

держат подобного рода информацию — о длительности госпитализации, количестве и обороте коек и структуре видов принудительного лечения.

ИОСПЗ-ВОЗ предполагает наличие и предлагает учитывать особенности функционирования «других учреждений для проживания», под которыми понимаются не принадлежащие системе здравоохранения службы, оказывающие помощь пациентам с психическими расстройствами: специализированные учреждения для проживания лиц любого возраста с умственной отсталостью, с деменцией, с проблемами, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами, включая алкоголь, и бездомным.

Важная роль отводится также психосоциальной помощи в стационарных и амбулаторных условиях — процент пациентов, ее получивших, структура самих психосоциальных вмешательств, наличие навыков и возможностей у персонала. В этом пункте засчитывается сессия психосоциального вмешательства продолжительностью как минимум двадцать минут. Примерами психосоциальной помощи могут служить: психотерапия, обеспечение социальной поддержки, консультирование, реабилитационные мероприятия, тренировка межличностных и социальных навыков и просвещение в области психического здоровья. Отчетность в РБ по данному вопросу часто формальна и неинформативна.

В вопросах психофармакотерапии ИОСПЗ-ВОЗ предлагает оценивать не только фактическое наличие основных препаратов (антипсихотиков, антидепрессантов, нормотимиков) в стационарах и в амбулаторной службе, но и их ценовая доступность (соотношение оптимальной клинической дозы с минимальной суточной заработной платой).

Доступность психиатрических служб для потенциальных пользователей из языковых, сексуальных и этнических меньшинств, на которое обращается внимание в инструменте ВОЗ, решается в РБ на законодательном уровне. Прецедентов не отмечалось, а решения о необходимости лечения, в том числе недобровольного, принимаются на основании ст. 5 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» и ст. 17 и 36 Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

Это некоторые, в основном организационные, сравнительные аспекты международного и отечественного опыта управления качеством в области психиатрии. Более полное сравнение не предполагается в данной публикации.

#### **Выводы**

Отечественный опыт управления качеством в психиатрии отражает в Резолюции и моделях конечного результата сложившиеся в здравоохранении подходы и принципы. Оценка систем психического здоровья и деятельность психиатрической службы может быть значительно обогащена за счет Инструмента ВОЗ. Это позволит не только повысить эффективность и улучшить качество оказываемой помощи, но и будет способствовать ее гуманизации и препятствовать стигматизации пациентов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Жарко, В. И.* Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2009 году и основных направлениях деятельности на 2010 год (доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения 26 февраля 2010 г.) / В. И. Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 1. — С. 4–19.
2. *Вялков, А. И.* Управление качеством в здравоохранении / А. И. Вялков // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2003. — № 3. — С. 3–10.
3. *Объедков, В. Г.* Непрямые расходы в связи с шизофренией в контексте перспектив развития стационарной психиатрической службы / В. Г. Объедков, Е. А. Хмельницкая // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2011. — № 1 (11). — С. 19–27.
4. Резолюция республиканского совещания «Итоги работы психиатрической, наркологической и психотерапевтической служб Республики Беларусь за 2014 г. и задачи на 2015» / Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2015. — № 2 (20). — С. 149–160.
5. Инструмент оценки систем психического здоровья Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. — Женева, 2005. — Режим доступа: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHO\\_AIMS\\_Russian.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO_AIMS_Russian.pdf).

**УДК 616.89-036.22**

### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

*Шилова О. В.<sup>1</sup>, Беглюк Н. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Одним из приоритетов в области здравоохранения являются эпидемиологические тенденции распространенности различных видов патологии, их влияние на показатели трудоспособности и про-

должительности полноценной жизни человека. Психические и поведенческие расстройства вносят существенный вклад в оценку общего бремени болезней во всем мире по показателю DALYs. Доказано, что психические расстройства выдвинулись в ряд основных причин ухудшения состояния здоровья населения во всех странах [1].

