Научно-практический рецензируемый журнал
"Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики" 2022 г., № 5
Scientific journal "Current problems of health care and medical statistics" 2022 г., № 5
ISSN 2312-2935

УДК 614.2
DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-828-846

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.В. Фомина, Ф.Г. Дзидзария, Л.В. Максименко

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Введение. Организация медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в условиях дневных стационаров способствует приближению данного вида специализированной помощи к пациентам. Исследования подтверждают, что развитие дневных стационаров является альтернативой госпитализации, улучшает комфорт пребывания пациентов в медицинской организации и повышает доступность медицинской помощи.
Цель. Изучить влияние медико-социальных и организационных факторов на прохождение лечения пациентами с гинекологическими заболеваниями в дневном стационаре.
Материал и методы. Анализ анкетирования женщин с гинекологическими заболеваниями, проходивших лечение в дневном стационаре, анализ структуры обращений в дневной гинекологический стационар многопрофильной больницы на основе медицинской документации. Для анализа использованы методы описательной статистики.
Результаты и обсуждение. Выявлено преобладание невоспалительных болезней женских половых органов (N80-N99) в структуре гинекологических заболеваний, лечение которых проходило в дневном стационаре. Установлено влияние социально-демографических факторов (социальное положение, возраст) на выбор между лечением в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания. Направление в дневной стационар врачом амбулаторно-поликлинической организации или врачом стационара отражается на распределении пациентов по времени, проведенном там при лечении. Время, проведенное ежедневно в дневном стационаре при лечении, статистически достоверно отличалось в зависимости от кратности лечения. Отдых после лечения достоверно зависел от возраста.
Выводы. Полученные данные о структуре гинекологических заболеваний и особенностях влияния медико-социальных и организационных факторов на организацию медицинской помощи данной категории пациенток могут быть использованы при планировании и организации гинекологической помощи женщинам в условиях лечения в дневных стационарах.

Ключевые слова: дневной стационар, структура гинекологических заболеваний, социально-демографические факторы, организационные факторы.

Научно-практический рецензируемый журнал
"Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики" 2022 г., № 5
Scientific journal "Current problems of health care and medical statistics" 2022 г., № 5
ISSN 2312-2935

STUDYING THE INFLUENCE OF MEDICAL-SOCIAL AND ORGANIZATIONAL FACTORS ON PROVIDING MEDICAL CARE IN A GYNECOLOGICAL DAY INPATIENT FACILITY

A.V. Fomina, F.G. Dzidzariya, L.V. Maksimenko

RUDN University, Moscow

Introduction. The organization of medical care for women with gynecological diseases in day inpatient facility helps bring this type of specialized care closer to patients. Research confirms that the development of day inpatient facility is an alternative to hospitalization, improves the comfort of patients' stay in a medical organization and increases the availability of medical care.
Purpose. To study the influence of medical, social and organizational factors on the treatment of patients with gynecological diseases in a day inpatient facility.
Materials and methods. Analysis of the survey of women with gynecological diseases who were treated in a day inpatient facility, analysis of the structure of calls to the day gynecological inpatient facility of a multidisciplinary hospital based on medical records. Methods of descriptive statistics are used for the analysis.
Results and discussion. The predominance of non-inflammatory diseases of the female genital organs (N80-N99) in the structure of gynecological diseases, which were treated in a day inpatient facility, was revealed. The influence of socio-demographic factors (social status, age) on the choice between treatment in a day socio-demographic factors and a round-the-clock hospital was established. Referral to a day socio-demographic factors by an outpatient doctor or a hospital doctor affects the distribution of patients according to the time spent there during treatment. The time spent daily in the day socio-demographic factors during treatment differed statistically significantly depending on the frequency of treatment. Rest after treatment significantly depended on age.
Conclusions. The obtained data on the structure of gynecological diseases and the peculiarities of the influence of medical, social and organizational factors on the organization of medical care for this category of patients can be used in the planning and organization of gynecological care for women in the conditions of treatment in day inpatient facility.

Key words: day inpatient facility, structure of gynecological disease, socio-demographic factors, organizational factors.

Введение. Организация деятельности дневных стационаров в акушерско-гинекологической практике является одним из наиболее востребованных направлений, наряду с таким профилями, как терапия педиатрия, неврология и хирургия [1]. Особую актуальность развитие в гинекологической службе стационарзамещающих технологий приобретает на фоне сокращения стационарных коек гинекологического профиля: по данным Росстата, обеспеченность гинекологическими койками сократилась, при этом наиболее интенсивно данный процесс отмечался за период 2009-2020 гг.: по сравнению с 2009 г. (9,3 на 10 000 женщин) в 2018 г. более чем на 30% (до 6,1 тыс. на 10 000 женщин) и в 2020 г. более чем на 49,5% (до 4,6 на 10 000 женщин) [2,3].

Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой – необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения [4-10].

Организация медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в условиях дневных стационаров значительно повышает объем и качество специализированной медицинской помощи, а также способствует приближению данного вида специализированной помощи к пациентам [11-17].

Исследования зарубежных авторов подтверждают, что развитие дневных стационаров является альтернативой госпитализации, улучшает комфорт пребывания пациентов в медицинской организации и повышает доступность медицинской помощи [18-20]. На примере многопрофильного дневного стационара университетской больницы Андалузской службы здравоохранения показано, что при обращении в дневной стационар неадекватная госпитализация и повторная госпитализация снизились на 93,3% и 4,2% соответственно [21].

Цель работы – изучить влияние медико-социальных и организационных факторов на прохождение лечения пациентами с гинекологическими заболеваниями в дневном стационаре.

Материал и методы исследования: анализ результатов анкетирования женщин с гинекологическими заболеваниями, проходивших лечение в дневном стационаре (n=263) и структуры обращений в дневной гинекологический стационар многопрофильной больницы за период 2015-2017 гг. на основе медицинской документации (2908 случаев госпитализации).

