Опыт работы дневного стационара инфекционного профиля на базе Пензенского областного клинического центра специализированной помощи

Баранова И.П.¹,
Свистунова Н.В.¹,
Рыбалкин С.Б.^{2,3},
Курмаева Д.Ю.^{2,3},
Дубиновская Е.В.¹

¹ Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 440060, г. Пенза, Российская Федерация

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», 440052, г. Пенза, Российская Федерация

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пензенский государственный университет», 440060, г. Пенза, Российская Федерация

В статье отражена организация работы дневного стационара инфекционного профиля в областном клиническом центре г. Пензы. Представлены методы диагностики и лечения больных инфекционного профиля, анализ показателей работы за 5 лет. Проанализирована структура больных по нозологическим формам, пролеченных в дневном стационаре. Освещены возможности дневного стационара по проведению противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Баранова И.П., Свистунова Н.В., Рыбалкин С.Б., Курмаева Д.Ю., Дубиновская Е.В. Опыт работы дневного стационара инфекционного профиля на базе Пензенского областного клинического центра специализированной помощи // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 9, № 2. С. 124–131. DOI: 10.33029/2305-3496-2020-9-2-124-131
Статья поступила в редакцию 18.06.2019. **Принята в печать** 12.03.2020.

Ключевые слова:
дневной стационар,
инфекционные
заболевания,
хронические
вирусные
гепатиты,
противовирусная
терапия

The experience of day hospital with an infection profile at the Penza Regional Clinical Center for Specialized Types of Medical Care

Baranova I.P.¹,
Svistunova N.V.¹,
Rybalkin S.B.^{2,3},
Kurmaeva D.Yu.^{2,3},
Dubinovskaya E.V.¹

¹ Penza Institute for Further Training of Physicians – Branch Campus of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education «Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 440060, Penza, Russian Federation

² Penza Regional Clinical Center for Specialized Types of Medical Care, 440052, Penza, Russian Federation

³ Penza State University, 440060, Penza, Russian Federation

In the article work organization in day hospital with an infection profile at the Penza Regional Clinical Center for Specialized Types of Medical Care is represented. Diagnostic and treatment methods for patients with an infection profile, 5 year performance analysis are described. The structure of patients (who were treated in the day hospital) according to nosological forms was analyzed. The capacity of the day hospital for antiviral therapy of chronic viral hepatitis are highlighted.

Keywords:
day hospital,
infectious diseases,
chronic viral hepatitis,
antiviral therapy

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

For citation: Baranova I.P., Svistunova N.V., Rybalkin S.B., Kurmaeva D.Yu., Dubinovskaya E.V. The experience of day hospital with an infection profile at the Penza Regional Clinical Center for Specialized Types of Medical Care. *Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obucheniye* [Infectious Diseases: News, Opinions, Training]. 2020; 9 (2): 124–31. DOI: 10.33029/2305-3496-2020-9-2-124-131 (in Russian)

Received 18.06.2019. **Accepted** 12.03.2020.

Одним из приоритетов развития современного здравоохранения является повышение его эффективности: оптимизация организационно-функциональной системы, внедрение новых форм работы медицинских организаций, повышение качества оказания медицинской помощи, совершенствование административного управления медицинскими организациями. Во многих странах мира огромное значение придается развитию различных форм оказания внебольничной медицинской помощи населению [1, 2]. В конце XX столетия на оказание дорогостоящей стационарной медицинской помощи в Российской Федерации использовали до 80% ресурсов здравоохранения, в то время как в экономически развитых странах расходы на стационарную помощь не превышали 20–30% [3, 4]. В своих исследованиях В.И. Стародубов, А.А. Калининская и др. показали, что необоснованная госпитализация больных, которые могли бы получать медицинскую помощь с применением стационарозамещающих технологий, составляет около 30% [5, 6]. Стационарозамещающие технологии позволяют медицинским организациям более эффективно использовать коечный фонд и сократить уровень необоснованной госпитализации, что является резервом экономии ресурсов [7–9].

Открытие дневных стационаров в Российской Федерации регламентировано:

- приказом Минздрава России от 9 декабря 1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях»;
- приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (приложение № 9 «Правила организации деятельности дневного стационара», приложение № 10 «Рекомендуемые штатные нормативы дневного стационара», приложение № 11 «Стандарт оснащения дневного стационара»);
- методическими рекомендациями Минздрава России «Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению» (Москва, 2002 г.).