Оказание психиатрической помощи в стационарных условиях является преобладающей формой во всех без исключения постсоветских странах. Однако повсеместно происходило и происходит сокращение емкости этого сегмента психиатрической помощи, в первую очередь, в связи с его дороговизной [2].

Многочисленные сравнительные данные показали, что внебольничное лечение, по сравнению со стационарным, обладает преимуществом в экономическом, клиническом и социальном плане и не имеет явных недостатков в отношении получаемых результатов. Обсуждаются медицинские, организационные, экономические, социально-правовые, этические проблемы, возникающие в связи с этими изменениями [3].

Планирование и реструктуризация изменений условий лечения пациентов, страдающих психическими расстройствами, неотделимы от анализа клинико-эпидемиологических характеристик стационарного контингента для определения их направлений, а также экономически грамотного распределения ресурсов [4].

### **Цель**

Анализ структуры клинико-демографических данных пациентов, проходивших стационарное лечение в У «ГОКПБ» в 2014 г. для выявления ресурсов по снижению доли стационарного лечения.

### **Материал и методы исследования**

В апреле 2014 г. одновременно бесповторным сплошным (когортным) методом проводилась выкопировка данных из карт стационарного больного, выписанных из У «ГОКПБ» в 2013 г. и хранящихся в архиве. Было проработано 495 карт, использовался метод сплошного отбора по первым буквам фамилий — от И до Л, что составляет около 10 % пролеченных. Учитывались: диагноз пациента согласно МКБ-10, способ госпитализации, семейное положение и условия проживания (наличие родственников), проживание в городской или сельской местности, количество и длительность госпитализаций, соблюдение лекарственного режима на амбулаторном этапе лечения.

Обработка данных производилась при помощи параметрической дескриптивной статистики из пакета «Statistica» 6.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из 495 пациентов, проходивших стационарное лечение в условиях психиатрической больницы, мужчин было 297 (60 %), женщин 197 (40 %). Учитывая представленность пациентов практически всех возрастных категорий, показатель среднего возраста неинформативен. Возрастная структура отражает явное преобладание пациентов трудоспособного возраста: 71 (14,4 %) мужчины от 21 до 30 лет, 27 (5,5 %) женщин. В возрасте от 31 до 60 лет — 158 (32 %) мужчин и 129 (26,1 %) женщин. Старше 60 лет мужчин было 28 (5,7 %), женщин — 30 (6,1 %). Среди пациентов до 20 лет мужчин было 40 (8,1 %), женщин — 11 (2,2 %), таблица 1.

Таблица 1 — Структура заболеваний по полу

Диагноз		Количество		Доля, %	
		мужчины	женщины	мужчины	женщины
0	F00 органические расстройства	42	51	8,5	10,3
1	F10 связанные с ПАВ	82	21	16,6	4,6
2	F20 шизофрения и близкие к ней р-ва	77	59	15,6	11,9
3	F30 расстройства настроения	8	18	1,6	3,6
4	F40 невротические расстройства	9	23	1,8	4,7
5	F50 связ. с физиологическими проблемами	0	1	0,00	0,2
6	F60 расстройства личности	21	1	4,3	0,2
7	F70 умственная отсталость	32	15	6,5	3,0
8	F20 + 10	1	1	0,2	0,2
9	F70 + 10	3	0	0,6	0,00
10	Парасуицид	5	7	1,0	1,4
11	Здоров (освидетельствование по линии РВК)	14	0	2,8	0,00
12	Туберкулез+ психическое расстройство	3	0	0,6	0,00
<b>ВСЕГО:</b>		<b>297</b>	<b>197</b>	<b>60</b>	<b>40</b>

При этом пациентов с шизофренией было 136 (27,5 %), в то время как на диспансерном учете, согласно нашим предыдущим исследованиям, их около 45 %.