Выборка пациенток дневного стационара, принявших участие в анкетировании, была проанализирована по демографическим и социальным характеристикам. Распределение выборки по возрастным группам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение выборки по возрастным группам

Возрастная группа	*Количество, чел.*	*%*
до 30 лет	54	20,5
31-40 лет	88	33,5
41-50 лет	54	20,5
51-60 лет	50	19,0
61 и более лет	17	6,5
Итого	263	100,0

Среди респондентов самая большая группа, составляющая треть выборки, представлена лицами 31-40 лет (33,5%). Возрастные группы до 30 лет и 41-50 лет составила по 20,5%. Далее с возрастом объем групп снижается до 6,5%, куда отнесены лица 61 года и старше. Мода соответствует группе 2 (31-40 лет) (рис. 1).

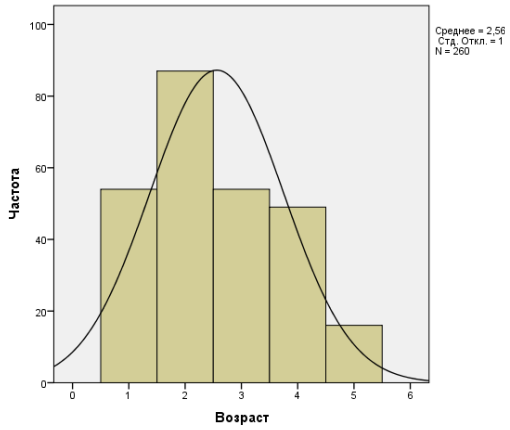

Рисунок 1. Распределение пациенток дневного стационара по возрастным группам

Распределение выборки по социальным группам является равномерным (табл. 2). Более четверти респондентов выборки представлена лицами, относящими себя к служащим (26,2%). Второе место занимают домохозяйки (19,8%), рабочие на третьем месте (14,5) и пенсионеры на четвертом (13,3%). 9,1% выборки включили также работников сферы обслуживания, 6,8% - интеллигенцию, 5,3% - представителей малого и крупного бизнеса.

Таблица 1

Распределение выборки по социальным группам

Социальная принадлежность	*Количество, чел.*	*Процент, %*
Служащий	69	26,2
Домохозяйка	52	19,8
Рабочий	38	14,5
Пенсионер	35	13,3
Сфера обслуживания	24	9,1
Интеллигенция	18	6,8
Малый и крупный бизнес	14	5,3
Учащийся	9	3,5
Другое	4	1,5
Итого	263	100,0

Распределение выборки по уровню образования представлено в табл. 3. Как видно, более половины выборки представлено лицами с одним высшим образованием (54,8%). Лица

со средним специальным образованием (22,4%) и неполным высшим (9,5%) занимают второе и третье места.

Таблица 3

Распределение выборки по уровню образования

Уровень образования	*Количество, чел.*	*Процент, %*
Среднее	16	6,1
Среднее специальное	59	22,4
Высшее неполное	25	9,5
Высшее	144	54,8
Высшее (более одного)	19	7,2
Итого	263	100,0

Статистический анализ полученных данных проведен в программе SPSS v.15. Определяли частоты распределения признака (в процентах и валидных процентах, то есть без учета системных пропущенных значений), распределение признаков в таблицах сопряженности определяли по критерию Хи-квадрат (с учетом пропорции столбцов по z критерию), в таблицах сопряженности 2х2 – точный критерий Фишера и оценивание отношение шансов (ОШ), корреляционные связи Пирсона для количественных вариабельных, коэффициенты Кендала и Спирмена – для порядковых вариабельных, применяли непараметрические критерии, проводили построение классификационных деревьев (методом CHAID), позволяющие учесть в классификациях мнение тех респондентов, которые пропустили вопрос и вошли в системные пропущенные; кластеры в двухуровневой кластеризации на основе Байесовского распределения. Уровень достоверности принимали 95% ($p<0,05$), если таковые отсутствовали – 90% ($p<0,1$).

Результаты и обсуждение. В 2015-2017 гг. в структуре гинекологических заболеваний, лечение которых проходило в дневном стационаре, преобладали невоспалительные болезни женских половых органов (N80-N99) – 69,0% (2015 год), 78,6% (2016 г.) и 82,3% (2017 г.) от общего числа обращений в каждом изученном году. Среди невоспалительных болезней женских половых органов ежегодно ведущее место занимали такие группы болезней, как полип женских половых органов (N84) – более 30,0% среди заболеваний данного класса; другие невоспалительные болезни матки (N85) – около 20,0%, к которым относится железистая гиперплазия эндометрия (N85.0) и аденоматозная гиперплазия эндоментрия (N85.1); эрозия и эктропион шейки матки (N86) – от 11,0 до 16,0%; женское бесплодие (N97) – от 12,0 до 16,0%.

В 2015 и 2016 гг. второе место занимали воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-77) – 20,9% и 12,3% соответственно. При этом суммарно на класс XIV «Болезни мочеполовой системы» в 2017 г. пришлось 89,5% (в 2016 – 90,9%, в 2015 – 89,9%). В 2017 г. воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-77) составили 7,2% и переместились на третье место в структуре гинекологических заболеваний, при этом на второе место вышли доброкачественные новообразования (класс II «Новообразования», доброкачественные новообразования: D25, D26, D28), их доля увеличилась до 8,1% против 4,8% и 6,2% в 2015 и 2016 гг. соответственно.

В 84,8% случаев (валидный процент - 87,5%) пациенты были направлен в дневной стационар врачами амбулаторно-поликлинической организацией (АПО), в 9,1% случаев – врачами стационара круглосуточного пребывания. Незначительное число пациентов получили направление на лечение в дневной стационар после прохождения дополнительных, в том числе, платных консультаций.

Распределение возможности выбора между лечением в стационаре круглосуточного пребывания или дневном стационаре по возрастным группам (p=0,000) и по социальной принадлежности (p=0,039) статистически достоверно отличается (p<0,05).

