

УДК 616.379–008.64–036.22

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КУРСОВОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Базоян Наталья Сергеевна – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Проанализирована эффективность лечения пациентов с сахарным диабетом на примере модели стационарзамещающей технологии эндокринологического СКАЛ.

Ключевые слова: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

UDC 616.379–008.64–036.22

EFFICACY OF MEDICAL-SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN SPECIAL OUTPATIENT COURSE TREATMENT CENTER

Bazoyan Natalia Sergeevna – Ph.D. (MED)
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

The treatment efficacy of patients with diabetes mellitus in outpatient endocrinology department (SCOPT) was assessed.

Key words: MORBIDITY, ENDOCRINE PATHOLOGY, DIABETES MELLITUS

Сахарный диабет (СД) является одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний (А.В. Древаль и соавт., 1999; И.И. Дедов и соавт., 2000; V. Mohan, 2002).

По данным ВОЗ, в мире более 370 млн человек болеют СД. В промышленно-развитых странах Америки и Европы распространенность этого заболевания составляет 5–6 %, и существует тенденция к его дальнейшему увеличению, особенно среди населения в возрасте старше 40 лет.

В России, по официальным данным, зарегистрировано более 3 млн человек, больных СД. Однако расчеты, произведенные по результатам эпидемиологических исследований разных авторов, свидетельствуют о том, что в Российской Федерации больных СД – от 8 до 16 млн человек. В настоящее время в Краснодарском крае насчитывается свыше 140 тыс. больных СД, в том числе в г. Краснодаре – свыше 27 тыс. Распространенность СД в Краснодарском крае и в г. Краснодаре в среднем составляет, соответственно, 1,8–2,6 % больных от численности населения.

В одобренной Правительством Российской Федерации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки РФ ведущее место отводится реорганизации первичной медико-социальной, амбулаторной и стационарной помощи. Новые социально-экономические условия в стране требуют совершенствования организационных схем специализированной медицинской помощи, позволяющих обеспечить устойчивое ее функционирование, сохранение объемов этой помощи и ее качества. В этой связи необходимо проведение научных исследований по наиболее актуальным проблемам профильной специализированной медицинской помощи не только в области разработки новых технологий профилактики, диагностики и лечения больных, но и новых организационных форм деятельности служб в современных экономических условиях хозяйствования в здравоохранения.

Одной из современных, доступных и малозатратных технологий лечения и реабилитации больных является система специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ), которая внедряется в виде отдельного профильного Центра или комплекса Центров СКАЛ. Одним из действующих в г. Краснодаре является эндокринологический центр СКАЛ, который осуществляет и координирует амбулаторно-поликлиническую помощь, в т.ч. больным СД.

Общая схема специализированной медицинской помощи в нашей стране традиционно предусматривала следующую организацию: участковый (цеховой терапевт); специализированные кабинеты в территориальных поликлиниках; консультативно-диагностические поликлиники или такие же отделения в крупных территориальных поликлиниках; специализированные отделения стационаров различного профиля и специализированные центры.

В настоящее время наиболее целесообразной является функционально-организационная структура специализированных служб с учетом этапности и принципов медицинского районирования, что предусматривает отказ от разобщенности отдельных этапов оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению. В реализации этой структуры специализированных служб важным моментом является рациональное использование дорогостоящего и дефицитного коечного фонда больниц. По мнению большинства авторов (В.З. Кучеренко, 1994; Ф.М. Кадыров, 1998; Г.П. Сквирская, 2000), пребывание больных в стационаре, зачастую, не обусловлено их ограниченной мобильностью, тяжестью состояния или особенностями лечебно-диагностического процесса. В этих случаях срабатывает традиционный принцип: если больной не получает необходимой помощи в поликлинике, то его направляют в стационар. Таким образом, чем хуже функционирует амбулаторный уровень, тем чаще осуществляется госпитализация. В такой

ситуации не обеспечивается повышение качества внебольничной помощи и возрастает численность врачей в первом звене здравоохранения. Кроме того, не поддерживается должная преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. Практически по каждому четвертому госпитализированному больному в плановом порядке не выполнены исследования, предусмотренные инструкциями на догоспитальном этапе; 14,9 % поступивших больных были совсем не обследованы. В связи с этим закономерны поиски новых организационных форм, позволяющих повысить качество внебольничной помощи и, следовательно, более эффективно использовать коечный фонд.