По месту проживания преобладали жители города Гомеля: 329 (66,6 %), жителей сельской местности было 165 (33,4 %). Это может свидетельствовать как о меньшей доступности специа-

лизированной помощи, в т. ч. стационарной, так и недостаточной выявляемости патологии. При анализе структуры патологии у городского и сельского контингента, проходившего стационарное лечение, выявлено непропорциональное, по отношению к общей структуре, снижение доли некоторых групп заболеваний. В частности, это психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ: 83 пациента или 17 % в городской популяции и 20 (4 %) в сельской. Это относится и к задержкам умственного развития: 35 (7,1 %) пациентов в городской популяции и 12 (2,4 %) и расстройствам личности: 21 (4,25 %) пациент в городской популяции и только один пациент из сельской местности. Ситуация с лечением пациентов после парасуицидов иная: в популяции сельской местности их 7 (4,2 % от данной подгруппы), в городской подгруппе — 5 (1,5 %), что отражает общую тенденцию более высокого уровня суицидов в сельской местности по сравнению с городской. Соответственно и с возможными предиктами суицидального поведения ситуация сходная: доля пациентов с расстройствами настроения и невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, тоже выше в сельской популяции. Так, с расстройствами настроения (прежде всего, депрессивными) лечились стационарно 10,3 % (17 пациентов) популяции сельского населения и только 2,7 % (9 человек) из городской. Аналогичная ситуация с невротическими расстройствами: 13,3 % сельской подгруппы и 3 % городской. По количеству пациентов, проходивших лечение по поводу шизофрении и органических психических расстройств, сохранялось общее соотношение.

В подавляющем большинстве случаев пациенты обратились самостоятельно и лечились на добровольной основе. Из них 238 (48,2 %) пациента были направлены из диспансерного отделения, 90 (18,2 %) человек обратились самостоятельно, 80 (16,2 %) пациентов были доставлены бригадой скорой специализированной медицинской помощи, но затем дали согласие на добровольное лечение, 30 человек были доставлены родственниками. Только один пациент из данной выборки проходил лечение по поводу шизофрении по решению суда принудительно. Для решения экспертных вопросов по линии районного военного комиссариата стационарное освидетельствование проходили из данной группы 55 (11,1 %) человек, при этом 14 были признаны психически здоровыми.

По семейному положению состоящих в браке было только 138 (28 %) человек, из них 75 мужчин и 63 женщины. Высокой была доля одиноких мужчин — 170 холостых и 44 разведенных (всего 43,3 %). Женщин соответственно 65 и 47 — всего 22,7 %.

При этом одиноко проживающих пациентов из данной группы было 94, в том числе 53 (10,7 %) мужчины и 41 (8,3 %) женщина. Большинство пациентов проживают с родственниками или с семьей: 220 (44,5 %) мужчин и 150 (30 %) женщин. При этом со своей семьей проживает меньшее количество пациентов — 135, (известно, что это является протективным фактором), с родственниками — 235 пациентов. Госпитализированы из стационарных учреждений службы социального обеспечения (домов-интернатов) из данной группы 30 (6 %) пациентов: 24 мужчины и 6 женщин.

В таблице 2 отражена связь между регулярностью приема медикаментов и кратностью госпитализаций в стационар. Известно, что низкая комплаентность пациентов зависит от множества факторов и повышает вероятность госпитализации [5].

Таблица 2 — Связь госпитализаций с особенностями амбулаторного лечения

	Диагноз	Количество госпитализаций		Принимал ли лечение до госпитализации		
		первичная	вторичная	не принимал	не регулярно	регулярно
0	F00	51	42	60	13	20
1	F10	22	81	103	0	0
2	F20	59	77	84	17	35
3	F30	18	8	19	2	5
4	F40	23	9	24	1	7
5	F50	1	0	1	0	0
6	F60	2	20	22	0	0
7	F70	18	29	46	0	1
8	F20 + 10	1	1	2	0	0
9	F70 + 10	0	3	3	0	0
10	Парасуицид	7	5	12	0	0
11	Здоров	0	14	14	0	0
12	Туберкулез	0	3	3	0	0
ВСЕГО:		202	253	393	33	68