Выбор между лечением в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания был предоставлен в большей степени лицам 61 года и старше, по социальной принадлежности – работающим в сфере малого и крупного бизнеса (рис. 2).

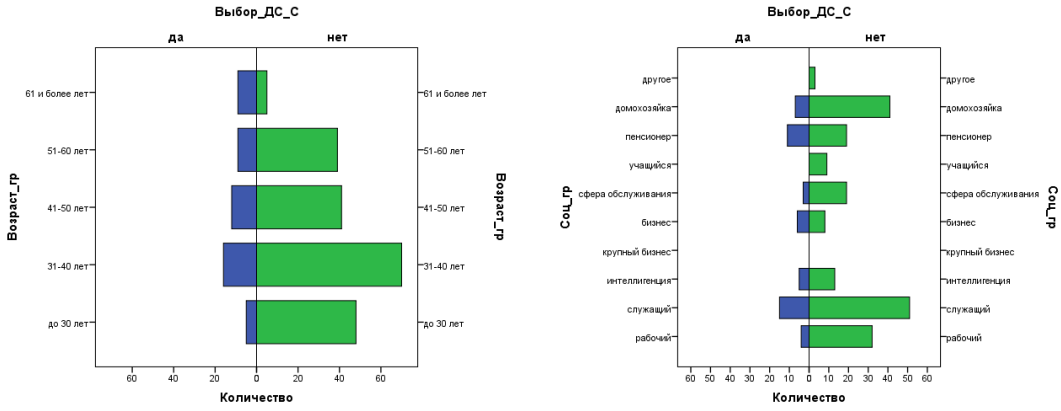

Рисунок 2. Выбор между лечением в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания по возрастным группам (А), по социальной принадлежности (Б)

Отсюда видно, что право выбора лечения в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания имели от 64,3% в возрастной группе 61 и старше, до 9,4% в

группе до 30 лет (p=0,000). В других возрастных группах выбирали тип стационара для лечения 31-40 лет – 18,6%, 41-50 лет – 22,6%, 51-60 лет – 18,8%.

Наибольший удельный вес имевших возможность выбора лечения в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания выявлена среди представителей малого бизнеса (46,2%) и среди пенсионеров (36,7%). Среди остальных групп эта категория варьировалась от 27,8% среди причисливших себя к интеллигенции, 22,7% - среди служащих, 14,6% - среди домохозяек, 13,6% - работающих в сфере обслуживания, 11,1% - среди рабочих.

Таким образом, большинство пациентов дневного стационара не имели выбора между лечением в стационаре круглосуточного пребывания или в дневном стационаре. Выбор между лечением в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания был предоставлен 20% пациентов в большей степени лицам 61 года и старше и по социальной принадлежности – бизнесменам и пенсионерам, по направлению в дневной стационар – направленные не врачами АПО или стационара.

Доля пациентов, проходивших лечение в дневном стационаре, составила 80,3% - госпитализация в первый раз, 14,3% - второй раз, 5,4% - третий и более раз.

Статистически достоверных отличий в удельном весе пациентов, впервые, второй раз или многократно лечившихся в дневном стационаре, по возрастным группам не выявлено (p=0,226), но линейно-линейная связь между возрастной группой и кратностью лечения достоверная (p=0,006), но очень слабая (r=0,171).

Однако, очевидно, что чем моложе пациент, тем больший удельный вес имеют лечившиеся в дневном стационаре впервые (90,7%), после 40 лет этот уровень составляет 75,5-71,0% (рис. 3).

Наибольший по возрастным группам удельный вес пациентов лечившихся в дневном стационаре два раза выявлен в возрастной группе 41-50 лет (18,9%); три раза и более – 51-60 лет (12,2%).

Связи между кратностью лечения в дневном стационаре и социальной принадлежностью и уровнем образования не выявлено (p=0,260 и p=845 соответственно).

Таким образом, 80,3% пациентов лечились в ДС впервые, причем, чем моложе пациенты, тем больше (90,7%) среди них лечившихся впервые.

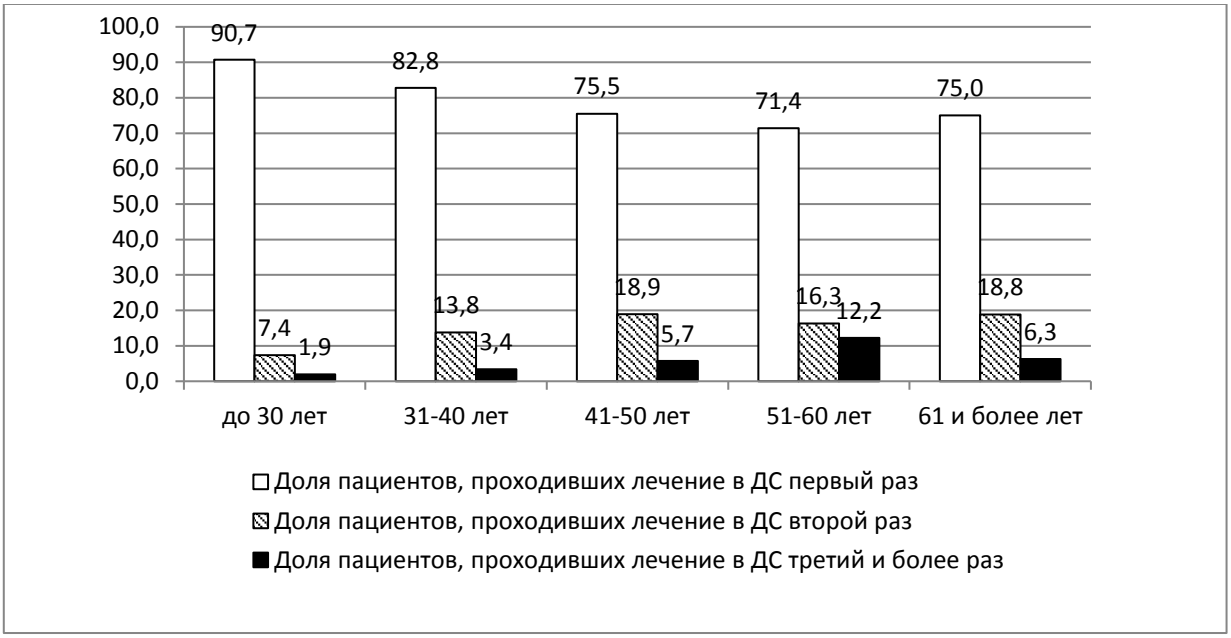

Рисунок 3. Удельный вес пациентов, проходивших лечение в дневном стационаре впервые, второй раз, три раза и более

