

© А. А. Косенко, М. И. Дмитриева, 2010
УДК 614.2:616.9:362.121

А. А. Косенко

М. И. Дмитриева

Городская поликлиника № 112, Санкт-Петербург

Сравнительный анализ и перспективы развития инфекционной службы поликлиники

В статье подведены итоги инфекционной службы поликлиники за несколько лет. Приняты медико-экономические стандарты — формализованное описание минимального объема медицинской помощи, оказание которой должно быть обеспечено пациенту с конкретной нозологической формой.

Ключевые слова: поликлиническая служба, инфекционная заболеваемость, медико-экономические стандарты

Обеспечение качества и доступности медицинской услуги является приоритетным в системе здравоохранения. Поликлиника, как первичное и связующее звено, остается важным лечебным учреждением в оказании паллиативной медицинской помощи.

Развитие первичной медицинской помощи является ключевым направлением повышения доступности, качества и эффективности услуг системы здравоохранения. Общий уровень доступности и качества медицинской помощи в значительной мере определяется на амбулаторном этапе. В программных документах правительства в последние годы неоднократно декларировались задачи приоритетного развития амбулаторно-поликлинической помощи по сравнению со стационарной и проведения реформ в организации первичной медицинской помощи [1].

Одним из критериев качества помощи является удовлетворенность ею пациентов. Население Калининского района на 01.01.2010 г. составляло 394 928 человек. Городская поликлиника № 112 обслуживает 236 720 человек.

В городской поликлинике № 112 оказывают медицинскую помощь и услуги по специальностям: терапия, хирургия, офтальмология, урология, неврология, отоларингология, кардиология, ревматология, инфекционные болезни, включая диспансеризацию ВИЧ/СПИД, физи-

отерапия, дневной стационар, отделение восстановительной терапии, лечебная физкультура, травматология, общая врачебная практика. На базе поликлиники функционирует районное гериатрическое отделение.

Задачи поликлинической службы:

- оказание специализированной амбулаторно-поликлинической помощи населению в поликлинике и на дому;
- организация и проведение комплекса профилактических мер среди населения обслуживаемой территории Калининского района;
- организация и обслуживание диспансеризации населения;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения и пропаганда здорового образа жизни.

Для совершенствования медицинской помощи инфекционным больным в поликлиниках работают объединенные кабинеты, они функционируют как ОИПЗИ (отделение инфекционно-паразитарных заболеваний и иммунопрофилактики). С ростом хронических инфекций, включая ВИЧ/СПИД и гепатиты, особую значимость приобретает работа с диспансерной группой: учет, систематическое обследование и лечение реконвалесцентов и бактерионосителей.

В последние десятилетия проявления эпидемического процесса гепатита В (ГВ) и гепа-

тита *С* (*ГС*) в России претерпели значительные изменения. Высокая пораженность вирусами *ГВ* и *ГС* лиц молодого возраста в конце 90-х гг. прошлого столетия в настоящее время привела к заметному увеличению числа больных с хроническими формами инфекций [2–4]. Установлено, что возбудители *ГВ* и *ГС* являются, в подавляющем числе случаев, причиной возникновения первичного рака печени [5, 6]. В отечественной и зарубежной литературе большое внимание уделяется клиническим проблемам рака печени, при этом относительно мало работ посвящено его эпидемиологической характеристике [7].

Больные с хроническими формами *ГВ* и *ГС*, включая лиц с первичным раком печени, являются длительными и активными источниками инфекции. С увеличением заболеваемости хроническими *ГВ* и *ГС* происходит накопление длительных источников инфекции среди населения.

Процесс формирования данных — сбор информации о состоянии здоровья пациента и результатов исследований — фиксирует медперсонал в картах диспансерного наблюдения. Накопительная картотека — это совместный многолетний труд органов санитарно-эпидемиологического надзора, эпидемиологического бюро города и врачей ЛПУ всех специальностей. Для более удобной систематизации накопленной базы данных и автоматизации ручного труда необходима компьютерная техника. В практике врача-инфекциониста, отвечающего за организацию процесса диагностики и лечения, а также за диспансеризацию хронических больных, автоматизация работы играет важную роль, освобождая от рутины при составлении отчетной документации.

