

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*

Кудлай Инна Степановна – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье проанализирована эффективность лечения пациентов с сахарным диабетом на примере модели стационарзамещающей технологии эндокринологического специализированного курсового амбулаторного лечения.

Ключевые слова: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ,
ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ, САХАРНЫЙ
ДИАБЕТ, ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

UDC 616.379–008.64–036.22

**EFFICACY OF MEDICO-SOCIAL AND
PSYCHOLOGIC REHABILITATION
OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS
IN CENTRE OF SPECIAL OUT-PATIENT
TREATMENT**

Bazoyan Natalia Sergeevna – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Kudlai Inna Stepanovna – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

The article assessed the treatment efficacy of patients with diabetes mellitus on the hospital-replacement model technology of endocrinologic special course out-patient treatment.

Key words: MORBIDITY, ENDOCRINE
PATHOLOGY, DIABETES MELLITUS,
REGULAR MEDICAL CHECK-UP

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 Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире более 370 млн больных СД. В промышленно развитых странах Америки и Европы его распространенность составляет 5–6 % и имеет тенденцию к дальнейшему увеличению среди населения, особенно в возрасте старше 40 лет.

В России, по официальным данным, зарегистрировано более 3 млн больных СД. Однако расчеты, произведенные специалистами ВОЗ по результатам эпидемиологических исследований разных авторов, предполагают наличие в РФ от 8 до 16 млн больных этим заболеванием. В настоящее время в Краснодарском крае насчитывается свыше 158 тыс. больных СД, в том числе в г. Краснодаре – свыше 29 тыс. Распространенность СД в Краснодарском крае и в г. Краснодаре составляет, соответственно, в среднем 2,6 % больных от численности населения. По количеству пациентов с СД край занимает третью позицию в РФ после Москвы и Московской области и Санкт-Петербурга.

В одобренной Правительством РФ Концепции развития здравоохранения и медицинской науки РФ главное место занимает реорганизация 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, причем 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 здравоохранении.

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 городе 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 функциональная организационная структура специализированных служб с учетом этапности и принципов медицинского районирования, предусматривающая 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 часто 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, он направляется в стационар. Таким образом, чем хуже функционирует

амбулаторный уровень, тем чаще осуществляется госпитализация. В такой ситуации повышение качества внебольничной помощи не обеспечит даже рост численности врачей в первом звене здравоохранения.

В настоящее время не осуществляется должная преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. Практически у каждого второго госпитализированного больного в плановом порядке не выполнены на догоспитальном этапе предусмотренные стандартами исследования (определение гликогемоглобина, биохимического спектра, общего анализа крови, общего анализа мочи, микроальбуминурии). Так, 14,9 % больных поступили без обследования.

В связи с этим стали закономерными поиски новых организационных форм, позволяющих повысить качество внебольничной помощи и, следовательно, более эффективно использовать коечный фонд. Этому способствует осуществление следующих мер:

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

- внедрение стандартов оказания первичной и стационарной медико-санитарной помощи населению;

- 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 более тесной преемственности между поликлиникой и стационаром.

Логика дальнейшего развития новых организационных технологий требует перевода соответствующих «количественных» элементов в новое «качество», создание 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:

- ориентация системы на лечение мобильных больных;
- адаптированность системы для средних и больших городов;
- оснащение центра как амбулаторно-стационарного комплекса с единым лечебно-диагностическим блоком на уровне современной многопрофильной больницы.

Амбулаторный сектор выступает как ведущий и является эквивалентом обычного стационара, который в системе СКАЛ играет вспомогательную роль, выполняя в основном функции отделения интенсивной терапии. Амбулатория и стационар здесь 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 его во внерабочее время; больничный лист выдается только при временной нетрудоспособности. В течение всего курса лечения контроль за его проведением осуществляет

один и тот же специалист. Средняя частота лечебно-диагностических процедур определяется необходимостью (часть последних может осуществляться вне Центра СКАЛ, но под его контролем).

В ситуациях, безусловно требующих госпитализации и связанных с профильной для Центра СКАЛ патологией, больные немедленно помещаются в стационарное отделение. Поступают также больные при затянувшейся временной нетрудоспособности, обусловленной патологией, профильной для Центра СКАЛ (даже при сохраненной их мобильности), для проведения интенсивного лечения.