Этому способствуют следующие меры:

- обязательное достационарное диагностическое обследование больных, госпитализируемых в плановом порядке, расширение объема этого обследования за счет использования методик, ранее применявшихся только в стационарах;

- организация специализированных консультативно-диагностических центров при больницах, а также специализированных многопрофильных амбулаторий, обслуживающих несколько территориальных поликлиник, значительное возрастание номенклатуры и сложности лечебных процедур, осуществляемых, вопреки традиционным представлениям, в амбулаторных, а не госпитальных условиях;

- организация так называемых «стационаров на дому» с использованием медицинского транспорта для доставки больных на отдельные процедуры;

- расширение медицинской помощи через сеть дневных стационаров и стационаров дневного пребывания в больницах.

Сокращению сроков госпитализации и рациональному использованию коечного фонда способствуют меры по обеспечению взаимной преемственности между поликлиникой и стационаром.

Логика дальнейшего развития новых организационных технологий требует перевода соответствующих «количественных» элементов в новое «качество», с созданием целостной, достаточно универсальной системы лечебно-диагностических мероприятий, в рамках которой, преимущественно, в амбулаторных условиях оказывалась бы медицинская помощь, по своему качеству не уступающая традиционной стационарной.

Методика лечения больных в условиях СКАЛ предполагает соблюдение следующих основных принципов:

- расчет системы СКАЛ на лечение мобильных больных.
- адаптированность системы для средних и больших городов.

Оснащение центра СКАЛ, как амбулаторно-стационарного комплекса с единым лечебно-диагностическим блоком, на уровне современной многопрофильной больницы. Амбулаторный сектор выступает как ведущий и является эквивалентом обычного стационара. Стационар в системе СКАЛ играет вспомогательную роль, выполняя в основном функции отделения интенсивной терапии. Амбулатория и стационар в этом случае органически связаны, и госпитализация рассматривается лишь как фрагмент проводимого курса лечения.

Курс лечения в Центре СКАЛ является более продолжительным, чем в обычном стационаре. Больные посещают Центр во внерабочее время, больничный лист выдается только при временной нетрудоспособности. В течение всего курса лечения контроль его проведения осуществляет один и тот же специалист. Средняя частота лечебно-диагностических процедур – по мере необходимости (часть последних может осуществляться вне Центра СКАЛ под его контролем).

В ситуациях, безусловно требующих госпитализации и связанных с профильной для Центра СКАЛ патологией, больных немедленно помещают в стационарное отделение этого Центра. К таким ситуациям относится затянувшаяся временная нетрудоспособность пациентов,

обусловленная патологией, профильной для Центра СКАЛ, даже при сохраненной мобильности больных, для проведения интенсивного лечения.

После окончания курса лечения в центре СКАЛ, как и после лечения в обычном стационаре, больной возвращается под наблюдение территориальной поликлиники.

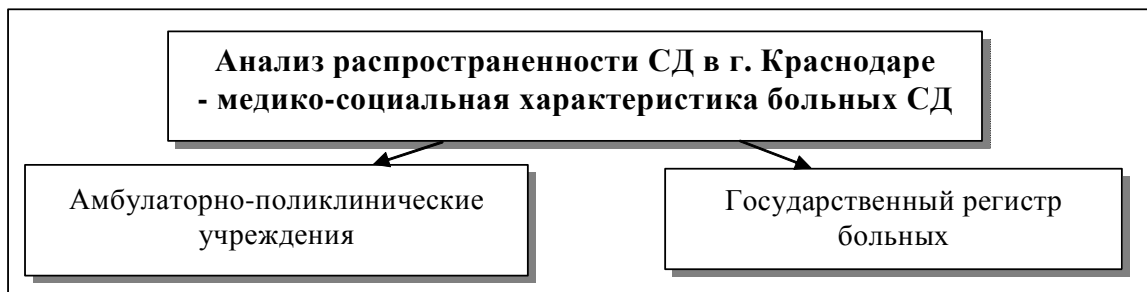
Больные, направленные в Центр СКАЛ, но не имеющие показаний для лечения там, получают консультативную помощь, которая при необходимости расширяется за счет проведения отдельных лечебных и диагностических мероприятий.