Направление в дневной стационар врачом АПО или врачом стационара на лечение на 90%-ном уровне достоверности ($p=0,057<0,1$) отразилось на распределении пациентов по времени, проведенном там при лечении. Так, направленные в дневной стационар врачом АПО превалируют в выборке и составляют 90,6%., но их несколько меньше среди проводящих в дневном стационаре до 2-х часов (83,7%) и 2-4 часа (82,5%) и больше – 4-6 часов (95,3%) и более 6 часов (96,6%). Направленные врачом стационара, составляющие в выборке 9,4%, наоборот, меньше времени проводят в дневном стационаре: среди пациентов, проводящих там до 2-х часов и 2-4 часа они составляют 16,3% и 17,5%, соответственно, но их доля снижается до 4,7% и 3,4% среди тех, кто проводит 4-6 часов и 6 часов и более, соответственно (рис.4).

Время, проведенное ежедневно в дневном стационаре при лечении, статистически достоверно отличалось в зависимости от наличия выбора лечения в стационар круглосуточного пребывания или дневной стационар ($p=0,019$). При осознанном выборе лечения в дневном стационаре пациенты затрачивали на лечение менее 2-х часов в 34,0% случаев против 16,2% при отсутствии выбора ($p<0,05$ по пропорциям столбцов). Остальные временные периоды по пропорциям столбцов не отличались на достоверном уровне (рис.5).

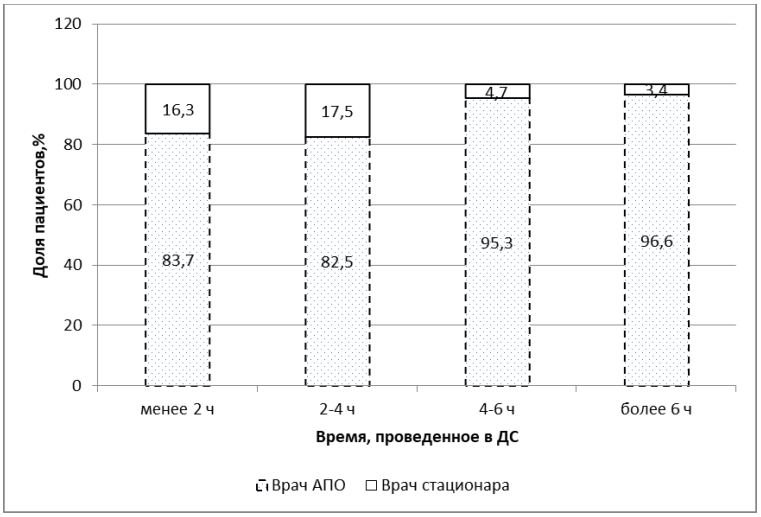

Рисунок 4. Распределение пациентов дневного стационара по времени, ежедневно проводимом в дневном стационаре, в зависимости от направления в дневной стационар (врачом АПО или врачом стационара круглосуточного пребывания)

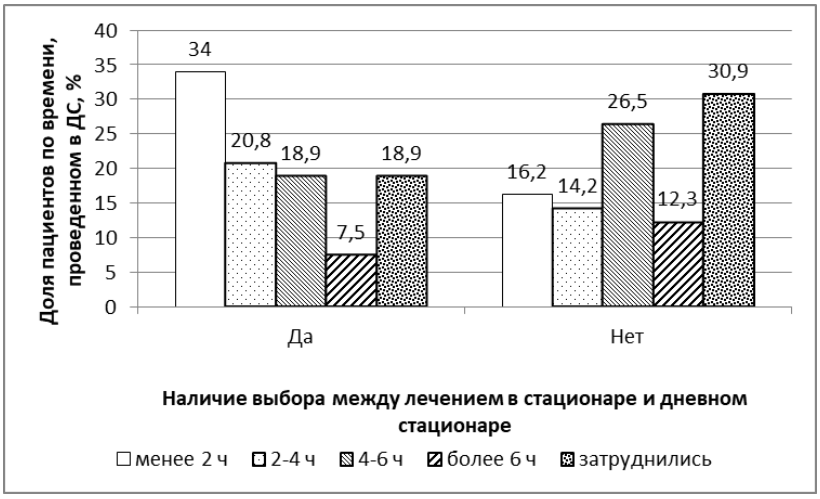

Рисунок 5. Время, проведенное в дневном стационаре ежедневно, в зависимости от наличия выбора между лечением в стационаре и в дневном стационаре

Время, проведенное ежедневно в дневном стационаре при лечении, статистически достоверно отличалось в зависимости от кратности лечения в дневном стационаре (p=0,001). Среди лечившихся впервые было достоверно меньше тех, кто затрачивал на лечение 4-6 часов (22,3% против 27,0% среди лечившихся второй раз и против 57,1% - три раза и более); достоверно больше тех, кто затрачивал на лечение более 6 часов (12,3% против 8,1% среди

лечившихся второй раз и против отсутствия таковых среди проходивших лечение в третий и более раз). Кроме того, среди них было больше тех, кто не смог определить затраченное время (34,1% против 8,1% лечившихся второй раз и 7,1% - третий и более раз) (рис.6).

