

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Мосийчук Олег Михайлович

**ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА
РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

д.м.н., доцент, профессор кафедры общественного здоровья и Клюковкин
здравоохранения с курсом экономики и управления Константин Сергеевич
здравоохранением, Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-
Петербургский государственный медицинский университет им.
акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Санкт-Петербург – 2025

Оглавление

Введение	5
Глава 1 Организация оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни (обзор литературы).....	16
Глава 2 Методология и методы исследования.....	36
Глава 3 Анализ общей и первичной заболеваемости мочекаменной болезнью в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге.....	51
3.1. Общая и первичная заболеваемость мочекаменной болезнью	51
3.2. Госпитализированная заболеваемость мочекаменной болезнью взрослого населения Санкт-Петербурга	61
3.3. Активное выявление и динамическое наблюдение больных мочекаменной болезнью.....	64
3.4. Объемы оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни взрослому населению в Санкт-Петербурге	68
Глава 4 Медико-организационные аспекты оказания медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью.....	70
4.1. Медико-социальная характеристика пациентов с мочекаменной болезнью и организация оказания им первичной медико-санитарной помощи	70
4.2. Организация маршрутизации пациентов с мочекаменной болезнью для получения специализированной медицинской помощи	79
4.3. Оказание пациентам с мочекаменной болезнью специализированной медицинской помощи	83
4.4. Аспекты информационной доступности медицинской помощи для пациентов с мочекаменной болезнью	91
4.5. Анализ мнения врачей-урологов об организации медицинской помощи при мочекаменной болезни	96
Глава 5 Медико-организационные основы оптимальной модели оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни	102
5.1. Подходы к совершенствованию раннего выявления мочекаменной болезни.....	102
5.2. Совершенствование подходов к организации диспансерного наблюдения, адресности и преемственности оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни	107
5.2.1. Формирование реестра пациентов с мочекаменной болезнью	109
5.2.2 Организация мультидисциплинарного диспансерного наблюдения.....	111

5.2.3 Организация маршрутизации пациентов с мочекаменной болезнью в рамках диспансерного наблюдения.....	115
5.2.4 Информирование пациентов на основе метафилактических подходов	118
5.2.5 Оценка результатов организационного эксперимента	120
5.3 Повышение компетенций врачей-специалистов по вопросам оказания медицинской помощи и метафилактики мочекаменной болезни	132
5.4. Планирование организации медицинской помощи при мочекаменной болезни при мультидисциплинарном подходе к организации диспансерного наблюдения пациентов	137
5.5. Контроль эффективности организации пациентоориентированной медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью	142
Заключение	148
Выводы	152
Практические рекомендации	154
Список литературы	158
Приложение А Карта изучения заболеваемости мочекаменной болезнью в субъектах Российской Федерации	188
Приложение Б Карта изучения динамики заболеваемости мочекаменной болезнью в Санкт-Петербурге	189
Приложение В Карта изучения госпитализированной заболеваемости мочекаменной болезнью в Санкт-Петербурге	190
Приложение Г Карта оценки полноты охвата вторичной и третичной профилактикой мочекаменной болезни в Санкт-Петербурге	191
Приложение Д Карта оценки объемов медицинской помощи, предоставляемой при мочекаменной болезни в Санкт-Петербурге	192
Приложение Ж Карта пациента стационара с мочекаменной болезнью	193
Приложение З Анкета пациента стационара с мочекаменной болезнью	196
Приложение К Анкета изучения мнения врача-уролога об организации медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью	200
Приложение Л Дополнительный блок «Раннее выявление мочекаменной болезни» к анкете для граждан на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития	202

Приложение М Порядок организации медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения пациентов (взрослое население) при мочекаменной болезни на основе мультидисциплинарного подхода	203
Приложение Н Состав сведений реестра больных мочекаменной болезнью	206
Приложение П Тетрадь пациента. Мочекаменная болезнь.....	207
Приложение Р Программа обучения «Выявление, основы диагностики, лечения и метафилактики мочекаменной болезни у взрослого населения».....	214
Приложение С Анкета самооценки знаний врачей об организации и оказании медицинской помощи при мочекаменной болезни	216
Приложение Т Анкета пациента с мочекаменной болезнью, состоящего под диспансерным наблюдением на основе усовершенствованного порядка его проведения	217