Формирование в г. Краснодаре Центров СКАЛ началось в 1988 г. Опыт внедрения системы СКАЛ при каждом виде распространенной патологии потребовал предварительной подготовительной работы, в процессе которой общие принципы системы были адаптированы к конкретной патологии. С целью улучшения специализированной амбулаторной помощи населению необходимо совершенствовать не только общие принципы системы СКАЛ, но и анализировать результаты лечения пациентов по новой медицинской технологии с обозначением путей повышения его эффективности по отдельным видам патологии.

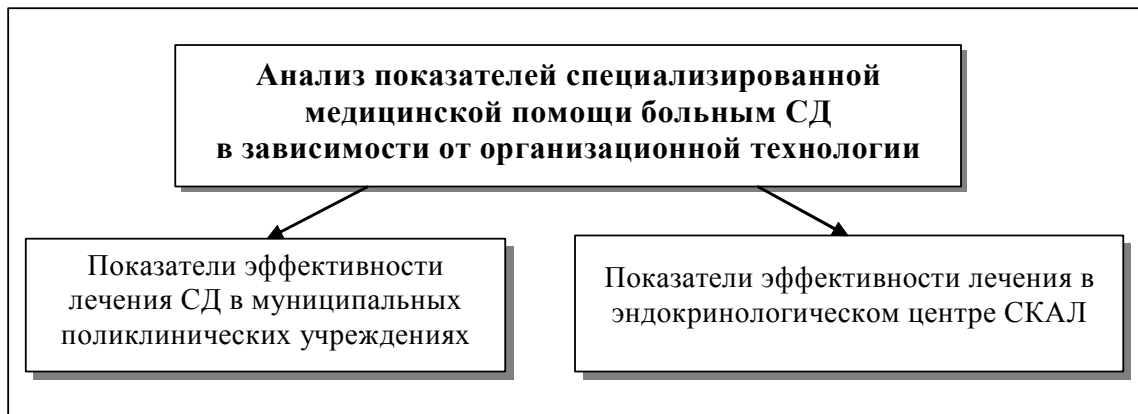
Поэтому одной из задач настоящего исследования стала оценка эффективности деятельности системы специализированного курсового амбулаторного лечения как самостоятельного организационного направления в диабетологической помощи населению.

Организаторы и создатели новой технологии специализированной амбулаторной помощи населению полагают возможным посредством этой технологии обеспечить единый методический подход к диагностике и лечению хронических распространенных заболеваний, а также оптимизации управления муниципальным здравоохранением (см. рис.).

1 этап



2 этап



3 этап



Рисунок. Этапы специализированной амбулаторной помощи больным сахарным диабетом в г. Краснодаре

Информационный массив данных ЭЦ СКАЛ за десятилетний период (2001–2011 гг.) представлен 26661 больным СД, прошедшим ежегодное курсовое специализированное лечение однократно или неоднократно. Доля больных СД, получивших лечение в СКАЛ, составляет 14,1 % от общего контингента больных, обратившихся в ЭЦ СКАЛ.

Среди большинства пролеченных в ЭЦ СКАЛ больных СД было 6054 мужчины (22,7 %) и 20157 женщин (77,3 %). Больных СД 1 было 7998 (23,3 %), СД 2 – 20395 (76,5 %), другие формы СД диагностированы у 0,4 %

пациентов.

