

О. М. КОМАР, Н. М. КІЗЛОВА

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова МОЗ України,
м. Вінниця, Україна

Мета: удосконалити організацію основних складових надання медичної допомоги пацієнтам із вірусним гепатитом С, зменшити ризик інфікування вірусом дорослого населення.

Матеріали і методи. Системному аналізу підлягали існуючі міжнародні й вітчизняні стандарти, протоколи і вказівки надання медичної допомоги хворим на вірусний гепатит С. Використання контент-аналізу дозволило вивчити нормативно-правове поле на теренах України організації системи охорони здоров'я за видами та рівнями надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів, а бібліосемантичний метод дослідження окреслив коло невирішених питань щодо організаційно-методичного ведення пацієнтів із вірусним гепатитом С.

Результати. Запропоновано комплексний підхід до функціонально-структурної організації надання медичної допомоги пацієнтам із вірусним гепатитом С за рівнями (первинний, вторинний, третинний). Наведено методологію ранньої діагностики вірусного гепатиту С у вигляді алгоритму дій для лікаря первинної ланки та спеціаліста (інфекціоніста, гастроентеролога). Розкрито профілактичні технології попередження інфікування й розповсюдження вірусного гепатиту С.

Висновки. Виконання організаційно-методичних вказівок ведення пацієнтів із вірусним гепатитом С дасть змогу забезпечити проведення консультацій і тестування громадян за клінічними, епідеміологічними показниками та з профілактичною метою, а також із метою виявлення інфікованих вірусним гепатитом С.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вірусний гепатит С; надання медичної допомоги; профілактика; діагностика.

Вірусні гепатити з парентеральним механізмом передачі збудників, одним з яких є гепатит С, є важливою проблемою сучасної медичної науки і практичної охорони здоров'я всіх країн світу. Це зумовлено широким розповсюдженням, високою захворюваністю, вираженим поліморфізмом клінічних проявів, численністю шляхів та чинників передачі збудника, а також надзвичайно несприятливими наслідками, до яких може призвести гепатит – формуванню всього спектра хронічних уражень печінки, у тому числі цирозу і гепатоцелюлярної карциноми [1, 5]. За оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, на хронічний гепатит С хворіють близько 150 млн осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок ураження печінки вірусом гепатиту С. Захворюваність та летальність внаслідок гепатиту С прогресивно зростає на планеті та, за даними експертів, подвоїться до 2015–2020 рр. [5].

Незважаючи на певні досягнення в організації надання медичної допомоги пацієнтам із вірусним гепатитом С (ВГС) в амбулаторно-поліклінічних закладах, готовність і можливість забезпечити їм високу медичну ефективність лікарями загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) є недосконалими відповідно до сучасних організаційних, лікувально-профілактичних заходів та технологій, що й зумовило актуальність дослідження.

Мета роботи: удосконалити організацію основних складових надання медичної допомоги пацієнтам із вірусним гепатитом С, зменшити ризик інфікування вірусом дорослого населення.

Матеріали і методи. Системному аналізу підлягали існуючі міжнародні й вітчизняні стандарти, протоколи і вказівки надання медичної допомоги хворим на вірусний гепатит С. Використання контент-аналізу дозволило вивчити нормативно-правове поле на теренах України організації системи охорони здоров'я за видами та рівнями надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів, а бібліосемантичний метод дослідження окреслив коло невирішених питань щодо організаційно-методичного ведення пацієнтів із ВГС.

Результати дослідження та їх обговорення. Організація і структура надання медичної допомоги хворим на вірусний гепатит С передбачає зв'язок та наступність між рівнями надання медичної допомоги (Закон України від 19.11.1992 р. № 2801–XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зі змінами; <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>) – первинним, вторинним (спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною допомогою районного і міського рівнів) та третинним (в окремих міських, обласних медичних закладах та НДІ), що потребує визначення організаційних принципів надання медичної допомоги цій категорії осіб.

