим законодательством, в случае невыполнения (ненадлежащего выполнения) назначений и рекомендаций.

Заключение. Организация сопровождения и реабилитационной помощи детям раннего возраста с церебральной патологией вследствие перинатального поражения ЦНС или риском ее возникновения в соответствии с «дорожной картой» обеспечит раннее начало реабилитационных мероприятий, непрерывность и этапность их проведения, системность и комплексность, индивидуальный подход и предоставит детям возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности.

«Дорожная карта» разработана с учетом действующей в нашей стране системы обслуживания детского населения, что минимизирует финансовые затраты в организационной части. Участниками сопровождения и реабилитационной помощи являются учреждения здравоохранения, образования и социальной защиты городского, районного, межрайонного, областного и республиканского уровней. Межведомственное взаимодействие между учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты может быть регламентировано региональными нормативными актами.

Ведущая роль в технологии сопровождения и организации реабилитационной помощи принадлежит медицинской составляющей, а координатором является врач-педиатр и/или невролог детской поликлиники по месту жительства.

Приоритетная роль в организации сопровождения и реабилитационной помощи медицинской составляющей позволит минимизировать недостатки заявительного принципа в работе с учреждениями образования и социальной защиты, так как технология предполагает информирование служб и их участие в сопровождении и реабилитационном процессе с письменного согласия родителей.

Информированность родителей о состоянии ребенка, о возможностях ранней помощи, об их ответственности и участии в реабилитационном процессе является обязательным условием организации сопровождения и реабилитационной помощи ребенку с нарушениями развития церебрального генеза или риском их возникновения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Барашнев, Ю.И.* Гипоксическая энцефалопатия: гипотезы патогенеза церебральных расстройств и поиск методов лекарственной терапии / Ю.И.Барашнев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – №1. – С.6–13.
2. *Бомбордирова, Е.П.* Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни / Е.П.Бомбордирова, Г.В.Яцык, А.А.Степанов // Лечащий врач. – 2005. – №2. – С.1–6.
3. *Володин, Н.Н.* Ранняя диагностика неблагоприятных последствий перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у недоношенных детей и оптимизация их лечения / Н.Н.Володин, М.И.Медведев, М.Г.Дегтярева // Педиатрия. – 2010. – Т.89, №2. – С.101–106.
4. *Гончарова, О.В.* Современные биохимические критерии диагностики перинатальных гипоксических поражений ЦНС у новорожденных детей / О.В.Гончарова // Российский педиатрический журнал. – 2007. – №4. – С.13–18.
5. *Доброва-Крол, Н.* Раннее вмешательство: Ключевые аспекты и международный опыт / Н.Доброва-Крол; Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). – К., 2014. – 48 с.
6. *Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник.* – Минск: ГУ РНМБ, 1998–2017.
7. *Зелинская, Д.И.* Основы детской реабилитологии / Д.И.Зелинская // Педиатрия. – 2012. – Т.91, №3. – С.16–20.
8. *Малофеев, Н.Н.* О развитии службы ранней помощи семье с проблемным ребенком в Российской Федерации / Н.Н.Малофеев, Ю.А.Разенкова, Н.А.Урядницкая // Дефектология. – 2007. – №6. – С.60–68.
9. *Орлова, Е.В.* Организация и содержание психолого-педагогического сопровождения недоношенных младенцев на разных этапах выхаживания / Е.В.Орлова, О.Ю.Синевич // Мать и Дитя в Кузбассе. – 2015. – №3 (62). – С.52–55.
10. *Петрова, Н.Г.* Новые организационные технологии в лечении детей-инвалидов на примере Городского центра восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями / Н.Г.Петрова, Р.Г.Юрьева, Б.В.Эпельман, Н.А.Клепикова // Педиатрия. – 2012. – Т.91, №4. – С.138–142.
11. *Созаева, Д.И.* Патогенетические механизмы формирования церебральных нарушений у детей раннего возраста, перенесших гипоксию в перинатальном периоде [Электронный ресурс] / Д.И.Созаева, С.Б.Бережанская // Современные проблемы науки и образования (электронный научный журнал). – 18.08.2014. – №4. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=14340>. – Дата доступа: 14.01.2019.

«ROAD MAP» OF SUPPORT AND REHABILITATION ORGANIZATION FOR CHILDREN OF EARLY AGE ON INTERDEPARTMENTAL BASIS

V.B.Smychyok, A.I.Bogdanovich

¹ Republican Scientific and Practical Center for Medical Assessment and Rehabilitation, 93, Kolodishchansky Village Council, 223027, Yukhnovka village, Minsk District, Minsk Region, Republic of Belarus

² Brest Regional Center of Medical Rehabilitation for Children with Psychoneurological Diseases “Tonus”, 19, Leningradskaya Str., 224028, Brest, Republic of Belarus

Special attention and careful observation are necessary for children with cerebral pathology or cerebral disorders risk groups at all stages of disease formation, starting at birth. The “road map” was proposed for support and rehabilitation organization, based on interdepartmental cooperation, for children of early age with cerebral pathology due to central nervous system (CNS) perinatal damage or risk of progression towards disease to improve treatment and rehabilitation activities’ quality and accessibility. City, district, interdistrict, regional and republican health care institutions, educational institutions and social protection institutions are participants of support and rehabilitation process. Interdepartmental cooperation between health care institutions, educational institutions and social protection institutions can be regulated by regional legal acts. Parents or legal representatives of children are obligatory participants of rehabilitation process.

Keywords: children; early age; effects of perinatal CNS damage; developmental disorders; “road map”; rehabilitation assistance; complexity; interdisciplinarity; interdepartmental basis; differentiated support.

Сведения об авторах:

Смычек Василий Борисович, д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки Республики Беларусь; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», директор; тел.: (+37517) 5070419; e-mail: priemnaia.meir@mail.ru.

Богданович Андрей Иванович, ГУ «Брестский областной центр медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус»», главный врач; тел./факс: (+375162) 255770; e-mail: tonus@brest.by.

Поступила 17.01.2019 г.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹ М.М.Скугаревская, ¹ О.В.Шилова,
² О.В.Ягловская, ² Е.С.Ванда, ¹ И.Ю.Бергель

¹ Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Долгиновский тракт, 152, 220053, г. Минск, Республика Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

Низкая физическая активность (ФА) является доказанным фактором риска социально значимых неинфекционных заболеваний. Повышение ФА – эффективный способ профилактики, а применение физических упражнений – один из эффективных способов терапии некоторых расстройств, в том числе, депрессии легкой и умеренной степени тяжести. С целью изучения базового уровня физической активности и мотивации к занятиям физкультурой у пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу депрессивного расстройства, было опрошено 145 пациентов (18 мужчин и 127 женщин, средний возраст – 43 [34; 51] года). Использовался метод анкетирования и Глобальный опросник по физической активности (GPAQ). Пациенты, в дополнение к стандартной терапии, занимались физическими упражнениями в соответствии с разработанной программой под руководством инструктора. Анализировался уровень мотивации к занятиям физическими упражнениями, подходы к его повышению. По окончании лечения пациенты опрашивались на предмет влияния физических упражнений на общее состояние, уровень физической подготовленности, а также планов на физическую активность в будущем. По результатам исследования, как у мужчин, так и у женщин был выявлен невысокий уровень базовой физической активности как в процессе трудовой, так и досуговой деятельности, высокий уровень пассивного отдыха. В процессе терапии сформировались позитивное отношение к физическим упражнениям как лечебной процедуре и установка к продолжению занятий.

Ключевые слова: физическая активность; депрессия; уровень мотивации; лечение.

Низкая физическая активность (ФА) является доказанным фактором риска социально значимых неинфекционных заболеваний, с которыми связано более 60% случаев смерти [1]. Наряду с избыточным потреблением трансизомеров жирных кислот, соли и употреблением табака, этот фактор способствует развитию патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сахарного диабета 2 типа и онкологических заболеваний.

Существует достаточно доказательств того, что в настоящее время малоподвижный образ жизни находится в ряду основных проблем со здоровьем во всем мире, связанных со многими хроническими заболеваниями, включая психические сопутствующие заболевания, системную гипертензию, нарушение обмена веществ и онкологические заболевания [2]. Хотя общественные организации здравоохранения во всем мире рекомендуют заниматься физическими упражнениями, подавляющее число людей ведут сидячий образ

жизни, даже если они знают о пользе регулярных упражнений для здоровья. По оценкам, каждый четвертый белый взрослый человек в Соединенных Штатах проводит приблизительно 70% времени сидя (в то время как бодрствует), а оставшиеся 30% времени тратятся на занятия, которые требуют небольших усилий или физических нагрузок [3]. Одним из основных факторов, оправдывающих этот сценарий, является отсутствие мотивации, которая представляет собой барьер для людей, стремящихся приобрести новые привычки для здоровья [2].

Результаты исследований показывают, что одно только повышение ФА на 25% помогло бы избежать 1,3 миллиона смертей в год в мире и увеличить среднюю продолжительность жизни в таких странах, как Россия, на 0,65–0,8 года [4].

Задачами Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы (под-

программа 2) являются снижение факторов риска неинфекционных заболеваний как за счет создания единой профилактической среды, проведения мониторинга, так и посредством всеобщего и доступного охвата населения услугами первичной медицинской помощи для снижения преждевременной смертности и стабилизации инвалидности [5]. В рамках ее выполнения целевым показателем, кроме уменьшения потребления табака среди лиц от 16 лет до 24,5%, снижения потребления поваренной соли до 5 граммов и др., в отношении ФА является обеспечение к 2020 году увеличения средней физической активности не менее 30 минут в день до 40% населения.

Первый шаг в обретении контроля над неинфекционными заболеваниями и одно из перспективных направлений деятельности систем здравоохранения для достижения целевых показателей – мониторинг и анализ факторов риска для снижения степени их воздействия [5].

Как результат оценки важности проблемы, на Всемирной ассамблее здравоохранения были разработаны Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью и методология проведения исследований, количество которых на международном уровне постоянно растет [6–8]. Изучение и мониторинг ФА как населения в целом, так и отдельных групп пациентов становится значимой частью планирования профилактической и лечебной деятельности систем здравоохранения. Для количественной оценки уровня ФА в популяции и его мониторинга в начале 2000-х гг. в качестве инструмента измерения ФА был разработан Глобальный опросник по физической активности (Global Physical Activity Questionnaire, GPAQ), который могут использовать все страны [9].

Вопросы GPAQ фиксируют умеренную и интенсивную активность на досуге, при осуществлении домашней, профессиональной и связанной с транспортом деятельности, которые суммируются в виде общей физической активности [9]. Оценка нескольких областей деятельности особенно важна там, где при измерении только досуговой активности можно упустить существенную ежедневную ФА, осуществляемую при поездках на работу и с работы и при других перемещениях. Также оценивалось время, проведенное сидя и полулежа.

Опросник GPAQ валидизирован. Проведенное в 8 странах исследование надежности, валидности и воспроизводимости данных с использованием стандартизованных методов получило коэффициент надежности в диапазоне от умеренной до

значительной силы (коэффициент Спирмана – 0,67–0,81) [9]. В целом GPAQ является подходящим и приемлемым инструментом для мониторинга ФА при наблюдении за состоянием здоровья населения, а измеряемые им свойства аналогичны свойствам других инструментов измерения ФА, используемых в развитых странах [10]. GPAQ разработан для измерения ФА взрослых в возрасте от 18 до 65 лет во время досуга, работы, транспортных перемещений и домашней работы. Вопросы GPAQ предусматривают ответы респондентов о частоте и продолжительности нагрузки не менее 10 мин. GPAQ также собирает информацию о времени, проведенном сидя. Ежедневное время ходьбы, умеренной и интенсивной активности рассчитывается отдельно, умножая количество дней в неделю на продолжительность в среднем за день.

Использование опросника позволяет провести разделение исследуемой группы по уровню ФА на три группы:

1. Высокий уровень ФА. ФА соответствует одному из двух критериев: а) интенсивная активность более 3 дней в неделю; б) 7 дней любой комбинации ходьбы, умеренной или высокой интенсивности деятельности.

2. Умеренный уровень ФА. ФА соответствует любому из следующих трех критериев: а) 3 дня активной нагрузки по меньшей мере 20 мин./день; б) 5 дней активности умеренной интенсивности или ходьбы более 30 мин./день в течение более 10 мин. за 1 раз; с) 5 дней любой комбинации ходьбы, умеренной или высокой интенсивности деятельности.

3. Низкий уровень ФА. ФА не отвечает критериям ни умеренного, ни высокого уровня [1].

Умеренный и высокий уровни указывают на соответствие ФА уровню, который приносит дополнительную пользу для здоровья.

Данные исследований последних десятилетий доказывают эффективность дозированной физической нагрузки также при лечении ряда психических расстройств [11]. Самое непосредственное отношение это имеет к депрессивным расстройствам – одним из самых распространенных психических расстройств, лидирующим по причинам утраты трудоспособности, усугубляющим течение основных неэпидемических заболеваний, ухудшающим их течение и увеличивающим риск осложнений.

Существует двусторонняя связь между депрессией и двигательной активностью: психомоторное снижение является симптомом депрессивного расстройства, а доказанное в эксперименте

длительное снижение физической активности приводит к стойкому снижению настроения [11]. В ряде исследований доказана сопоставимая с использованием антидепрессантов эффективность структурированной физической нагрузки на выздоровление пациентов некоторых клинических групп с депрессивными расстройствами (постродовые депрессии, подростковые, у пожилых пациентов) [12].

Цель исследования – изучить степень базовой физической активности, мотивации к ее увеличению у пациентов с депрессивными расстройствами, проходящими стационарное лечение на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья, в процессе терапии, включающей дозированную, структурированную физическую нагрузку.

Материалы и методы. В рамках реализации научно-исследовательского проекта «Разработать и внедрить метод адьювантной терапии депрессии с использованием структурированной физической нагрузки» было проанкетировано 145 пациентов, проходивших лечение в Республиканском научно-практическом центре психического здоровья с диагнозами: депрессивный эпизод (умеренный с/без соматических симптомов), смешанное тревожное и депрессивное расстройство, расстройство адаптации с депрессивной реакцией. Среди пациентов было 18 (12,4%) мужчин и 127 (87,6%) женщин. Гендерное распределение пациентов в исследовании отражает соотношение пациентов в отделениях стационара. Средний возраст пациентов составил 43 [34; 51] года. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Критерием исключения были соматические противопоказания, препятствующее выполнению предлагаемого объема физических упражнений (состояние после недавно перенесенного инфаркта миокарда, оперативных вмешательств и др.).

Курс лечения, кроме стандартной терапии в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения, включал выполнение физических упражнений, структурированных в программу занятий, которая была разработана на основе классических принципов лечебной физкультуры. Программа включает в себя первоначальное и заключительное тестирование с использованием функциональных проб. В первый день проводятся индивидуальная консультация, подбор и составление комплексов. Тренировки организованы в индивидуальном и групповом формате и включают в себя элементы дыхательной, зрительной и атлетической гимнастики. Включен широкий спектр физических упражнений: аэробных

(терренкур/скандинавская ходьба), направленных на растяжку, тренировку вестибулярного аппарата (стрейчинг, пилатес), кардиотренировок с использованием тренажеров.

Для мотивации к вовлечению в комплекс адьювантной (дополнительной) терапии с использованием структурированной физической нагрузки пациентам предлагались для ознакомления материалы, содержащие информацию о методе, проводилось мотивационное консультирование. Для изучения уровня физической активности и степени вовлеченности в нее до госпитализации пациентам было предложено ответить на вопросы Глобального опросника по физической активности (GPAQ, инструмент, рекомендованный ВОЗ для поэтапного осуществления мониторинга (STEPS), для контроля над распространением неинфекционных заболеваний) [9].

Для изучения знаний и приверженности физической активности использовали специально разработанный опросник, включающий вопросы о занятиях физкультурой до этапа госпитализации, а также о представлении пациентов об эффективности физических упражнений при психических расстройствах.

Статистический анализ произведен при помощи описательной статистики пакета SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение. Изучение базовой приверженности занятиям физкультурой как компонента здорового образа жизни пациентов позволило разделить их на три практически равные группы. На вопрос, «занимались ли Вы ранее дома (самостоятельно) физическими упражнениями?», треть пациентов ответили «1–3 раза в неделю», еще треть пациентов – «1 раз в неделю и реже», остальные ответили, что «не занимались».

При изучении результатов заполнения опросника GPAQ о физической активности пациентов до начала расстройства были получены следующие результаты.

На вопрос, «требуется ли Ваша работа высокоинтенсивной деятельности, при которой значительно учащаются дыхание и пульс непрерывно в течение 10 минут?», положительно ответили 11 пациентов (7,6%), из них двое мужчин и 9 женщин. В отношении длительности нагрузок пациенты ответили, что она составляет 5 [3; 5,5] дней в неделю, 360 [135; 540] минут в неделю. Остальные ответили отрицательно. Связи высокоинтенсивной работы с полом не обнаружено: $\chi^2=0,51$, $p>0,05$, $r_s=0,055$. У подавляющего большинства пациентов, проходивших лечение по поводу депрессивных расстройств, физической активности в связи с их трудом не отмечалось.

При оценке среднеинтенсивной физической активности, связанной с трудовой деятельностью (например, быстрая ходьба или поднятие небольших тяжестей, когда незначительно учащаются дыхание и пульс), 16,6% пациентов (24 человека) отметили, что им она свойственна в течение 5 [4; 5] дней на работе, в течение 360 [180; 480] минут в неделю. Связи работы с полом, как и в случае с высокоинтенсивной работой, не обнаружено: $\chi^2=0,51$, $p>0,05$, $r_s = -0,06$.

Было также предложено оценить активность при перемещении по пути на работу, в магазин и другие виды активного перемещения. Используют ходьбу пешком или езду на велосипеде не менее 10 минут в качестве средства передвижения 116 (80%) пациентов: в течение 6–7 дней в неделю, всего 60 [30; 90] минут в неделю. Отрицательно оценили такого рода активность 29 пациентов (20%). Связи работы с полом не обнаружено: $\chi^2=1,0$, $p>0,05$, $r_s = 0,08$.

Следующий вопрос касался занятий спортом или активным досугом высокоинтенсивного характера (бег, футбол), при котором значительно учащаются дыхание и пульс, в течение не менее 10 минут. Положительно на этот вопрос ответили 7 пациентов (4,8%), все из них женщины, в течение 3 [2; 5] дней в неделю, в среднем 90 [37,5; 120] минут в неделю. Среднеинтенсивными физическими упражнениями или досугом (плавание, езда на велосипеде), при котором немного учащаются дыхание или пульс в течение не менее 10 минут занимались почти половина пациентов (43,4%, 63 человека), в течение 4 [3; 5] дней в неделю, в среднем 45 [30; 70] минут в неделю. Связи данного вида досуга с полом не обнаружено: $\chi^2=0,86$, $p>0,05$, $r_s = -0,08$.