Список сокращений:

АКО – амбулаторно-консультативное отделение
 ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
 ВОП – врач общей практики
 ГИС – государственная информационная система
 ДН – диспансерное наблюдение
 ДС – дневной стационар
 КДЦ – консультативно-диагностический центр
 КМП – качество медицинской помощи
 КТ – компьютерная томография
 МКБ – мочекаменная болезнь
 МЗ – Министерство здравоохранения
 МО – медицинская организация
 ОИВ – орган исполнительной власти
 ОМС – обязательное медицинское страхование
 ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
 РФ – Российская Федерация
 СПб – Санкт-Петербург
 УЗИ – ультразвуковое исследование
 ФО – Федеральный округ
 ХНИЗ – хроническое неинфекционное заболевание

Введение

Актуальность темы исследования. Мочекаменная болезнь (МКБ), является хроническим системным заболеванием, имеет в своей основе метаболические нарушения, зависит от образа жизни и влияния факторов внешней среды; широко распространена среди населения всего мира (О.В. Константинова, 2015; Б.К. Комяков, 2018; В.С. Саенко с соавт., 2018; А.С. Егорова, 2020; Д.Р. Давлетьярова, 2023). Наблюдается тенденция к росту заболеваемости МКБ во всех возрастных группах, за последнее десятилетие – на 25%, что имеет ключевое значение для оценки эффективности сложившихся процессов организации медицинской помощи и перспективного ее планирования (О.И. Аполихин с соавт., 2018; R.A. Fatkhi, 2021).

В последние годы, в связи с новыми данными об этиопатогенезе МКБ, разработкой и внедрением современных методов диагностики и лечения решены многие клинические проблемы (L. Durner et al., 2016; Т.Х. Назаров с соавт., 2017; S.C. Zequi, 2017). Ведется поиск путей совершенствования организационных механизмов, в том числе реализуются профилактические программы, школы пациентов, проводится поиск новых подходов к улучшению качества жизни больных МКБ (О.И. Аполихин, 2016; О.В. Золотухин, 2018; И.Э. Есауленко с соавт., 2018; Е.А. Проскурин, 2019; В.В. Протошак, М.В. Паронников с соавт., 2020).

Необходимость внедрения пациентоцентричного подхода к оказанию медицинской помощи в целом, на различных ее этапах, учитывающего индивидуальные потребности больных, направленного на широкое применение современных технологий персонального информационного сопровождения, указывают многие исследователи (Н.Н. Стадченко, 2018; Р.А. Хальфин с соавт., 2018, 2019; С.А. Суслин с соавт., 2019; А.М. Харисов с соавт., 2019; И.А. Бразовская, О.С. Кобякова, 2019; Н.А. Зильбер, 2023; А.Л. Хохлов, 2023). Однако, на современном этапе, реализацию мультидисциплинарного подхода, развитие метафилактики МКБ, информационную доступность соответствующей

медицинской помощи для больных, приверженность больных к профилактике заболевания и его рецидивов нельзя считать полными (J.M. Taber, 2015; В.С. Саенко, 2018; J.C. Angulo et al., 2018; М.М. Газымов, Д.С. Филиппов, 2018, 2019). Исследование уровня приверженности больных к лечебно-профилактическим мероприятиям показало, что только 15,8% из них владеют информацией о необходимом режиме питания (М.Ю. Просянников, А.В. Сивков с соавт., 2022).

В этой связи для перспективного анализа медицинской помощи, своевременного принятия и реализации профилактических программ, направленных на сокращение новых случаев МКБ, а также на предотвращение ее рецидивов, чрезвычайно важным является изучение закономерностей заболеваемости и оказания медицинской помощи на современном этапе, а также решение важнейшей задачи – создание инструментов для повышения приверженности больных МКБ к своевременному лечению.

Степень разработанности темы исследования. При несомненной актуальности вопросов раннего выявления МКБ, совершенствования динамического наблюдения больных в целях предотвращения рецидивов заболевания, следует отметить, что данные разделы работы медицинских организаций (МО) не проработаны в полной мере, как в теоретической, так и в практической плоскости.