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отдельным пунктом выделено оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара (ст. 32 п. 3) и подчеркнуто (ст. 33 п. 6 и ст. 34 п. 2), что в дневных стационарах возможно оказание первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи [10–13].

Дневной стационар – структурное подразделение амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения,

предназначенное для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий пациентам с использованием современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов, которые не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении. Инновационные подходы к диагностике и лечению больных, создание современных технологий позволяют в амбулаторных условиях оказывать пациенту такую помощь, которая ранее требовала стационарного лечения, нередко длительного [14–16].

Одной из актуальных проблем оказания специализированной инфекционной медицинской помощи является лечение больных с хроническими вирусными гепатитами. В информационном письме Минздрава России от 14 апреля 2014 г. № 17-06-2890 ТЯ «О совершенствовании оказания медицинской помощи больным с хроническими вирусными гепатитами» рекомендовано организовать лечение этой группы пациентов на базе дневных стационаров медицинских организаций [17]. С 2012 г. в рамках совершенствования тарифной политики приняты Клинико-статистические группы (КСГ), которые предназначены для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационаре и в дневном стационаре (постановление Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 1273).

На основании письма Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 22 декабря 2016 г. «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» включено несколько новых КСГ, определены категории пациентов и перечень заболеваний, медицинская помощь при которых оказывается за счет средств базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС): «...инфекционные и паразитарные заболевания, за исключением туберкулеза, ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем» (пп. III, IV). Это обеспечило возможность проведения противовирусной терапии (ПВТ) за счет средств ОМС, оказанной в условиях дневного стационара [18, 19].

Цель исследования – анализ эффективности оказания специализированной медицинской помощи больным в условиях инфекционного дневного стационара в Пензенской области.

Материал и методы

Проанализированы показатели работы дневного стационара по данным отчетной документации за 2014–2018 гг., а также компьютерная база данных дневного стационара

инфекционного профиля. Проведен анализ записей в Журналах учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у-07). Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 176 пациентов, проходивших ПВТ хронических вирусных гепатитов. Эффективность ПВТ оценивали по частоте достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) – неопределяемого уровня РНК HCV методом полимеразной цепной реакции в сыворотке крови через 12 нед для пациентов, получавших терапию в безинтерфероновом режиме (УВО12), и через 24 нед после – для пациентов, получавших терапию интерферонсодержащими схемами (УВО24).

Статистическую обработку материалов исследования проводили по результатам выкопировки данных из учетной и отчетной документации и расчета показателей коечного фонда с использованием методов вариационной статистики: определяли интенсивные и экстенсивные показатели, вычисляли средние величины и их ошибку ($M \pm m$). При статистической обработке данных использовали стандартный пакет программ Statistica for Windows (версия 13.0) фирмы Statsoft Inc.

Результаты и обсуждение

Дневной стационар на 50 инфекционных коек является подразделением ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (ГБУЗ ПОКЦСВМП). Дневной стационар как отдельное структурное подразделение был создан в январе 2014 г., что позволило расширить спектр оказываемой специализированной медицинской помощи пациентам с инфекционной патологией. Первоначально отделение было открыто на 33 койки. Менее чем за 4 года внедрение стационарозамещающих технологий доказало свою целесообразность, востребованность и экономическую эффективность, что позволило увеличить мощность дневного стационара до 50 коек в 2019 г.

Учитывая возможность использования каждой койки в условиях дневного стационара в две смены, планово-нормативные показатели объема медицинской помощи могут быть выражены числом пациенто-мест – условной единицей измерения мощности отделения и использования его коечного фонда. Организация работы отделения в две смены позволила увеличить мощность отделения до 40 пациенто-мест (с сентября 2017 г.), а затем и до 60 пациенто-мест

(с октября 2018 г.). Таким образом, за 5 лет работы дневной стационар показал себя стабильно работающим структурным подразделением ГБУЗ ПОКЦСВМП.

Основные показатели работы дневного стационара за 2014–2018 гг. представлены в табл. 1. Следует отметить, что в отделение госпитализированы преимущественно взрослые пациенты. Лечебно-диагностические мероприятия, проводимые детям, показали свою эффективность, и в 2016–2018 гг. количество госпитализированных детей увеличилось.