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

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

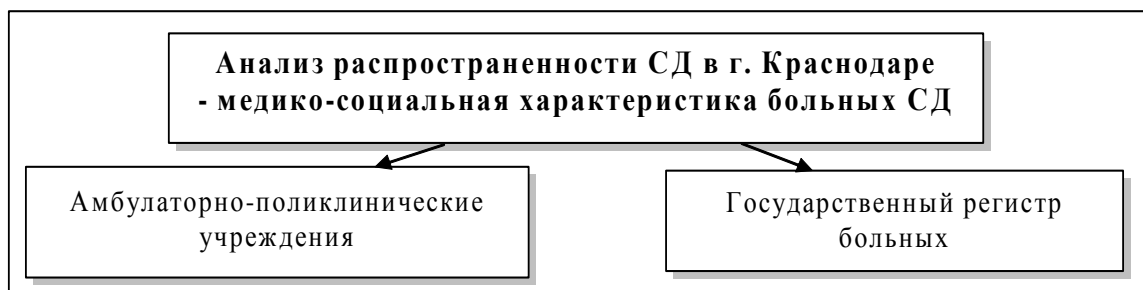
Одной из задач настоящего исследования явилась оценка эффективности деятельности системы специализированного курсового амбулаторного лечения как самостоятельного организационного направления в диабетологической помощи населению.

Организаторы и создатели новой технологии специализированной амбулаторной помощи населению полагают возможным обеспечение единого методического подхода к диагностике и лечению хронически распространенных заболеваний и оптимизации управления муниципальным здравоохранением.

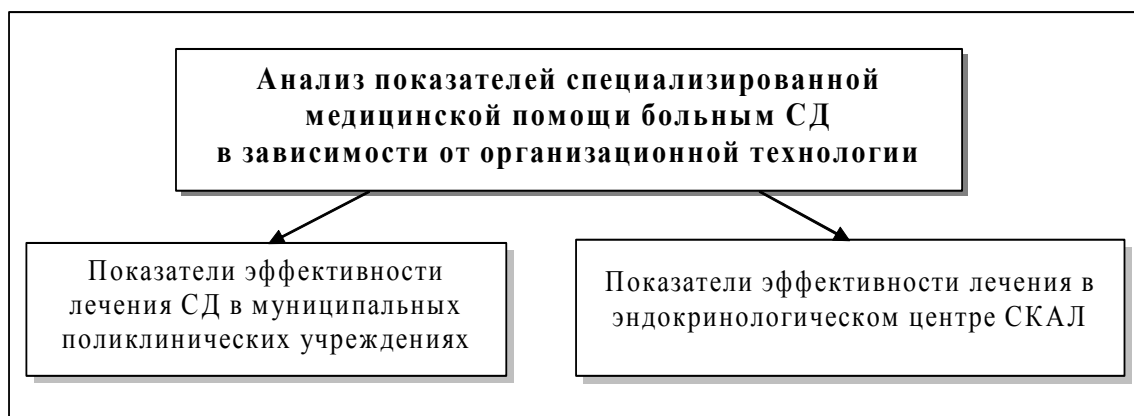
Информационный массив данных эндокринологического центра СКАЛ за десятилетний период (2001–2015 гг.) представлен 36661 больными СД, прошедшими ежегодное курсовое специализированное лечение однократно или неоднократно. Число больных СД, получивших

лечение в СКАЛ, составляет 14,1 % от общего контингента пациентов, обратившихся в эндокринологический центр СКАЛ.

1-й этап



2-й этап



3-й этап



Среди общего числа пролеченных в эндокринологическом центре СКАЛ больных СД было 8322 мужчины (22,7 %) и 28338 женщин (77,3 %). Больных СД 1 было 8542 (23,3 %), СД 2 – 28006 (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 накладывает особую ответственность за результаты лечения на поликлинического врача. 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 представляет значительные трудности, требует от них и членов семьи много усилий, ограничений, заставляет оказываться от привычного образа жизни. У всех членов семьи в связи с этим появляется много новых забот, семья должна научиться жить с хронически больным человеком. Оказать помощь семье в этом – наиболее важное направление работы как специалиста-эндокринолога, так и врача-терапевта территориального лечебного участка или врача общей практики (семейного врача).

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

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 процессе контроля за течением заболевания и в лечебном процессе, требует не только реконструкции сложившейся системы наблюдения за хроническими больными, но и трансформации традиционных отношений врач – больной.

Эффективной следует считать такую организацию лечебного процесса при СД, 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.

Организация помощи на поликлиническом этапе должна включать:

- ведение пациента согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2012–2013 гг. №№ 1581н, 750н, 751н, 1577н.;

- ведение медицинской документации согласно приказам Министерства здравоохранения Российской Федерации, Приказа МЗ РФ от 15 декабря 2014 г. № 834 н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемой в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядках их заполнения»;

- ведение федерального регистра пациентов с СД;

- проведение школ для пациентов с СД;

- ведение отчетной документации по учету списания сахароснижающих препаратов;

- наличие обратной связи с пациентами – возможность консультаций по телефону;

- наличие обратной связи с эндокринологическим центром и возможности консультирования в on-line режиме и записи на консультацию и госпитализацию в стационары города.