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) – лікар загальної практики – сімейної медицини забезпечує надання кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню в обсязі кваліфікаційної характеристики лікаря зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу, тобто проводить профілактичну роботу серед населення, діагностику хвороб і надання першої лікарської допомоги у разі невідкладних станів, гострих захворювань і травм, лікування і реабілітацію хворих, прості маніпуляції і операції, санітарно-гігієнічне виховання населення відповідно до обсягів, які визначено директивними документами та науково-методичними розробками щодо цих питань.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога – вид медичної допомоги, яку надають в амбулаторних чи стаціонарних умовах у плановому порядку або при невідкладних станах лікарями (інфекціоністами або гастроентерологами) та іншими медичними працівниками закладу охорони здоров'я відповідного типу (районного, міського).

Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних умовах забезпечують консультативно-діагностичні центри, які можуть входити до складу лікарень відповідного типу або функціонувати як самостійні заклади.

Обсяги медичної допомоги пацієнтам із вірусним гепатитом С в амбулаторно-поліклінічних закладах вторинного рівня визначені клінічними протоколами діагностики і лікування, затвердженими МОЗ України.

Вторинну медичну допомогу пацієнтам із вірусним гепатитом С на амбулаторно-поліклінічному етапі надають лікарі-інфекціоністи або гастроентерологи за направленням лікаря ЗПСМ, за винятком випадків, передбачених МОЗ України, коли пацієнт може звернутися до лікаря-спеціаліста самостійно. Лікарю, який направив пацієнта на консультацію, спеціаліст надає висновок, у якому вказує проведені обстеження і лікування, а також рекомендації з подальшого ведення пацієнта. У разі необхідності лікар амбулаторно-поліклінічного закладу дає направлення на госпіталізацію пацієнта, зазначаючи повний діагноз і дані про лікування хворого, якщо таке проводили.

Амбулаторну консультативно-діагностичну допомогу пацієнтам із вірусним гепатитом С надають шляхом забезпечення профілактичних (профілактичних медичні заходи щодо попередження розповсюдження захворювання, заходи щодо формування здорового способу життя, включно профілактику поведінкових факторів ризику при основних захворюваннях, скринінгові обстеження населення), діагностичних і лікувальних (лікувальні маніпуляції, які не можливо виконати на

первинному рівні, стаціонарозамінна медична допомога хворим, які не потребують цілодобового медичного нагляду і лікування) послуг.

За визначення ВООЗ, **третинна медична допомога** – це допомога, яка потребує висококваліфікованого обслуговування, як правило, може бути надана лише в спеціально обладнаних із цією метою центрах та лікарнях, що пройшли відповідну спеціалізацію.

До центрів третинної медичної допомоги в Україні належать обласні медичні заклади – багато-профільні (інфекційні або гастроентерологічні відділення) та спеціалізовані лікарні, спеціалізовані диспансери, республіканські спеціалізовані центри медичної допомоги (гепатоцентри), які забезпечують якісну медичну допомогу відповідно до останніх досягнень медичної науки та практики.

Третинну консультативну медичну допомогу пацієнтам із вірусним гепатитом С надають шляхом забезпечення діагностичних досліджень з використанням високотехнологічних методик і обладнання, які не можливо проводити на нижчих рівнях надання медичної допомоги, і лікувальних (консультативний огляд пацієнта; невідкладну допомогу до виходу пацієнта із критичного стану або прибуття бригади швидкої медичної допомоги, призначення пацієнту лікарських засобів за медичними показаннями, проведення лікувальних маніпуляцій, вирішення питання про госпіталізацію пацієнта, лікареві, який направив пацієнта на консультацію, профільний спеціаліст дає висновок, у якому вказує проведені обстеження і лікування, а також рекомендації з подальшого ведення пацієнта) послуг.

Діагностична складова надання медичної допомоги хворим на ВГС.

Слід пам'ятати! Організація своєчасної діагностики ВГС та адекватного специфічного проти-вірусного лікування є вирішальними факторами одужання та запобігання розвитку ускладнень. Інформування та навчання пацієнтів є одним із засобів припинення подальшого поширення вірусу гепатиту С.

Як діагностувати наявність HCV-інфекції (рис. 1)?

Первинна діагностика має на меті встановлення інфікованості пацієнта.