При открытии дневного стационара были утверждены показания и противопоказания для госпитализации, перечень нозологических форм, стандарты (протоколы) обследования и лечения. Больных на госпитализацию направляли врачи-инфекционисты амбулаторного приема ГБУЗ ПОКЦСВМП и кабинетов инфекционных заболеваний поликлиник города, врачи-инфекционисты приемного отделения ГБУЗ ПОКЦСВМП (в случае отсутствия показаний для госпитализации в круглосуточный стационар и отсутствия противопоказаний для госпитализации в отделение с дневной формой лечения; с учетом предпочтений пациента, а также если по ряду социальных или психологических причин больные не могут быть госпитализированы в круглосуточный стационар).

Использование возможностей ГБУЗ ПОКЦСВМП позволяет проводить большой спектр лабораторных исследований пациентам дневного стационара: клинические анализы крови и мочи, биохимические, бактериологические, иммунологические, молекулярно-генетические методы исследования. Также для пациентов дневного стационара доступны все инструментальные исследования, проводимые в Центре: рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, электрокардиография, эндоскопические исследования, фиброэластометрия печени, что необходимо для постановки диагноза и мониторингирования эффективности лечения.

По показаниям пациенты отделения могут быть проконсультированы специалистами, работающими в ГБУЗ ПОКЦСВМП: неврологом, дерматовенерологом, терапевтом, кардиологом, гинекологом, физиотерапевтом, врачом отделения гравитационной хирургии крови. В случаях сложных клинических ситуаций в отделении имеется возможность проведения консилиумов с сотрудниками кафедр инфекционных болезней (кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ДПО ПИУВ – филиал РМАНПО Минздрава России

Таблица 1. Количественные показатели работы дневного стационара

Индикативные показатели		Годы				
		2014	2015	2016	2017	2018
Количество коек в отделении		33	33	28	28	40
Количество пациенто-мест		33	33	28	40	60
Пролечено больных	всего	526	800	867	985	991
	взрослых	510	777	804	912	914
	детей	16	23	63	73	77
Количество дней работы койки в году		136,8	297,8	346,8	391,6	325,2
Средняя длительность лечения		9,9	12,2	11,3	15,4	13,1
Проведено больными койко-дней		5197	9826	9714	15 663	29 914

Таблице 2. Показатели качества работы дневного стационара

Результат лечения	2014 г., n=526		2015 г., n=800		2016 г., n=867		2017 г., n=985		2018 г., n=991		2014–2018 гг., n=4169
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
Выздоровление	75	14,3	112	14,0	217	25,0	219	22,2	220	22,2	20,2±0,6
Улучшение	449	85,3	682	85,2	644	72,4	759	77,1	766	77,3	79,2±0,6
Без изменений	1	0,2	4	0,5	3	0,3	4	0,4	2	0,2	0,3±0,1
Ухудшение или перевод	1	0,2	2	0,3	3	0,3	3	0,3	3	0,3	0,3±0,01

и кафедры микробиологии и инфекционных болезней медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» Минобрнауки России, ведущими специалистами города.

Медицинская помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на условиях ОМС в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Возможности дневного стационара позволяют проводить лечение больных с инфекционными заболеваниями с применением следующих медикаментозных видов терапии: антибактериальных, противовирусных, иммуномодулирующих, гепатопротекторных, метаболических препаратов и т.д., широко используются внутривенные струйные и капельные инъекции. Пациентам дневного стационара по показаниям возможно проведение экстракорпоральной гемокоррекции и детоксикации (интракорпоральное лазерное и экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови). Кроме этого, доступно лечение в физиотерапевтическом отделении, где широко представлены немедикаментозные методы терапии: массаж, физиотерапевтические процедуры (электролечение, микроволновая и ультразвуковая терапия, светолечение, теплелечение, аэрозольтерапия). Пациенты дневного стационара с хроническими инфекционными заболеваниями вне обострения имеют возможность проходить курсы противорецидивного лечения.

Известно, что основным показателем эффективности оказания медицинской помощи является исход заболевания. Из табл. 2 следует, что у большинства пациентов (99,4±0,1%), проходивших лечение в дневном стационаре, отмечались положительные исходы заболевания.