Сахарный диабет относится к числу хронических заболеваний, лечение которых происходит перманентно и осуществляется, следовательно, в амбулаторно-поликлинических условиях. Это требует особой ответственности поликлинического врача за результаты лечения. Следовательно, течение СД у больных во многом зависит от уровня профессиональной компетенции поликлинического врача, его умения работать в контакте с больным и членами его семьи.

По мнению большинства ведущих диабетологов (Э.П. Касаткина, 1989; М.И. Балаболкин и соавт., 2002; А.С. Аметов, 2003), лечение больных в домашних условиях связано со значительными трудностями, требует от пациентов и членов их семьи дополнительных усилий, ограничений, заставляет оказываться от привычного образа жизни. У всех членов семьи в связи с этим появляется множество новых забот, семья должна научиться жить с хронически больным человеком. Помочь семье в решении этой проблемы – очень важный раздел работы как специалиста-эндокринолога, так и врача-терапевта территориального лечебного участка, или врача общей практики (семейного врача).

Наши наблюдения за амбулаторным лечением больных СД позволили обозначить определенную этапность в действиях врачей поликлиники, которая должным образом определяет эффективность терапевтической помощи больным СД.

Таким образом, организация диспансерного наблюдения за больным СД представляет собой систему, ориентированную, преимущественно, на поликлинический уровень наблюдения. Внедрение этой системы, предполагающей активное участие самого больного в контроле течения заболевания и в лечебном процессе, требует не только реконструкции сложившейся системы наблюдения за хроническими больными, но и трансформации традиционных отношений врач – больной. Правильной

следует считать такую организацию лечебного процесса при сахарном диабете, когда лечащий врач выступает в роли учителя и консультанта. Только при соблюдении этого важного условия можно быть уверенным в том, что все врачебные рекомендации будут правильно поняты, выполнены и при появлении неотложных ситуаций больному СД будет оказана своевременная и квалифицированная помощь.

Более чем 15-летний опыт работы в эндокринологическом центре СКАЛ убедил нас в том, что наиболее полноценно реализовать вышеуказанные позиции в отношении профилактики и лечения СД возможно лишь при наличии эндокринологического центра. Причем, это имеет отношение как к начальной стадии обследования больного и подбору препаратов, так и к процессу его длительного наблюдения и лечения в условиях территориальной поликлиники. Лейтмотивом повседневной работы диабетолога или врача любой другой специальности, наблюдающего больного СД, является оптимальная компенсация углеводного обмена. В связи с тем, что оценка качества лечебно-профилактических мероприятий должна быть основана на статистически достоверной информации, позволяющей экстраполировать ее на всю популяцию больных СД, находящихся на диспансерном учете и в муниципальном регистре. Одним из основных критериев была оценка эффективности диагностических исследований (их уровень, объем, интенсивность и пр.), применяемых в территориальных поликлиниках при первичном обследовании и взятии на диспансерный учет. Группа больных ($n = 116$), первоначально обследованная в эндокринологическом центре СКАЛ, была выборочной из общей популяции пациентов и рассматривалась нами как референтная.

Выявлено, что частота осложнений СД на 1000 больных в референтной группе значительно превышала таковую у больных, находящихся на учете в территориальной поликлинике и в муниципальном

регистре. Это обусловлено ограниченными возможностями параклинического обследования впервые выявленных больных СД или нарушениями сроков диспансерного наблюдения в условиях территориальных поликлиник. Так, у 14 (15,4 %) больных этой группы офтальмоскопию первоначально проводили без расширения зрачка; при этом ранние изменения на глазном дне могут быть не выявлены. Значительная часть больных (26,3 %) не подвергалась ежегодному обследованию у офтальмолога, что ухудшало диагностику ретинопатии. Этим можно объяснить значительные расхождения в данных распространенности ретинопатии на 1000 больных с впервые выявленным СД – 4,3 (по данным референтной группы) и 2,1 (в муниципальном регистре).