Попередня діагностика має дати відповідь на два запитання:

1. Чи є на даний час у пацієнта антитіла до вірусу гепатиту С? *Необхідно пам'ятати, що антитіла до вірусу можуть не вироблятися, особливо коли імунітет такої особи пригнічений.*

Особи з позитивним результатом тесту на антитіла до вірусу гепатиту С і повторно негативним показником рибонуклеїнової кислоти (РНК) вірусного гепатиту С не потребують подальшого активного ведення ВГС.

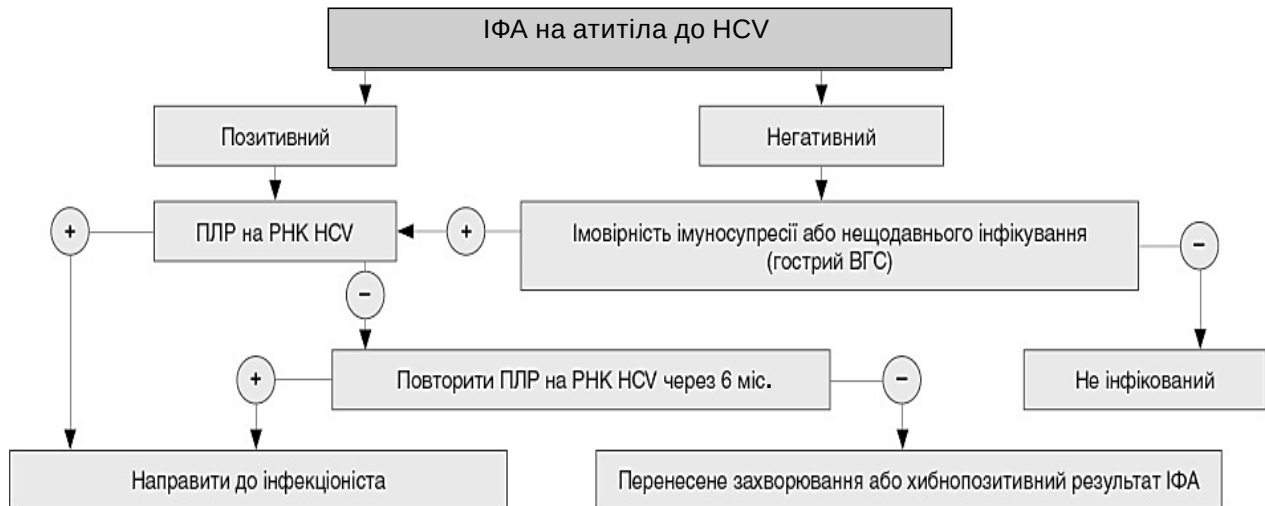


Рис. 1. Діагностичний алгоритм попередньої діагностики вірусного гепатиту С – що робити сімейному лікарю у разі підозри на наявність HCV-інфекції?

2. Чи визначається РНК вірусу гепатиту С в крові пацієнта? Виявлення РНК вірусу гепатиту С проводять кількісним методом (ПЛР у режимі реального часу з нижньою межею чутливості тест-системи не вище 15 МО/мл; результат має бути стандартизований і представлений в МО/мл упродовж 7 діб).

РНК вірусу гепатиту С може бути виявлена вже на першому-другому тижні після інфікування, в той час як антитіла можуть бути виявлені на сьомому-восьмому тижні після інфікування. Після гострого перебігу інфекції РНК вірусу гепатиту С може коливатися між позитивними та негативними значеннями впродовж кількох місяців. Результати зразків, що відібрані у даний час, можуть бути хибними. Особі, яка позитивна на антитіла до вірусу гепатиту С, але негативна на РНК вірусу гепатиту С, необхідно провести аналіз другого зразка для підтвердження попереднього діагнозу, особливо, коли в більшості випадків дата інфікування невідома.

Особи з позитивним результатом тесту на антитіла до вірусу гепатиту С і повторно негативним РНК вірусу гепатиту С не потребують подальшого активного ведення ВГС [2].

Важливо! Медичних працівників, які контактували із кров'ю пацієнта, хворого на ВГС, обстежувати на РНК вірусу гепатиту С на 6, 12 та 24 тижнях з обстеженням на антитіла до вірусу гепатиту С на 12 та 24 тижнях.