Выздоровление (полное восстановление нарушенных во время болезни функций организма, приспособительных возможностей и трудоспособности) за период наблюдения (2014–2018 гг.) было отмечено у 20,2±0,6% пациентов, улучшение [достижение при хронических заболеваниях временного ослабления (неполная ремиссия) или исчезновения (полная ремиссия) симптомов болезни] – у 79,2±0,6% пациентов. Нейтральный исход заболевания (отсутствие существенных изменений состояния здоровья) констатирован у 0,3±0,1% пациентов, направленных в дневной стационар, преимущественно для проведения комплекса диагностических мероприятий. Ухудшение состояния с переводом в круглосуточный стационар или выявление заболевания, потребовавшее перевода в стационар другого профиля, отмечено у незначительного количества пациентов (0,3±0,01%).

Следует отметить, что стационарозамещающая форма лечения занимает немаловажное место в организации оказания специализированной медицинской помощи инфекционным больным, приводя к снижению числа плановых и неоправданных госпитализаций в круглосуточный стационар без ухудшения качества и доступности лечебных и диагностических мероприятий. В табл. 3 представлены основания для нахождения пациентов в дневном стационаре.

Таблица 3. Основания для нахождения в дневном стационаре

Основания для нахождения в дневном стационаре	2014 г., n=526		2015 г., n=800		2016 г., n=867		2017 г., n=985		2018 г., n=991		2014–2018 гг., n=4169
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
Направление врача-инфекциониста	372	70,7	496	62,0	527	60,8	606	61,5	615	62,1	62,7±0,7
Перевод из приемного отделения круглосуточного стационара	154	29,3	232	29,0	271	31,2	337	34,2	342	34,5	32,0±0,7
Перевод после оказания неотложной помощи в круглосуточном стационаре	0	0	72	9,0	69	8,0	42	4,3	34	3,4	5,2±0,3

Структура нозологических форм, пролеченных в дневном стационаре в 2014–2018 гг.

ГЛПС – геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

Ежегодно в течение периода наблюдения $32,0 \pm 0,7\%$ пациентов, обратившихся в приемное отделение круглосуточного стационара (в порядке самообращения или доставленные бригадами скорой медицинской помощи), не имели показаний для стационарного лечения и не нуждались в оказании неотложной медицинской помощи. Организация работы дневного стационара при ГБУЗ ПОКЦСВМП позволила перенаправить эту категорию больных в отделение дневного пребывания. В 2015 и 2016 гг. койки дневного стационара использовались также для долечивания пациентов, которые после интенсивного лечения в условиях стационара с круглосуточным пребыванием (как правило, в течение 1–2 сут) не нуждались в дальнейшем постоянном наблюдении медицинского персонала и могли продолжить лечение на койках дневного пребывания. Подобная организация работы отделения не дала большого экономического эффекта и в дальнейшем не применялась.

С 2017 г. в ГБУЗ ПОКЦСВМП была организована работа кабинета неотложной медицинской помощи, в котором пациенты получали неотложную медикаментозную терапию и ряд лабораторно-инструментальных исследований в течение нескольких часов; далее при отсутствии противопоказаний больные направлялись для дальнейшего лечения в дневной стационар. Это позволило более экономно использовать финансовые возможности за счет сокращения штатной численности медицинского персонала (дежурного врача, круглосуточных постов среднего и младшего медицинского персонала, буфетчицы) и расходов на питание пациентов, снизить число плановых и неоправданных госпитализаций в стационар. Важным положительным моментом является и психологический комфорт пациентов, которые получают полный комплекс лечебно-диагностических мероприятий, находясь большую часть времени дома, не изменяя жизненного стереотипа, а в ряде случаев и продолжая работать. В то же время, в отличие от лечения в поликлинике, все лекарственные средства в дневном стационаре пациенты получали бесплатно, так как стоимость лечения входила в тариф за одного пролеченного больного по ФОМС.

На рисунке приведена структура нозологических форм, пролеченных в дневном стационаре в течение 2014–2018 гг.

Из схемы, представленной на рисунке, следует, что в структуре пациентов, находившихся в дневном стационаре, наибольший удельный вес на протяжении 5 анализируемых лет составляли больные хроническими вирусными гепатитами ($69,2 \pm 0,7\%$) – всего пролечено 2887 пациентов, из них 162 пациента ($95,6 \pm 0,4\%$) с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ), 2725 ($94,4 \pm 0,4\%$) – с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС). С заболеваниями органов дыхания пролечено 336 больных ($8,1 \pm 0,4\%$). Этиологическую расшифровку острых респираторных вирусных инфекций, составивших $73,1 \pm 2,6\%$ всех заболеваний органов дыхания, не проводили. Острые тонзиллиты преимущественно вызывали гемолитические стрептококки (*S. anginosus*, *S. pyogenes*), *S. aureus* и бактериальные ассоциации. У пациентов с бронхитом при бактериологическом исследовании мокроты в 21,3% случаев были выделены инфекционные агенты (преимущественно *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Acinetobacter baumannii* и spp., *Moraxella catharralis*).