Имеются отдельные работы, отражающие вопросы ресурсного, в том числе кадрового обеспечения оказания медицинской помощи при МКБ, преемственности медицинской помощи при МКБ на различных этапах (Ю.Н. Логовой, 2012, А.В. Владзимирский, Г.С. Лебедев, 2018, И.В. Зубков, 2019). Социологические исследования, отражающие уровень информированности больных МКБ, проводились отдельными авторами (С.Р. Краснянский, 2016, А.Р. Геворкян, 2017, В.В. Протошак и др., 2020), однако вопросы осведомленности больных о факторах риска развития заболевания, о порядке проведения и сроках необходимых лечебно-диагностических мероприятий, позволяющих предотвратить рецидив камнеобразования подробно изучены не были. Опыт создания школ пациентов

представлен ограничено (М.А. Жихарева, 2019, Е.А. Проскурин, 2019), разработки по иным методикам информационного сопровождения пациентов, проактивного диспансерного наблюдения (ДН) пациентов при МКБ отсутствуют. На федеральном уровне в Российской Федерации (РФ), при несомненной высокой актуальности вопросов развития системы первичной медико-санитарной помощи (В.И. Орел и соавт., 2018; А.Л. Линденбратен и соавт., 2019; Р.А. Хальфин и соавт., 2020; В.И. Стародубов и соавт., 2021; О.М. Драпкина и соавт., 2023) не урегулированы вопросы единого порядка проведения диспансерного наблюдения при МКБ, отсутствуют единые подходы к повышению информационной доступности и преемственности медицинской помощи при МКБ. Таким образом, до настоящего времени не было проведено комплексного исследования проблемы обеспечения пациентов с МКБ динамическим наблюдением, основанным на пациентоцентричном подходе.

Цель исследования: на основе анализа заболеваемости, объемов, доступности и преемственности медицинской помощи, оказываемой пациентам с мочекаменной болезнью на всех этапах, разработать систему профилактически направленных мер ее предоставления.

Задачи исследования:

1. Проанализировать в динамике заболеваемость мочекаменной болезнью среди взрослого населения на федеральном и региональном (Санкт-Петербург) уровнях.
2. Оценить объемы и доступность первичной медико-санитарной помощи при мочекаменной болезни, удовлетворенность пациентов ее получением.
3. Оценить маршрутизацию пациентов при мочекаменной болезни, соблюдение преемственности оказанной им медицинской помощи.
4. Выявить недостатки в организации медицинской помощи при мочекаменной болезни и пути ее оптимизации с учетом мнения врачей-урологов.
5. Разработать комплекс мероприятий по созданию условий предоставления преемственной, доступной и качественной медицинской помощи профилактической направленности пациентам с мочекаменной болезнью.

Научная новизна исследования заключается в том, что в ходе исследования:

На примере Санкт-Петербурга установлено, что доступность и качество профилактических мероприятий по раннему выявлению мочекаменной болезни наиболее ограничены для лиц старше трудоспособного возраста, что подтверждается снижением за последние 10 лет первичной заболеваемости мочекаменной болезнью в этой группе (с 1,5 до 1,2 на 1000 населения ($t=3,5$, $p<0,05$) при сохранении уровня общей заболеваемости).

Разработан и обоснован Порядок раннего выявления мочекаменной болезни при профилактических осмотрах, что позволило выявить заболевание в 8,6%, что выше ранее зафиксированных значений показателя (1-3%, $t=3,5$, $p<0,05$).

Доказано, что охват диспансерным наблюдением при мочекаменной болезни неудовлетворительный и его эффективность снижается в динамике наблюдения пациентов (в первый год наблюдения 42,9%, в дальнейшем – 32,6%).

Разработан и обоснован Порядок организации диспансерного наблюдения при мочекаменной болезни на основе мультидисциплинарного подхода с участием врача-уролога и врача-терапевта, в том числе с использованием ресурсов стационаров, доказана его эффективность, охват увеличен с 32,6% до 89,4%.

Установлена потребность пациентов с мочекаменной болезнью в медицинских услугах для эффективного мультидисциплинарного диспансерного наблюдения: на 1000 населения в год 4,9 консультаций врача-уролога, 5,3 консультаций врача-терапевта-участкового.