Важливо! Пацієнта з позитивним результатом необхідно направити на консультацію до лікаря-спеціаліста (інфекціоніста, гастроентеролога) з метою уточнення діагнозу, генотипування вірусу, встановлення ступеня тяжкості хвороби, ступеня ураження печінки, забезпечення додаткових методів обстеження, диференційної діагностики, призначення лікування.

Генотипування вірусу гепатиту С призначають у разі, коли розглядають питання призначення протівірусної терапії. При виявленні генотипу 1 (при хронічному ВГС у дорослих) призначають визначення підтипу генотипу 1 (1a чи 1b).

Оцінка ступенів тяжкості ураження печінки. Основний компонент визначення тяжкості перебігу хронічного ВГС – це оцінка ступеня фіброзу.

Шкала NAFLD-FS: $1,675 + 0,037 \times \text{вік (роки)} + 0,094 + \text{ІМТ} + 1,13 \times \text{гіперглікемія або діабет (так – 1, ні – 0)} + 0,99 \times \text{співвідношення АСТ/АЛТ} - 0,013 \times \text{тромбоцити} (\times 10^9/\text{л}) - 0,66 \times \text{альбумін (г/дл)}$.

Шкала APRI: $[\text{АСТ} (\times \text{верхню межу норми}) / \text{тромбоцити} (10^9/\text{л})] \times 100$.

Шкала FIB-4: $[\text{вік (роки)} \times \text{АСТ (Од/л)} / \text{тромбоцити} (10^9/\text{л}) \times \sqrt{\text{АЛТ (Од/л)}}]$.

Шкала BARD(0-4): $\text{ІМТ} > 28 - 1 \text{ бал, АСТ/АЛТ} > 0,8 - 2 \text{ бала, діабет} - 1 \text{ бал}$.

Верхня межа АСТ – 35 Од/л для чоловіків та 30 Од/л для жінок; верхня межа АЛТ – 30 Од/л для чоловіків та 19 Од/л для жінок. Для кожної шкали виділяють 3 категорії ризику (низький, проміжний та високий).

Граничні значення: NAFLD-FS: 1,455 та 0,676; APRI: 0,5 та 1,5; FIB-4: 1,30 та 2,67; BARD: 0/1, 2/3 та 4.

Які критерії необхідно враховувати для оцінки ступеня печінкової недостатності та фіброзу (табл. 1)?

Які позапечінкові прояви інфекції вірусу гепатиту С? Перебіг інфекції вірусу гепатиту С клінічно може проявлятися позапечінковими проявами: криоглобулінемічний васкуліт, гемохроматоз, гломерулонефрит, тиреоїдит і синдром Шегрена, інсулінорезистентність, цукровий діабет 2 типу, хвороби шкіри (наприклад шкірна порфірія, червоний плоский лишай); нефропатія, спричинена ВГС-імунними комплексами; неходжкінські лімфоми.

Таблиця 1. Шкала Чайлда-П'ю для визначення класу (стадії) цирозу печінки

Клінічні та біохімічні параметри	Оцінка (у балах)		
	1	2	3
Білірубін (мкмоль/л)	<34	34–50	>50
Альбумін (г/л)	>35	28–35	<28
Асцит	відсутній	помірний	значний/рефрактерний
Енцефалопатія	відсутня	помірна (стадії I–II)	тяжка (стадії III–IV)
Протромбіновий індекс (у %) або протромбіновий час, МНО	>60 <1,70	40–60 1,71–2,20	<40 >2,20

Інтерпретація результатів оцінки: клас А – 5–6 балів (компенсований цироз); клас В – 7–9 балів (субкомпенсований цироз); клас С – 10–15 балів (декомпенсований цироз) [4].

Немодифіковані фактори, що обтяжують перебіг хвороби: вік, стать, етнічне походження. Ко-інфекція з ВІЛ, а також ВГВ або ВГА в анамнезі обтяжують перебіг ВГС.

Модифіковані фактори, що прискорюють перебіг ВГС: куріння та вживання алкоголю (навіть помірне), надмірна маса тіла.