С помощью компьютера можно обрабатывать и хранить огромное количество информации. В ОИПЗИ осуществляются организационно-методические, лечебно-диагностические и профилактические мероприятия. Ведение информационно-справочной базы данных с по-

мощью компьютера создает возможности для формирования контингентов населения, отделений (участков) ЛПУ, организаций, прикрепленных к ЛПУ, групп льготных категорий населения, хронических инфекционных заболеваний, ведения контрольных карт диспансерного наблюдения, формирования ежемесячных и годовых отчетов.

Автоматизация рабочего места создает новые направления в организации медицинской помощи инфекционным больным, в решении актуальных проблем, возникающих перед инфекционной службой поликлиники.

Активное внедрение компьютерных программ в практику врачей становится реальным и позволяет намного улучшить оказание помощи инфекционным больным. По анализу первичного приема практические врачи в последние годы отмечают резкое возрастание числа хронических больных и больных с иммунодефицитными состояниями, которые подлежат длительной диспансеризации в отделениях инфекционного профиля.

Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения по территории поликлиники № 112 в 2008 г. по острым вирусным гепатитам превышал среднерайонные, в основном за счет вспышек острого гепатита *А*, в 2009 г. уровень заболеваемости был ниже в 1,6 раза по острому вирусному гепатиту *А*, на 0,4 — по острому вирусному гепатиту *С* (табл. 1).

Уровень заболеваемости (на 100 тыс. населения) хроническими вирусными гепатитами по поликлинике № 112 в 2008 г. был ниже среднерайонных, такая же тенденция сохранялась и на протяжении 2009 г. (табл. 2).

Ежегодная регистрация первично выявленных носителей вирусов *ГВ* и *ГС* сохраняется на достаточно высоком уровне. Показатели заболеваемости по поликлинике коррелируют в целом с показателями по району (табл. 3).

Средний показатель за много лет очаговости *ГВ* в Калининском районе составляет 2,8 %,

Таблица 1

Показатели заболеваемости острыми вирусными гепатитами за период 2008–2009 гг., на 100 тыс. населения

| Острый вирусный гепатит | Поликлиника № 112 | | Калининский район | |
|-------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|
| | 2008 г. | 2009 г. | 2008 г. | 2009 г. |
| <i>А</i> | 11,6 | 4,7 | 0,53 | 6,3 |
| <i>В</i> | 2,3 | 2,3 | 0,63 | 2,2 |

Таблица 2

Показатели заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в 2008 г. по сравнению с 2009 г., на 100 тыс. населения

| Хронический вирусный гепатит | Поликлиника № 112 | | Калининский район | |
|------------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|
| | 2008 г. | 2009 г. | 2008 г. | 2009 г. |
| <i>B</i> | 44 | 33,1 | 49,44 | 47,6 |
| <i>C</i> | 76,5 | 45,0 | 98,8 | 124,5 |
| Неверифицированный | 11,6 | 11,8 | 19,42 | 18,2 |
| <i>Mixt</i> | 11,6 | 9,8 | 8,58 | 15,6 |

Таблица 3

Динамика носительства *HBsAg* и анти-*HCV* в 2008–2009 гг., на 100 тыс. населения

| Нозологическая форма | Поликлиника № 112 | | Калининский район | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|
| | 2008 г. | 2009 г. | 2008 г. | 2009 г. |
| Носительство <i>HBsAg</i> | 32,4 | 40,3 | 30,27 | 25,3 |
| Носительство анти- <i>HCV</i> | 62,6 | 75,8 | 70,12 | 47,3 |

а показатель очаговости *ГС* — 4,3 %. В 53 % очагов по месту жительства с двумя и более случаями регистрируются больные с острыми и хроническими формами как *ГВ*, так и *ГС*. Такое сочетание инфекций в очагах связано с общностью путей передачи вирусов *ГВ* и *ГС*, а также рискованными поведенческими реакциями у членов семей. Учитывая преобладание в семьях двух и более лиц с хроническими формами *ГВ* и *ГС* (72,7 % — *ГВ*, 78,7 % — *ГС*), можно говорить о длительном скрытом существовании таких очагов (рис. 1).