Разработаны форматы динамического информирования пациента о развитии, диагностике, лечении и профилактике заболевания на основе метафилактических подходов – «Тетрадь пациента. Мочекаменная болезнь».

Разработан порядок формирования, состава и обмена данными реестра пациентов с мочекаменной болезнью на основе взаимодействия медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь, доказана эффективность его

использования для контроля индивидуального плана лечебно-диагностических мероприятий пациентов.

Доказано, что эффективное диспансерное наблюдение пациентов с мочекаменной болезнью на основе мультидисциплинарного подхода может быть обеспечено путем повышения компетенций врачей-специалистов по вопросам диагностики, лечения профилактики и метафилактики мочекаменной болезни.

Разработана программа обучения врачей-специалистов основам современных подходов к организации диспансерного наблюдения больных с мочекаменной болезнью.

Обоснована целесообразность введения в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» ряда показателей контроля эффективности предоставления преемственной медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью, предложен порядок их расчета.

Теоретическая и практическая значимость работы состоит в том, что на основе ретроспективного анализа заболеваемости мочекаменной болезнью, в том числе в различных возрастных группах, медико-статистической характеристики больных мочекаменной болезнью и особенностей оказания им медицинской помощи на современном этапе, на примере города федерального значения Санкт-Петербурга определены основные направления совершенствования медицинской и профилактической помощи.

С учетом оценки полноты оказания медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью, мнения больных, а также экспертного мнения врачей-урологов предложены оптимальные пути повышения преемственности медицинской помощи на различных этапах ее оказания, подходы к совершенствованию оказания медицинской помощи больным мочекаменной болезнью на этапе их диспансерного наблюдения.

Разработанный комплекс мероприятий позволяет осуществлять медико-организационное сопровождение больных с мочекаменной болезнью на основе пациентоцентричного подхода, что существенно повышает охват пациентов диспансерным наблюдением, способствует формированию новой модели

поведения пациентов, характеризующейся максимальной вовлеченностью в процесс контроля своего здоровья и ведения образа жизни, способствующего минимизации возникновения рецидивов заболевания.

Положения, разработанные в ходе проведенного исследования, легли в основу методических рекомендаций для использования в работе медицинскими организациями и органами управления здравоохранением субъектов РФ, утвержденных главным урологом Северо-Западного федерального округа, д.м.н., профессором Аль-Шукри С.Х.; главным внештатным специалистом по вопросам общественного здоровья и организации здравоохранения Комитета по здравоохранению СПб, з.д.н. РФ, д.м.н., профессором Вишняковым Н.И.: «Рекомендации по обоснованию, расчету и внедрению дополнительных показателей оценки реализации федерального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (от 09.01.2025), «Планирование организации медицинской помощи при мочекаменной болезни при мультидисциплинарном подходе к организации диспансерного наблюдения пациентов» (от 10.01.2025), «Тетрадь пациента. Мочекаменная болезнь» (от 08.01.2025).

Внедрение результатов исследования. Сформулированные предложения внедрены в практическую деятельность органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и МО, что подтверждается актами внедрения на следующих уровнях:

1. Федеральный уровень: ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России (акт от 08.04.2025 № б/н).

2. Региональный уровень:

2.1. Органы исполнительной власти: Отдел здравоохранения Администрации Красносельского района Санкт-Петербурга (акт от 17.02.2025 № б/н); Отдел здравоохранения Администрации Фрунзенского района Санкт-Петербурга (акт от 10.02.2025 № б/н); Министерство здравоохранения Кировской области (акт от 20.05.2025 № б/н).

2.2. Медицинские организации: СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 51» (акт от 14.01.2025 № б/н, акт от 14.01.2025 № б/н); ГБУЗ «Ленинградская областная Клиническая больница» (акт от 12.02.2025 № 56/2); СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 109» (акт от 23.01.2025 № 31/-1-0, акт от 23.01.2025 № 31/1-0); СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 106» (акт от 29.01.2025 № 47/1; акт от 29.01.2025 № б/н); СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 91» (акт от 18.01.2025 № 57/0-0, акт от 18.01.2025 № 57/0-0-); СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 88» (акт от 15.01.2025 № 245/1); СПб ГБУЗ «Городская больница № 15» (акт от 05.02.2025 № 36); ГБУ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (акт от 23.01.2025 № б/н).