Пациентам было предложено оценить также общее время пассивного времяпровождения – нахождения в сидячем или полулежачем положении на работе, дома, при поездке в автомобиле, чтении и просмотре телевизора. Оно составило 6 [4; 8] часов в неделю без достоверных отличий по полу.

Таким образом, можно утверждать, что большинство пациентов с депрессивным синдромом (около 75%) на этапе начала исследования и лечения (до начала регулярных физических тренировок) имели низкий уровень рабочей и рекреационной активности и умеренный уровень физической активности за счет передвижения (ходьба пешком или езда на велосипеде). Высокий уровень активности за счет работы или активного досуга был отмечен у 5–7% пациентов. Профиль уровней ФА у депрессивных пациентов отлича-

ется от данных популяционных исследований, проводившихся в Российской Федерации и показавших преобладание высокой ФА (41,6–46,1%) [1].

Хотя противоречивых данных при проведении корреляционного анализа ответов на вопросы не получено, есть данные о склонности людей при самооценке ФА завышать ее уровень для формирования позитивного социального имиджа [13]. Существуют также некоторые ограничения в интерпретации GPAQ, связанные с трудностями в разграничении респондентами деятельности, относимой к умеренной или интенсивной активности.

Проблема мотивации к изменениям и приверженности лечению – одна из наиболее важных в терапии психических расстройств [15–17]. В отношении применения физических упражнений в лечении депрессивных расстройств она является объектом для самостоятельного изучения [16, 17]. Наиболее эффективными и популярными методами были признаны мотивационные интервью и индивидуализация выбора целей [17]. В нашем исследовании от участия в программе первоначально отказывалась существенная часть пациентов (до 30%), ссылаясь как на симптомы самого депрессивного расстройства, так и высказывая в качестве мотивов не связанные с ним причины. Был разработан мотивационный листок для пациентов, в котором в доступной форме описывался механизм влияния физических упражнений на настроение, обсуждались трудности начала занятий физкультурой, давалось краткое описание программы. При дополнительном индивидуальном мотивационном консультировании часть пациентов удалось мотивировать. Также проводилось индивидуальное консультирование инструкторами по лечебной физкультуре. Несмотря на такую программу мотивации, еще около 25% пациентов не завершили программу по причинам, не связанным с их соматическим или психопатологическим состоянием. В качестве пояснения отказа от занятий физкультурой чаще всего фигурировала «занятость» пациентов, когда, например, в установленное время отдавалось предпочтение посещению отделения физиотерапевтического лечения.

На вопрос, «считаете ли Вы физические упражнения эффективным средством комплексного лечения тревожно-депрессивных расстройств?», все пациенты ответили положительно. Информация о пользе занятий была почерпнута, вероятно, из мотивирующей части работы с пациентами до включения в программу.

В дальнейшем, после согласия пациентов на участие в программе дополнительного лечения депрессии с использованием структурированной физической нагрузки, пациенты занимались физическими упражнениями по предварительно разработанной программе под руководством инструктора. Курс лечения в стационаре занимал в среднем 4 недели.

После завершения курса лечения в рамках разработанного опросника пациентам предлагалось оценить влияние программы физических упражнений на общее состояние, уровень подготовленности, а также поделиться планами на включение физической активности в повседневную жизнь в будущем.

Все пациенты с депрессивными расстройствами, опрошенные после прохождения курса лечения и занимавшиеся физическими упражнениями, считают, что занятия по программе способствовали улучшению их психоэмоционального состояния. Большинство пациентов (82%) считают, что занятия по программе также изменили в лучшую сторону уровень их физической подготовленности.

Все опрошенные пациенты предполагали, что будут продолжать заниматься физическими упражнениями самостоятельно или организованно, посещая фитнес-клубы или бассейн.

Планируется провести катamnестическое исследование спустя 6 и 12 месяцев для изучения отдаленных результатов и степени стойкости мотивации.

Выводы. Пациенты, проходящие лечение в психиатрическом стационаре по поводу депрессивных расстройств, несмотря на достаточно молодой возраст (43 [34; 51] года), характеризуются умеренным уровнем физической активности до начала расстройства (как мужчины, так и женщины). Каждый пятый пациент получает среднеинтенсивную физическую нагрузку вследствие своей трудовой деятельности (7 [3; 8] часов). Невысокой является даже активность, связанная с перемещением пешком по бытовым нуждам: 60 [40; 90] минут в неделю. Среднеинтенсивным по физическим нагрузкам досугом занимается только треть пациентов от получаса до часа в неделю.

Участие в программе положительно оценивается пациентами как в отношении психоэмоционального состояния, так и уровня физической подготовленности, а также мотивирует их к продолжению занятий и включению физических упражнений в образ жизни. Депрессивных пациентов необходимо активно мотивировать к занятиям физкультурой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сравнение уровня физической активности в трех крупных индустриальных центрах Российской Федерации с применением Глобального опросника по физической активности (GPAQ). / Е.Ю.Забина [и др.] // Профилактическая медицина. – 2017. – №6. С.56–61.
2. Virtual Reality-Based Exercise with Exergames as Medicine in Different Contexts: A Short Review [Electronic resource] / Marcos Tulio Silva Costa [et al.] // Clin Pract Epidemiol Mental Health. – 2019. – Vol.15. – P.15–20. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6407662/#>. – Date of access: 01.05.2019.
3. Sedentary behavior: Emerging evidence for a new health risk / N.Owen [et al.] // Clin. Proc. – 2010. – Vol.85, No.12. – P.1138–1141. – doi: 10.4065/mcp.2010.0444.
4. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy / I.Lee [et al.] // Lancet. – 21 July 2012. – Vol.380, Issue 9838. – P.219–229.
5. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by>. – Дата доступа: 01.05.2019.
6. World Health Assembly 57.17. Global strategy on diet and physical activity [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2004. – Mode of access: <http://www.health.gov/paguidelines>. – Date of access: 01.05.2019.
7. Overall and leisure-time physical activity among Brazilian adults: national survey based on the global physical activity questionnaire [Electronic resource] // Journal of Physical Activity and Health. – 2017. – P.1–17. – Mode of access: <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0262>. – Date of access: 01.05.2019.
8. Sedentary behavior and physical activity of randomized sample of Czech adults aged 20–64: IPAQ and GPAQ studies between 2002 and 2011 / D.Sigmundova [et al.] // Central European Journal of Public Health. – 2015 November. – Suppl. – P.S91–S96.
9. Инструмент STEPS и вспомогательные материалы [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/ru/>. – Дата доступа: 01.05.2019.
10. Bull, F. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): nine country reliability and validity study / F.Bull, T.Maslin, T.Armstrong // Journal of Physical Activity and Health. – 2009. – Vol.6. – P.790–804.
11. Всемирная организация здравоохранения. Программа ВОЗ по охране психического здоровья. Физическая активность для лечения депрессии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q6/ru/. – Дата доступа: 01.05.2019.

12. *Olafsdottir, K.* Effects of exercise on depression and anxiety. A comparison to transdiagnostic cognitive behavioral therapy / K.Olafsdottir, J.M.Saavedra Kristjansdottir // *Community Mental Health journal.* – 2018. – Vol.54. – P.855–859.
13. *Sallis, J.F.* Assessment of physical activity by self-report: Status, limitations, and future directions / J.F.Sallis, B.E.Saelens // *Res Q Exerc Sport.* – 2000. – Vol.71. – P.S1–S14.
14. Different Perspectives of Clinicians and Patients with Severe Mental Illness on Motivation for Treatment [Electronic resource] / E.C.Jochems [et al.] // *Clin. Psychol. Psychother.* – 2016 Sep. – Vol.23, No.5. – P.438–451. – doi: 10.1002/cpp.1971. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26202731>. – Date of access: 01.05.2019.
15. Motivation, treatment engagement and psychosocial outcomes in outpatients with severe mental illness: a test of Self-Determination Theory / E.C.Jochems [et al.] // *Int J Methods Psychiatr Res.* – 2017 Sep. – Vol.26, No.3. – doi: 10.1002/mpr.1537 (Epub 2016 Oct 27).
16. Motivation and treatment engagement intervention trial (MotivaTe-IT): the effects of motivation feedback to clinicians on treatment engagement in patients with severe mental illness [Electronic resource] / E.C.Jochems [et al.] // *BMC Psychiatry* – 2012 Nov 24. – Vol.12. – P.209. – doi: 10.1186/1471-244X-12-209. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23176560>. – Date of access: 01.05.2019.
17. *Farholm, A.* Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies / A.Farholm, M.Sorensen // *Int J Ment Health Nurs.* – 2016 Jun. – Vol.25, No.3. – P.194–205. – doi: 10.1111/inm.12214 (Epub 2016 Feb 25).

INCREASED LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY AS THERAPEUTIC FACTOR FOR PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

¹ M.M.Skugareuskaya, ¹ A.V.Shylava, ² A.V.Yahlouskaya, ² A.S.Vanda, ¹ I.Yu.Berhel

¹ Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, 152, Dolginovsky Trakt, 220053, Minsk, Republic of Belarus

² Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Low physical activity (PA) is a proven risk factor for significant non-communicable diseases. Raising PA is an effective way to prevent and using of physical

exercise is one of the effective ways to treat some disorders including mild to moderate depression. The aim of this study was to investigate the basic level of physical activity and motivation to exercise in patients with depression. The survey method and the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) were used. 145 patients were interviewed (18 men and 127 women, average age was 43 [34; 51] years). Patients performed exercise under instructor's supervision as an adjuvant therapy of depression. Level of motivation to exercise and approaches for its improving have been analyzed by authors. At the end of the treatment, patients were interviewed for exercise effect self-esteem on their general condition, level of physical fitness, and their plans for physical activity in the future. Low level of basic physical activity, both in labor and leisure activities, and high level of passive relaxation were revealed according to study results, both among men and women. A positive attitude towards physical exercise as a medical procedure was formed as a result of therapy.

Keywords: physical activity; depression; motivation level; therapy.

Сведения об авторах:

Скугаревская Марина Михайловна, д-р мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», врач-психиатр-нарколог (зав. отделением); тел.: (+37529) 6407461; e-mail: marims@tut.by.

Шилова Оксана Владимировна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», зав. лабораторией клинико-эпидемиологических исследований; тел.: (+37529) 6587674; e-mail: ashyl_psy@tut.by.

Ягловская Оксана Викторовна; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра психиатрии и медицинской психологии, ассистент; тел.: (+37529) 5806723.

Ванда Елена Сергеевна; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра физического воспитания и спорта, старший преподаватель; тел.: (+37529) 6840661.

Бергель Ирина Юрьевна; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», врач-психиатр-нарколог; тел.: (+37529) 1177285.

Поступила 03.05.2019 г.

ОБОСНОВАНИЕ ЭТАПОВ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ У СТОМАТОЛОГА

И.К.Луцкая, Е.А.Демьяненко, И.Д.Ермакова

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

До настоящего времени отсутствуют четкая тактика диспансерного наблюдения и обоснованные практические рекомендации по профилактике и лечению стоматологических заболеваний у беременных. Проведено исследование с целью оценить стоматологический статус женщин при беременности и разработать рекомендации по срокам диспансерного наблюдения для проведения основных профилактических и лечебных мероприятий. Установлено, что аппликации противовоспалительных препаратов снижают индекс налета в 2 раза и в 1,7 раза уменьшают интенсивность воспаления. Индивидуальная гигиена полости рта улучшается в 2,1 раза, а воспаление в десне снижается в 1,2 раза после однократного обучения и мотивации. Индекс налета снижается в 4,3 раза, а интенсивность воспаления в краевом пародонте уменьшается в 2,2 раза при сочетанном воздействии противовоспалительных препаратов и обучении индивидуальной гигиене полости рта. Полученные данные позволили предложить в случае с выраженной кровоточивостью из десны следующую этапность в проведении профессиональной гигиены полости рта и обучении индивидуальной гигиене: в первое посещение лучше использовать местно на слизистую оболочку десны противовоспалительные препараты и рекомендовать их применение в домашних условиях 1–3 раза в день в течение 2–3 дней. Во второй визит – повторно применять местное противовоспалительное лечение и проводить инструктаж и обучение индивидуальной гигиене полости рта. Профессиональную гигиену полости рта и контроль за персональной гигиеной лучше осуществлять со второго-третьего посещения, когда значительно меньше отек и кровоточивость из десны. Разработаны рекомендации по проведению основных профилактических и лечебных мероприятий в первом, втором и третьем триместре беременности.

Ключевые слова: беременные; стоматологические заболевания; врач-стоматолог; диспансерное наблюдение; профилактические мероприятия; лечебные мероприятия; рекомендации.

Современная стоматологическая наука достаточно основательно определила этиопатогенетические механизмы развития кариеса зубов и болезни пародонта. Однако, распространенность и интенсивность этих заболеваний остается высокой, поэтому вопросы профилактики и лечения продолжают быть актуальными.

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых доказали существенное влияние общего состояния организма человека на возникновение, течение и клинические проявления патологий в полости рта. Особую группу для врачей представляют женщины в период беременности. До настоящего времени отсутствуют четкая тактика диспансерного наблюдения и обоснованные практические рекомендации по профилактике и лечению стоматологических заболеваний. Известно, что новые условия, связанные с развитием плода, носят динамический характер и вызывают сложные адаптационно-мобилизующие

изменения во всем организме. Наибольшая перемена происходит в детородных органах, а также в эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и выделительной системах. Гестационный цикл условно разделяют на три триместра: с первой по 13-ю неделю, с 14-й недели по 27-ю и с 28-й недели до появления младенца. Кроме того, акушерами-гинекологами отмечаются периоды, когда система «мать и плод» достаточно уязвима из-за активизации клеточных и тканевых процессов, что может угрожать сохранению беременности. Наиболее значимыми критическими периодами считаются 2–3-я недели гестации, 8–12-я; 18–22-я и 28–32-я недели. Это может быть фактором риска для общего состояния здоровья как матери, так и плода, дать толчок в развитии каких-либо патологических процессов или способствовать утяжелению уже имеющихся заболеваний и требует внимания при выборе тех или иных методов диагностики, профилактики и лечения.

В результате исследований установлено, что при беременности увеличиваются распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний, а также изменяется их структура [1].

Распространенность кариеса зубов при беременности достигает 94,6%, причем у 38% наблюдается рецидив кариозного процесса [2]. Нейрогуморальные сдвиги вызывают некоторое снижение рН слюны и другие изменения биохимических показателей ротовой жидкости. Имеются данные о снижении резистентности зубов к кариозному процессу. Исследователи наблюдали появление начального кариеса в пришеечной области в виде меловидных пятен, которые быстро прогрессировали в плоские дефекты с резкой болезненностью на механические, термические и химические раздражители.

По данным ряда авторов, распространенность воспалительных процессов в пародонте у беременных составляет 60–93%, но только в 19,9% случаев – это первичная патология. Под влиянием гормональных сдвигов в полости рта могут наблюдаться уменьшение слюноотделения и ускорение образования налета. Эстрогены усиливают пролиферацию клеток кровеносных сосудов, а прогестерон способствует их расширению и повышенной проницаемости. В клинике мы наблюдаем изменение рельефа десневого края, разрастание сосочков вплоть до образования псевдоэпулидов. При наличии местных травмирующих факторов эти явления сопровождаются яркими воспалительными проявлениями [3].

Многие исследователи подтверждают взаимосвязь стоматологического здоровья беременной с количеством беременностей и возрастом пациенток, а также с патологией протекания гестационного периода и наличием заболеваний в других органах и системах [4–6].

Перспективным направлением в стоматологии является выделение групп повышенного риска. Среди параметров, характеризующих устойчивость зубов к кариесу, известен тест кислотоустойчивости эмали (ТЭР), основанный на оценке интенсивности окрашивания поверхности эмали метиленовым синим после дозированной кислотной травмы. Методика проведения теста проста и безопасна. С высокой достоверностью данный тест реагирует на изменения в общей резистентности организма и коррелирует с последующим приростом кариеса.

В целях коррекции общей резистентности возможно использование биологически активных веществ и адаптогенов. Широко освещено влияние экстракта элеутерококка на повышение сопротивляемости организма к самым различным вред-

ным воздействиям: охлаждению, перегреванию, перегрузкам, интоксикации наркотиками, инфицированию микроорганизмами и вирусами. Нормализующий эффект препарата наиболее выражен в условиях значительных изменений показателей, причем препарат действует неспецифически, то есть независимо от причины, снижающей резистентность. За счет сложного состава (около 10 гликозидов, витамины С и Е, смолы, эфирные масла, липиды, крахмал и т.д.) элеутерококк активизирует энергетическое обеспечение защитных реакций организма путем ускорения действия ключевых ферментных систем и процессов биосинтеза ферментов, белков и нуклеиновых кислот, переводя, таким образом, организм на более высокий уровень физиологической адаптации. Экстракт элеутерококка применяется как средство фармакосанации в любое время года. Он широко используется с лечебной целью в педиатрии, кардиологии, офтальмологии, онкологии и т.д. В акушерско-гинекологической практике этот препарат применяется как с лечебной, так и с профилактической целью в критические периоды беременности для предотвращения развития осложнений и гипотрофии плода. В целях повышения общей резистентности организма к различным патогенным факторам наиболее широкие показания имеет использование малых доз препарата [7].

Многие акушеры-гинекологи используют витамин Е. Недостаток этого витамина вызывает произвольное прерывание беременности или может быть причиной бесплодия. При лечении рвоты беременных и токсикозах второй половины беременности используют α -токоферола ацетат. Некоторые авторы указывают на адаптогенные свойства витамина Е. Интересно, что под его влиянием наряду с ликвидацией угрожающего аборта отмечается также общий тонизирующий эффект (исчезают слабость и головокружение, нормализуется артериальное давление). Выявлено, что α -токоферол способствует усилению иммунологического ответа, повышает устойчивость организма к инфекционным агентам, токсическому действию ряда веществ, положительно влияет на вегетативную нервную систему. Через гипофиз им осуществляется регуляция функции половых желез, коры надпочечников, щитовидной железы. В эксперименте на животных показано, что под влиянием витамина Е повышается уровень кислотоустойчивости эмали [8].

Цель настоящего исследования – оценить стоматологический статус женщин при беременности и разработать рекомендации по срокам диспансерного наблюдения для проведения основных профилактических и лечебных мероприятий.

Материалы и методы исследования

Нами осмотрено 270 беременных в возрасте от 19 до 32 лет (в среднем, 24,1±1,3 года), которые были распределены по группам в зависимости от состояния здоровья, протекания беременности, срока гестации и целей исследования. Группа контроля была сформирована из 90 практически здоровых небеременных нерожавших женщин этого же возраста (табл. 1).

Состояние полости рта оценивали по следующим показателям: индекс интенсивности кариеса (КПУ), кариесрезистентность эмали (ТЭР-тест), упрощенный индекс гигиены Грина-Вермильона (ОНИ-S) и его составляющие (DI-S и CI-S); индекс гингивита (GI); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА); комплексный периодонтальный индекс (КПИ).