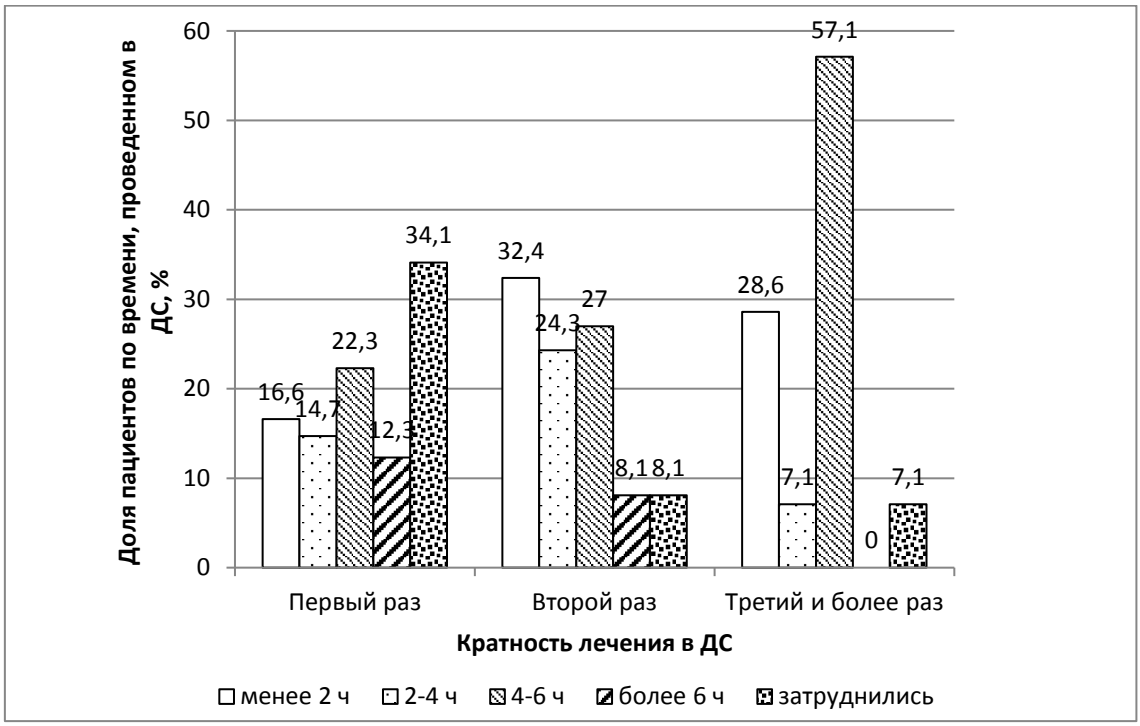

Рисунок 6. Время, проведенное в дневном стационаре ежедневно, в зависимости от кратности лечения в дневном стационаре

Таким образом, большинство (29%) не фиксируют ежедневное время в дневном стационаре; из остальных чаще всего пациенты проводят в дневном стационаре 4-6 часов (25%). При осознанном выборе лечения в дневном стационаре пациенты затрачивали на лечение менее 2-х часов в 34,0% случаев против 16,2% при отсутствии выбора. Доля направленных врачом АПО по мере увеличения времени пребывания в дневном стационаре достигает почти 97% среди проводящих в дневном стационаре 6 часов и более. Среди постоянных пациентов дневного стационара более половины (57%) проводили 4-6 часов ежедневно, чего не наблюдалось среди пациентов, лечившихся в дневном стационаре 1-2 раза. Среди «новичков» наибольший вес (34%) имеют затруднившиеся в определении ежедневного времени лечения в дневном стационаре; среди лечившихся 2-ой раз – большинство (32%) пребывают в стационаре до 2-х часов.

Отдых в дневном стационаре после лечения указали 73,4% респондентов, 9,1% отрицали по причине отсутствия времени, 2,7% (n=7) отрицали по причине отсутствия

комфортных условий в дневном стационаре, 14,8% - системные пропущенные. Валидный процент признавших отдых составил 86,2%.

Отдых после лечения достоверно зависел от возраста (p=0,004), а удельный вес пациентов, отдыхавших в дневном стационаре, возрастал при увеличении времени, проводимом там ежедневно. Остальные исследованные выше социальные и организационные характеристики не были связаны с отдыхом после лечения (p>0,05).

Возрастные особенности повлияли на отказ от отдыха после лечения 23,1% (n=3) лиц 61 года и старше по причине отсутствия адекватных условий против 5,3% (n=2) лиц 51-60 лет, 2,5% (n=2) лиц 31-40 лет и отсутствия таковых в возрастных группах до 30 лет и 41-50 лет. Распространенность отказа от отдыха по причине недостатка времени достоверно не отличалась в возрастных группах, но была наибольшим среди лиц 61 года и старше (15,4%). Удельный вес лиц, отдыхавших после лечения, выявлен во всех возрастных группах, но наименьший уровень выявлен среди лиц 61 года и старше (61,5%), наибольший (93,3%) – 41-50 лет (табл.4)

Таблица 2

Отдых в дневном стационаре после лечения

Возрастная группа		*Отдых после лечения*			*Итого*
		Да	*Нет: отсутствие условий*	*Нет: отсутствие времени*	
до 30 лет	n, чел	39_a	0_a	6_a	45
	% в группе	86,7%	0,0%	13,3%	100,0%
31-40 лет	n, чел	69_a	2_a	10_a	81
	% в группе	85,2%	2,5%	12,3%	100,0%
41-50 лет	n, чел	42_a	0_a	3_a	45
	% в группе	93,3%	0,0%	6,7%	100,0%
51-60 лет	n, чел	33_a	2_a	3_a	38
	% в группе	86,8%	5,3%	7,9%	100,0%
61 и более лет	n, чел	8_a	3_b	2_a	13
	% в группе	61,5%	23,1%	15,4%	100,0%
Итого	n, чел	191	7	24	222
	% в группе	86,0%	3,2%	10,8%	100,0%

Примечание: Каждая подстрочная буква обозначает набор категорий «Отдых после лечения», для которых пропорции столбцов значимо не различаются между собой на уровне 0,05.