Диабетическая полинейропатия в группе больных из территориальных поликлиник наблюдалась с частотой 1,47, в референтной группе – 4,82 на 1000 больных, при соотношении 1 : 3,27. Это связано с низкой посещаемостью невропатологов больными поликлиник, а также крайне низкой чувствительностью применяемых тестов. Так, у больных, находящихся в муниципальном регистре, при обследовании невропатологом только в 27,3 % случаев исследована вибрационная чувствительность нижних конечностей. Между тем, именно этот тест позволяет выявить изменения на ранних стадиях заболевания. Кроме того, низкая и не регулярная посещаемость больными неврологов практически исключает анализ специфических для полинейропатии жалоб. Значительная часть больных этой группы отмечала парестезии (73,2 %), судороги в икроножных мышцах (38,4 %), боли в ногах по ночам (31,0 %). Только по наличию этих жалоб можно заподозрить развитие полинейропатии. Таким образом, значительный процент случаев диабетической полинейропатии остается не выявленным, а данные муниципального регистра о распространенности полинейропатии

представляются явно заниженными. Это обстоятельство требует более активного выявления полинейропатии в поликлинических условиях, так как она является фактором риска развития диабетической стопы. При ограниченной возможности комплексного обследования больных СД и в территориальных поликлиниках их необходимо направлять в эндокринологический центр СКАЛ. В условиях ЭЦ СКАЛ все больные получают адекватный объем параклинических исследований, результаты которых обеспечивают своевременную диагностику осложнений СД. Так, частота протеинурической стадии нефропатии в 2,4 раза, а эпизоды гликемии по концентрации HbA_{1c} в 3,9 раза чаще обнаруживались при обследовании в ЭЦ СКАЛ, чем в условиях территориальных поликлиник. Уровень компенсации СД 2 мы также косвенно оценивали по жалобам больных на момент осмотра. Большое число жалоб на жажду (61,7 %), никтурию (51,2 %), зуд кожи (28,3 %) свидетельствовало о недостаточной компенсации диабета, что и подтверждалось высоким уровнем гликированного гемоглобина. Высокое содержание HbA_{1c} всегда увеличивает риск возникновения тяжелых осложнений диабета, а, следовательно, обуславливает необходимость пересмотра тактики лечения.

В обеих группах больных мы проанализировали данные уровня HbA_{1c} и индекс массы тела. В разработку вошли сведения, полученные по 200 больным СД

Показатели индекса массы тела (ИМТ) у больных обеих групп наблюдения были следующими. У 70 (35,0 %) больных был нормальный ИМТ, остальные 130 (65 %) пациентов имели избыточный вес и ожирение. Вместе с тем, дифференцированное изучение уровня HbA_{1c} у этих больных не выявило достоверной корреляции между этим показателем и величиной ИМТ.

Строгое и регулярное наблюдение за компенсацией углеводного обмена у больных СД приводит к практическому исключению

гипогликемических реакций и кетоацидоза. Изучение случаев, потребовавших вызова бригады скорой помощи к больному с декомпенсацией углеводного обмена, показало, что пациенты, проходящие лечение в территориальных поликлиниках, в 3,7 раза чаще вызывают бригаду СМП, чем больные, находящиеся на лечении в ЭЦ СКАЛ

В этой связи использование современной технологии лечения СД в эндокринологическом центре СКАЛ имеет ряд очевидных преимуществ:

- Применение профессионально обоснованных критериев компенсации СД для каждого больного.
- Дифференцированное, правильно и оперативно подобранное противодиабетическое лечение, коррекция осложнений СД.
- Распространенность СД в г. Краснодаре увеличивается ежегодно. Максимальная величина прироста (5,8 %) совпадает с началом работы по созданию регистра СД. Соотношение типов диабета, возраста и пола больных соответствует среднероссийским показателям.
- Организационная технология лечения СД с использованием ЭЦ СКАЛ обеспечивает снижение обращаемости больных за скорой помощью, своевременность диагностики и лечения осложнений.
- Обследование в ЭЦ СКАЛ достоверно повышает качество диагностики осложнений СД. Так, в условиях СКАЛ при первичном обращении пациента происходит выявление ретинопатии – в 3,3 раза, нефропатии – в 2,4 раза, повышенного содержания гликированного гемоглобина – в 4 раза чаще, чем при первичном обследовании в территориальной поликлинике. Доля согласившихся на обучение в школе для больных СД в ЭЦ СКАЛ на 35 % выше, чем в территориальных поликлиниках.
- Обучение пациентов посредством школ для больных СД существенно улучшает настроение пациентов, повышает их

приверженность к лечению и самоконтролю за течением болезни, что, в целом, приводит к повышению качества жизни.