Важливо! Доведено, що пацієнти з хронічним ВГС можуть мати підвищені показники заліза, але немає єдиної думки з приводу того, чи це має вплив на хворобу. Пацієнти із суттєвими підвищеннями показників заліза потребують подальшого обстеження з метою виключення станів, що призводять до перевантаження залізом. Сатурація сироватки феритином та трансферином збільшена в 20–60 % пацієнтів і корелює з активністю АЛТ.

Обов'язкові дії лікаря ЗПСМ:

– Пацієнтам, які скаржаться на загальну втомлюваність, зниження працездатності, проводити анкетування. При позитивному результаті анкетування направляти на попередню діагностику.

– Пацієнтів з групи ризику один раз на рік направляти на попередню діагностику.

– Направляти пацієнтів із позитивним результатом попередньої діагностики впродовж 7 днів до лікаря-спеціаліста (інфекціоніста, гастроентеролога).

– Направляти пацієнтів до суміжних спеціалістів за наявності у пацієнта з ВГС факторів, що обтяжують перебіг хвороби [4].

– Необхідний перелік обстежень: біохімічний аналіз крові (білірубін та його фракції, АЛТ, АСТ, сечовина, креатинін, глюкоза, загальний білок, альбумін, ГГТП, ЛФ, ПТІ, МНО), загальний аналіз крові (розгорнутий, з формулою лейкоцитів та тромбоцитами), HBsAg, anti-HB core total, ПЛР РНК ВГС (якісне визначення), УЗД ОЧП + нирки, ЕКГ, загальний аналіз сечі.

Обов'язкові дії лікаря-спеціаліста (інфекціоніста або гастроентеролога):

– Співпрацювати із лікарем загальної практики – сімейним лікарем пацієнта.

– Призначати обстеження та лікування пацієнта.

– Консультувати пацієнтів із ВГС, які звертаються за направленнями до лікаря загальної практики – сімейного лікаря чи спеціаліста.

– Проведення подальшої діагностики та диференційної діагностики у пацієнтів із позитивними результатами попередньої діагностики.

– Оцінюючи тяжкість стану пацієнта, спиратися на оцінку стану печінки та позапечінкові прояви.

– Направляти пацієнта на обстеження: α -фетопротеїн, ПЛР РНК ВГС (кількісне визначення), визначення гепатиту ВГС, УФА СНІД (113), визначення ступеня фіброзу в печінці: фіброскан, еластографія, фібротест (для пацієнтів з явними клінічними ознаками цирозу печінки виконання даного пункту не обов'язково!!!), ФГДС для пацієнтів з явними клінічними ознаками цирозу печінки та F₃–F₄ стадією фіброзу, за необхідності використовувати додаткові методи обстеження.

– Встановлювати діагноз.

– Забезпечити передачу інформації лікарю загальної практики – сімейному лікарю щодо пацієнтів, які консультувались з приводу ВГС [4].

Профілактична складова надання медичної допомоги хворим на ВГС. Первинна профілактика спрямована на попередження інфікування особи, а при інфікуванні на своєчасну діагностику і початок лікування, що є запорукою одужання. Первинна профілактика інфікування полягає в обізнаності населення щодо проблеми ВГС та дотримання певної поведінки. Така поведінка передбачає утримання від контактів з рідинами організму іншої людини (кров, міжтканинна рідина, сперма): потрібно практикувати безпечний секс (застосовувати бар'єрні контрацептиви – презервативи), користуватися засобами разового (шприци, голки, системи, гінекологічні оглядові дзеркала тощо) та індивідуального (зубні щітки, леза для гоління, контактні лінзи) призначення, індивідуального захисту (рукавички, окуляри, фартухи тощо), користуватися стерильним інструментом багаторазового призначення (манікюрний, стоматологічний, хірургічний, лабораторний інструмент, інструмент для пірсингу та татуажу тощо); працівникам, які мають контакт із рідинами та тканинами організму, не допускати забруднення навколишнього середовища останніми та користуватися засобами індивідуального захисту [4].

Обов'язкові дії лікаря ЗПСМ:

– Проводити роз'яснювальну роботу щодо профілактики захворювання вірусним гепатитом С серед громади.