В отделении лечились взрослые и дети с острыми кишечными инфекциями легкой и средней степени тяжести – 451 пациент ($10,8 \pm 0,5\%$). В этиологической структуре сальмонеллез – 3,7%, шигеллез – 0,9%, стафилококковые кишечные инфекции – 5,3%, иерсиниозный энтероколит – 1,2%, вирусные диареи – 1,6%, кампилобактериоз – 0,4% случаев.

Пациенты с инфекциями, вызванными вирусами герпеса человека I–VI типов составили $7,2 \pm 0,4\%$ (301 пациент). Этиологическую верификацию проводили методом иммуноферментного анализа (для герпес-вирусов I, II, IV, V типов) и/или молекулярно-биологическим методом – полимеразной цепной реакцией в реальном времени с количественным определением ДНК герпесвирусов IV, V и VI типов).

По поводу гельминтозов и протозоозов (описторхоз, токсокароз, трихинеллез, дифиллоботриоз, тениоз, тениаринхоз, аскаридоз, лямблиоз, токсоплазмоз) лечение получили 70 больных ($1,7 \pm 0,2\%$).

Для проведения превентивной терапии или для лечения стадии локальной инфекции болезни Лайма и гранулоцитарного анаплазмоза в дневной стационар были направлены 66 пациентов ($1,6 \pm 0,2\%$).

Больные геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС; 42 человека, $1,0 \pm 0,15\%$) были госпитализированы для реабилитации после лечения в круглосуточном стационаре (проведение общеукрепляющей, метаболической и ангиопротективной терапии, физиотерапевтических процедур) или в том случае, если заболевание легкой степени тяжести было диагностировано в дневном стационаре.

За 2014–2018 гг. 278 пациентов ($6,7 \pm 0,4\%$) находились в дневном стационаре с направительным диагнозом «лихорадка неясного генеза» для проведения комплекса лабораторно-инструментального обследования. У всех пациентов с указанным диагнозом отмечали длительный, более 3 нед субфебрилитет, и они не имели показаний к экстренной госпитализации и круглосуточному наблюдению врача. В результате обследования в 91,4% случаев диагностированы инфекционные заболевания (герпетические инфекции, иерсиниоз, респираторные вирусные инфекции, респираторный микоплазмоз, ГЛПС, описторхоз), и пациенты получили комплексное лечение. У 8,6% больных этио-

логия длительного повышения температуры тела не установлена, что потребовало госпитализации в круглосуточный стационар ГБУЗ ПОКЦСВМП или направления в отделения другого профиля (оториноларингология, ревматология, онкология, эндокринология, гинекология).

Важным разделом оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном дневном стационаре является проведение противовирусной терапии больным с ХВГ. В 2009–2012 гг. в Пензенской области противовирусная терапия больным с ХВГ проводилась в рамках областной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». С 2015 г. проведение противовирусной терапии ХВГ было возобновлено в дневном стационаре за счет средств ОМС в соответствии с постановлением Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов». Всего на терапию взято 4 пациента с ХВГВ и 176 пациентов с ХВГС (из них 54,6% с 1-м генотипом, 6% со 2-м генотипом, 39,4% с 3-м генотипом вируса гепатита С). По данным эластометрии к началу терапии у 47,9% пациентов был диагностирован слабый фиброз (F0 и F1 по шкале METAVIR), умеренный фиброз (F2 по шкале METAVIR) – у 16,7%, продвинутый фиброз (F3 по шкале METAVIR) – у 21,9% и цирроз печени (F4 по шкале METAVIR) – у 13,5% больных. Незначительное количество пациентов с ХВГВ, госпитализированных для проведения противовирусной терапии, связано в первую очередь с неопределенно длительным периодом лечения (пожизненное с использованием нуклеоз(т)идных аналогов или их сочетания) и отсутствием механизма для покрытия продолжения лекарственной терапии за счет средств ОМС на амбулаторном этапе.