Интенсивность кариеса оценивали с помощью индекса КПУ, равного сумме кариозных, запломбированных и удаленных зубов. При регистрации индекса в категорию К (кариозные зубы) относили зубы, имеющие одну или несколько кариозных полостей любой глубины, включая осложненный кариес, а также сочетание постоянной пломбы и кариозной полости. В категорию П (пломбированные постоянные зубы) регистрировали зубы, имеющие одну или несколько пломб без кариеса, а также покрытые коронками. В раздел У (удаленные) относили постоянные зубы, удаленные по любому поводу, в том числе, и «зубы мудрости».

Кислотоустойчивость эмали оценивали ТЭР-тестом (И.К.Луцкая, 1984). На эмаль резца по центру микропипеткой наносили однонормальный раствор соляной кислоты диаметром до 1 мм. Через 5 секунд кислоту стирали сухим ватным тампоном, на место протравливания наносили 1%-ный водный раствор метиленового синего, вытирали сухим ватным тампоном и оценивали интенсивность окрашивания. Индекс ТЭР определяли по 10-балльной шкале цветов.

Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс ОНИ-S (Green-Vermillion, 1964). Визуально с помощью зубо-врачебного зонда определяли наличие зубных отло-

жений в области следующих зубов: 16, 11, 26, 36, 31, 46.

$$ОНИ-S = DI-S \pm CI-S$$

Оценивали упрощенный гигиенический индекс по следующим значениям:

0–0,6 – хорошая гигиена полости рта;

0,7–1,6 – удовлетворительная гигиена полости рта;

1,7–2,5 – неудовлетворительная гигиена полости рта;

более 2,6 – плохая гигиена полости рта.

Состояние тканей пародонта оценивали с помощью индекса РМА (Scour, Massler, 1948) в модификации G.Parma (1960):

воспаление десневого сосочка (Р) – 1 балл;

воспаление маргинального края десны (М) – 2 балла;

воспаление альвеолярной десны (А) – 3 балла.

Для оценки интенсивности воспаления в десне применяли индекс GI (Loe, Silness, 1963). Оценка индекса GI проводили по параметрам:

0,1–1,0 — легкий гингивит;

1,1–2,0 — гингивит средней тяжести;

2,1–3,0 — тяжелый гингивит.

Нуждаемость в лечении и профилактике заболеваний пародонта оценивали по индексу КПИ (П.А.Леус, 1988). Исследование проводили в области следующих зубов: 17/16, 11, 26/27, 37/36, 31, 46/47. Оценивали индекс КПИ по значениям:

0,1–1,0 – риск к заболеванию;

1,1–2,0 – легкая степень поражения тканей пародонта;

2,1–3,5 – средняя степень поражения;

3,6–5,0 – тяжелая степень поражения.

Методы профилактики и лечения. Всем участницам исследования были даны рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта: использовать щетки с округлыми формами головки и мягкой щетиной (soft) для бережного ухода за зубами и деснами. При повышенном рвотном рефлексе женщины применяли зубные пасты с пониженным пенообразованием. Для укрепления твердых тканей зубов назначали лечебно-профилактические пасты и гели с кальцием и фтором.

Таблица 1

Распределение осмотренных женщин по группам

№ п/п	Группа	Количество обследованных
1	Небеременные, нерожавшие	90
2	Женщины с нормальным течением беременности	57
4	Женщины, страдавшие рвотой беременных легкой степени	36
5	Беременные, страдавшие поздним гестозом средней степени тяжести	127
6	Беременные, имеющие пороки сердца (врожденные, ревматические)	50
Всего		360

При наличии воспалительных явлений в деснах использовались пасты с настоями и отварами трав.

Медикаментозные препараты назначали акушеры-гинекологи в соответствии с клиническими протоколами по рекомендации врача-стоматолога. Женщины, имеющие пороки сердца (врожденные, ревматические), находились под наблюдением кардиолога. При отеках у беременных, анемии, плацентарных нарушениях, недостаточном росте плода, его гипоксии женщины получали витамин Е по 100 мг один раз в день в течение двух недель. При гипотензивном синдроме и нормальном протекании беременности назначали фитоадаптоген – экстракт элеутерококка в микродозе 5–6 капель на четверть стакана воды за полчаса до еды дважды в день утром и днем. При кровоточивости из десен местно использовали Солкосерил Дентальную Адгезивную Пасту (СДАП) 1–3 раза в день на протяжении 3–5 дней.

Результаты исследования

На момент осмотра у беременных в 100% случаев диагностировались заболевания зубов и пародонта. Индекс КПУ был в среднем $8,75 \pm 0,9$. При этом, количество кариозных полостей составило 48%, удаленных зубов – 8%, а запломбированных – 44%. По пораженности кариесом достоверных различий между группами не выявлено.

Тест кислотоустойчивости эмали в среднем составил $4,93 \pm 0,29$ балла, что свидетельствует о снижении кариесрезистентности по сравнению с небеременными женщинами такой же возрастной группы ($3,18 \pm 0,19$ балла). При физиологическом течении беременности данный тест был $4,18 \pm 0,39$ балла; при легкой рвоте – $4,34 \pm 0,41$; при врожденных и ревматических пороках сердца – $5,58 \pm 0,31$; при поздних гестозах – $6,15 \pm 0,39$ баллов.

Характерно, что у беременных всех обследованных групп самый высокий показатель ТЭР, то есть самый низкий уровень кислотоустойчивости, наблюдался на 8–10-й и 32–34-й неделях беременности (табл. 2). Так, при нормальной беременности уровень ТЭР на 8–10-й неделях достигал

$5,63 \pm 0,23$ баллов, на 32–34-й неделях – $5,12 \pm 0,24$ баллов; при рвоте легкой степени – $5,94 \pm 0,23$ и $4,83 \pm 0,23$ баллов соответственно. Самый низкий уровень кариесрезистентности в эти периоды отмечен в группах с поздними гестозами и пороками сердца (доходил до $7,89 \pm 0,46$ баллов).

По данным литературы, наиболее критические моменты с повышенным тонусом матки приходятся примерно на 8–12-ю и на 28–32-ю недели беременности. Данные, полученные при исследовании кислотоустойчивости эмали зубов, показывают, что снижение резистентности совпадает с критическими периодами гестации.

Состояние твердых тканей зуба оценивали при первичном осмотре, через 7 и 12 месяцев с помощью индексов КПУ и ТЭР-теста. Женщины были разделены по подгруппам для оценки эффективности использования адаптогенов в стоматологии при назначении препаратов в разные сроки беременности на протяжении двух недель.

У женщин, принимавших витамин Е с 8-й и 32-й недель беременности, прирост интенсивности кариеса составил за 7 месяцев $0,55 \pm 0,10$, за год – $0,75 \pm 0,08$; при назначении экстракта элеутерококка – $0,62 \pm 0,09$ и $0,81 \pm 0,12$ за соответствующие промежутки времени. При этом, у беременных контрольной подгруппы прирост интенсивности кариеса – $1,37 \pm 0,16$. Следовательно, редукция прироста кариеса под влиянием витамина Е за 7 месяцев составила 59,85%, за год – 55,88%. Назначение экстракта элеутерококка привело к снижению прироста интенсивности кариеса на 54,71% за 7 месяцев беременности и на 52,35% – за один год. Таким образом, применение изучаемых лекарственных средств двумя курсами в критические по ТЭР-тесту периоды оказалось наиболее эффективным.

При сборе анамнестических данных на предмет заболеваний пародонта установлено, что 46,7±2,8% осмотренных женщин не предъявляли жалоб на кровоточивость и дискомфорт со стороны тканей десны, 49,3±2,2% – жаловались на кровоточивость из десен при чистке зубов. У восьми беременных от-

Таблица 2

Характеристика ТЭР-теста в разные сроки беременности

Срок беременности (недели)	ТЭР у женщин с нормальным течением беременности	ТЭР у беременных с рвотой легкой степени
5–7	$3,70 \pm 0,25$	$4,03 \pm 0,24$
8–10	$5,63 \pm 0,23$	$5,94 \pm 0,28$
11–12	$3,96 \pm 0,26$	$4,58 \pm 0,25$
13–20	$3,56 \pm 0,22$	$3,61 \pm 0,25$
21–31	$3,67 \pm 0,24$	$3,53 \pm 0,24$
32–34	$5,12 \pm 0,24$	$4,83 \pm 0,23$
35–40	$3,58 \pm 0,23$	$3,88 \pm 0,25$

мечалась периодическая кровоточивость при приеме твердой пищи, три женщины жаловались на самопроизвольное выделение крови из десен.

Во время осмотра тканей пародонта установлено, что упрощенный индекс Грина-Вермильона составил в среднем $2,28 \pm 0,06$, что свидетельствует о неудовлетворительной гигиене полости рта, причем 55% в этом показателе приходится на зубной налет (DI-S). По индексу РМА, воспалительным процессом охвачены сосочки и маргинальная десна, в среднем этот показатель составил $54,2 \pm 3,8\%$. Интенсивность воспалительного процесса в десне по индексу GI была на нижней границе средней степени тяжести ($1,1 \pm 0,02$).

В результате, у $20,3 \pm 3,6\%$ женщин диагностирован гингивит легкой степени тяжести, у $52,6 \pm 3,8\%$ – средней степени и у $11,8 \pm 2,7\%$ – тяжелой степени. $15,3 \pm 2,2\%$ беременных был выставлен клинический диагноз маргинальный периодонтит легкой степени тяжести.

Беременные, находящиеся на стационарном лечении по поводу поздних гестозов, были распределены на две подгруппы. Женщин первой подгруппы обучали гигиене полости рта по стандартной методике, а беременным второй подгруппы, кроме обучения стандартным методам ухода за полостью рта, десну покрывали СДАП.

При осмотре женщин в первой подгруппе показатель гигиены полости рта по Грину-Вермильону при индивидуальном анализе распределился следующим образом: 29,0% имели удовлетворительную гигиену полости рта, 32,3% – неудовлетворительную и 38,7% – плохую. После обучения индивидуальной гигиене и мотивации, через двое суток индекс ОНI-S стал в среднем по подгруппе на 26% ниже (разница достоверна). Хорошую гигиену имели 19,4% беременных, удовлетворительную – 25,8%, неудовлетворительную – 29,0% и плохую – 25,8%. К третьему посещению, через 7 дней, этот показатель у 47,0% женщин был хорошим и удовлетворительным, у 17,6% – неудовлетворительным и у 35,3% – плохим. В среднем, по подгруппе ОНI-S составлял $2,09 \pm 0,1$. Это на 13% меньше, чем при первичном осмотре, и на

13% больше, чем непосредственно после обучения гигиене полости рта. Параметры ОНI-S изменились за счет его составляющей DI-S, поскольку удаление зубных отложений на данном этапе не проводилось (табл. 3).

При первом посещении у 19,4% беременных воспаление локализовалось в пределах сосочков, у 48,4% – захватывало маргинальный край и у 32,3% – имелись участки с воспаленной альвеолярной десной. В среднем, индекс РМА достигал 56,7%. После обучения гигиене полости рта, в среднем, по подгруппе индекс РМА уменьшился на 10%, а через неделю еще на 7% и составил $47,3 \pm 12,9\%$. Интенсивность воспалительного процесса по индексу GI в первое посещение у 48,4% женщин была легкой степени тяжести, у 51,6% – средней. На третий день после обучения гигиене полости рта индекс GI уменьшился на 11%, а через неделю еще на 8%. В результате у 64,5% беременных воспаление в десне было легкой степени тяжести и у 35,5% – средней.

Таким образом, у женщин после обучения гигиене полости рта и мотивации индекс налета уменьшился в 2 раза. А интенсивность и распространенность воспалительного процесса в десне в 1,2 раза.

У беременных во второй подгруппе индекс Грина-Вермильона при первичном осмотре составил $2,1 \pm 0,07$, на долю налета приходилось 57%. После трехкратной обработки слизистой оболочки десны СДАП индекс ОНI-S уменьшился на 27%, причем составляющая индекса DI-S изменилась в 2 раза. После обучения индивидуальной гигиене полости рта показатель налета уменьшился еще в 2 раза и составил 23% индекса ОНI-S. В последнее посещение 69% женщин этой подгруппы имели хорошую и удовлетворительную гигиену полости рта, что в 2 раза больше, чем при первичном осмотре (табл. 4).

Анализ состояния маргинального пародонта показал, что у 11,4% женщин были воспалены десневые сосочки, у 63,6% – маргинальный край и у 25% имелись участки воспаления прикрепленной десны. Распространенность воспалительного процесса в тканях пародонта после трехкратной обработки СДАП уменьшилась в 1,5 раза. После обучения ги-

Таблица 3

Изменение стоматологических показателей по посещениям у беременных с гестозами первой подгруппы

Индексы	Первое посещение	Второе посещение	Третье посещение
ОНI-S	$2,4 \pm 0,06$	$1,78 \pm 0,07$	$2,09 \pm 0,1$
DI-S	$1,16 \pm 0,07$	$0,54 \pm 0,08$	$0,71 \pm 0,11$
CI-S	$1,24 \pm 0,07$	$1,24 \pm 0,07$	$1,38 \pm 0,12$
GI	$1,11 \pm 0,05$	$0,99 \pm 0,06$	$0,9 \pm 0,09$
РМА	$56,7 \pm 8,9\%$	$51,1 \pm 9,0\%$	$47,3 \pm 12,9\%$

Изменение стоматологических показателей по посещениям у беременных с гестозами второй подгруппы

Индексы	Первое посещение	Второе посещение	Третье посещение
ОHI-S	2,22±0,08	1,67±0,13	1,22±0,11
DI-S	1,19±0,09	0,61±0,12	0,28±0,07
CI-S	1,03±0,09	1,06±0,13	0,94±0,13
GI	1,08±0,07	0,59±0,05	0,51±0,05
PMA	53,4±9,98%	32,9±12,6%	24,3±10,7%

гигиене полости рта индекс PMA уменьшился еще на 22%. Проведенное лечение позволило изменить картину распространенности воспаления: 81,3% женщин имели воспаленные десневые сосочки и у 18,7% отмечалось поражение маргинальной десны. В среднем по подгруппе показатель PMA составил 24,3±10,7% (при исходном показателе 52,6%). Интенсивность воспалительного процесса по индексу GI составила 1,08±0,06. При этом, 59,1% женщин имели воспаление легкой степени тяжести и 40,9% – средней. После обработки десны СДАП показатель GI уменьшился в 1,8 раза, а после обучения индивидуальной гигиене полости рта – еще на 10%. После проведенного лечения все женщины имели в десне воспаление легкой степени тяжести. В среднем по подгруппе GI оценивался в 0,51±0,05 балла.

Проведенные исследования выявили, что аппликации противовоспалительных препаратов снижают индекс налета в 2 раза и в 1,7 раза уменьшают интенсивность воспаления. Индивидуальная гигиена полости рта улучшается в 2,1 раза, а воспаление в десне снижается в 1,2 раза после однократного обучения и мотивации. Индекс налета снижается в 4,3 раза, а интенсивность воспаления в краевом пародонте уменьшается в 2,2 раза при сочетанном воздействии противовоспалительных препаратов и обучении индивидуальной гигиене полости рта. Полученные данные позволили предложить в случае с выраженной кровоточивостью из десны следующую этапность в проведении профессиональной и обучении индивидуальной гигиене полости рта: в первое посещение лучше использовать местно на слизистую оболочку десны противовоспалительные препараты и рекомендовать их применение в домашних условиях 1–3 раза в день в течение 2–3 дней. Во второй визит – повторно применять местное противовоспалительное лечение и проводить инструктаж и обучение индивидуальной гигиене полости рта. Профессиональную гигиену полости рта и контроль за персональной гигиеной полости рта лучше проводить со второго-третьего посещения, когда значительно меньше отек и кровоточивость из десны.

Заключение

Таким образом, нами установлено, что обследованные беременные имели 100%-ю распространенность и высокую интенсивность поражения зубов и тканей пародонта. Наиболее низкая кислотоустойчивость эмали приходилась на 8–10-ю и 32–34-ю недели беременности. В эти периоды необходимо рекомендовать посещение врача-стоматолога для осмотра, диагностики, мотивации, обучения методам ухода за полостью рта, разработки плана профилактики и лечения (при необходимости). Кроме того, в эти периоды следует использовать, в согласовании с акушером-гинекологом, фитоадаптогены в микродозах (экстракт элеутерококка) или метаболическую терапию (витамин E) по схеме. Эти меры позволят получить редукцию прироста кариеса в отдаленные сроки на 52–60%. При наличии воспалительных явлений в тканях пародонта, кроме профилактической чистки зубов (щетками и пастами) с последующим покрытием лаками, целесообразно применение противовоспалительных препаратов. Сочетанное воздействие противовоспалительных препаратов и обучения индивидуальной гигиене полости рта позволяет снизить индекс налета в 4,3 раза, а интенсивность воспаления в краевом пародонте уменьшается в 2,2 раза. Плановые лечебные процедуры нужно проводить не ранее 14-й недели беременности и до 32-й недели с учетом критических периодов.

Нами разработаны следующие **рекомендации**:

1. В первый триместр беременности:
 - тщательно оценить стоматологический статус и разработать план профилактических и лечебных мероприятий;
 - провести мотивацию и коррекцию ухода за полостью рта: чистить зубы два раза в день утром и вечером после еды, использовать щетки с округлыми формами головки и мягкой щетиной (soft) для бережного ухаживания за зубами и деснами. При повышенном рвотном рефлекс применять зубные пасты с пониженным пенообразованием. Для укрепления твердых тканей зубов пользоваться лечебно-профилактическими паста-

ми и гелями с кальцием и фтором. Снизить воспалительные явления в деснах помогут пасты на основе растительных препаратов;

– с целью укрепления неспецифической резистентности организма рекомендовать назначение с 8-й гестационной недели фитоадаптогена в микродозах (экстракта элеутерококка по 5–6 капель на четверть стакана воды за 20 минут до еды утром и днем) в течение двух недель у женщин с нормальным течением беременности и гипотензивным синдромом; при наличии отеков, анемии, плацентарных нарушений, недостаточном росте плода, его гипоксии в согласовании с акушером-гинекологом использовать витамин Е по 100 мг один раз в день в течение двух недель;

– при наличии воспалительных явлений в тканях пародонта следует использовать безопасные для беременных противовоспалительные местные препараты (например, СДАП) с нанесением на слизистую десны 1–3 раза в день в течение 3–5 дней.

2. Во второй триместр беременности проводить основной объем плановой санации полости рта (лечение пародонта и зубов).