Обследование групп риска на *HBsAg* и анти-*HCV* показывает высокую пораженность указанных групп населения. Это касается как отдельных категорий пациентов, так и контактных в семейных очагах *ГВ* и *ГС*. У больных с различной хронической патологией частота выявления *HBsAg* составила 1,7 %, а анти-*HCV* —

4,9 %. У контактных в очагах *HBsAg* выявлялся с частотой 5,2 %, а анти-*HCV* — 7,4 %. Полученные данные указывают на возможность эпидемического распространения вирусов *ГВ* и *ГС* как в стационарах, так и при бытовом общении [8].

Несмотря на то, что вирусный *ГВ* — это управляемая инфекция, сохраняется достаточно высокий показатель заболеваемости по району и в целом по Санкт-Петербургу (рис. 2).

В связи с неблагоприятной ситуацией по заболеваемости вирусным *ГВ* в Санкт-Петербурге, постановлением главного государственного санитарного врача по Санкт-Петербургу от 27.07.2010 г. № 12 «О совершенствовании эпидемиологического надзора за гепатитом *B* в Санкт-Петербурге», решением заседания Координационного совета по реализации приоритетного национального проекта в сфере здраво-

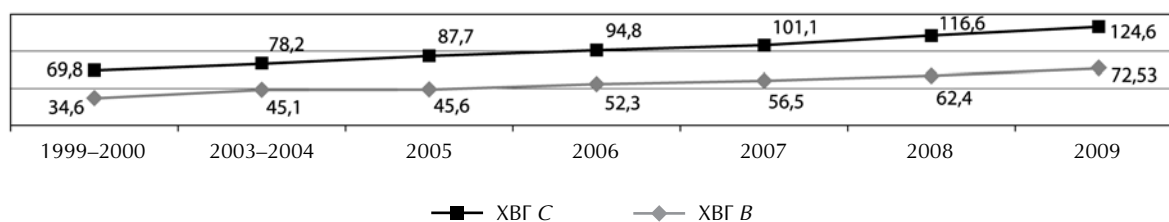


Рис. 1. Динамика заболеваемости хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) за 1999–2009 гг., на 100 тыс. населения

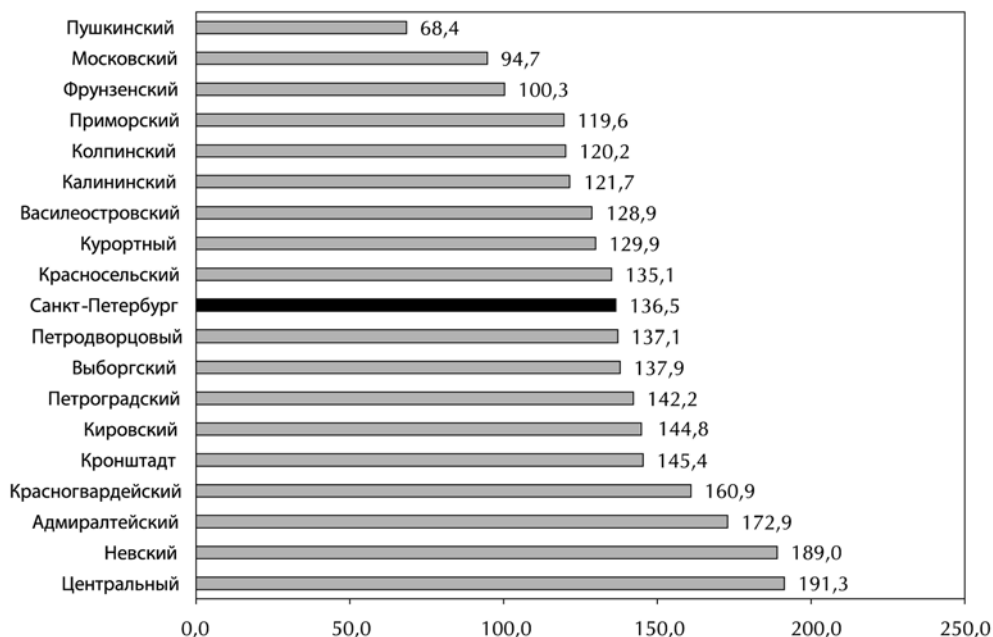


Рис. 2. Показатели заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в районах Санкт-Петербурга за 8 мес 2010 г. в сравнении со среднегородским показателем

охранения в Санкт-Петербурге от 05.08.2010 г. утвержден План мероприятий по профилактике заболевания вирусным гепатитом В в Санкт-Петербурге на 2010–2012 гг.