В условиях ограниченного финансирования в 2015 г. противовирусная терапия проводилась лишь 7 пациентам со 2-м и 3-м генотипами вируса гепатита С по схемам, содержащим интерферон- α и рибавирин. Внедрение новых медикаментозных схем лечения с применением инновационных препаратов с повышенной клинической результативностью и введение новых КСГ, предназначенных для оплаты медицинской помощи, оказываемой в дневном стационаре, позволили значительно расширить объемы проводимой противовирусной терапии пациентам с ХВГС. В том числе появилась возможность проведения ПВТ у сложных категорий пациентов (с выраженным фиброзом и циррозом, не ответивших на стандартную терапию или имеющих сопутствующую патологию, исключающую возможность назначения интерферонов). Всем пациентам проводили динамическое клинико-лабораторное обследование в соответствии с общепринятыми стандартами ведения больных ХВГС. Все пациенты имели мотивацию к ПВТ, не имели противопоказаний к ее проведению. Использовали как безинтерфероновые, так и интерферонсодержащие схемы лечения ХВГС в соответствии с рекомендациями, принятыми на территории РФ [20].

Наиболее доступными схемами с финансовой точки зрения остаются интерферонсодержащие схемы, в связи с чем наиболее многочисленной является группа пациентов (135 человек), получавших схемы, содержащие пегинтерфе-

рон альфа-2b или цепэгинтерферон альфа-2b и рибавирин в течение 24 нед. Остальные 41 человек получали безинтерфероновые схемы терапии (дасабувир + омбитасвир + паритапревир + ритонавир; даклатасвир + асунапревир; даклатасвир + софосбувир).

Полный курс ПВТ завершили 167 из 176 человек. ПВТ была прекращена досрочно у 9 пациентов по следующим причинам: отсутствие вирусологического ответа (3 пациента) или вирусологический прорыв (1 пациент); развившиеся в ходе лечения нежелательные реакции (3 больных); отказ пациентов от продолжения ПВТ (2 больных). Зарегистрированные нежелательные явления у пациентов, получавших интерферонсодержащие схемы, были характерны для интерферона и рибавирина, проводилась коррекция дозы интерферона в связи с развитием нейтропении или тромбоцитопении и коррекция дозы рибавирина вследствие развившейся анемии. Лечение было прекращено 1 пациенту в связи с развитием токсикодермии и 1 – в связи с развитием тромбоцитопении. Среди пациентов, получавших безинтерфероновые схемы ПВТ, отмечали минимальные нежелательные явления (утомляемость, головная боль, тошнота). Прекращение лечения потребовалось 1 пациенту, получавшему дасабувир + омбитасвир + паритапревир + ритонавир в связи с развитием стойкой гипертермии и цитолитического синдрома.

Устойчивый вирусологический ответ (УВО12 для пациентов, получавших терапию в безинтерфероновом режиме, УВО24 – для пациентов, получавших интерферонсодержащие схемы) достигнут у 131 (74,4%) пациента. Среди них 27 (65,9%) из 41, получавших безинтерфероновые схемы, и 104 (77,0%) из 135 – на интерферонсодержащих схемах терапии.

Таким образом, внедрение новых медикаментозных схем лечения хронических вирусных гепатитов и введение КСГ, предназначенных для оплаты медицинской помощи, оказываемой в дневном стационаре, позволили значительно расширить объемы проводимой противовирусной терапии.

Заключение

Дневной стационар соответствует основным требованиям оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями. Увеличение количества коек при сохранении плановых показателей занятости койки доказывает востребованность этого структурного подразделения. Организация дневного стационара позволила сократить необоснованную госпитализацию в круглосуточный стационар при сохранении доступности и эффективности специализированной медицинской помощи инфекционным больным с широким спектром нозологических форм.

Важным положительным моментом является психологический комфорт пациентов и возможность получать лекарственные средства бесплатно при амбулаторном варианте оказания медицинской помощи. В структуре заболеваемости наибольший удельный вес на протяжении 5 анализируемых лет составляли ХВГ (69,2 $\pm$ 0,7%). Среди всех пролеченных в дневном стационаре положительный исход в течении заболевания в 2014–2018 гг. (выздоровление или улучшение состояния здоровья) имели 99,4 $\pm$ 0,1% пациентов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Баранова Ирина Петровна (Irina P. Baranova) – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Российская Федерация

E-mail: irinapetrovna.baranova@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-3692-8359>

Свистунова Наталья Владимировна (Natalya V. Svistunova) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заведующая дневным стационаром ГБУЗ ПОКЦСВМП, Пенза, Российская Федерация