3. В третий триместр беременности рекомендовать использование экстракта элеутерококка или витамина Е с 32-й гестационной недели в течение 14 дней по вышеописанной схеме (по согласованию с акушером-гинекологом).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева, З.Б. Эффективность внедрения региональной программы профилактики кариеса у беременных во фтордефицитном регионе / З.Б.Алиева, Б.Р.Бахмудова, М.Б.Бахмудов // Клиническая стоматология. – 2016. – №4. – С.77–79.
2. Гринин, В.М. Распространенность и факторы риска развития основных стоматологических заболеваний у беременных / В.М.Гринин, И.М.Ерканян, С.Ю.Иванов // Стоматология. – 2018. – №4. – С.19–22.
3. Луцкая, И.К. Эффективность противовоспалительного лечения гингивита у беременных / И.К.Луцкая, Е.А.Демьяненко, Т.П.Буза // Современная стоматология. – 2003. – №2. – С.43–46.
4. Болезни пародонта и осложненное течение беременности / И.М.Макеева [и др.] // Стоматология. – 2019. – №1. – С.70–73.
5. Пародонтологический статус и особенности местного цитокинового звена иммунитета у беременных женщин с хроническим генерализованным пародонтитом в динамике гестационного периода / С.Ю.Максюков [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2017. – Т.21, №1. – С.29–33.
6. Особенности состояния твердых тканей зубов и пародонта у женщин с сахарным диабетом в различные триместры беременности / Л.Ю.Орехова [и др.] // Пародонтология. – 2019. – №1. – С.29–33.
7. Демьяненко, Е.А. Оптимизация вторичной профилактики воспалительных заболеваний периодон-

та: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.А.Демьяненко. – Минск, 2005. – 21 с.

8. Ермакова, И.Д. Дифференцированная профилактика кариеса зубов у беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Д.Ермакова. – Минск, 1993. – 18 с.

JUSTIFICATION OF DENTIST DISPENSARY OBSERVATION STAGES OF PREGNANT WOMEN

I.K.Lutskaya, A.A.Dzemyanenko, I.D.Ermakova

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

To date, there is no clear tactics of follow-up and substantiated practical recommendations for the prevention and treatment of dental diseases in pregnant women. The study was conducted to assess the dental status of women during pregnancy and to develop recommendations on the timing of follow-up for the main preventive and therapeutic measures. It was estimated that the application of anti-inflammatory medicines reduces dental plaque index by 2 times and reduces the intensity of inflammation 1.7 times. Individual oral hygiene improves by 2.1 times, and inflammation in gingivae decreases by 1.2 times after a single training and motivation. The dental plaque index decreases by 4.3 times, and the intensity of inflammation in the marginal periodontium decreases by 2.2 times with the combined effects of anti-inflammatory medicines and teaching individual oral hygiene: on the first visit, it is better to use anti-inflammatory medicines locally on the gingival mucosa and recommend their use at home 1–3 times a day for 2–3 days. On the second visit, it is necessary to re-apply locally anti-inflammatory treatment and instruct and teach about individual oral hygiene. It is better to carry out professional oral hygiene and control of personal hygiene from the second or third visit, when edema and bleeding from gingivae are much less. The recommendations on the implementation of basic preventive and therapeutic measures in the first, second and third trimester of pregnancy are developed.

Keywords: pregnant women; dental diseases; dentist; dispensary observation; preventive actions; therapeutic measures; recommendations.

Сведения об авторах:

Луцкая Ирина Константиновна, д-р мед. наук, профессор; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой терапевтической стоматологии; тел.: (+37529) 6316528; e-mail: lutskaja@mail.ru.

Демьяненко Елена Анатольевна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра терапевтической стоматологии, доцент; тел.: (+37529) 6113279.

Ермакова Ирина Дмитриевна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра терапевтической стоматологии.

Поступила 04.03.2019 г.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ, О ЗНАЧЕНИИ ФИЗИОПРОФИЛАКТИКИ

¹ А.И.Шпаков, ² В.В.Войтов, ³ З.Кубиньска, ³ К.Заворски,
² О.А.Глебович, ² М.Б.Конон, ⁴ Г.Н.Хованская

¹ Гродненский государственный университет имени Янки Купалы,
ул. Ожешко, 22, 230025, г. Гродно, Республика Беларусь

² Унитарное предприятие «Санаторий «Неман-72»»,
ул. Санаторная, 23, 230031, г. Гродно, Республика Беларусь

³ Государственная высшая школа имени Папы Римского Иоанна Павла II
в г. Бяла-Подляска, 95/97, Sidorska, 21-500, г. Бяла-Подляска, Республика Польша

⁴ Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. При выборе санатория пациенты используют две главные мотивации: пребывание с целью лечебно-оздоровительного туризма (первичная физиопрофилактика) и прохождение курса лечения (вторичная физиопрофилактика).

Цель работы – изучение с учетом мотивации пребывания в санатории уровня осведомленности пациентов о методах физиопрофилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Материал и методы исследования. Проведен медико-социологический опрос 101 отдыхающего в санатории «Неман-72» (Беларусь). Все респонденты были разделены на 2 группы (пациенты, прибывшие в санаторий с целью лечения хронических заболеваний (59,4%), и отдыхающие, избравшие в основном туристский мотив с профилактической направленностью (40,6%)).

Результаты и обсуждение. Обе группы респондентов отличались по некоторым демографическим показателям (место жительства, образование, возраст). Состояние своего здоровья большинство из них оценило как хорошее (71,3%) или слабое и очень слабое (25,7%), при том, что в первой группе так ответили 43,3% респондентов. У респондентов были диагностированы хронические сердечно-сосудистые заболевания и нарушения опорно-двигательного аппарата. Пациентами-респондентами названы основные факторы риска, представляющие наибольшую опасность для здоровья. Среди них: курение и злоупотребление алкоголем, дефицит физической активности и дистресс (по мнению представителей второй группы). Для пациентов санатория характерен относительно высокий уровень информированности о НИЗ (патология сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата), а также о применении методов физиопрофилактики при этих заболеваниях.

Выводы. Санаторно-курортное лечение, занимая важное место в общей системе мер по сохранению и укреплению здоровья населения, наряду с оздоровительными мероприятиями, способно повысить осведомленность граждан о факторах риска и методах физиопрофилактики, что, в свою очередь, способствует снижению заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). Сочетание санаторно-курортного лечения как части практического здравоохранения и пребывание в санатории с целью лечебно-оздоровительного туризма повышают информированность населения о мероприятиях, формирующих культуру здоровья и повышающих уровень знаний о физиопрофилактике и ее применении.

Ключевые слова: санаторий; лечение; физиопрофилактика; туризм.

Введение

Санаторно-курортная деятельность – направление современного здравоохранения, включающее элементы лечения, реабилитацию, а также первичную и вторичную физиопрофилактику [1].

Ее основу составляют социально и научно обоснованные прогрессивные принципы: профилактическая и реабилитационная направленность, преемственность между амбулаторно-диагностическими, стационарными и санаторно-курортными

учреждениями, высокая квалификация и специализация оказываемой физиотерапевтической помощи [2]. Особое место в лечении и профилактике отводится физическим факторам, как природным (климат, солнце, воздух, вода), так и получаемым искусственно, что, в конечном итоге, и формирует дефиницию физиотерапии. Тесно связанная с ней физиопрофилактика предполагает оздоровление, предупреждение заболеваний человека и их обострений путем применения физических методов, в особенности естественных факторов внешней среды [3, 4].

Современная физиопрофилактика основывается на хорошо известной способности физических факторов повышать общую сопротивляемость и реактивность организма, а также на возможности устранять тот или иной фактор риска возникновения заболевания [5]. В широком понимании, физиопрофилактика – это предотвращение болезней цивилизации, процессов старения и инвалидности посредством улучшения эргономических показателей жизнедеятельности, физической активности и поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья [6].

Первичная физиопрофилактика используется для повышения сопротивляемости организма и развития адаптационных возможностей к неблагоприятным внешним факторам, улучшения работоспособности. Вторичная – применяется у пациентов с целью предупреждения обострений и дальнейшего прогрессирования заболевания, укрепления организма, более быстрого восстановления нормальной жизнедеятельности и трудоспособности. Если среди механизмов первичной физиопрофилактики исключительно важную роль играет феномен перекрестной адаптации, то вторичную физиопрофилактику можно рассматривать как один из компонентов медицинской реабилитации [7].

Для более широкого внедрения физиотерапии и физиопрофилактики применяются мероприятия по формированию здоровьесберегающего тренда, мировоззрения по организации собственного жизненного пространства, стереотипов питания, организации труда и отдыха и прочих паттернов с целью ориентирования населения на санаторно-курортное оздоровление и предупреждение социально значимых заболеваний. Считается, что именно санаторно-курортные учреждения располагают наибольшими возможностями первичной и вторичной физиопрофилактики [8].

На современном этапе развития санаторно-курортной сферы сформировались два подхода к использованию санаторной услуги: признание санаторно-курортной индустрии частью практиче-

ского здравоохранения (вторичная физиопрофилактика) и рассмотрение поездки в санаторий как формы лечебно-оздоровительного туризма (первичная физиопрофилактика). Опросы отдыхающих показывают некоторое ослабление интереса к медицинской составляющей [9]. И если еще 20 лет назад приоритетной была лечебно-оздоровительная направленность, то в настоящее время все больше проявляется преобладание сочетания мотива отдыха и профилактики [10–12].

Успешный опыт проведения физиопрофилактики в санаторно-курортных условиях все более отчетливо доказывает медицинскую и экономическую эффективность оздоровительных мероприятий и первичной профилактики практически здоровых лиц, нуждающихся в квалифицированном восстановлении функциональных резервов, и пациентов, которым показан курс медицинской реабилитации и вторичной профилактики для повышения профессиональной надежности и долголетия на основе преимущественного применения природных и искусственных физических факторов и кинезотерапии.

Цель работы заключалась в изучении уровня осведомленности о методах физиопрофилактики и поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья, среди лиц, проходящих санаторно-курортное лечение. Задача исследования – сравнение уровня знаний о неинфекционных заболеваниях (НИЗ), процессе старения, инвалидизации и возможностях физиопрофилактики двух групп отдыхающих, отличающихся субъективной оценкой мотивации приезда в санаторий. Работа выполнена в рамках совместного белорусско-польского научного проекта «Физиопрофилактика и ее роль в образе жизни различных категорий населения Польши и Беларуси».

Материал и методы исследования

Проведен медико-социологический опрос отдыхающих гродненского санатория «Неман-72» (Республика Беларусь). При помощи специально разработанной авторской анонимной анкеты опрошен 101 респондент (34 мужчины и 67 женщин) в возрасте от 28 до 76 лет с разделением на две группы. Первую составили пациенты, которые указали в анкете цель приезда в санаторий – лечение хронических заболеваний (59,4%; 37 женщин и 23 мужчины), вторую – отдыхающие, приехавшие с туристским мотивом (для отдыха, знакомства и расширения знаний о регионе пребывания, для повышения медицинских знаний и профилактики (40,6%; 30 женщин и 11 мужчин).

Кроме осведомленности о факторах риска, представляющих опасность для здоровья, и дей-

ствий, предпринимаемых для сохранения и укрепления здоровья, оценивался уровень информированности об основных методах первичной и вторичной физиопрофилактики, практически используемых респондентами, а также оценивалось стремление получить новые знания о физиопрофилактических мероприятиях.

Обработка данных выполнена с использованием стандартных функций статистической вычислительной среды R и электронных таблиц Microsoft Excel. Все полученные результаты проверены на нормальность распределения. В связи с тем, что распределение по возрасту оказалось отличным от нормального (Shapiro-Wilk $W=0,96$ $p=0,003$), для обеспечения единства методологии применялись непараметрические методы анализа данных. Количественные параметры представлены средними значениями балльных оценок, качественные – процентными долями. В сравнительном анализе количественных показателей применялись рекомендуемые статистические тесты (критерий Стьюдента при симметричном (нормальном) распределении переменных, U-критерий Манна-Уитни при асимметричном распределении). Распределение качественных переменных представлено в процентном соотношении вместе с 95% доверительными

интервалами, а статистические сравнения были выполнены с использованием независимых анализов Chi-square (хи-квадрат). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Обе группы интервьюируемых имели некоторые отличия по месту жительства, образованию и возрасту. Во второй группе преобладали жители областных центров и городов и отдыхающие, имевшие высшее образование. Средний возраст респондентов составил $50,9 \pm 13,3$ лет, медиана – 52 года. В первой группе пациенты были достоверно старше по возрасту $57,0 \pm 10,9$, медиана – 57 лет против $42,0 \pm 11,4$, медиана – 39 лет – во второй группе ($p < 0.05$) (табл. 1).

Состояние своего здоровья на момент анкетирования большинство респондентов (71,3%) оценило как хорошее, 25,7% – как слабое и очень слабое. Полностью здоровыми себя считали 3,0% анкетированных. Среди представителей первой группы на слабое и очень слабое здоровье указали 43,3% при отсутствии таковых во второй группе.

На рис. 1 представлено в сравнении отношение к ведущим факторам риска, которые, по мнению респондентов обеих групп, представляют наи-

Таблица 1

Демографические показатели анкетированных (все, кроме возраста, выражены в абсолютных данных, процентах и 95% ДИ)

Показатели		Группа 1 (n=60)	Группа 2 (n=41)	Все вместе (n=101)
Средний возраст, лет		57,0±10,9	42,0±11,4*	50,9±13,3
Место жительства	Областной центр	13 (21,7)	13 (31,7)**	26 (25,7)
	Районный центр или небольшой город	36 (60,0)	26 (63,4)	62 (61,4)
	Сельская местность	11 (18,3)	2 (4,9)**	13 (12,9)
Семейное положение	Замужем / женат	51 (85,0)	34 (82,9)	85 (84,2)
	Вдова / вдовец и проживает одна / один	9 (15,0)	7 (17,1)	16 (15,8)
Образование	Среднее	19 (31,7)	7 (17,1)	26 (25,7)
	Среднее специальное	18 (30,0)	4 (9,8)	22 (21,8)
	Высшее	21 (35,0)	29 (70,7)**	50 (49,5)
Частота пребывания в санатории, раз	Первый раз	11 (18,3)	28 (68,3)**	39 (38,6)
	1–3 раза	31 (51,7)	10 (24,4)**	41 (40,6)
	4 и более раз	18 (30,0)	2 (7,3)**	20 (20,8)
Субъективная оценка состояния здоровья	Очень хорошее	0	3 (7,3)	3 (3,0)
	Хорошее	34 (56,7)	38 (92,7)	72 (71,3)
	Слабое и очень слабое	26 (43,3)	0	26 (25,7)
Наличие хронических неинфекционных заболеваний	Сердечно-сосудистой системы	36 (64,3)	9 (22,5)**	45 (44,6)
	Опорно-двигательного аппарата	14 (25,0)	22 (55,0)**	36 (35,6)
	Нет болезней	0	9 (22,5)	9 (19,8)

* – различия между группами достоверны ($p < 0.05$) по U-критерию Манна-Уитни;

** различия между группами достоверны ($p < 0.05$) по результатам теста (χ^2) Chi-square test.

большую опасность для здоровья. 68,3% анкетированных указали на недостаток физической активности, 62,4% – нерациональное питание, 68,3% – курение, 57,4% – злоупотребление алкоголем, 26,7% – неустойчивость к стрессам, а 32,7% – пребывание в постоянном стрессе.

При сравнении установлены достоверные отличия по выбору значимости факторов риска. Так, во второй группе преобладает мнение о ведущем влиянии на здоровье дефицита физической активности, постоянное нахождение в состоянии стресса и неустойчивость к стрессовым воздействиям. Большинство респондентов заявили, что они сознательно стараются использовать знания о профилактике, применяя ее принципы на практике. Приехавшие в санаторий для лечения и реабилитации, в первую очередь, указали на достоверный вред курения и злоупотребления алкоголем, не отдавая особого предпочтения дефициту физической активности и негативному влиянию стресса.

На вопрос о предпринимаемых действиях для сохранения здоровья, ответы распределились следующим образом (рис. 2): ведение здорового образа жизни и рационализация питания – 61,4%, достаточное время сна – 31,7%, противодействие зависимостям – 25,7%, способность противопо-

ставить себя стрессу – 27,7%, улучшение взаимоотношений с другими людьми – 15,8% и оптимистический подход к жизни – 21,8%.

Наблюдаются отличия и в уровне осведомленности о физиопрофилактике. Представители первой группы склоняются к ее определению как совокупности различных действий, применяемых в тот момент, когда заболевание возникает и начинает развиваться, с целью лечения и предотвращения неблагоприятных последствий (вторичная физиопрофилактика). Представители же второй группы воспринимают физиопрофилактику как предупреждение болезней до их начала, основанное на осведомленности о факторах риска и правилах сохранения и укрепления здоровья.