Методология и методы исследования. Для достижения цели и решения поставленных задач исследования разработан реализован ряд этапов научного поиска, в том числе комплексная методика, в основу которой легли результаты ранее проведенных научных исследований в области организации здравоохранения, профилактической медицины, урологии. Репрезентативность исследования обеспечена за счет применения при его выполнении наиболее информативных методов, таких как: статистический (методы описательной статистики, корреляционный анализ по методу Пирсона, расчет экстенсивных и интенсивных показателей с оценкой достоверности их разности по критерию Стьюдента, средних величин и их средней ошибки, показателей динамического ряда), исторического и документального анализа, социологический, экспериментальный. Сбор первичного материала исследования проведен преимущественно методом сплошного наблюдения.

Положения, выносимые на защиту.

1. Сложившаяся структура организации медицинской помощи при мочекаменной болезни разбалансирована: отмечается значимый рост и положительная динамика регистрации общей заболеваемости, низкий уровень с тенденцией к отрицательной динамике первичной заболеваемости, на фоне роста экстренных госпитализаций, что требует упорядочения предоставления медицинской помощи с приоритетом профилактической направленности.

2. Диспансерное наблюдение пациентов с мочекаменной болезнью неэффективно, что обусловлено низкой активностью медицинских организаций первичного звена по его проведению, ограничением доступности профильных консультаций и диагностики, и может быть преодолено путем введения мультидисциплинарного подхода при взаимодействии медицинских организаций различных уровней при условии повышения приверженности пациентов к профилактическим мероприятиям.

3. Преемственность медицинской помощи при мочекаменной болезни и недостатки в ее организации могут быть обеспечены путем взаимодействия медицинских организаций различных уровней на основе обмена информацией, содержащейся в реестре пациентов с мочекаменной болезнью, их своевременного проактивного информирования, развития мультидисциплинарных профилактических программ на основе метафилактики, для чего, в том числе, необходимо повысить компетенции врачей-специалистов по этим вопросам.

4. Комплекс мероприятий по созданию условий предоставления преемственной доступной и качественной медицинской помощи профилактической направленности пациентам с мочекаменной болезнью включает раннее выявление заболевания, мультидисциплинарное диспансерное наблюдение пациентов на основе метафилактики, повышение их информированности и приверженности к профилактическим мероприятиям, обеспечение преемственности медицинской помощи на основе реестра пациентов, контроль эффективности ее предоставления, а также повышение компетенций врачей-специалистов по вопросам мочекаменной болезни.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Сформулированные автором в результате реализации этапов исследования выводы и практические предложения базируются на полноценном изучении достаточного объема данных. Примененные в ходе исследования методы современны, в полной мере обеспечивают решение поставленных задач. Аргументация выводов достаточна, выводы соответствуют реализованным цели и задачам исследования. Всего проанализировано 10380 показателей отчетных документов и 2890

первичных медицинских учетных документов медицинских организаций, 650 «Анкет пациента стационара с МКБ», 308 «Анкет пациента с МКБ, состоящего под ДН на основе усовершенствованного порядка его проведения», 132 «Анкеты изучения мнения врача-уролога об организации медицинской помощи пациентам с МКБ», 65 «Анкет самооценки знаний врачей об организации и оказании медицинской помощи при МКБ». Всего изучено 14425 единиц наблюдения.

Материалы диссертационной работы были представлены на российских и международных конференциях: Межвузовском международном конгрессе «Высшая школа: научные исследования» (Москва, 7 июля 2023 года); Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы образования и науки» (Тамбов, 31 июля 2023 года); XXIII конгрессе Российского общества урологов (Казань, 14-16 сентября 2023 года); Научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций – 2023» (Саратов, 5-6 октября 2023 года); Всероссийской научно-практической интернет-конференции молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора с международным участием «Фундаментальные и прикладные аспекты анализа риска здоровью населения – 2023» (Пермь, 11-13 октября 2023 года); Международной научно-практической конференции «Перспективы развития науки и образования» (Тамбов, 30 ноября 2023 года); Межвузовском международном конгрессе «Высшая школа: научные исследования» (Москва, 22 февраля 2024 года); XI международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины» и «V спутникового форума по общественному здоровью и политике здравоохранения» (Баку, Азербайджан 27-28 марта 2024 года); VII ежегодной научно-практической конференции урологов Северо-Западного Федерального округа (Санкт-Петербург, 12-13 апреля 2024 года); XIII Международной научной конференции «Многопрофильная клиника XXI века. Инновации и передовой опыт» (Санкт-Петербург, 25-26 апреля 2024 года); I Международной научно-практической конференции «Организационно-правовые проблемы регионального здравоохранения: вызовы и пути развития» (Саратов, 6 июня 2024 года); Международной научно-практической конференции «Наука, образование,