– Роз'яснювати пацієнтам суть первинної та вторинної профілактики.

– Оцінювати належність кожного пацієнта до груп ризику щодо розвитку ВГС.

– Кожного пацієнта розглядати як потенційно інфікованого вірусом гепатиту С (користуватися засобами індивідуального захисту при безпосередньому контакті з пацієнтом, біологічними тканинами чи рідинами; не допускати потрапляння біологічних тканин та/чи рідин до навколишнього середовища) [4].

Вторинна профілактика спрямована на попередження поширення вірусу в навколишнє середовище інфікованою особою та зменшення тяжкості перебігу хвороби шляхом модифікації способу життя і проведення щеплень проти ВГА та ВГВ [3–4].

Суть вторинної профілактики: інфіковані особи не повинні брати участь у програмах донорства (крові, органів, сперми тощо).

Важливо! Щеплення дорослих осіб, які належать до груп епідеміологічного та клінічного ризиків, регламентовані Календарем профілактичних щеплень в Україні.

Інфіковані ВГС породіллі мають забезпечити можливість обстеження своєї новонародженої дитини в строк, зазначений лікарем [3]. Немає доказів можливості інфікування немовлят (діти до 18 місяців) через грудне молоко інфікованих матерів-годувальниць.

Висновки

Виконання організаційно-методичних вказівок ведення пацієнтів із вірусним гепатитом С дасть змогу забезпечити проведення консультацій і тестування громадян за клінічними, епідеміологічними показниками та з профілактичною метою, а також із метою виявлення інфікованих вірусним гепатитом С; підвищити рівень обізнаності населення з питань профілактики інфікування вірусним гепатитом С; знизити рівень інвалідності внаслідок захворювання на вірусний гепатит із термінальними стадіями фіброзу печінки та показник смертності внаслідок ускладнень, спричинених вірусним гепатитом С; проводити щорічні інформаційно-просвітницькі кампанії з питань профілактики вірусного гепатиту С.

Перспективи подальших досліджень полягають у формуванні маршрутизації пацієнтів з вірусним гепатитом С, створенні єдиної бази даних із використанням ІТ-технологій (єдиний медичний простір), впровадження телемедичних міжрівневих комунікацій.

Список літератури

1. Вірусний гепатит С : Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mtd.dec.gov.ua/2016.pdf>. – Назва з екрана.
2. Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування : наказ МОЗ України від 31 жовтня 2011 року № 734 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://old.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
3. Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні : наказ МОЗ України від 13 жовтня 2014 року № 551, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 жовтня 2014 р. за № 1237/26014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги вірусний гепатит С у дорослих : наказ МОЗ України від 18 липня 2016 р. № 729 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016.pdf>. – Назва з екрана.
5. Устїнов О. В. Вірусний гепатит С: масштаб проблеми, перспективи лікування та роль лікаря первинної ланки [Електронний ресурс] / О. В. Устїнов // Український медичний часопис. – 2014. – № 4 (102). – Режим доступу : <https://www.umj.com.ua/article/78271>. – Назва з екрана.

References

1. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. "Virusnyi hepatyt Ts" [Adapted clinical trial, based on evidence. "Viral Hepatitis C"]. Retrieved from: <http://mtd.dec.gov.ua/2016.pdf> [in Ukrainian].
2. (2011). Nakaz MOZ Ukrainy № 734 "Pro zatverdzhennia tabeliv osnashchennia medychnoiu tekhnikoiu ta vyrobamy medychnoho pryznachennia strukturnykh pidrozdiliv likarni planovoho likuvannia" [Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 734 "On Approval of Medical Equipment and Medical Devices Medical Devices Plans for Hospital Planned Treatment"]. Retrieved from: <http://old.moz.gov.ua> [in Ukrainian].
3. (2014). Nakaz MOZ Ukrainy № 551 "Pro udoskonalennia provedennia profilaktychnykh shcheplen v Ukraini", zareiestrovanyi v Ministerstvi yustytsii Ukrainy 13 zhovtnia 2014 roku za № 1237/26014 [Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 551 "On the improvement of preventive vaccination in Ukraine", registered with the Ministry of Justice of Ukraine on October 13, 2014 under No. 1237/26014]. Retrieved from: <http://zakon.rada.gov.ua> [in Ukrainian].
4. (2016). Nakaz MOZ Ukrainy № 729 "Unifikovanyi klinichni protokoli pervynnoi, vtryynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vykokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy virusnyi hepatyt Ts u doroslykh" [Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 729 "Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care of viral hepatitis C in adults"]. Retrieved from: <http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016.pdf> [in Ukrainian].
5. Ustinov, O.V. (2014). Virusnyi hepatyt Ts: masshtab problemy, perspektyvy likuvannia ta rol likaria pervynnoi lanky [Viral hepatitis C: the scale of the problem, the prospects for treatment and the role of the primary care physician]. *Ukrainskyi*