Большинство респондентов считают, что увеличение информированности о вышеуказанных проблемах позволит в будущем снизить вероятность возникновения ситуаций, угрожающих здоровью. Однако, готовность углублять свои знания по тематике, связанной со здоровьем, отметили только 5,9% респондентов. В качестве источников для расширения знаний по физиопрофилактике 13,9% опрошенных отметили медицинскую литературу, 54,5% – средства массовой информации и Интернет, по 35,6% – знания

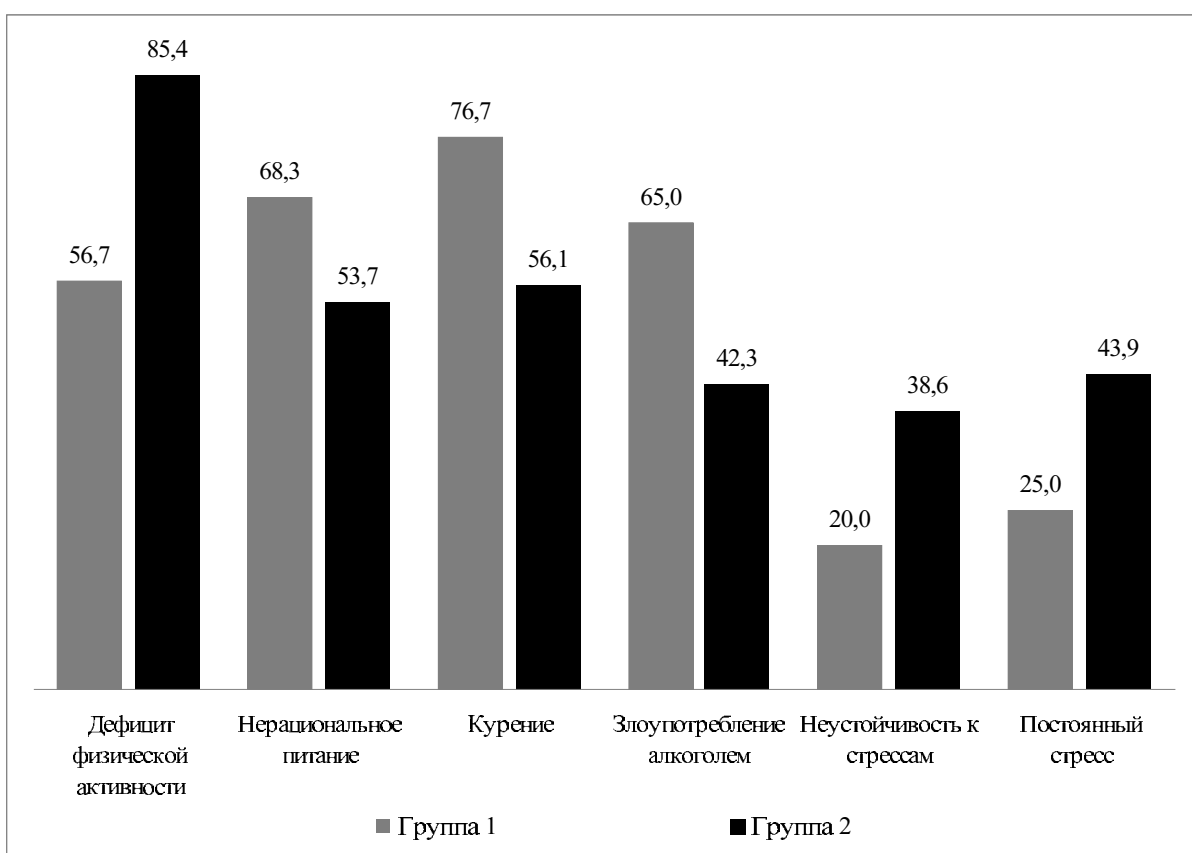


Рис. 1. Факторы, представляющие наибольшую опасность для здоровья, по мнению представителей обеих групп

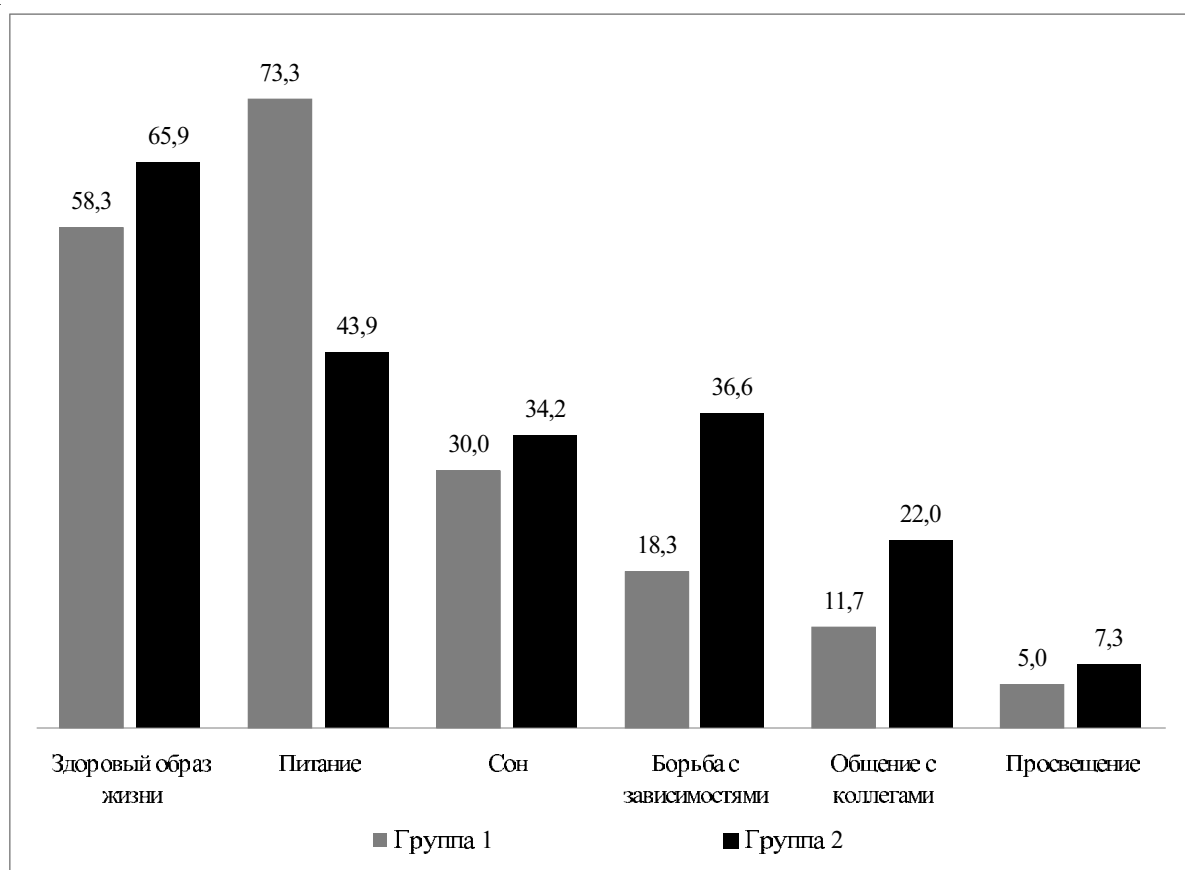


Рис. 2. Действия, предпринимаемые респондентами, для сохранения здоровья

друзей, знакомых, а также близких родственников. 70,9% респондентов указали на ведущую роль медицинских работников в донесении информации до населения. Представители второй группы в 2 раза чаще называли средства массовой информации и Интернет как источники для расширения своих познаний по физиопрофилактике. Представители первой группы в 2 раза чаще прислушивались в этих вопросах к мнению родственников, знакомых и друзей. В 80% случаев (против 56,1% во второй группе) представители первой группы называли беседы с врачом как основной источник знаний о здоровье и методах физиопрофилактики. Информация о профилактических мероприятиях, предоставленная непосредственно членами семьи и друзьями, считается наиболее существенной среди представителей первой группы. В целом 68,3% анкетированных указали, что знают об использовании тех или иных методов физиопрофилактики близкими людьми. Причем среди представителей первой группы этот показатель достигал 78,3% ($p < 0.05$), что может указывать на выраженность беспокойства о собственном здоровье и более тесное общение родственников на темы, связанные с сохранением здоровья. Представители второй группы свою

осведомленность связывают, в основном, с информацией из Интернета.

Большой блок вопросов был посвящен практическому использованию методов первичной и вторичной физиопрофилактики для предупреждения неблагоприятного воздействия факторов риска на здоровье (табл. 2), в том числе, определялись осведомленность о болезнях цивилизации, особенностях процесса старения и инвалидизации и знания о применении физиопрофилактических методов (табл. 3).

Осведомленность анкетированных о распространенных НИЗ, особенностях процесса старения и инвалидности, а также применении физиопрофилактических методов для их предупреждения отличается невысоким уровнем.

Для пациентов, прибывающих в санаторий для продолжения лечения, в сравнении с выбирающими отдых в санатории вместе с туристской составляющей, характерен высокий уровень информированности о заболеваниях сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, а также о применении методов физиопрофилактики при этих заболеваниях. Однако, эта группа пациентов характеризуется сравнительно низким уровнем знаний о болезнях центральной нервной системы (депрессия, неврозы, зависимости) и неже-

Частота применения естественных и искусственных физических факторов физиопрофилактики

Факторы / оценка частоты	Группа	Да, систематически	Да, время от времени	Только спорадически	Скорее нет	Нет	P*
Дополнительная физическая активность (прогулки, скандинавская ходьба, езда на велосипеде, гимнастика и др.)	I + II	36 (35,6)	42 (41,6)	12 (11,9)	8 (7,9)	3 (3,0)	<0.05
	I	15 (25,0)	26 (43,3)	11 (18,3)	5 (8,3)	3 (5,0)	
	II	21 (51,2)	16 (39,0)	1 (2,4)	3 (7,3)	0	
Гидротерапия (плавание, душ Шарко, гидромассажные процедуры и лечебные ванны)	I + II	7 (6,9)	26 (25,7)	28 (27,7)	22 (21,8)	18 (17,8)	>0.05
	I	4 (6,7)	13 (21,7)	15 (25,0)	19 (31,7)	9 (15,0)	
	II	3 (7,3)	13 (31,7)	13 (31,7)	3 (7,3)	9 (22,0)	
Применение излучений: лазерное, биопронные лампы, лампы Solux	I + II	4 (4,0)	8 (7,9)	12 (11,9)	22 (21,8)	55 (54,5)	>0.05
	I	1 (1,7)	4 (6,7)	8 (13,3)	17 (28,3)	30 (50,0)	
	II	3 (7,3)	4 (9,8)	4 (9,8)	5 (12,2)	25 (61,0)	
Температурное воздействие в виде криотерапии, термотерапии (сухая сауна, паровая баня, теплые компрессы)	I + II	6 (5,9)	11 (10,9)	21 (20,8)	16 (15,8)	47 (46,5)	>0.05
	I	1 (1,7)	8 (13,3)	17 (28,3)	10 (16,7)	24 (40,0)	
	II	5 (12,2)	3 (7,3)	4 (9,8)	6 (14,6)	23 (56,1)	
Пелоидотерапия (грязелечение): грязевые обертывания, парафиновые аппликации, грязевые, рассольные ванны	I + II	5 (5,0)	25 (24,8)	23 (22,8)	8 (7,9)	40 (39,6)	<0.001
	I	2 (3,3)	22 (36,7)	19 (31,7)	3 (5,0)	14 (23,3)	
	II	3 (7,3)	3 (7,3)	4 (9,8)	5 (12,2)	26 (63,4)	
Массаж: виды лечебного и релаксирующего массажа	I + II	21 (20,8)	47 (46,5)	16 (15,8)	5 (5,0)	12 (11,9)	>0.05
	I	15 (25,0)	29 (48,3)	10 (16,7)	2 (3,3)	4 (6,7)	
	II	6 (14,6)	18 (43,9)	6 (14,6)	3 (7,3)	8 (19,5)	
Пребывание за городом и другие виды рекреационного туризма	I + II	39 (38,6)	47 (46,5)	15 (14,9)	0	0	>0.05
	I	25 (41,7)	27 (45,0)	8 (13,3)	0	0	
	II	14 (34,1)	20 (48,8)	7 (17,1)	0	0	
Эргономика с точки зрения правильной ходьбы, при подъеме (перемещении) тяжестей, предупреждения падений, напряжения и повреждений позвоночника	I + II	4 (4,0)	11 (10,9)	10 (9,9)	15 (14,9)	60 (60,4)	>0.05
	I	1 (1,7)	5 (8,3)	8 (13,3)	10 (16,7)	36 (60,0)	
	II	3 (7,3)	6 (14,6)	2 (4,9)	5 (12,2)	25 (61,0)	
Прохождение регулярных периодических медицинских осмотров	I + II	65 (64,4)	30 (29,7)	6 (6,0)	0	0	>0.05
	I	38 (63,3)	21 (35,0)	1 (1,7)	0	0	
	II	27 (65,9)	9 (22,0)	5 (12,2)	0	0	

* различия между группами достоверны (p<0.05) по результатам теста Хи-квадрат.

лением использовать при развитии изменений в ЦНС методов физиопрофилактики.

Выводы

Разработка теоретических и практических аспектов оптимизации санаторно-курортного обеспечения, оздоровления и медицинской реабилитации на базе современных лечебно-восстановительных учреждений является актуальным и перспективным направлением в здравоохранении.

Санаторно-курортное лечение, занимая важное место в общей системе мер по сохранению и укреплению здоровья населения, наряду с оздо-

ровительными мероприятиями, способно повысить осведомленность граждан о факторах риска и методах физиопрофилактики и снизить заболеваемость хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ).

Признание санаторно-курортного лечения частью практического здравоохранения, а также рассмотрение пребывания в санатории как формы лечебно-оздоровительного туризма повышают информированность населения о мероприятиях, направленных на формирование культуры здоровья, знаний о физиопрофилактике и ее применении.

Осведомленность респондентов о болезнях цивилизации (БЦ), особенностях процесса старения (ПС) и инвалидности (И) и уровень применения физиопрофилактических методов по предупреждению БЦ, ПС и И

Болезни, процесс старения, инвалидность	Группа	Знания о БЦ, ПС, И			Применение физиопрофилактики для предупреждения болезней, лечения и реабилитации		
		Да	Нет	Хочу узнать больше	Да	Нет	Хочу знать и применять
Сердечно-сосудистой системы (инфаркт, инсульт, гипертензия, атеросклероз)	I + II	75 (75,2)	19 (18,8)	6 (5,9)	53 (52,5)	35 (34,7)	13 (12,9)
	I	49 (81,7)	7 (11,7)	4 (6,7)	39 (65,0)*	15 (25,0)*	6 (10,0)*
	II	27 (65,9)	12 (29,3)	2 (4,9)	14 (34,1)	20 (48,8)	7 (17,1)
Опорно-двигательного аппарата (дегенерация суставов, остеопороз)	I + II	76 (75,2)	18 (17,8)	7 (6,9)	55 (54,5)	34 (33,7)	12 (11,9)
	I	47 (78,3)	9 (15,0)	4 (6,7)	38 (63,3)*	19 (31,7)	3 (5,0)*
	II	29 (70,7)	9 (22,0)	3 (7,3)	17 (41,5)	15 (36,6)	9 (22,0)
Дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь легких, астма)	I + II	34 (33,7)	65 (64,4)	2 (2,0)	7 (6,9)	87 (86,1)	7 (6,9)
	I	16 (26,7)	42 (70,0)	2 (3,3)	7 (11,7)	50 (83,3)	3 (5,0)
	II	18 (43,9)	23 (56,1)	0	0	37 (90,2)	4 (9,8)
Центральной нервной системы (депрессия, неврозы, зависимости)	I + II	25 (24,8)	45 (44,6)	31 (30,7)	1 (1,0)	70 (69,3)	30 (29,7)
	I	10 (16,7)*	35 (58,3)*	15 (25,0)*	1 (1,7)	47 (78,3)*	12 (20,0)*
	II	15 (36,6)	10 (24,4)	16 (39,0)	0	23 (56,1)	18 (43,9)
Метаболический синдром (ожирение, сахарный диабет II типа)	I + II	38 (37,6)	19 (18,8)	44 (43,6)	25 (24,8)	31 (30,7)	45 (44,6)
	I	19 (31,7)	9 (15,0)	32 (53,3)	14 (23,3)	17 (28,3)	29 (48,3)
	II	19 (46,3)	10 (24,4)	12 (29,3)	11 (26,8)	14 (34,1)	16 (39,0)
Процессы старения (снижение физической и психосоциальной активности)	I + II	35 (34,7)	16 (15,8)	50 (49,5)	18 (17,8)	39 (38,6)	44 (43,6)
	I	17 (28,3)*	6 (10,0)*	37 (61,7)*	7 (11,7)	22 (36,7)	31 (51,7)
	II	18 (43,9)	10 (24,4)	13 (31,7)	11 (26,8)	17 (41,5)	13 (31,7)
Инвалидность	I + II	15 (14,9)	75 (75,2)	10 (9,9)	3 (3,0)	79 (79,2)	18 (17,8)
	I	8 (13,3)	46 (76,7)	6 (10,0)	2 (3,3)	46 (76,7)	12 (20,0)
	II	7 (17,1)	30 (73,2)	4 (9,8)	1 (2,4)	34 (82,9)	6 (14,6)

* различия между группами достоверны ($p < 0.05$) по результатам теста Хи-квадрат

Перспективное направление санаторно-курортной деятельности – мероприятия, формирующие у населения культуру здоровья, мотивацию к здоровому образу жизни, уверенность в своем здоровье для оптимизации первичной и вторичной профилактики неинфекционных заболеваний, предупреждения инвалидности и преждевременного старения.

Литература

1. Лимонов, В.И. Специфика санаторно-курортной деятельности в условиях рыночной экономики / В.И.Лимонов // Фундаментальные исследования. – 2016. – №9-2. – С.373–378.

2. Колпаков, А.С. Современное состояние и перспективы развития санаторно-курортной отрасли / А.С.Колпаков // Кто есть Кто в медицине. – 2017. – №2 (85). – С.22–24.

3. Сафроненко, В.А. Физиотерапия и физиопрофилактика: учеб.-метод. пособие / В.А.Сафроненко, М.З.Гасанов. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2015. – 107 с.

4. Physiotherapy methods in prevention of falls in elderly people / M.Gajos [et al.] // Journal of Education Culture and Society. – 2016. – No.1. – S.92–102.

5. Абрамович, С.Г. Физиотерапия: национальное руководство / С.Г.Абрамович, В.Б.Адилев, П.В.Ан-

- типенко; под ред. Г.Н.Пономаренко. – М.: ГЭО-ТАР-медиа: АСМОК, 2014. – 864 с.
6. *Kubinska, Z.* Preventive Physical Therapy as a Health Need and Service. Theoretical Background / Z.Kubinska, K.Zaworski // *Fizjoterapia*. – 2018. – Т.18, No.2. – С.58–68.
 7. *Lubecki, M.* The Polish model of rehabilitation accepted and recommended by WHO / M.Lubecki // *Hugeia Public Health*. – 2011. – Vol.46, No.4. – P.506–515.
 8. *Лепехина, Т.Л.* Курортное лечение как форма инвестирования в капитал здоровья / Т.Л.Лепехина, Ю.В.Карпович, М.С.Оборин // *Вестник Пермского университета*. – 2015. – №4 (27). – С.123–131.
 9. *Ветитнев, А.М.* Организация санаторно-курортной деятельности: учебное пособие / А.М.Ветитнев, Я.А.Войнова. – М.: Федеральное агентство по туризму, 2014. – 272 с.
 10. *Решетников, Д.Г.* Современные особенности развития и территориальной организации санаторно-курортного хозяйства Беларуси / Д.Г.Решетников, А.Г.Траскевич // *Труды факультета международных отношений*. – 2011. – Вып. II. – С.102–113.
 11. *Кружалин, В.И.* Тенденции развития фундаментальных и прикладных исследований в туризме и рекреации / В.И.Кружалин // *Вестник РМАТ*. – 2011. – №3. – С.23–30.
 12. *Оборин, М.С.* Социально-экономические условия и функции санаторно-курортной системы региона как фактор создания маркетинговой стратегии развития рынка санаторно-курортных услуг / М.С.Оборин // *Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия «Экономика»*. – 2015. – №2. – С.49–56.

AWARENESS OF SANATORIUM PATIENTS ABOUT THE IMPORTANCE OF PHYSIOPROPHYLAXIS

¹ A.I.Shpakov, ² V.V.Voitov, ³ Z.Kubinska, ³ K.Zaworski, ² O.A.Glebovich, ² M.B.Konon, ⁴ G.N.Khovanskaya

¹ Yanka Kupala State University of Grodno, 22, Ozheshko Str., 230023, Grodno, Republic of Belarus; ² Unitary enterprise “The health resort “Neman-72””, 23, Sanatornaya Str., 230031, Grodno, Republic of Belarus; ³ Pope John Paul II State School of Higher Education in Biala Podlaska, 95/97, Sidorska, 21-500, Biala Podlaska, Republic of Poland; ⁴ Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

Introduction. When choosing a sanatorium, patients use two main motivations: health tourism (primary physioprophylaxis) and treatment (secondary physioprophylaxis).