В целом статистически достоверной зависимости наличия или отказа от отдыха по категориям, соответствующим времени, проводимом в дневном стационаре ежедневно, не выявлено (p=0,113), однако имеет место тенденция увеличения доли пациентов, отдыхавших

после лечения, с ростом времени, проводимом в дневном стационаре ежедневно, что позволяет предположить их зависимость. Зависимость выявлена построением логарифмического тренда с коэффициентом детерминации $R^2 > 0,95$ (рис. 7).

Рисунок 1. Доля пациентов, отдыхавших в дневном стационаре после лечения, в зависимости от времени, проводимом в дневном стационаре ежедневно

Таким образом, большинство пациентов (73%) отдыхают после проведенного лечения. Пожилые люди в возрасте 61 года и старше значительно чаще (23%) отказываются от отдыха в дневном стационаре по причине отсутствия адекватных условий. Закономерно выявлена связь между временем, затрачиваемым на дневной стационар, и отдыхом после процедур.

Предпочтительное время пребывания пациентов в дневном стационаре выбрали 253 пациента, из них 84,5% предпочитают лечиться в утреннее время с 8.00 до 12.00. Только 10,5% выбирают дневное время с 12.00 до 16.00 и 2,0% - вечернее с 16.00 до 20.00. (рис. 8).

Среди направленных в дневной стационар врачом стационара 91,7% предпочитают утреннее время 8.00-12.00 и 8,3% - дневное 12.00-16.00. Среди направленных врачом АПО 85,6% предпочитают утреннее время 8.00-12.00, 9,8% - дневное 12.00-16.00, 1,4% - вечернее 16.00-20.00 и 3,3% - другое, то есть в отличие от направленных врачом стационара среди направленных врачом АПО 4,7% предпочитают время после 16.00 или другое. Пациенты, направленные в дневной стационар иным путем, меньше всего хотят лечиться утром (таких всего 57,1%), но достаточно много (28,6%) среди желающих лечиться в дневном стационаре

с 12.00 до 16.00 и 14,3% - с 16.00 до 20.00. Отличие между группами по направлению в дневной стационар достоверно на 90%-ном уровне (p=0,072<0,1).

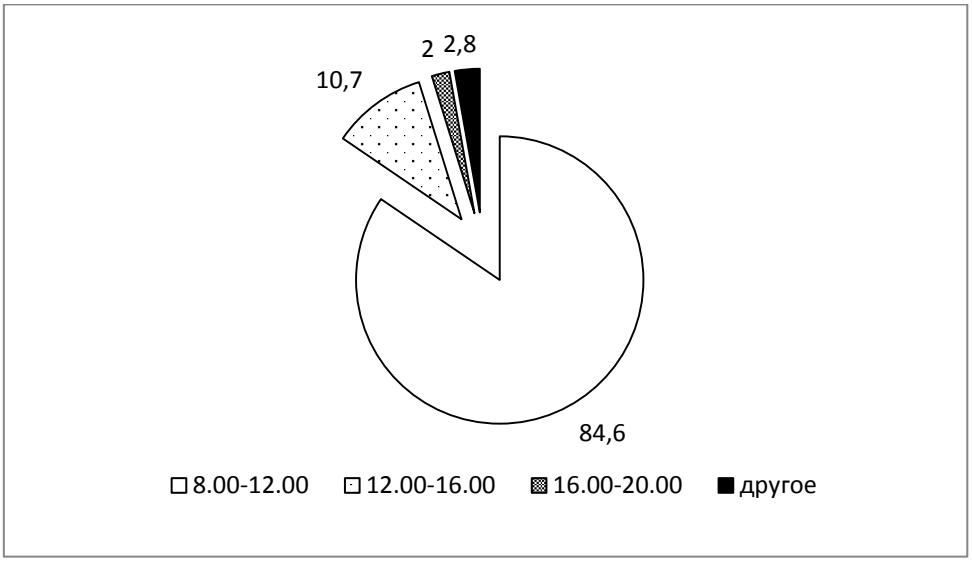

Рисунок 8. Распределение пациентов дневного стационара по предпочтительному времени лечения

Не связаны с предпочтительным временем лечения в дневном стационаре: принадлежность к возрастной группе (p=0,602), социальная принадлежность (p=0,225), уровень образования (p=0,405), кратность лечения (p=0,225), время ожидания госпитализации (p=0,927), ежедневное время нахождения в дневном стационаре (p=0,927), наличие отдыха после лечения или отказа от него по причинам отсутствия условий или времени у пациента (p=0,830).

Таким образом, почти 85% предпочитают лечение в дневном стационаре утром с 8.00 до 12.00, причем в большей степени это пациенты, направленные врачом стационара (среди них доля этих лиц составляет 92%).

Выводы.

1. Анализ структуры гинекологических заболеваний, лечение которых проходило в дневном стационаре, соответствует данным, полученным исследователями в других странах [21]. Основная группа заболеваний представлена невоспалительными болезнями женских половых органов.

2. Комплексный анализ позволил установить влияние таких факторов, как социальное положение и возраст пациенток, направление на лечение врачами разных медицинских организаций (амбулаторно-поликлиническое или стационарное звено), кратность лечения в

дневном стационаре и ряд других организационных факторов на длительность лечения и предпочтения времени пребывания в дневном стационаре гинекологического профиля, потребность в отдыхе после прохождения лечения, а также на возможность выбора между лечением в стационаре круглосуточного пребывания или в дневном стационаре.

3. Полученные данные о структуре гинекологических заболеваний и особенностях влияния медико-социальных и организационных факторов на организацию медицинской помощи данной категории пациенток могут быть использованы при планировании и организации гинекологической помощи женщинам в условиях лечения в дневных стационарах.