общество» (Тамбов, 31 августа 2024 года); Межвузовском международном конгрессе «Высшая школа: научные исследования» (Москва, 5 сентября 2024 года); VIII Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать... болезнь» (Донецк, 25-26 ноября 2024 года); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации» (Иркутск, 6 декабря 2024 года); Межвузовском международном конгрессе «Высшая школа: научные исследования» (Москва, 26 декабря 2024 года); XII Всероссийской очно-заочной научно-практической конференции «Здоровье населения и качество жизни» (Санкт-Петербург, 29 марта 2025 года).

Личный вклад автора. Автор лично планировал исследование, участвовал в составлении программы и методики исследования, сборе данных, их статистической обработке и анализе, а также в научном обосновании предложений диссертационного исследования, формулировке выводов и практических рекомендаций. Автор принял непосредственное участие в предоставлении результатов в научных публикациях, на конференциях, при внедрении их в практическое здравоохранение. Доля участия автора в накоплении эмпирических данных составила 90%, обобщении и анализе полученных результатов – 100%.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, конкретно пунктам 1, 5, 8, 10, 12, 15.

Связь выполненного исследования с научными программами. Исследование выполнялось в рамках научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России (г. Санкт-Петербург): «Разработка предложений по повышению эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи в системе ОМС в условиях развития ценностно-ориентированной модели» (регистрационный номер 225013106270-5, 2023-2025 гг.).

Публикации по теме диссертации. По теме исследования опубликовано 23 научные работы, в том числе: 5 статей в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК, из них 1 статья в научных изданиях, входящих в зарубежные реферативные базы данных и системы цитирования.

Объем и структура диссертации. Настоящее диссертационное исследование содержит введение, пять глав, заключение, выводы, практические рекомендации. Список литературы включает 243 источника, из которых 187 – отечественной литературы, 56 – зарубежной. Печатный текст диссертации представлен на 217 страницах, содержит 23 рисунка, 17 таблиц и 15 приложений.

Глава 1

Организация оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни (обзор литературы)

МКБ является одной из наиболее распространенных урологических патологий, особенно в развитых странах, которая сопровождается тяжелыми осложнениями и заметно снижает уровень жизни пациентов [Jichlinski P., 2014; Knoll T., 2016; Tzelvels L. et al., 2021]. Исследования показали, что с данной проблемой ежегодно сталкивается примерно 1-3% людей [Тиктинский О.Л. и др., 2000; Нагиев Р.Л., 2009]. По данным зарубежных авторов, МКБ поражает 5-15% населения во всем мире, причем рецидивы выявляются у более чем половины заболевших. МКБ диагностируется во всех географических, культурных и расовых группах. Рост заболеваемости и распространенности МКБ наблюдается с последней четверти прошлого века у обоих полов [Romero V. et al., 2010; Sakhaee K. et al., 2012; Dietary treatment of urinary risk factors for renal stone formation, 2015].

В различных странах мира уровень заболеваемости МКБ может значительно отличаться: в Европе 5-10%, в США – 7-15%, в Канаде – 12%, в арабских странах – до 20% [Renal stone epidemiology in Rochester, Minnesota, 2006; Curhan G., 2007; Romero V. et al., 2010; Prevalence of kidney stones in the United States, 2012; Beyond Prevalence: Annual Cumulative Incidence of Kidney Stones in the United State, 2021].