E-mail: snv.10@mail.ru

Рыбалкин Сергей Борисович (Sergey B. Rybalkin) – главный врач ГБУЗ ПОКЦСВМП, доцент кафедры «Микробиология, эпидемиология и инфекционные болезни» Медицинского института ФГБОУ ВО «ПГУ», Пенза, Российская Федерация

E-mail: svmp@penzadom.ru

Курмаева Джамиля Юсуповна (Dzhamilya Yu. Kurmaeva) – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ ПОКЦСВМП, доцент кафедры «Микробиология, эпидемиология и инфекционные болезни» Медицинского института ФГБОУ ВО «ПГУ», главный внештатный инфекционист Минздрава Пензенской области, Пенза, Российская Федерация

E-mail: d.kurmaeva@yandex.ru

Дубиновская Елена Владимировна (Elena V. Dubinovskaya) – ассистент кафедры инфекционных болезней ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Российская Федерация

E-mail: d.e.v.1991@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермуханова Л.С., Каташева Д.Н. Развитие стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи // Вестник КазНМУ. 2014. № 4. С. 445–446.
2. Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В. Анализ основных показателей деятельности дневных стационаров в период с 2010 по 2014 год // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2016. № 2. С. 21–29.
3. Дараев Ю.Д. Научное обоснование механизмов формирования конкурентной среды на рынке медицинских услуг : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2006. 24 с.
4. Сон И.М., Евдаков В.А., Шляфер С.И. и др. Деятельность дневных стационаров в Российской Федерации в 2000–2014 годах // Менеджер здравоохранения. 2016. № 7. С. 6–19.
5. Стародубов В.И., Калининская А.А. и др. Стационарозамещающие формы организации медицинской помощи. Москва : ЦНИИОИЗ, 2001. 216 с.
6. Стародубов В.И., Калининская А.А., Сквирская Г.П. и др. Экономические и медикоорганизационные основы деятельности дневного стационара на базе больничного учреждения // Здравоохранение. 2001. № 1. С. 31–35.
7. Карайланов М.Г., Русев И.Т., Прокин И.Г. и др. Рациональное использование стационарозамещающих технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2016. № 4. С. 152–157.
8. Гапиненко Н.В. Совершенствование организации оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи в условиях крупного города (на примере г. Новосибирска) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2012. 23 с.
9. Гудцова А.П. Медицинская, экономическая и социальная эффективность стационарозамещающих технологий: история, оценка, перспективы : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2002. 24 с.
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 декабря 1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» // Справочник заведующего дневным стационаром (нормативные материалы по организации работы). Москва : ГРАНТЬ, 2001. С. 7–12.
11. Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению : методические рекомендации. Москва : Минздрав России, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, ЦНИИОИЗ, 2002. 37 с.
12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 01.05.2019)
13. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принят Государственной Думой РФ 01.11.2011 г., одобрен Советом Федерации 09.11.2011 г. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 01.05.2019)
14. Сквирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению // Здравоохранение. 2000. № 1. С. 5–10.
15. Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И. Дневные стационары (Стационарозамещающие формы организации оказания медицинской помощи населению) : руководство для врачей. Москва : МЕДпресс-информ. 2000. 96 с.
16. Чубирко М.И., Антоненков Ю.Е., Чубирко Ю.М. Новые формы оказания медицинской помощи в России и Воронежской области // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. № 2. С. 122–125.
17. Информационное письмо Минздрава России от 14 апреля 2014 г. № 17-06-2890 ТЯ «О совершенствовании оказания медицинской помощи больным с хроническими вирусными гепатитами». [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MED;n=57652#05184436845469726> (дата обращения: 01.05.2019)
18. Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171785/ (дата обращения: 01.05.2019)
19. Никитин И.Г., Чуланов В.П., Андреева К.В., Мурашко М.М. Актуальные вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с хроническими вирусными гепатитами // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2016. № 1. С. 4–11.
20. Клинические рекомендации: хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у взрослых. 2018. 90 с. URL: <http://nnoi.ru/>