Objective: to study the level of patient awareness of the methods of physioprophylaxis of non-communicable diseases (NCD), taking into account the motivation for staying in a sanatorium.

Material and research methods. A medical and sociological survey of patients (n=101) was conducted in the sanatorium “Neman-72” (Belarus). All the respondents

were divided into 2 groups: those who arrived at the sanatorium for the treatment of chronic diseases (59.4%) and vacationers (tourists with a preventive focus – 40.6%).

Results and discussion. The groups of respondents differed in demographic indicators (place of residence, education, age). 71.3% of the patients rated their health as good as good, 25.7% – as weakly or very weakly (43.3% of the respondents of the first group). Patients' diseases were the following: chronic cardiovascular diseases, disorders of the musculoskeletal system. The main risk factors that pose the greatest danger to health (named by patients) are smoking, alcohol and low level of physical activity and distress (representatives of the second group). The patients of the sanatorium are characterized by a high level of awareness about non-communicable diseases (pathology of the cardiovascular system and musculoskeletal system) and about the methods of physioprophylaxis in these diseases.

Conclusion. Sanatorium-resort treatment is important in the system of measures to preserve and strengthen the health of the population; it is able to increase awareness of citizens about risk factors and methods of physioprophylaxis, which help to reduce morbidity. Sanatorium-resort treatment raises awareness of the population about therapeutic and preventive measures, forms a culture of public health and raises the level of knowledge about physioprophylaxis and its application.

Keywords: health resort; treatment; physioprophylaxis; tourism.

Сведения об авторах

Шпаков Андрей Иванович, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы», кафедра теории и методики физической культуры, доцент; тел.: (+37529) 7831034; e-mail: shpakov@grau.by.

Войтов Виталий Витальевич, канд. мед. наук; УП «Санаторий «Неман-72»», главный врач; тел.: (+37529) 2927570; e-mail: vitalyv@tut.by.

Кубиньска Зофья (Kubinska Zofia), доцент; Государственная высшая школа имени Папы Римского Иоанна Павла II в г. Бяла-Подляска, кафедра физиотерапии, доцент; e-mail: zofiakubinska@wp.pl.

Заворски Камил (Zaworski Kamil), Государственная высшая школа имени Папы Римского Иоанна Павла II в г. Бяла-Подляска, кафедра физиотерапии, старший преподаватель; e-mail: kamil_zaworski@wp.pl.

Глебович Оксана Антоновна; УП «Санаторий «Неман-72»», зам. главного врача по медицинской части; тел.: (+37529) 2866676.

Конон Марина Борисовна; УП «Санаторий «Неман-72»», врач-кардиолог; тел.: (+37529) 7865871.

Хованская Галина Николаевна, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра медицинской реабилитации, доцент; e-mail: galinahov@yandex.ru.

Поступила 05.05.2019 г.

История медицины

УДК 61:614.2]:94 (47)

50 ЛЕТ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ

Н.Н.Пилипцевич

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

В деятельности земств медицинская помощь населению относилась к необязательным повинностям. За полвека функционирования земская медицина прошла путь от беспорядка, нищеты, беспомощности до конкретной логической организации, с определенными целью, задачами, возможностью их рациональной реализации. Земская медицина – крупный реформаторский почин, осуществленный в Российской империи. Сформированы новые организационные принципы медицинского обслуживания сельского населения: участковость, бесплатность, появилась ведущая фигура – врач с широким кругозором, профессиональными знаниями и умениями. В настоящее время интерес к опыту земской медицины по-прежнему значим.

Ключевые слова: Российская империя; история здравоохранения; земская медицина.

Введение. Со второй половины XIX века в Российской империи начали складываться новые социально-экономические отношения. Они стимулировали движение по пересмотру медицинской помощи населению. В медицинской печати развернулась острая дискуссия «об устройстве врачебной части для сельского населения». В то время его удельный вес среди населения империи составлял 85–90%. Важно было наметить черты системы будущей организации доступной медицинской помощи. Один из активных сторонников этого направления, член Санкт-Петербургского общества русских врачей П.Д.Любимов (1828–1881) в статье «К вопросу об устройстве врачебной части для народа» (1865) следующим образом объединил итоги дискуссии: «...назначение участковых врачей с одновременным устройством участковых больниц ...есть один из самых лучших проектов устройства сельской медицины» [1]. Прогрессивными, в частности, для того времени являлись рассуждения об ее структурном и кадровом устройстве. В каждом участке должны быть больница, аптека, врач, два фельдшера, повивальная бабка. Врач руководит подчиненным штатом сотрудников, заведует больницей, органи-

зует амбулаторный прием, посещение больных на дому; изучает участок, принимает меры против эпидемических болезней, занимается пропагандой гигиенических знаний. Идеи медицинской помощи сельскому населению получили свое последующее развитие и, в определенной степени, практическое воплощение в пореформенный период.

Социальный эксперимент. 155 лет отделяет текущий – 2019 – год от введения земской реформы в 1864 г. В январе 1918 г. декретом советского правительства ликвидированы земства, вместе с ними прекратила свое существование земская медицина. Период от начала земской реформы до смены в стране государственной власти (1917) равен 53 годам. Продолжительность управляемой государством части этого периода правомочно определить в 50 лет, так как в сложившейся обстановке с 1914 по 1917 гг. организованного ведения медицинского дела в стране не было: военные действия и огромные людские потери на фронтах мировой войны; внутри страны – гражданская война, дезорганизация управления, хозяйственность, нищета, разруха [2].

В 1865 г. в 19 центральных губерниях сформированы местные органы самоуправления – зем-

ства. По состоянию на 1875 г., земства введены в 34 губерниях европейской части России [3]. В большинстве публикаций это число земских губерний указывается как конечное. Хотя позже, в 1890-х гг., земства появились в восьми губерниях на территории современной Украины и трех – Беларуси. Медицинская помощь там осуществлялась менее совершенной системой государственной сельской медицины. Для сравнительного анализа данные по этим территориям задействуются мало.

Согласно введенному в действие Александром II 1 января 1864 г. «Положению о губернских и уездных земских управлениях», земская деятельность включала обязательные и необязательные повинности. В первую группу входило содержание тюрем, устройство дорог, выделение транспорта для разъездов государственных чиновников и полиции, распределение земских налогов и государственных податей. К необязательным повинностям относились страхование от пожаров, продовольственная и медицинская помощь населению, организация народного образования.

При крепостном праве заботы о нуждах крестьянства культурно-бытового характера формально возлагались на хозяев-помещиков. С его отменой их переложили на земства. Однако и после реформы дворяне-помещики по-прежнему распоряжались всеми земскими делами. Так было предусмотрено планом реформы. Свидетельство тому – кадровая комплектация земских управ. По закону в их состав, наряду с помещиками, входили состоятельные выборные представители – волостные старшины, зажиточные крестьяне. Председательствовали на земских собраниях предводители дворянства. Министр внутренних дел такое решение обосновал следующим образом: чтобы «...вознаградить дворян за потерю помещичьей власти, им следует предоставить первенство в хозяйственной администрации» [3].

Становление земской медицины. В истории земской медицины принято выделять два периода. *Первый* – с 1864 г. Начальным вариантом во всех земских губерниях была разъездная система оказания медицинской помощи. Основной предпосылкой для такой ее организации являлась экономия на медицинских расходах. Дворянское земство свысока смотрело на земскую медицину, стремилось строить ее подешевле и попроще. Большинство земств придерживались следующего расклада: доктор – барский лекарь, фельдшер – мужицкий. В 1868 г. 50 уездных земств вообще не выделяли средств на медицину. Помимо экономической составляющей, основными пробле-

мами были малое число врачей (работали в основном фельдшеры), огромные территории сельского расселения, трудности с транспортной доступностью, платная медицинская помощь. Наиболее частым вариантом решения задач медицинского обслуживания являлось приглашение одного, реже двух врачей на уезд, работавших преимущественно по совместительству. По основному месту работы, в большей части это были уездные или городские врачи. В их обязанности входил выезд в деревни уезда в случае особых происшествий, чаще – эпидемических вспышек [4, 5]. Так складывалась разъездная система медицинской помощи сельскому населению. Она создавала иллюзию полной обеспеченности населения медицинской помощью.

Выпускник медицинского факультета Казанского университета (1865), первый земский санитарный врач России, образно современниками именованный «дедушкой земской санитарии», И.И.Моллесон в статье «Земская медицина» (1871) так рассказывал о проблемах земского врача: «...чтобы посетить каждую деревню медику понадобилось бы к месяцу прибавить еще 40 суток, т.е. почти 1,5 месяца». Ему же, по результатам собственных наблюдений, принадлежат следующие заключения. Лечение больных «на лету» не может быть результативным, врачу недостает на это времени. Сама по себе такая деятельность бесполезна для больных, врач лишен возможности их вылечить. На бесполезного врача бесполезно тратить деньги [6]. Кстати, за свою трудовую жизнь И.И.Моллесон работал в Пермском, Саратовском, Тамбовском, Калужском, Воронежском земствах, приобрел большой профессиональный опыт, активно участвовал в обсуждении вопросов и решении проблем земской медицины.

Секретарь «Русского общества охранения народного здравия», активный участник съездов земских врачей М.Я.Капустин (1847–1920) в работе «Основные вопросы земской медицины» (1889) дал аналогичную оценку разъездной системе: «...врач всегда в езде, больные не знают где его найти, ...мечется по уезду, всегда торопится, ...не имеет под руками нужных пособий и инструментов, редко видит результаты своих действий» [7].

В каждом уездном городе имелась уездная, в губернском городе – губернская и городские больницы. По большей части они перешли со времен Приказов общественного призрения со всеми былыми своими недостатками. Земским организациям были переданы 335 губернских, городских и 16 уездных лечебных учреждений суммар-

ной мощностью 11400 соматических и 1167 психиатрических коек [7, 8].

Источником доходов земских организаций являлись сборы с недвижимых имуществ (крестьянских наделных земель, казенных, удельных, частновладельческих земель, фабрик, заводов, городских имуществ), плата за лечение и медикаменты, пособия от казны на народное образование, агрономию и пр.

Характерен итог по первому периоду земской медицины: «фельдшеризм», разъездная система, платность, иллюзия обеспеченности помощью [3].

Губернские медицинские общества Москвы, Казани, Самары, Полтавы и некоторых других территорий, на основе приобретенного опыта, доказывали нецелесообразность разъездной системы.

Среди земских врачебных организаций видное место принадлежало Московскому земству во главе с одним из основоположников земской медицины Е.А.Осиповым. Московская земская управа утвердила его предложения об основах построения земской медицины (1875). В них были сформулированы принципы врачебной стационарной участковой помощи. На смену разъездной организации медицинского обслуживания предложена более рациональная – стационарная участковая система, заключающаяся в стационарном местопребывании врача. Получив место постоянной работы, он, из «неумолимого кочевника», становился прикрепленным к определенному медицинскому учреждению. В уездах предусматривалось создание врачебных участков. В пунктовом селении участка планировалось возведение участковой лечебницы в составе больницы с палатой для рожениц и амбулатории, аптеки, 1–2 фельдшерских пунктов в удаленных селах. Главным предназначением участковой лечебницы становилась организация санитарной деятельности на местах, наблюдение и изучение санитарного состояния (здоровья) населения. Обязательной являлась регистрация обращений за медицинской помощью как важнейшего исходного элемента для последующего статистического анализа заболеваемости [8, 9].

Реализация предложений Е.А.Осипова положила начало *второго* периода земской медицины. В 1880-х гг. в ряде земств, по примеру Московского и Тверского земств, начали создаваться сельские врачебные участки. В половине земских губерний (17 из 34) приступили к замене разъездной системы стационарной системой врачебных участков. Среди решаемых задач одной из важнейших являлось искоренение платности медицинской помощи.

Земские управы не проявляли должной заботы об улучшении условий работы врачей. Преимущественно с этим связана высокая их текучесть. О слабых организации и возможностях медицинского обслуживания населения можно судить по следующим примерам. Территория одного из уездов Полтавской губернии являла собой врачебный участок. В течение года он четыре раза подвергался территориальному разукрупнению. В конечном итоге, на его площади было создано пять врачебных участков. Очевидно, применительно к обозначенному временному интервалу – один год, речь можно вести преимущественно о намерениях, потому что перепланировать территорию, обозначить участки – дело сравнительно малозатратное по времени и ресурсам, намного сложнее (деньги, материалы, рабочая сила) построить там необходимую медицинскую инфраструктуру. Естественно, при тех возможностях, еще более сложным представляется укомплектование врачебными кадрами.

В 1870-е гг. в той же Полтавской губернии создалось критическое положение с заболеваемостью населения: холера, тиф, туберкулез, сифилис, трахома и др. Чудовищной, например, оценивалась ситуация по сифилису. Во многих местностях заболеваемость распространилась до такой степени, что «не было ни одного семейства, к какому бы сословию оно не принадлежало, ни одной личности, каких бы то ни было высоких правил, святой жизни, которым бы не угрожала эта опасность. Если земство не примет энергичных мер борьбы с распространением заболевания, то недалеко время, когда все население переродится и окончательно будет изуродовано» [5].

Становление стационарной системы шло медленно. К концу XIX века в большинстве земских уездов преобладала смешанная система, при которой врачи выезжали к больным только в экстренных случаях (эпидемическая вспышка, травма, отравление, трудные роды и т.п.).

В царской России полный переход на стационарную систему врачебных участков так и не осуществился.

Из опыта деятельности земской медицины. Для содействия земским врачам в их повседневной работе при отдельных губернских и уездных земских управах начали создавать постоянные *медицинские комиссии* [4]. Их усилиями разрабатывались направления деятельности земской медицины, включающие организационные основы и пути развития санитарного направления. Преимущественно это была разрозненная профессиональная реакция в виде территориальных проек-

тов в ответ на общую тяжелую ситуацию, в первую очередь, по инфекционной заболеваемости. Приведем, в качестве примера, деятельность медицинской комиссии Полтавского губернского земства. Комиссией планировалось осуществление общего руководства проведением предупредительных и лечебных мер. В делегируемой на уездный уровень для решения проблематике предусматривались обсуждение местных санитарных вопросов, изучение санитарно-гигиенических условий уезда, рассмотрение отчетов и медико-топографических описаний, выполняемых земскими врачами. Результаты подлежали представлению губернской медицинской комиссии и оттуда, в обобщенном варианте, – земскому собранию. Предполагалось составление на базе уездных материалов медико-топографического описания губернии в целом. Преследовалась цель выхода на принятие взвешенных управленческих решений медицинского характера в интересах всего населения. Это была перспективная инициативная попытка, но через пару лет благие намерения иссякли. Полтавская комиссия потеряла влияние на развитие медицинского дела в губернии и была упразднена. И, все же, ее предложения сыграли позитивную роль в развитии земского санитарного дела в стране. Позже они были воплощены в жизнь в других губерниях [5].

Просветительская деятельность. С течением времени активизировалась работа врачей на местах. Стали более заметными результаты их деятельности. В ряде земств разрабатывались инструкции для земских участковых врачей, согласно которым на них возлагалась обязанность, наряду с лечебной, проводить санитарную работу. Инструкции являлись результатом произвольного местного творчества, отличались разнообразием вариантов своего содержания, при этом, повсеместно одинаково устойчивой была их целевая ориентированность – для общей пользы. В масштабе губерний они дополняли одна другую, в совокупном итоге представляли определенный санитарный документ. В подтверждение, обратим внимание на две наиболее содержательные из них.

По инструкции, утвержденной собранием одного из уездов Бессарабской губернии (1871), каждый участковый земский врач должен «распространять в народе здоровые гигиенические понятия», руководить противоэпидемической деятельностью фельдшеров, следить за оспопрививанием на участке, представлять в конце года в земскую управу санитарные описания своих участков. В описании рекомендовалось обращать осо-

бое внимание на качество почвы, грунтовой воды, флору, фауну; на характеристику заболеваемости – причины возникновения, применяемые лечебные средства, мероприятия по снижению.

В такой же инструкции участковым врачам уезда Петербургской губернии (1876) предлагалось обращать особое внимание на гигиеническую обстановку деревни в целом и каждого двора в отдельности; исследовать почву, воду, пищу, продукты питания, освещение, одежду, обувь, при необходимости делать соответствующие рекомендации.

Земские врачи видели тяжелое положение народа, «освобожденного» реформой. Выезжая на место эпидемий, они практически повсеместно наблюдали, что главнейшей причиной болезней были страшная бедность, теснота, нечистота, плохая пища и т.п.

Правовое поле земского врача. Неоднократно земствами поднимался вопрос о предоставлении земским врачам права санитарного надзора наряду с уездными и городскими врачами [4]. Мотивировалось это тем, что живя непосредственно среди сельского населения, земским врачам легче выявлять причины эпидемий и устранять их. Сошлемся, для примера, на два факта. Харьковские земские врачи выступили с предложением (1876) ввести земскую медицинскую полицию. Вменить ей в обязанности контроль за чистотой жилищ, дворов, улиц, рек, состоянием питьевых колодезев, недопущение продажи недоброкачественных пищевых продуктов, исполнение других предупредительных мер в интересах сохранения здоровья. В ходатайстве земского собрания Петровского уезда Саратовской губернии (1883) предлагалось уравнивать земских врачей с уездными в проведении медико-полицейских мер, чтобы уездный врач не мог отменять распоряжения земского. Реакцией властей на эти и другие подобные обращения чаще всего был отказ, преимущественно по причине политического недоверия к врачам.

Земская медицина в борьбе с эпидемиями. Тяжесть борьбы с эпидемиями падала преимущественно на участковых земских врачей. Они в ряде случаев были единственной профессиональной силой, кто мог в конкретной ситуации обоснованно ориентироваться и действовать. Хотя, чаще всего, для них это являлось запредельной нагрузкой. Повседневная занятость на приеме больных ограничивала возможности проведения противоэпидемических мер. На местный «резерв» врачебных кадров рассчитывать не приходилось, в большинстве уездов его не было.

По литературным данным, только за 15 «земских» лет зарегистрированы десятки разных эпидемических очагов: 1869 г. – оспа, 1871 г. – холера (в трех регионах), 1879 г. – чума, оспа, тиф, 1880 и 1881 гг. – дифтерия, 1882 г. – тиф, скарлатина, 1884 г. – сибирская язва и др. Среди губерний европейской части России наиболее высокой смертность населения была в Пермской и Вятской губерниях. В Пермской губернии с июня по октябрь 1871 г. заболело холерой 13292 и умерло 3343 чел. Во время эпидемии холеры в России с 1865 по 1874 г. заболело 884754, умерло 326968 чел. [4]. Очаги в большинстве случаев были распространены по общему числу, величине территорий, количеству больных среди проживающего на них населения. Инфекции в ряде мест «накладывались» одна на другую [2, 8].