В РФ удельный вес МКБ среди всех заболеваний мочеполовой системы составил в 2015 году 7%, а частота – 716,8 на 100 000 жителей, 14% из них были выявлены впервые [Геворкян А.Р., 2017]. В 2019 году в РФ количество больных МКБ составило 879,5 тысяч человек [Заболеваемость взрослого населения РФ в 2019 году с диагнозом, установленным впервые, 2020; Военно-врачебная экспертиза при МКБ, 2021]. В РФ рост заболеваемости МКБ за 2005-2016 годы составил 34%, а впервые выявленных случаев – на 27% [Заболеваемость мочекаменной болезнью в РФ (2005-2016), 2018]. Заболеваемость МКБ в разных регионах России довольно значительно отличается. Например, в Ивановской области это 303,9, в Алтайском крае – 1556,3, в Республике Мордовия – 1066,0, в

Кировской области – 500,6 на 100 000 тыс. населения [Статистический сборник 2016; Оценка ресурсов здравоохранения Кировской области в обеспечении населения урологической помощью, 2019]. В Крыму за период 2005-2018 гг. отмечено увеличение числа зарегистрированных случаев МКБ на 15,5% [Лащина А. В. и др., 2019].

Актуальность проблемы МКБ обусловлена тем, что в 65-70% случаев болезнь диагностируется у лиц в возрасте 20-55 лет, т.е. в активный период жизни [Нагиев Р.Л., 2009]. Особую группу риска составляют мужчины трудоспособного возраста (от 30 до 60 лет), у которых МКБ выявляется в три раза чаще, чем у женщин. Показательны в этом отношении данные о заболеваемости МКБ в Вооруженных Силах разных стран (в войсках служат именно молодые люди). В армии США заболеваемость МКБ составила 240 на 100 000 человек [A 10-Year Retrospective Review of Nephrolithiasis in the Navy and Navy Pilots, 2017], в Южной Корее в 2013 году показатель заболеваемости МКБ был 3,14 случаев на 1000 человек [Choi S., Yoon C., 2017]. В российской армии заболеваемость военнослужащих по контракту составляет 749 на 100 000 человек. У военнослужащих по призыву этот показатель составил 277 случаев на 100 000 человек. Как предполагают авторы работы, более низкие показатели у призывников могут быть связаны с более молодым возрастом обследуемых [Медико-статистическая характеристика заболеваемости мочекаменной болезнью в Вооруженных Силах, 2020].

Относительно преобладания мужчин среди заболевших МКБ данные расходятся. Так, в Дагестане заболеваемость МКБ у женщин выше (66,3%), чем у мужчин (33,7%) [Курбанова Д. А. и др., 2017]. У пациентов с сахарным диабетом 2-го типа камни мочевой кислоты обнаруживаются в 2,2 раза чаще, чем у пациентов с МКБ без диабета, причем в этой группе также преобладают женщины (3,8 против 1,7) ($p = 0,003$) [Гендерные аспекты развития уrolитиаза у пациентов с метаболическим синдромом, 2021; Daudon M. Et al., 2005].

Настораживает тот факт, что все чаще МКБ стала диагностироваться у подростков и детей, даже грудничкового возраста [Тиктинский О.Л., Александров

В.П., 2000; Ковальчук В.К., 2004; Вошула В.И. и др., 2007; Чугунова О. Л., 2018; Титова С.Н., Косолапов В.П., 2019; Rove K.O. et al., 2018].

Рост заболеваемости МКБ связывают со значительными изменениями характера и качества питания людей, ухудшением качества питьевой воды, неблагоприятными экологическими особенностями, оказывающими как прямое, так и опосредованное воздействие на организм человека [Лопаткина Н.А., Перепанова Т.С., 2006; Омарова Х.М. и др., 2018; Fatkhi R.A., Seidinov Sh.M., 2021].

Химический состав питьевой воды, потребляемой населением, имеет особое значение в развитии МКБ [Медведев Е. В., 2007; Эпидемиология МКБ с учетом региональных особенностей качества питьевой воды Красноярского края, 2016; Рукавкова Е.М. и др., 2017, 2023; Тодоров С. С., Колмакова Т. С., 2018; Ладина А.В. и др., 2019]. На увеличение заболеваемости МКБ оказывает влияние также жесткость воды [Кантимеров Д. Ф. и др., 2008; Коршунова, Н.В. и др., 2019; Абазова Д.З., Карданов М.А., 2022; Мудрецова, Е. И. и др., 2022].