Выводы

1. Целесообразно расширять систему технологий лечения больных с СД с использованием стационарзамещающих технологий на примере поликлиник специализированного курсового лечения (СКАЛ).

2. Использование системы СКАЛ позволяет значительно снизить обращаемость пациентов за скорой и стационарной медицинской помощью, расширить диагностические возможности амбулаторной службы города, способствует раннему выявлению осложнений и их своевременному и адекватному лечению, что в целом и обуславливает экономическую эффективность технологии.

3. Повсеместное внедрение «школ диабета» повышает приверженность пациентов к лечению, что в перспективе снижает вероятность развития осложнений.

Список литературы

1. *Акопян А.С., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В.* Экономические проблемы здравоохранения. – М., 2000. – 123 с.
2. *Аметов А.С.* Сахарный диабет 2 типа: проблемы и решения // Фарматека. – 2003. – № 8. – С. 14–16.
3. *Анциферов М.Б., Суркова Е.В., Майоров А.Ю.* Тактика лечения больных инсулиннезависимым сахарным диабетом: анализ существующих подходов, основные проблемы и пути их решения // Пробл. эндокринологии. – 1994. – Т. 40, № 4. – С. 8–10.
4. *Анциферов М.Б., Дробышев М.Ю., Суркова Е.В., Захарчук Г.А., Мельникова О.Г.* Локус контроля у больных сахарным диабетом. Объективная оценка субъективного отношения к лечению // Пробл. эндокринологии. – 2002. – Т. 48, № 4. – С. 23–27.
5. *Асельдерова З.М., Хачирова Дж.Г., Закарьяева А.А.* Распространенность сахарного диабета 2 типа в сельской местности Республики Дагестан // Актуал. пробл. современ. эндокринологии: Материалы конгр. – СПб., 2001. – С. 14.
6. *Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М.* Возможности лечения сахарного диабета 2 типа на современном этапе // Рус. мед. журн. – 2002. – № 8–9. – С. 496–502.
7. *Банникова Р.В., Заросликова Л.А.* Профилактика поздних осложнений при сахарном диабете. Пути выбора наилучшего варианта диспансерной службы // Экология человека. – 2001. – № 1. – С. 31–32.
8. *Барт Б.Я., Манукян Л.М., Акимов Л.Г. и др.* Дневной стационар поликлиники – эффективная форма оказания медицинской помощи населению // Тер. арх. – 1997. – № 1. – С. 9–11.
9. *Благосклонная Я.В., Бабенко А.Ю., Красильникова Е.И.* Сахарный диабет тип 2 (инсулиннезависимый) // Врачеб. ведомости. – 2001. – № 3. – С. 17–23.
10. *Богомолов М.В., Вагина И.М., Пархоменко А.Д., Розина Н.В., Черникова Н.А.* Программа обучения пациентов с сахарным диабетом. – М.: КубК-а, 1996. – 119 с.
11. *Бузиашвили И.И., Фадеев В.В., Мельниченко Г.А.* Всемирная компьютерная сеть. Интернет в помощь эндокринологам и пациентам с заболеваниями эндокринных желез // Пробл. эндокринологии. – 2002. – Т. 48, № 1. – С. 37–40.
12. *Венедиктов Д.Д.* Здравоохранение России: кризис и пути преодоления. – М., 1999. – 104 с.
13. *Вялков А.И., Щепин В.О., Тищук Е.А.* Лечебно-профилактические учреждения федерального подчинения: анализ и оценка деятельности. – М.: «Рапорь», 2000. – 116 с.
14. *Герасименко Н.Ф.* Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны // Вестн. Росс. акад. мед. наук. – 1998. – № 4. – С. 58–62.
15. *Дедов И.И.* Сахарный диабет – проблема XXI века // Врач. – 2000. – № 1. – С. 4–5.
16. *Дедов И.И.* Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения // Сахарный диабет. – 1998. – № 1. – С. 7–21.
17. *Дмитриева Т.Б.* Механизм реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 2. – С. 15–17.
18. *Древаль А.В., Мисникова И.В., Редькин Ю.А.* Степень надежности данных, получаемых с помощью компьютерного регистра больных инсулиннезависимым сахарным диабетом // Пробл. эндокринологии. – 1999. – № 5. – С. 8–12.
19. *Древаль А.В., Лосева В.А., Тамазян Г.В., Редькин Ю.А.* Опыт работы по созданию выездной школы больного сахарным диабетом // Российский педиатрический журнал. – 1998. – № 1. – С. 70–71.