Список литературы

1. Дмитриев В.А. Вневедомственный экспертный контроль качества лечения пациентов на стационарзамещающих койках. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011;7(1):18-21

2. Шипова В.М., Гриднев О.В., Вартанян Э.А. Актуальные проблемы планирования объема акушерско-гинекологической помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(2):163-166

3. Здравоохранение в России. 2021: Стат.сб./Росстат. 2021;171

4. Карайланов М.Г., Русев И.Т., Федоткина С.А., Прокин И.Г. Стационарзамещающие технологии и формы оказания медицинской помощи (обзор литературы). Социальные аспекты здоровья населения. 2016;4(50):4

5. Магомадов Р.Х., Хачмамук Ф.К. Стационарзамещающая технология: медико-экономическое обоснование. Московский хирургический журнал. 2018;3(61):150

6. Проценко Д.Н., Захарова Е.Г., Леснова Е.Ю., Боярков А.В. Внедрение стационарзамещающих технологий в условиях многопрофильного скоропомощного стационара. Московский хирургический журнал. 2018;3(61):151-152

7. Калининская А.А., Коновалов О.Е., Мерекина М.Д., Шляфер С.И., Сулькина Ф.А. Стационарзамещающие технологии: состояние и стратегические задачи развития. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(3):438-443.

8. Пути обеспечения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре. Методические рекомендации. Составители: Шикина И.Б., Кошель В.И., Восканян Ю.Э., Сорокина Н.В., Муравьев К.А. Ставрополь, 2006. 27 с.

9. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Управление безопасностью медицинской помощи в современном здравоохранении. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019; 1(35): 18–31.DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.018-031

10. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Современные тренды и сценарии развития современного здравоохранения. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021, 3; DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-628-652

11. Попова С.С. Перспективы дневных стационаров в лечении гинекологических заболеваний. Аспирант и соискатель. 2011;2:167–169

12. Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурно-функциональный анализ деятельности дневных стационаров в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012;2:20–23

13. Коротовских Л.И., Обоскалова Т.А., Прохоров В.Н. Собственный опыт амбулаторной хирургии в гинекологической практике. Журнал акушерства и женских болезней. 2009;58(5):М6–М7

14. 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;2:2-5

15. Сергейко И.В., Люцко В.В. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья у женщин в возрасте до 40 лет. Фундаментальные исследования. 2014; 4(2):350-354.

16. Люцко В.В., Сергейко И.В. Акушерско-гинекологические аспекты репродуктивного здоровья женщин. Современные проблемы науки и образования. 2014; 2:355.

17. Сергейко И.В., Трифонова Н.Ю., Немсцверидзе Э.Я., Люцко В.В. Репродуктивные установки у молодых женщин в возрасте до 40 лет. Фундаментальные исследования. 2014; 4 (2):355-358.

18. Fernandez H., Farrugia M., Jones S.E. Rate, type, and cost of invasive interventions for uterine myomas in Germany, France, and England. J. Minim. Invasive Gynecol. 2009;16(1):40-46

19. Bianco A., Foresta M.R., Greco M.A. TetiI V., Angelillo F. Appropriate and inappropriate use of day-hospital care in Italy. *Public Health*. 2002;116(6):368-373

20. Ермуханова Л.С. Каташева Д.Н. Развитие стационарзамещающих технологий при оказании медицинской помощи. Вестник Казахского национального медицинского университета. 2015;1:453-455

21. Escobar M.A., García-Egido A.A., Carmona R., Lucas A., Márquez C., Gómezen F. Decrease in hospitalizations due to polyvalent medical day hospital. Rev Clin Esp. 2012;212(2):63-74 .

Referens

1. Dmitriev V.A. Vnevedomstvennyj ehkspertnyj kontrol' kachestva lecheniya pacientov na stacionarzameshchayushchikh kojkakh [Qualitative control of treatment of daily in-patients]. Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal [Saratov Journal of medical scientific Research]. 2011;7(1):18-21 (In Russian)

2. Shipova V.M., Gridnev O.V., Vartanian E.A. Aktual'nye problemy planirovaniya ob"ema akushersko-ginekologicheskoj pomoshchi [The actual problems of planning of volume obstetrics gynecological care]. Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini [Problems of social hygiene, public health and history of medicine]. 2019;27(2):163-166 (In Russian)

3. Zdravookhranenie v Rossii. 2021: Statisticheskij sbornik /Rosstat [Healthcare in Russia. 2019: Statistical collection / Rosstat]. 2021;171 (In Russian)

4. Karaylanov M.G., Rusev I.T., Fedotkina S.A., Prokin I.G. Stacionarzameshchayushchie tekhnologii i formy okazaniya medicinskoj pomoshchi (obzor literatury) [Hospital-replacing technologies and forms of health care delivery (literature review)]. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of population health]. 2016;4(50):4 (In Russian)

5. Magomadov R.Kh., Khachmamuk F.K. Stacionarzameshchayushchaya tekhnologiya: mediko-ehkonomicheskoe obosnovanie [Stationary-replacing technology: medical and economic justification]. Moskovskij khirurgicheskij zhurnal [Moscow surgical journal]. 2018;3(61):150 (In Russian)

6. Protsenko D.N., Zakharova E.G., Lesnova E.Yu., Boyarkov A.V. Vnedrenie stacionarzameshchayushchikh tekhnologij v usloviyakh mnogoprofil'nogo skoropomoshchnogo stacionara [The introduction of hospital replacement technologies in a multidisciplinary ambulance hospital]. Moskovskij khirurgicheskij zhurnal [Moscow surgical journal]. 2018;3(61):151-152 (In Russian)

7. Kalininskaya A.A., Konovalov O.E., Merekina M.D., Shlyafer S.I., Sulkina F.A. Stacionarzameshchayushchie tekhnologii: sostoyanie i strategicheskie zadachi razvitiya [The hospital-substituting technologies: condition and strategic tasks of their development]. Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini [Problems of social hygiene, public health and history of medicine]. 2020;28(3):438-443 (In Russian)

8. Ways to ensure patient safety in a multidisciplinary hospital. Guidelines. Compiled by: I.B. Shikina, V.I. Koshel, Yu.E. Voskanyan, N.V. Sorokina, Muravyov K.A. Stavropol, 2006. 27 p. (In Russian)