medychnyi chasopys – Ukrainian Medical Journal, 4 (102). Retrieved from: <https://www.umj.com.ua/article/78271> [in Ukrainian].

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Е. Н. Комар, Н. Н. Кизлова

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова МЗ Украины, г. Винница, Украина

Цель: усовершенствовать организацию основных составляющих оказания медицинской помощи пациентам с вирусным гепатитом С, уменьшить риск инфицирования вирусом взрослого населения.

Материалы и методы. Системному анализу были предоставлены существующие международные и отечественные стандарты, протоколы и указания оказания медицинской помощи больным вирусным гепатитом С. Использование контент-анализа позволило изучить нормативно-правовое поле на территории Украины организации системы здравоохранения по видам и уровням оказания медицинской помощи этой категории пациентов, а библиосемантический метод исследования очертил круг нерешенных вопросов относительно организационно-методического ведения пациентов с вирусным гепатитом С.

Результаты. Предложен комплексный подход к функционально-структурной организации оказания медицинской помощи пациентам с вирусным гепатитом С по уровням (первичный, вторичный, третичный). Приведена методология ранней диагностики вирусного гепатита С в виде алгоритма действий для врача первичного звена и специалиста (инфекциониста, гастроэнтеролога). Раскрыты профилактические технологии предупреждения инфицирования и распространения вирусного гепатита С.

Выводы. Выполнение организационно-методических указаний ведения пациентов с вирусным гепатитом С даст возможность обеспечить проведение консультаций и тестирование граждан по клиническим, эпидемиологическим показателям и с профилактической целью, а также с целью выявления инфицированных вирусным гепатитом С.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вирусный гепатит С; оказание медицинской помощи; профилактика; диагностика.

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS C

O. M. Komar, N. M. Kizlova

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Purpose: to improve the administration of the main components of medical care to patients with viral hepatitis C and to reduce the risk of viral infection in adult population.

Materials and Methods. The existing international and domestic standards, protocols and guidelines for providing medical care to patients with viral hepatitis C were subject to systemic analysis. Using the content analysis allowed us to study the regulatory and legal framework of the health care system administration by types and levels of medical care to such patients in Ukraine, while the biblio-semantic method of research outlined a range of pending issues regarding administering and methodological management of patients with viral hepatitis C.

Results. We proposed the complex approach to functional and structural administration of medical care to patients with viral hepatitis C by periods of the disease (primary, secondary, and tertiary). We also provided a methodology of early diagnostics of viral hepatitis C as an algorithm of actions taken by primary care physician and specialist doctor (infectiologist, gastroenterologist). The prophylactic methods for prevention of infecting and spreading viral hepatitis C were described.

Conclusions. Following the organizational and methodological guidelines for management of patients with viral hepatitis C will help to provide counseling and testing individuals for clinical, epidemiological and prophylactic reasons, as well as for identification of individuals infected with viral hepatitis C.

KEY WORDS: viral hepatitis C; medical care; prevention; diagnostics.

Рукопис надійшов до редакції 20.09.2018 р.

Відомості про авторів:

Комар Олена Миколаївна – доктор медичних наук, професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; тел.: +38(097) 482-48-25.

Кізова Наталія Миколаївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, завідувач відділення гастроентерології Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова, головний експерт області за фахом «Гастроентерологія»; тел.: +38(097) 297-32-21.