Эпидемии холеры и других инфекционных болезней являлись устойчивыми предпосылками для активизации поиска решений по становлению «института» санитарного врача. В 1871 г. Пермское земское собрание первым в России подняло вопрос об утверждении должности губернского санитарного врача. На ее замещение рассматривался упоминавшийся выше земский врач И.И.Моллесон. При обсуждении его кандидатуры единодушия мнений не сложилось, принятие решения отнесли на год. На этот раз положительно был решен вопрос о созыве губернских врачебных съездов и, частично, о санитарном враче, с конкретизацией содержания его деятельности. В частности, вынесено решение учредить должность специального врача для заведования статистической работой, руководства санитарными исследованиями, обработки материалов съезда и подготовки к следующему съезду.

Обращая внимания на бюрократическую чиновничью волокиту, мы преследовали цель: подчеркнуть отсутствие в то время единства восприятия значимости ранее не известного специалиста – санитарного врача, а также отсутствие разработанных критериев прогнозирования результатов его деятельности. По этим, а, возможно, и другим значимым причинам, реализация идеи введения должности санитарного врача в Пермском крае встретила немало противников. Частым доводом была позиция: «Что может сделать для гигиены один человек?» [5].

В числе предварительных процедурных мер, при решении вопроса о санитарном враче, было обращение из Перми за советом к Н.И.Пирогову (1810–1881). В своем ответе он поддержал обсуждаемую идею. Одновременно, в нем содержались рекомендации в виде трех задач: 1) внедрение и

распространение оспопрививания среди местного населения; 2) искоренение сифилиса; 3) учреждение санитарных комиссий.

Пермский опыт был первым в России. Наряду с позитивной оценкой, высказывались позиции о бессилии земской организации. В последующем к нему обращались с различным успехом во многих губерниях. Для уездных земских управ одним из вариантов решения задач борьбы с массовой инфекционной заболеваемостью являлось ходатайство к губернскому земству о целевом приглашении «эпидемических врачей». Практика направления врачей в эпидемические очаги на земских территориях стала сравнительно частой. Первыми губерниями, подобным путем решающими вопрос борьбы с эпидемическими угрозами, были Пермская, Вятская, Московская, Самарская, Симбирская, Петербургская, Херсонская и некоторые другие. В последующем эти врачи получили название «санитарных». Фактически они были врачами-лечебниками; с 1883 г. именовались участковыми.

В конце 1870-х гг. для борьбы с эпидемиями холеры, дифтерии, иных инфекций практиковалось формирование *санитарных отрядов*. В их состав входили врачи и средний медицинский персонал в планируемой комплектации 1:10. Такие отряды создавались в Курской, Тамбовской, Полтавской, Харьковской, других губерниях. Материальные затраты по их организации несли губернские земства. Деятельность отрядов в эпидемических очагах иногда продолжалась пять и более месяцев, завершалась расформированием после их ликвидации. Многие врачи отрядов оставались работать в губерниях в должностях «эпидемических» или санитарных земских врачей.

Еще одним важным направлением деятельности земской медицины являлись изучение и оценка факторов среды, условий труда и быта рабочих промышленных предприятий. Предприниматели не были заинтересованы в обнародовании таких сведений, чинили препятствия, на таких позициях их поддерживало правительство. Право обследования предприятий делегировано попечителям и полиции. Обобщенные медицинские материалы и предложения во внимание не брались, гласности не получали, в лучшем случае, выслушивались на земских собраниях, складывались в архив.

Наибольшей была потребность в такой деятельности в губерниях, в которых стекалось множество «пришлых» рабочих. Подобная ситуация, например, ежегодно складывалась в Херсонской губернии, являвшейся основным поставщиком

экспортируемого хлеба России во второй половине XIX века. С учетом специфики условий трудовой деятельности и патологии, в данном регионе сформировался «херсонский» тип санитарного врача [5]. Одной из наиболее стабильных в промышленном отношении была Московская губерния. Здесь, в сравнении, стали наиболее заметными подвижки в становлении земской санитарной организации в России.

Информационной трибуной для врачей служили *земские врачебные съезды* [2]. Их резолюции содержали ходатайства о предоставлении врачам права контроля санитарного состояния предприятий, проведения санитарного надзора. К заслугам съездов земских врачей относятся детальная разработка принципов организации земской медицины, введение рациональных приемов санитарной статистики, разработка комплекса вопросов, касающихся участковой больницы, и пр. После образования Общества русских врачей, актуальные проблемы земской медицины вошли в повестку его съездов. Общество приобрело ведущую роль в развитии земской медицины.

Первый губернский съезд земских врачей состоялся в Твери в 1871 г. В последующий период, по 1913 г. проведено 378 съездов земских врачей. Наибольшее их число (19) состоялось в Московской губернии. Далее, в порядке убывания числа съездов, перечень губерний сложился следующим образом: Рязанская, Херсонская (17); Самарская, Тульская, Тверская (16); Вологодская, Смоленская (14) [4, 8]. По оценке З.Г.Френкеля (1869–1970), съезды не отстаивали интересы самих врачей, они защищали интересы земско-медицинского дела.

Первые земские санитарные врачи. Важно отметить заслуги отдельных земских деятелей, усилия которых способствовали появлению земской санитарной организации. В 1874 г. Вятская губернская земская управа пригласила первого на своей территории и второго после И.И.Моллесона (пермское земство) в России санитарного врача. Им был врач В.О.Португалов (1835–1897), известный публицист, автор большого числа санитарно-гигиенических работ. Силу влияния самой его личности на профессиональную деятельность подтвердим таким фактом. Губернской земской управой были извещены уездные земства о том, что он приступил к обязанностям санитарного врача. Всем уездным земствам надлежит согласовывать с ним вопросы постройки больниц, школ, других общественных заведений. После знакомства с санитарным состоянием некоторых уездов губернии В.О.Португалов при-

шел к убеждению о необходимости направленного вмешательства санитарного врача в вопросы предупредительного и текущего санитарного надзора. Он активный участник подготовки и проведения первого съезда земских врачей Вятской губернии. Деятельность его на данном посту была непродолжительной, за революционную деятельность он был арестован. В течение последующих двух лет в вятском земстве последовал ряд противоположных решений. Началом стала ликвидация должности санитарного врача. Взамен, для проведения санитарно-статистических исследований, разработки медико-топографических описаний и статистических данных учреждена постоянная медицинская комиссия. В последующем земское собрание учло рекомендации II губернского съезда вятских врачей и вместо медицинской комиссии восстановило должность санитарного врача (1876) [5, 9].

О том, насколько серьезными на местах являлись ожидания деятельности санитарного врача, можно судить по подбору кандидатов на эту должность. Выше отмечалось обращение к Н.И.Пирогову за соответствующим советом. Аналогичное обращение из Вятской губернии (1876) было направлено профессору А.П.Доброславинову (1842–1889), первому руководителю кафедры гигиены Медико-хирургической академии.

Таким образом, первый опыт создания санитарных организаций в Пермской и Вятской губерниях завершился неудачно. Первые санитарные врачи особое внимание в своей деятельности обращали на исследование санитарного состояния населения России посредством, главным образом, медико-статистического описания и статистического обобщения.

Поучительным примером является деятельность известного санитарного врача В.А.Левицкого (1867–1936). Ее он начал земским участковым врачом, затем, как и многие лучшие участковые врачи, он стал санитарным врачом (Подольский уезд Московской губернии). По результатам его обследования населения ряда сел были выявлены низкие показатели физического развития, высокий уровень заболеваемости, отрицательный естественный прирост [5].

Земские собрания в ряде губерний, первично высказавшись за введение должности санитарного врача, в последующем ее упраздняли. Формальными причинами такого решения являлись: во-первых, расхожее мнение, что обязанности его крайне неопределенны; во-вторых, земцы считали, что из-за бедности и неграмотности крестьяне не могут исполнять советы и требования санитар-

ного врача относительно жилищ, воздуха, пищи и др.

Земская медицина провозгласила и частично реализовала принципы бесплатности и общедоступности медицинской помощи. С 1880-х гг. бесплатным стало амбулаторное лечение на ФАПах, а затем и на врачебных приемах. В начале земского периода плата взималась за больничное лечение. В последующем она снижалась с постепенной отменой для отдельных категорий больных. К 1910 г. сохранилось платное лечение в уездных больницах для приезжающих из других уездов. К 1912 г. расходы земств на медицину достигали 26% [7, 10, 11]. Земствам разрешалось устанавливать дополнительные сборы на медицинские нужды и принимать частные пожертвования.

По состоянию на 1910 г., в земских губерниях функционировали 1715 сельских участковых больниц (емкостью в среднем на 13 коек); 331 уездная больница (соответственно в среднем на 45 коек); 32 губернские больницы (в среднем на 190 коек), а также 45 психиатрических больниц (на 23,5 тысячи коек). Подготовка средних медицинских кадров осуществлялась в 22 фельдшерских и фельдшерско-акушерских школах и в 14 акушерских школах. В 20 губерниях были санитарные бюро, в 16 – санитарные врачи губернских земств в уездах [11].

Значительную роль в руководстве земской медициной сыграли санитарные врачи Е.А.Осипов (1841–1904), Н.И.Тизяков (1859–1925), профессор гигиены Московского университета Ф.Ф.Эрисман (1842–1915) и многие другие.

Развитию практической санитарной деятельности способствовало выделение в 1870-е гг. самостоятельных кафедр гигиены в Военно-медицинской академии, в составе медицинских факультетов университетов в Казани, Киеве, впоследствии и других университетов.

Заключение. Отношение к земской медицине, за 50 лет ее истории, складывалось по-разному. Государственные власти, проводя половинчатый медико-социальный эксперимент в центральной части России (в 34 губерниях из 89), очевидно, сами не верили в успех. Публикаций по земской медицине сравнительно много. В наше время также сохраняется интерес к ней. Мнения расходятся, но положительных оценок ее пользы намного больше.

Профессор М.Я.Капустин рассматривал земскую медицину как новое, основанное на общественных началах самобытное явление. «Земская медицина тем хороша, что возникла и поддерживается местными нуждами в рамках и формах

местных потребностей... Все ее недостатки и несовершенства имеют ... и ту хорошую сторону, что, будучи раз осознанными, могут быть устроены или ограничены компетентностью каждого уездного собрания» [7].

Земская медицина – крупный реформаторский почин, осуществленный в России. Впервые в мире организована система оказания медицинской помощи сельскому населению. Созданы новые организационные формы медицинского обслуживания сельского населения. Сложился тип земского врача, носителя высоких нравственных качеств и общественных принципов. В рамках земской медицины сформулированы важнейшие организационные принципы: участковость, этапность, бесплатность, создание санитарной организации, санитарное просвещение.

Литература

1. Любимов, П.Д. К вопросу об устройстве врачебной части для народа / П.Д.Любимов // Московская медицинская газета. – 1865. – №9. – С.186.
2. Ашурков, Е.Д. Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.) / Е.Д.Ашурков; под ред. проф. М.И.Барсукова. – М.: Медгиз, 1957. – С.20–42.
3. Баткис, Г.А. Земская медицина конца XIX и начала XX века. Санитарно-статистические описания // Организация здравоохранения. Учебник / Г.А.Баткис. – М.: Медгиз, 1948. – С.61–71.
4. Земская медицина [Электронный ресурс] // Большая российская энциклопедия (электронная версия). – Режим доступа: <https://bigenc.ru/medicine/text/2382088>. – Дата доступа: 21.01.2019.
5. Карпов, Л.Н. Земская санитарная организация в России / Л.Н.Карпов. – Л.: Медицина, 1964. – 122 с.
6. Моллесон, И.И. Земская медицина: Очерк И.И.Моллесона, зем. врача в с.Перми, чл. О-ва врачей г.Казани / И.И.Моллесон. – Казань: Унив. тип., 1871. – 56 с.
7. Капустин, М.Я. Основные вопросы земской медицины / М.Я.Капустин. – СПб.: Тип. кн. В.Оболенского, 1889. – 99 с.
8. Френкель, З.Г. Очерки земского врачебно-санитарного дела: (По данным работ, произведенных для Дрезден. и Всерос. гигиен. выставок) / З.Г.Френкель. – СПб.: Тип. АО «Слово», 1913. – 228 с.
9. Ягудин, Р.Х. Земская медицина в Российской империи и в Казанской губернии: становление, развитие, достижения (к 150-летию земской медицины) / Р.Х.Ягудин, Л.И.Рыбкин // Экономические науки (Казань). – 2014. – №11 (120). – С.29–40.
10. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / М.В.Поддубный [и др.]; под ред. Р.У.Хабриева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 248 с. – ISBN 978-5-9704-2731-6.
11. Веселовский, Б.Б. История земства за 40 лет / Б.Б.Веселовский. – СПб.: Изд-во О.Н.Поповой, 1909–1911. – Т.1: Бюджет. Медицина. Общественное призрение. Народное образование. Система-

тический указатель литературы по земским вопросам [Текст]. – 1909. – 724 с.

50 YEARS OF THE ZEMSTVO MEDICINE IN HEALTHCARE HISTORY OF THE RUSSIAN EMPIRE

N.N.Pilptsevich

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

Medical care to the population was an optional duty in the Zemstvo activity. In half a century of its functioning, the Zemstvo medicine went from lawlessness, poverty, helplessness to specific logical organization with specific goals, objectives and possibility of their rational implementation. The Zemstvo medicine was the major implemented in the Russian Empire reform initiative. New organizational principles for rural population healthcare, such as functioning on

principle of physician's area, free of charge, have been formed. A broad-minded doctor with professional knowledge and skills became the key figure in this system. Experience of the Zemstvo medicine continues to be of great interest now.

Keywords: Russian Empire; healthcare history; the Zemstvo medicine.

Сведения об авторе:

Пилипцевич Николай Николаевич, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6898780; e-mail: ozz@bsmu.by.

Поступила 24.01.2019 г.

Мониторинг национальной правовой базы по здравоохранению

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ (июнь 2019 г. – август 2019 г.)*

1. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 июня 2019 г. №682** «Об утверждении Инструкции о порядке отбора, направления и оказания пациентам специализированной медицинской помощи в государственном учреждении «Республиканская больница спелеолечения»»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке отбора, направления и оказания пациентам специализированной медицинской помощи в государственном учреждении «Республиканская больница спелеолечения».

установлены:

перечень медицинских показаний и медицинских противопоказаний для направления пациентов (взрослых и детей) на лечение в государственное учреждение «Республиканская больница спелеолечения» согласно приложению 1 к данному приказу;

форма направления на лечение в государственное учреждение «Республиканская больница спелеолечения» согласно приложению 2 к данному приказу.

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 марта 2011 г. №208 «Об утверждении Инструкции о порядке отбора и направления пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в государственном учреждении «Республиканская больница спелеолечения»».

2. **Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 4 июня 2019 г. №360** «Об утверждении специфических санитарно-эпидемиологических требований к содержанию и эксплуатации объектов, являющихся источниками неионизирующего излучения»:

утверждены прилагаемые специфические санитарно-эпидемиологические требования к содержанию и эксплуатации объектов, являющихся источниками неионизирующего излучения;

Министерству здравоохранения *предоставлено право* разъяснять вопросы применения специфических санитарно-эпидемиологических требований к содержанию и эксплуатации объектов, являющихся источниками неионизирующего излучения, утвержденных данным постановлением.

3. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июня 2019 г. №703** «Об установлении сметного количества коек государственных организаций здравоохранения, финансируемых за счет средств республиканского бюджета»:

установлено прилагаемое сметное количество коек государственных организаций здравоохранения, финансируемых за счет средств республиканского бюджета, на 2020 год.

4. **Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2019 г. №713** «Об обеспечении пациентов с буллезным эпидермолизом отдельными видами перевязочных материалов»:

утвержден прилагаемый порядок действий врачей-специалистов государственных организаций здравоохранения по назначению отдельных видов перевязочных материалов пациентам с буллезным эпидермолизом.

* *Материалы раздела подготовили Н.Е.Хейфец, Е.Н.Хейфец*

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 июня 2019 г. №729 «О некоторых вопросах оказания медицинской помощи»:

установлен прилагаемый перечень организаций здравоохранения, предусмотренных для оказания медицинской помощи лицам с симптомами, не исключая инфекционные заболевания, представляющие чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, с аэрогенным механизмом передачи инфекции.

6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 июня 2019 г. №731 «О представлении к награждению нагрудным знаком Министерства здравоохранения «Выдатнік аховы здароўя Рэспублікі Беларусь»»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке представления к награждению нагрудным знаком Министерства здравоохранения «Выдатнік аховы здароўя Рэспублікі Беларусь»;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 апреля 2002 г. №58 «Об утверждении Инструкции о порядке представления к награждению нагрудным знаком Министерства здравоохранения «Отличник здравоохранения Республики Беларусь»».

7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июня 2019 г. №735 «О наделении полномочиями на подписание Конвенции Совета Европы по фальсифицированной медицинской продукции и аналогичной преступной деятельности, представляющей угрозу для здравоохранения»:

приказано наделить начальника отдела внешних связей Министерства здравоохранения Республики Беларусь полномочиями на подписание от Министерства здравоохранения Республики Беларусь Конвенции Совета Европы по фальсифицированной медицинской продукции и аналогичной преступной деятельности, представляющей угрозу для здравоохранения, 24 июня 2019 г. в г. Страсбург (Франция).

8. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 июня 2019 г. №739 «О реализации пилотного проекта»:

утверждено прилагаемое Положение о порядке проведения телемедицинских консультаций пациентов;

установлена Форма согласия пациента (его законного представителя) на проведение телемедицинских консультаций и оформление рецептов врача согласно приложению.

Данный приказ носит временный характер и действует с 14 июня 2019 г. по 15 марта 2020 г.

9. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 июня 2019 г. №56 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 сентября 2016 г. №100»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 сентября 2016 г. №100 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения конкурсов по выбору исполнителей мероприятий государственных программ».

10. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 2019 г. №742 «О республиканской комиссии по верификации элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

утверждены прилагаемые:

Состав республиканской комиссии по верификации элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь;

Положение о республиканской комиссии по верификации элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2012 г. №291 «О создании республиканской комиссии по верификации элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

11. Постановление Министерства природных ресурсов и охраны окружающей среды Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь от 17 июня 2019 г. №15/59/35 «Об изменении постановления Министерства природных ресурсов и охраны окружающей среды Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь от 3 апреля 2014 г. №19/23/14»:

внесены изменения в постановление Министерства природных ресурсов и охраны окружающей среды Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства

сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь от 3 апреля 2014 г. №19/23/14 «Об утверждении Инструкции о порядке разработки и утверждения юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем локального нормативного правового акта по осуществлению производственного контроля в области безопасности генно-инженерной деятельности».

12. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июня 2019 г. №749 «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2020 год»:

определены среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2020 год, согласно приложениям 1, 2 и 3 к данному приказу.

13. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июня 2019 г. №756 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2015 г. №1280»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2015 г. №1280 «Об утверждении Инструкции о порядке направления детей с болезнями органов дыхания и детей с психическими расстройствами на медицинскую реабилитацию в государственное учреждение «Республиканский детский центр медицинской реабилитации»».

14. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июня 2019 г. №766 «О некоторых вопросах деятельности комиссии по противодействию коррупции в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

создана комиссия по противодействию коррупции в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь в составе согласно приложению к данному приказу;

утверждено прилагаемое Положение о комиссии по противодействию коррупции в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 октября 2018 г. №995 «О некоторых вопросах деятельности комиссии по противодействию коррупции в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2019 г. №105 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 октября 2018 г. №995».

15. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июня 2019 г. №779 «О вопросах оказания медицинской помощи пациентам со спинальными мышечными атрофиями»:

директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии» приказано обеспечить:

хранение незарегистрированного лекарственного средства «Spinaza» (международное непатентованное наименование – Nusinersen), ввезенного физическим лицом для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента, при подтверждении соблюдения условий хранения, транспортировки и оригинальности происхождения, в соответствии с требованиями, установленными компанией-производителем;

введение пациентам, страдающим спинальной мышечной атрофией, давшим согласие на медицинское вмешательство, лекарственного средства в соответствии с требованиями инструкции по его применению за счет средств республиканского бюджета;

динамическое наблюдение пациентов врачами-специалистами во время и после введения лекарственного средства (в целях своевременного выявления нежелательных реакций);

передачу информации в республиканский центр наследственных нервно-мышечных заболеваний у пациентов в возрасте до 18 лет о проведенном лечении с указанием оценки моторных функций по шкале двигательной активности Хаммерсмита, даты введения лекарственного средства, нежелательных реакций (при их наличии), предполагаемой даты следующего введения (при необходимости);

разработку формы письменного согласия пациента на медицинское вмешательство – введение лекарственного средства пациентам со СМА;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 мая 2019 г. №678 ««О некоторых вопросах оказания медицинской помощи детям со спинальными мышечными атрофиями».

16. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июня 2019 г. №63 «Об определении пищевых добавок, ароматизаторов и технологических вспомогательных средств, допустимых для применения в производстве органической продукции»:

установлено, что в производстве органической продукции допускается применение:

пищевых добавок согласно приложению 1 к данному постановлению;

технологических вспомогательных средств согласно приложению 2 к данному постановлению;

ароматизаторов, содержащих натуральные вкусоароматические препараты и (или) натуральные вкусоароматические вещества.

Данное постановление вступает в силу с 18 ноября 2019 г.

17. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июня 2019 г. №61 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 августа 2006 г. №65»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 августа 2006 г. №65 «О некоторых вопросах безопасности генно-инженерной деятельности».

18. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 июня 2019 г. №64 «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» (перечень основных лекарственных средств изложен в новой редакции).

19. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июня 2019 г. №792 «Об открытии подготовки для реализации образовательной программы послевузовского образования II (докторантура) степени»:

приказано:

открыть в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» подготовку по специальностям: 14.01.02 – ревматология, 14.02.02 – эпидемиология медицинской отрасли науки для реализации образовательной программы послевузовского образования II (докторантура) степени;

открыть в учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет» подготовку по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение медицинской отрасли науки для реализации образовательной программы послевузовского образования II (докторантура) степени.

20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июня 2019 г. №794 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2018 г. №997»:

изложен в новой редакции подпункт 3.5 пункта 3 Методических рекомендаций по разработке заявок на закупку медицинских изделий, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 октября 2018 г. №997.

21. Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июня 2019 г. №29/66 «Об изменении постановления Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 января 2013 г. №3/4»:

внесены изменения в постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 января 2013 г. №3/4 «Об установлении перечня медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания социальных услуг в учреждениях социального обслуживания и признании утратившими силу постановлений Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2003 г. №140/48 и от 17 января 2007 г. №4/8».

22. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 июня 2019 г. №803 «О совершенствовании работы по вопросам органного донорства и трансплант-координационной службы Республики Беларусь»:

утверждены:

алгоритм функционирования трансплант-координационной службы и взаимодействия с организациями здравоохранения Республики Беларусь согласно приложению 1 к данному приказу;

форма сообщения о пациенте с тяжелым первичным повреждением головного мозга/потенциальном доноре органов и тканей человека для трансплантации согласно приложению 2 к данному приказу.

23. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 июня 2019 г. №67 «О критериях отнесения поверхностных водных объектов к водным объектам, которые могут использоваться для лечебных (курортных, оздоровительных) нужд»:

определено, что критериями отнесения поверхностных водных объектов к водным объектам, которые могут использоваться для лечебных (курортных, оздоровительных) нужд, являются их физико-химические свойства:

общая минерализация не менее 1,0 г/дм³;

содержание в поверхностных водах фармакологически (терапевтически) активных минеральных и органических микрокомпонентов.

24. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июня 2019 г. №815 «Об утверждении Инструкции по оказанию медицинской помощи пациентам в возрасте 18–30 лет с некоторыми онкологическими заболеваниями»:

утверждена прилагаемая Инструкция по оказанию медицинской помощи пациентам в возрасте 18–30 лет с некоторыми онкологическими заболеваниями;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 ноября 2015 г. №1188 «О некоторых вопросах госпитализации пациентов с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями».

25. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июня 2019 г. №819 «О создании Центра помощи пациентам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, находящимся в вегетативном состоянии»:

утверждено прилагаемое Положение «О Центре помощи пациентам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, находящимся в вегетативном состоянии».

26. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2019 г. №825 «О внесении изменения в приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2019 г. №426»:

внесены изменения в приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2019 г. №426 «О реализации задач социально-экономического развития Республики Беларусь на 2019 год».

27. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2019 г. №68 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 февраля 2015 г. №19»:

внесены дополнения в таблицу 1 «Химические вещества и их соли, из которых образуются наркотические средства или психотропные вещества в процессе их изготовления или производства» списка 4 прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ приложения к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 февраля 2015 г. №19 «Об установлении республиканского перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь».

28. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2019 г. №70 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. №92»:

внесены изменения в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. №92 «Об установлении форм «Медицинская справка о состоянии здоровья», «Выписка из медицинских документов» и утверждении Инструкции о порядке их заполнения».

29. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июля 2019 г. №844 «О содействии при проведении принудительного психиатрического освидетельствования граждан»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке оказания территориальным органом внутренних дел содействия медицинским работникам в доставке лица, подлежащего принудительному психиатрическому освидетельствованию, в государственную организацию здравоохранения.

30. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июля 2019 г. №866 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июля 2018 г. №737»:

внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июля 2018 г. №737 «О повышении эффективности использования медицинской техники».

31. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2019 г. №867 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 января 2019 года №77»:

внесены изменения в приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 января 2019 года №77 «О работе кабинетов профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в 2019 году».

32. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2019 г. №869 «Об организации лечения отдельных лиц, страдающих туберкулезом»:

внесено дополнение в приложение 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 января 2011 г. №23 «О некоторых мерах по совершенствованию работы государственных учреждений «Республиканская туберкулезная больница «Сосновка»» и «Республиканская туберкулезная больница «Новоеल्या»».

33. Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 июля 2019 г. №40/71 «О направлении на медицинское освидетельствование граждан, проходящих альтернативную службу»:

установлена форма направления на медицинское освидетельствование гражданина, проходящего альтернативную службу, согласно приложению к данному постановлению;

утверждены прилагаемые:

Инструкция о порядке направления на медицинское освидетельствование граждан, проходящих альтернативную службу;

Инструкция о порядке оформления форм документов, необходимых для направления на медицинское освидетельствование граждан, проходящих альтернативную службу.

34. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 2019 г. №914 «О введении в действие программной документации интернатуры»:

введены в действие с 1 августа 2019 г. планы прохождения интернатуры согласно приложению 1 к данному приказу;

введены в действие с 1 августа 2019 г. программы интернатуры согласно приложению 2 к данному приказу.

35. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 2019 г. №918 «О некоторых вопросах реализации мероприятий Национального плана миссии IRRS»:

создана рабочая группа в целях организации выполнения мероприятий Национального плана действий по выполнению рекомендаций и предложений миссии МАГАТЭ по оценке национальной регулирующей инфраструктуры Республики Беларусь;

утверждены прилагаемые Мероприятия по выполнению Национального плана действий по выполнению рекомендаций и предложений миссии МАГАТЭ по оценке национальной регулирующей инфраструктуры Республики Беларусь (миссии IRRS);

рабочей группе *приказано* обеспечить выполнение в установленные сроки Мероприятий по выполнению Национального плана действий по выполнению рекомендаций и предложений миссии МАГАТЭ по оценке национальной регулирующей инфраструктуры Республики Беларусь (миссии IRRS).

36. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 июля 2019 г. №922 «О работе с автоматизированной информационной системой, обеспечивающей формирование Национального реестра правовых актов Республики Беларусь»:

установлено, что направление принимаемых Министерством здравоохранения нормативных правовых актов в Министерство юстиции Республики Беларусь и технических нормативных правовых актов в Национальный центр правовой информации Республики Беларусь для проведения обязательной юридической экспертизы осуществляется посредством автоматизированной информационной системы, обеспечивающей формирование Национального реестра правовых актов Республики Беларусь.

37. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 июля 2019 г. №926 «О перечне физических лиц»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке формирования перечня физических лиц, определяющая порядок формирования перечня физических лиц, страдающих отдельными неизлечимыми заболеваниями;

директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» *приказано* обеспечить:

формирование перечня физических лиц на оснований сведений, представляемых государственными организациями здравоохранения о физических лицах, страдающих отдельными неизлечимыми заболеваниями, перечень которых определен приложением 5 к постановлению Совета Министров Республики Беларусь от 20 июня 2019 г. №406, в соответствии с Инструкцией о порядке формирования перечня физических лиц, страдающих отдельными неизлечимыми заболеваниями;

оказание методической помощи главным управлениям по здравоохранению облисполкомов, комитету по здравоохранению Мингорисполкома, государственным организациям здравоохранения по вопросам реализации норм данного приказа;

начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома *приказано* обеспечить:

представление государственными организациями здравоохранения в уполномоченную организацию сведений о физических лицах в соответствии с Инструкцией о порядке формирования перечня физических лиц, страдающих отдельными неизлечимыми заболеваниями;

принятие иных мер по реализации норм данного приказа;

руководителям государственных организаций здравоохранения *приказано* обеспечить:

информирование физических лиц, страдающих отдельными неизлечимыми заболеваниями, и (или) их законных представителей о формировании перечня физических лиц и передаче сведений о них в таможенные органы;

передачу в уполномоченную организацию сведений о физическом лице при наличии письменного согласия физического лица и (или) его законного представителя на обработку его персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, в информационных системах, информационных ресурсах, базах (банках) данных и (или) регистрах (реестрах) в здравоохранении в соответствии с Инструкцией о порядке формирования перечня физических лиц, страдающих отдельными неизлечимыми заболеваниями;

принятие иных мер по реализации норм данного приказа.

38. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 августа 2019 г. №944 «О выполнении Плана»:

утвержден прилагаемый План мероприятий по реализации статьи 2 Закона Республики Беларусь от 18 июня 2019 г. «Об изменении Закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека»».

39. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 августа 2019 г. №956 «Об открытии подготовки в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий»»:

приказано открыть в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий» подготовку по направлениям образования «Профилактика, диагностика, лечение, реабилитация и организация здравоохранения» и «Технико-лабораторное обеспечение» профиля образования «Здравоохранение», включенного в Общегосударственный классификатор Республики Беларусь ОКРБ 011-2009, в целях реализации образовательной программы повышения квалификации руководящих работников и специалистов;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 мая 2019 г. №661 «Об открытии подготовки».

40. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 августа 2019 г. №960 «Об открытии в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» подготовки по специальности высшего образования 2 ступени (магистратуры) 1-95 80 12 «Закрытая специальность»»:

приказано открыть в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» подготовку по специальности высшего образования 2 ступени (магистратуры) 1-95 80 12 «Закрытая специальность», включенной в общегосударственный классификатор Республики Беларусь ОКРБ 011-2009 «Специальности и квалификации».

41. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2019 г. №966 «Об утверждении Инструкции по организации разноуровневой системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в Республике Беларусь»:

утверждена прилагаемая Инструкция по организации разноуровневой системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в Республике Беларусь;

директорам республиканских научно-практических центров, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов *приказано* организовать работу по оказанию медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, женщинам с гинекологическими заболеваниями и новорожденным детям в соответствии с утвержденной Инструкцией;

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 января 2010 г. №52 «Об утверждении Положения о разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Республике Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2007 г. №59 «О порядке госпитализации женщин с экстрагенитальной патологией во время беременности и в послеродовом периоде в соматические и хирургические стационары».

42. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 августа 2019 г. №967 «Об утверждении памятки о порядке проведения домашнего лечения пациентов с гемофилией А и В тяжелой формы»:

утверждена прилагаемая памятка «Порядок проведения домашнего лечения пациентов с гемофилией А и В тяжелой формы».

43. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 августа 2019 г. №971 «О признании утратившими силу приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь»:

признаны утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 декабря 2006 г. №949 «Об утверждении формы №053/у «Лечебная карта призывника»»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 июня 2012 г. №696 «Об утверждении формы акта расследования причин необоснованного призыва гражданина на срочную военную службу по состоянию здоровья»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 2015 г. №1254 «О некоторых вопросах организации оказания медицинской помощи допризывникам и призванным».

44. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 августа 2019 г. №973 «О проведении дозорного эпидемиологического надзора»:

установлены:

перечень дозорных участков исследования в рамках проведения дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) по оценке ситуации по ВИЧ-инфекции, парентеральным вирусным гепатитам и сифилису среди ключевых групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ согласно приложению 1 к данному приказу;

перечень организаций, участвующих в проведении ДЭН, согласно приложению 2 к данному приказу;

план проведения ДЭН в 2019 году согласно приложению 3 к данному приказу.

45. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 августа 2019 г. №993 «Об утверждении Инструкции о порядке медицинской реабилитации пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ»:

утверждена прилагаемая Инструкция о порядке медицинской реабилитации с обязательной программой по социализации пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ в экспериментальном реабилитационном центре.

46. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 августа 2019 г. №1003 «О выполнении Плана»:

утвержден План мероприятий по реализации статьи 2 Закона Республики Беларусь от 15 июля 2019 г. №217-3 «Об изменении Закона Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»».

47. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 августа 2019 г. №1001 «Об утверждении годового плана государственных закупок на 2-е полугодие 2019 года»:

утвержден прилагаемый годовой план государственных закупок на 2-е полугодие 2019 года отдельных видов товаров, работ и услуг за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь;

признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2018 г. №1375 «Об утверждении плана государственных закупок на 2019 год отдельных видов товаров, работ и услуг за счет средств республиканского бюджета».

48. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 августа 2019 г. №87 «Об утверждении клинического протокола»:

утвержден прилагаемый клинический протокол «Лучевая диагностика заболеваний головного мозга у детей».

49. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 августа 2019 г. №88 «Об утверждении клинического протокола»:

утвержден прилагаемый клинический протокол «Лечение и медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха».

50. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 августа 2019 г. №90 «Об утверждении клинического протокола»:

утвержден прилагаемый клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с эндокринологическими заболеваниями (детское население)».

51. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 августа 2019 г. №1021 «О реализации постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 2019 г. №60»:

утверждена Инструкция о порядке создания, передачи, приема и обработки электронных рецептов врача.

52. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 августа 2019 г. №1023 «О приеме в 2019 г. на факультеты довузовской подготовки, подготовительные отделения учреждений образования, осуществляющих подготовку специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием»:

утверждены цифры приема слушателей очной формы получения образования, которым в соответствии с законодательством предоставлено право на обучение за счет средств республиканского бюджета, на факультеты довузовской подготовки, подготовительные отделения учреждений образования, осуществляющих подготовку специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием, в 2019 г. согласно приложению к данному приказу.

53. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 августа 2019 г. №1024 «О выполнении рекомендаций»:

утвержден прилагаемый План мероприятий Министерства здравоохранения Республики Беларусь по устранению выявленных в ходе мониторинга Комитета государственного контроля нарушений (недостатков) по вопросам соблюдения законодательства об обращениях граждан и юридических лиц, а также доступности и качества медицинской помощи.

54. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 августа 2019 г. №1032 «О вопросах организации обеспечения лекарственными средствами в организациях здравоохранения»:

уполномоченным должностным лицам *приказано* создать комиссии для проведения анализа организации работы по обеспечению лекарственными средствами организаций здравоохранения согласно приложению 1 к данному приказу;

председателям вышеназванных комиссий *приказано* в установленный срок организовать проведение анализа работы организаций здравоохранения по вопросам обеспечения лекарственными средствами, указанными в приложениях 2 и 3 к данному приказу.

55. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 августа 2019 г. №1033 «Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 мая 2015 г. №624»:

внесены изменения в пункт 11 Инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с нейроонкологической патологией, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 мая 2015 г. №624 «О порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с нейроонкологической патологией».

56. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 августа 2019 г. №1034 «О проведении мониторинга работы ортопедо-травматологической службы»:

приказано провести мониторинг работы ортопедо-травматологической службы в регионах республики;

утвержден состав рабочей группы и график выездов членов рабочей группы в регионы согласно приложению 1 к данному приказу;

членам рабочей группы *приказано*:

провести анализ работы отделений травматологии и ортопедии организаций здравоохранения областного и районного уровня за 2018 г. с целью уточнения возможности организации межрайонных центров и оказания в них высокотехнологической медицинской помощи пациентам ортопедо-травматологического профиля (эндопротезирование крупных суставов, артроскопия, нейрохирургические вмешательства и др.);

определить соответствие материально-технической базы и кадрового обеспечения планируемых межрайонных центров требуемому уровню оказания высокотехнологической медицинской помощи пациентам ортопедо-травматологического профиля (эндопротезирование крупных суставов, артроскопия, нейрохирургические вмешательства и др.);

оценить систему информатизации межрайонных центров оказания ортопедо-травматологической помощи (ведение электронной истории болезни, наличие системы «электронный рецепт», наличие интернет-сайта у организации здравоохранения и возможности проведения телемедицинского консультирования);

подготовить справку о результатах мониторинга и представить ее в ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии» в установленный срок после завершения командировки.

57. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 августа 2019 г. №1038 «Об автоматизированной системе инвентаризации и мониторинга информационно-технической инфраструктуры»:

утверждено прилагаемое Положение об автоматизированной системе инвентаризации и мониторинга информационно-технической инфраструктуры.

ВЫХОДНЫЕ ДАННЫЕ

“Вопросы организации и информатизации здравоохранения” – рецензируемый аналитико-информационный бюллетень. Издается 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 30.09.2019 г. Формат бумаги 60x84 1/8.

Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 12,8. Тираж 500 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.