9. Voskanyan JE, Shikina IB. Upravlenie bezopasnost'yu medicinskoj pomoshchi v sovremennom zdravoohranenii. Medicinskie tekhnologii. [Management of the safety of medical care in modern health care. Medical technologies]. Ocenka i vybor. [Evaluation and selection]. 2019; 1(35): 18–31.DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.018-031 (In Russian)

10. Voskanyan JE, Shikina IB. Modern trends and scenarios for the development of modern healthcare. [Modern trends and scenarios for the development of modern healthcare]. [Current health and medical statistics issues]. Current health and medical statistics issues. 2021, 3; (In Russian) DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-628-652

11. Popova S.S. Perspektivy dnevnykh stacionarov v lechenii ginekologicheskikh zabolevanij [Prospects of day hospitals in the treatment of gynecological diseases]. Aspirant i soiskatel' [Postgraduate and Applicant]. 2011;2:167–169 (In Russian)

12. Shchepin V.O. Mirgorodskaya O.V. Strukturno-funkcional'nyj analiz deyatel'nosti dnevnykh stacionarov v Rossijskoj Federacii [Structural and functional analysis of the activities of day hospitals in the Russian Federation]. Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini [Problems of social hygiene, public health and history of medicine]. 2012;2:20-23 (In Russian)

13. Korotovskikh L.I., Oboskalova T.A., Prokhorov V.N. Sobstvennyj opyt ambulatornoj khirurgii v ginekologicheskoj praktike [Own experience of outpatient surgery in gynecological practice]. Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej [Journal of Obstetrics and Women's Diseases]. 2009;58(5): M6–M7 (In Russian)

14. Chubirko M.I., Antonenkov Yu.E., Chubirko Yu.M. Novye formy okazaniya medicinskoj pomoshchi v Rossii i Voronezhskoj oblasti [New forms of medical care in Russia and the Voronezh region]. Vestnik novykh medicinskikh tekhnologij. Ehlektronnoe izdanie [Journal of new medical technologies , eEdition]. 2018;2:2-5 (In Russian)

15. Sergeiko I.V., Lyutsko V.V. Profilaktika narushenij reproduktivnogo zdorov'ya u zhenshchin v vozraste do 40 let. [Prevention of reproductive health disorders in women under the age of 40]. Fundamental'nye issledovaniya. [Basic research]. 2014; 4(2):350-354. (In Russian)

16. Lyutsko V.V., Sergeyko I.V. Akushersko-ginekologicheskie aspekty reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin. [Obstetric and gynecological aspects of women's reproductive

health]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. [Modern problems of science and education]. 2014; 2:355. (In Russian)

17. Sergeyko I.V., Trifonova N.Yu., Nemtsveridze E.Ya., Lyutsko V.V. Reproduktivnye ustanovki u molodyh zhenshchin v vozraste do 40 let. [Reproductive attitudes in young women under the age of 40]. Fundamental'nye issledovaniya. [Basic research]. 2014; 4 (2):355-358. (In Russian)

18. Fernandez H., Farrugia M., Jones S.E. Rate, type, and cost of invasive interventions for uterine myomas in Germany, France, and England. J. Minim. Invasive Gynecol. 2009;16(1):40-46

19. Bianco A., Foresta M.R., Greco M.A. TetiI V., Angelillo F. Appropriate and inappropriate use of day-hospital care in Italy. Public Health. 2002;116(6):368-373

20. Ermukhanova L.S. Katasheva D.N. Razvitie stacionarzameshchayushchikh tekhnologij pri okazanii medicinskoj pomoshchi [Development of hospital-replacing technologies in the provision of medical care].Vestnik Kazakhskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta [Bulletin of the Kazakh National Medical University]. 2015;1:453-455 (In Russian)

21. Escobar M.A., García-Egido A.A., Carmona R., Lucas A., Márquez C., Gómezen F. Decrease in hospitalizations due to polyvalent medical day hospital. Rev Clin Esp. 2012;212(2):63-74.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Acknowledgments. The study did not have sponsorship.
Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Фомина Анна Владимировна – доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, Миклухо-Маклая ул., д.6, г. Москва, Российская Федерация, 117198, e-mail: fomina-av@rudn.ru, SPIN-код 5385-2586, ORCID: 0000-0002-2366-311X

Дзидзария Фатима Гудисовна – аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, Миклухо-Маклая ул., д.6, г. Москва, Российская Федерация, 117198, e-mail: fatima19-89@mail.ru, SPIN-код 8046-3636, ORCID: 0000-0003-2813-6463

Максименко Людмила Витальевна – кандидат биологических наук, доцент, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, Миклухо-Маклая ул., д.6, г. Москва, Российская Федерация, 117198, e-mail: maximenko-lv@rudn.ru, SPIN-код 1344-7617, ORCID: 000-0003-4048-855X

Information about authors

Fomina Anna V. – DSc, Professor, Head of Department of Public Health and Hygiene of RUDN University, Miklukho-Maklaya st., 6, Moscow, Russian Federation, 117198, e-mail: fomina-av@rudn.ru, SPIN-code 5385-2586, ORCID: 0000-0002-2366-311X

Dzidzariya Fatima G. – PhD Student, Department of Public Health and Hygiene of RUDN University, Miklukho-Maklaya st., 6, Moscow, Russian Federation, 117198, e-mail: fatima19-89@mail.ru, SPIN-code 8046-3636, ORCID: 0000-0003-2813-6463

Maksimenko Lyudmila V. – PhD, Associate Professor of the Department of Public Health and Hygiene of RUDN University, Miklukho-Maklaya st., 6, Moscow, Russian Federation, 117198, e-mail: maximenko-lv@rudn.ru, SPIN-code 1344-7617, ORCID: 000-0003-4048-855X

Статья получена: 01.09.2022 г.
Принята к публикации: 29.12.2022 г.