REFERENCES

1. Ermukhanova L.S., Katasheva D.N. Development of hospital technologies in health. *Vestnik KazNMU [Bulletin of KazNMU]*. 2014; (4): 445–46. (in Russian)
2. Melnikov Yu.Yu., Smyshliaev A.V. The analysis of key performance indicators of day hospital during the period from 2010 to 2014. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoj statistiki [Modern Problems of Healthcare and Medical Statistics]*. 2016; (2): 21–9. (in Russian)
3. Daraev Yu.D. Scientific justification of mechanisms of formation of the competitive environment in the market of medical services: Autoabstract of Diss. Moscow, 2006: 24 p. (in Russian)
4. Son I.M., Evdakov V.A., Shlyafier S.I., et al. Activity of day hospitals in the Russian Federation in 2000–2014. *Menedzher zdravookhraneniya [Health Care Manager]*. 2016; (7): 6–19. (in Russian)
5. Starodubov V.I., Kalininskaya A.A., et al. Hospital-replacing forms of the organization of medical care. Moscow: TsNIOIZ, 2001: 216 p. (in Russian)
6. Starodubov V.I., Kalininskaya A.A., Skvirskaia G.P., et al. Economic and medico-organizational bases of activity of a day hospital on the basis of medical institution. *Zdravookhranenie [Health Care]*. 2001; (1): 31–5. (in Russian)
7. Karaylanov M.G., Rusev I.T., Prokin I.G., et al. Rational use of hospital-replacing technologies when rendering primary health care. *Vestnik Rossiyskoy voyenno-meditsinskoy akademii [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]*. 2016; 4 (56): 152–7. (in Russian)
8. Gapinenko N.V. Improvement of the organization of rendering hospital-replacing types of medical care in the conditions of the large city (on the example of Novosibirsk): Autoabstract of Diss. Novosibirsk, 2012: 23 p. (in Russian)
9. Gudtsova A.P. Medical, cost and social efficiency of hospital-replacing technologies: History, assessment, prospects: Autoabstract of Diss. Moscow, 2002: 24 p. (in Russian)
10. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 438 of December 9, 1999. «About the organization of activity of day hospitals in treatment and prevention facilities» In: Reference Book by the Manager of a Day Hospital (standard materials on the organization of work). Moscow: GRANT, 2001: 7–12. (in Russian)
11. Organization of hospital-replacing forms of medical care to the population. Methodical recommendations. Moscow: Minzdrav Rossii, Federal'nyi fond obyazatel'nogo meditsinskogo obrazovaniya, TsNIOIZ, 2002: 37 p.
12. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of May 15, 2012 No. 543n «About the adoption of the Provision on the organization of primary health care to adult population» [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132071/ (date of access May 1, 2019). (in Russian)
13. The federal law of November 21, 2011 No. 323-FZ «About bases of protection of public health in the Russian Federation», is adopted by the State Duma of the Russian Federation 01.11.2011, approved by the Federation Council of 09.11.2011 [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (date of access May 1, 2019). (in Russian)
14. Skvirskaia G. About development of hospital-replacing forms of the organization and delivery of health care to the population. *Zdravookhranenie [Health Care]*. 2000; (1): 5–10. (in Russian)
15. Zyyatdinov K.Sh., Rybkin L.I. Day hospitals (Hospital-replacing forms of the organization of delivery of health care to the population): a guide for physicians. Moscow: MEDpress-inform. 2000: 96 p. (in Russian)
16. Chubirko M.I., Antonenkov Yu.E., Chubirko Yu.M. New forms of delivery of health care in Russia and the Voronezh region. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Elektronnoe izdanie [Bulletin of New Medical Technologies. Electronic edition]*. 2018; (2): 122–5. (in Russian)
17. Information letter of the Russian Ministry of Health of April 14, 2014 No. 17-06-2890TYa «About improvement of delivery of health care to patients with chronic viral hepatitis» [Electronic resource]. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MED;n=57652#05184436845469726> (date access May 1, 2019). (in Russian)
18. The resolution of the Government of the Russian Federation of November 28, 2014 No. 1273 «About the Program of the state guarantees of free rendering medical care to citizens for 2015 and for planning period of 2016 and 2017» (with changes and additions). [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171785/ (date access May 1, 2019). (in Russian)
19. Nikitin I.G., Chulanov V.P., Andreeva K.V., Murashko M.M. Topical issues of the organization of delivery of health care to patients with a chronic viral hepatitis. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni. Aktual'nye voprosy [Epidemiology and Infectious Diseases. Actual Issues]*. 2016; (1): 4–11. (in Russian).
20. Clinical recommendations: chronic viral hepatitis C (HCV) in adults. 2018: 90 p. URL: <http://nnoi.ru/>