Длительность лечения в стационаре рассматривалась нами периодами по 1 месяцу. Исключением была группа «до 10 дней», которую представили 157 пациентов с преобладанием психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя (80 человек), а также с расстройствами зрелой личности, умственной отсталостью и проходившие освидетельствование по РВК. В целом 70 % пациентов изучаемой группы находились в стационаре в течение месяца. Еще 86 (17,3 %) пациентов лечились до 60 дней и только 13 из всех — более 120 дней, в том числе 1 — на принудительном лечении, 3 в инфекционном отделении проходили лечение туберкулеза в сочетании с психическими расстройствами, 3 — с затяжными психозами, остальные — на т. н. «социальных койках», в ожидании перевода в дом-интернат.

#### **Выводы**

Среди пациентов, проходивших стационарное лечение в У «ГОКПБ», преобладали мужчины трудоспособного возраста, городские. Наблюдаются различия между сельскими и городскими жителями: сельские чаще попадают после парасуицидов, но реже проходят лечение по поводу их предикторов (злоупотребление ПАВ, расстройства личности, депрессии).

Значительное количество пациентов обращаются самостоятельно по направлениям из диспансерного отделения, подавляющее большинство проходят лечение добровольно.

Более 43 % пациентов — одиноко проживающие холостые с родственниками и семьей проживают 44,5 % мужчин и 30 % женщин. Частота госпитализаций связана с регулярностью приема поддерживающей терапии практически при всех заболеваниях. Около 70 % пациентов проходят лечение в течение месяца, только 2,6 % — более 120 суток.

Улучшение доступности специализированной помощи сельскому населению, повышение комплаентности при амбулаторном лечении и улучшение социальной поддержки являются факторами, способными понизить частоту госпитализаций.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000–2010 гг.) / И. А. Митихина [и др.] // Общие вопросы неврологии и психиатрии. — 2011. — № 6. — С. 4–14.
2. Обьедков, В. Г. Непрямые расходы в связи с шизофренией в контексте перспектив развития стационарной психиатрической службы / В. Г. Обьедков, Е. А. Хмельницкая // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2011. — № 1 (11). — С. 19–27.
3. Гурьянова, Т. В. Социально-демографические особенности психически больных, госпитализируемых в психиатрический стационар в разные периоды развития общества / Т. В. Гурьянова // Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии: сб. науч. тр. — Орехово-Зуево, 2006. — С. 91–95.
4. Резолюция республиканского совещания «Итоги работы психиатрической, наркологической и психотерапевтической служб Республики Беларусь за 2014 г. и задачи на 2015 г.» / Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2015. — № 2 (20). — 2015. — С. 149–160.
5. Kane, J. M. Несоблюдение режима лечения пациентами с психотическими расстройствами: эпидемиология, предрасполагающие факторы и тактика / J. M. Kane, T. Kishimoto, C. U. Correl // Всемирная психиатрия. Официальный журнал всемирной психиатрической ассоциации. — 2013. — Т. 12, № 3. — С. 208–218.

**УДК 797.122.2.071-055.1-055.2**

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА СПОРТСМЕНОВ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ГРЕБЛИ НА ОСНОВЕ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА**

**Шилович Л. Л.<sup>1</sup>, Севостьянов П. А.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения**

**«Гомельский областной диспансер спортивной медицины»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

На основе биоимпедансного анализа рассчитываются характеристики состава тела, такие как жировая, тощая, клеточная и скелетно-мышечная масса, объем и распределение воды в организме. В процессе тренировочных нагрузок происходят адаптивные изменения состава тела, которые позволяют отслеживать и грамотно корректировать режим питания, а также плавно подводить спортсмена к пику спортивной формы. В нашем исследовании используя данный анализ мы хотели проследить, как сказывается половое различие на изменении состава тела при схожести тренировочных нагрузок.

#### **Цель**

Выявить гендерную зависимость изменений состава тела спортсменов академической гребли на основе биоимпедансного анализа.