20. Древаль А.В., Мисникова И.В., Редькин Ю.А., Голубева Л.Б., Шахидова Л.А. Эпидемиологическое обследование популяции больных инсулиннезависимым сахарным диабетом в регионах московской области // Пробл. эндокринологии. – 1999. – № 3. – С. 3–7.
21. Ефимов А.С. Амбулаторная помощь эндокринному больному. – Киев: Здоровья, 1988. – 256 с.
22. Кадыров Ф.Н. Экономические методы стимулирования внедрения прогрессивных форм организации медицинской помощи // Пробл. соц. гиги. истор. мед. – 1998. – № 1. – С. 35–39.
23. Карпова И.А., Залевская А.Г. Программа скрининга сахарного диабета 2 типа в Санкт-Петербурге // Диабетология. – 2002. – № 17. – С. 8–12.
24. Карташов В.Т., Кныш В.И., Новиков В.С., Тарануха В.К. О преемственности работы госпиталя и поликлиники // Воен. мед. журнал. – 1997. – № 2. – С. 8–12.
25. Касаткина Э.П. Современные тенденции в организации диспансерного наблюдения за больными сахарным диабетом (лекция) // Пробл. эндокринологии. – 1989. – № 3, Т. 35. – С. 46–49.
26. Комаров Б.Д. Основы организации скорой медицинской помощи. – М.: Медицина, 1979. – 517 с.
27. Крылов Н.Н. Факторы, влияющие на качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1996. – Т. 6. – С. 318.
28. Кучеренко В.З. Экономика и инновационные процессы в здравоохранении. – М., 1994. – 294 с.
29. Кучеренко В.З., Цванг Р.Л. Организация работы главного врача многопрофильной больницы. – М.: ЦОЛИУВ, 1982. – 22 с.
30. Миндлин Я.С., Калмыков А.А., Утенков А.В. Больные хроническими заболеваниями: образ жизни, состояние здоровья, профилактика и организация медицинской помощи. – М.: Медицина, 1991. – 208 с.
31. Сквирская Г.П., О развитии стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению // Здравоохранение. – 2000. – № 1. – С. 5–10.
32. Стародубов В.И. Создание системы национальных счетов здравоохранения России // Здравоохранение. – 1999. – № 7. – С. 7–12.
33. Трофименко Е.В., Лебедев Н. Б., Губанов Н.В., Злобина Е.Н., Дедов И.И. Заболеваемость инсулинзависимым сахарным диабетом: эпидемиологические исследования // Пробл. эндокринологии. – 1994. – № 4, Т. 40. – С. 61–64.
34. Aiken L.H., Sochalski J., Lake E.T. Studying outcomes of organizational change in health services // Med. Care. – 1997. – Vol. 35, N 11. – P. 6–18.
35. Bloomgarden Z.T. European Association for the Study of Diabetes Annual Meeting, Brussels, 1999. Report. // Diabetes Care. – 2000. – Vol. 23, N 7. – P. 1012–1017.
36. Bodenheimer T. The American health care system – the movement for improved quality in health care // N. Engl. J. Med. – 1999. – Vol. 340, N 6. – P. 492.