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 как на начальной стадии обследования больного и подбора препаратов, так и в процессе его длительного наблюдения и лечения в условиях территориальной поликлиники. Лейтмотивом повседневной работы диабетолога или врача любой другой специальности, наблюдающего больного диабетом, является оптимальная компенсация углеводного обмена.

В связи с тем, что оценка качества лечебно-профилактических мероприятий должна быть основана на статически достоверной информации, позволяющей осуществлять экстраполяции на всю популяцию больных, находящихся на диспансерном учете и в муниципальном регистре больных СД. За один из основных критериев была взята 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 больных 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. Изучение причин этого явления показало, что основная из них заключается в неполном выполнении параклинического обследования как у впервые выявленных больных СД, так и состоящих на учете в течение многих лет. 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 подвергались ежегодному обследованию у офтальмолога, что ухудшало диагностику ретинопатии. Этим можно

объяснить значительные расхождения в данных о распространенности ретинопатии у больных с впервые выявленным СД (4,3 на 1000 больных по данным референтной группы и 2,1 на 1000 – в муниципальном регистре).

Диабетическая полинейропатия наблюдалась в группе больных, поступивших из территориальных поликлиник с частотой 1,47, в референтной группе – 4,82 на 1000 больных, при соотношении 1:3,27. Это связано, прежде всего, с низкой посещаемостью невропатологов больными поликлиник. 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. Кроме того, низкая и нерегулярная 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 ее распространенности предоставляются 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 которого 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 эндокринологическом центре СКАЛ, чем в условиях территориальных поликлиник. Уровень компенсации СД2 мы также косвенно оценивали по жалобам больных на момент осмотра. Увеличение числа 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 увеличивает риск возникновения тяжелых осложнений диабета, а следовательно, требует необходимости пересмотра тактики лечения.

В обеих группах больных мы проанализировали данные уровня HbA и индекса массы тела. В разработку вошли сведения о 200 больных СД.

Показатели индекса массы тела у больных обеих групп наблюдения следующие.

У 70 (35,0 %) больных индекс массы тела (ИМТ) был нормальный, остальные – 130 (65 %) имели избыточный вес и ожирение. Вместе с тем, дифференцированное изучение уровня HbA 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 территориальных поликлиник в 3,7 раза чаще вызывают бригаду СМП, нежели больные, находящиеся на лечении в эндокринологическом центре СКАЛ.

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

– применение профессионально обоснованных критериев компенсации СД у каждого больного;

– дифференцированное, правильно и оперативно подобранное противодиабетическое лечение, коррекция осложнений СД.

Распространенность СД в г. Краснодаре увеличивается ежегодно до 2013 г., при этом максимальная величина прироста (5,8 %) совпала с началом работы по формированию годовых отчетов. Однако внедрение нового федерального регистра по СД 2013 г. внесло коррективы в численность пациентов с СД в городе и крае в связи с ревизией амбулаторных карт и снятием с учета умерших и выбывших с учета по иным причинам пациентов. На июнь 2015 г. в крае на диспансерном наблюдении находилось 158 082 пациента с СД. Соотношение типов диабета, возраста и пола больных соответствовало средним показателям по стране.

Организационная технология лечения СД с использованием эндокринологического центра СКАЛ обеспечивает снижение обращаемости больных за скорой помощью, своевременность диагностики и лечения осложнений.

Обследование в эндокринологическом центре СКАЛ достоверно повышает качество диагностики осложнений СД. Так, в условиях СКАЛ при первичном обращении пациента 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 огласившихся на обучение в школе для больных СД в эндокринологическом центре 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 технологии лечения больных с СД с использованием стационарзамещающих технологий на примере поликлиник СКАЛ.

2. Использование системы СКАЛ позволяет:

- значительно снизить обращаемость пациентов за скорой и стационарной медицинской помощью,

- расширяет диагностические возможности амбулаторной службы города,

- способствует раннему выявлению осложнений, их своевременному адекватному лечению, а также уменьшает вероятность развития осложнений,

- обуславливает экономическую эффективность стационарзамещающих технологий.

4. Повсеместное внедрение «школ диабета» повышает приверженность пациентов к лечению, что в перспективе уменьшает 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 Б. М., 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-го типа 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-го 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. *Бузиаишвили 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.: «Рапоръ», 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. гиг. истор. мед. – 1998. – № 1. – С. 35–39.
 23. *Карпова И. А., Залевская А. Г.* Программа скрининга сахарного диабета 2-го типа в Санкт-Петербурге // Диабетогрфия. – 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. – Suppl. – P. – NS 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.