Проведено внедрение медико-экономических стандартов в структуру работы поликлиники.

Медико-экономический стандарт (МЭС) — это формализованное описание минимального объема медицинской помощи, оказание которой должно быть обеспечено пациенту с конкретной нозологической формой или в конкретной клинической ситуации с количественными

Таблица 4

Цели обращений в ЛПУ

| Цель | Поводы |
|-------------------------|---|
| Лечебно-диагностическая | Острое заболевание; хроническое, впервые выявленное; хроническое установленное — обострение; динамическое наблюдение; выдача справки на санаторно-курортное лечение; оформление санаторно-курортной карты; осмотр перед госпитализацией на оперативное лечение при выявлении сопутствующей патологии |
| Консультативная | По направлению лечащего врача |
| Диспансерная | При острых заболеваниях; при хронических заболеваниях; дополнительная диспансеризация |
| Профилактическая | Прививки взрослым; осмотры перед трудоустройством в дошкольные и образовательные учреждения; осмотры перед направлением в учреждения отдыха; осмотр перед госпитализацией на оперативное лечение при отсутствии сопутствующей патологии; самостоятельные обращения граждан; при вспышках инфекционных заболеваний |
| Профессиональный осмотр | Профилактические и периодические медицинские осмотры |
| Реабилитация | Остаточные явления после заболевания |
| Прочие | Выдача справок о состоянии здоровья; выдача выписок из амбулаторной карты |

характеристиками медицинских технологий, то есть с указанием частоты предоставления услуг, среднего количества их назначений на законченный случай лечения, дозы, а также количества лекарственных средств и изделий медицинского назначения (*табл. 4*).

Таким образом, внедрение МЭС позволит:

- оптимально тарифицировать медицинские услуги;
- грамотно планировать финансовые средства;

- эффективно распределять ограниченные финансовые средства между медицинскими организациями в зависимости от количества пролеченных больных, конкретных заболеваний, тяжести состояний пациентов и качества оказанной медицинской помощи;

- повысить качество медицинской помощи и рационально использовать имеющиеся ресурсы за счет применения только доказанных технологий.

Литература

1. Шевский В. И., Шишкин С. В. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы. М., ИЭПП, 2006. Науч. тр. № 102. С. 1.
2. Мукомолов С. Л., Шляхтенко Л. И. Аналитический обзор // Вирусные гепатиты в РФ. 1999. Вып. 2. С. 113–120.
3. Онищенко Г. Г. XXI век без вирусных гепатитов // Медицина для всех. 1999. Вып. 2. № 13. С. 1–3.
4. Онищенко Г. Г. Эпидемиологическая обстановка по инфекционным специфическим заболеваниям, профилактики управляемым и основные средствами направления профилактики этой группы заболеваний в РФ // Журн. микробиол. 1998. № 1. С. 24–35.
5. Европейские стандарты диагностики и лечения инфекций, передаваемых половым путем. Европейские стандарты диагностики и лечения инфекций, вызванных вирусами гепатита В и С / Под ред. К. Рэдклифа. М.: Мед. лит., 2003.
6. Шахгильдян И. В., Михайлов М. И., Онищенко Г. Г. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003.
7. Чахарьян В. В., Чхинджерия И. Г., Лазаренко О. В. и др. Проявления эпидемического процесса гепатитов В и С в условиях крупного района Санкт-Петербурга (часть II) // Вестн. Рос. ВМА. 2008. № 2 (22). С. 420.
8. Чахарьян В. В., Чхинджерия И. Г., Лазаренко О. В. и др. Анализ очаговости гепатитов В и С в Калининском районе Санкт-Петербурга в 1994–2006 гг. (часть II) // Вестн. Рос. ВМА. 2008. № 2 (22). С. 421.

A. A. Kosenko, M. I. Dmitrieva

City Outpatient Clinic № 112, St. Petersburg

The comparative analysis and perspectives of development of out-patient clinic Infectious Diseases Department

Article sums up results of out-patient clinic Infectious Diseases Department work for some years. Medical-economic standards — the formalized description of the minimum volume of the medical aid which rendering should be provided to the patient with the concrete nosological form of disease are accepted.

Key words: ambulatory care, infectious morbidity, medical-economic standards