Эпидемиологические данные показывают, что МКБ является значимым фактором риска хронической и терминальной стадий болезни почек [Coe F.L. et al., 2005; Lotan Y., 2009; Risk of chronic and end stage kidney disease in patients with nephrolithiasis, 2014]. Несмотря на широкое применение новых высокоэффективных, неинвазивных методов диагностики и лечения МКБ, частота рецидива остается высокой, до 38,4% [Васильева Д.А. и др., 2008].

При этом, как бы хорошо ни была проведена операция по удалению камня, без последующей комплексной и индивидуальной поддержки пациента, регулярного его наблюдения на амбулаторном этапе конечный результат лечения может оказаться неудовлетворительным. Стандартизированный комплексный подход позволяет улучшить результаты лечения заболеваний. С подключением к лечебно-диагностическому процессу эндокринологов, терапевтов, диетологов, гастроэнтерологов, физиотерапевтов и врачей других специальностей можно эффективно воздействовать на факторы риска камнеобразования, возникновение осложнений, степень риска рецидива заболевания [Метафилактика МКБ, 2018].

Амбулаторный этап оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни

Амбулаторно-поликлиническое учреждение – ведущее и наиболее важное, но, к сожалению, на настоящий момент наиболее слабое звено как в диагностике, так и в консервативном комплексном обследовании пациентов с МКБ.

Особенно актуальны вопросы доступности инструментального обследования на амбулаторном этапе. Столь же важно изучить и оценить доступность консультаций и наблюдения пациентов врачом-урологом в поликлинике, наличие в поликлиниках урологических кабинетов, оборудованных и укомплектованных штатами. Учитывая социальную значимость МКБ, а именно снижение качества жизни, потерю трудоспособности, возможность инвалидизации, смертность, важнейшее значение приобретает правильная организация процесса диагностики, с минимальными сроками проведения [Логовой Ю.Н., 2012].

Наибольшей информативностью обладает КТ, позволяющая увидеть любые виды камней и точно определить их локализацию и размеры [Дубский С.А., 2010; Значение спиральной КТ для выявления патологии почек, 2017; Организация неотложной помощи детям с МКБ, 2019; EAU Guidelines on Diagnosis and Conservative Management of Urolithiasis, 2016]. При проведении КТ в амбулаторной практике МКБ составляет до 47% выявленных патологий почек и мочевыводящих путей [Значение спиральной КТ для выявления патологии почек, 2017].

УЗИ почек и мочевого пузыря является простым, недорогим и безопасным методом диагностики. Этот метод позволяет определить наличие камней в почках, наличие гидронефроза, определить камни в верхних отделах и в устье мочеточника (место, где мочеточник впадает в мочевой пузырь). УЗИ не является окончательным методом и всегда требует дополнительного рентгенологического обследования.

Если говорить о проблемах урологической службы, то одна из них – недостаток материального обеспечения для проведения вышеупомянутых стандартных исследований. В одной из статей анализируется работа урологической службы Кировской области. Зубков И.В. и др. [2019] делают вывод, что одной из

серьезнейших проблем является нехватка кадров. Приводятся такие цифры: при рекомендуемом уровне 0,5 на 10000 населения в области он составил 0,27, причем прослеживалась четкая тенденция к снижению этого показателя, с 0,27 в 2007 г. до 0,22 на 10 тыс. населения в 2017 г. (-18,5%), с небольшим подъемом в 2010–2011 гг. до 0,32–0,33 на 10 тыс. населения. «По сравнению с 2007 годом коечный фонд службы уменьшился на 15,8% (с 202 до 170 коек), и соответственно уровень госпитализации – на 15,6% (с 0,45 до 0,38%)». Нужно отметить, что сокращение стационарной помощи мотивировали тем, что предполагалось увеличить использование стационарозамещающих методик и объем амбулаторно-поликлинической помощи, однако планируемого увеличения сети амбулаторных медицинских учреждений не произошло. Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений возросло в полтора раза, но произошло это не благодаря увеличению штата урологов, а за счет возрастания нагрузки на врачей и совместительства [Оценка ресурсов здравоохранения Кировской области в обеспечении населения урологической помощью, 2019].

«Диспансерная работа в Кировской области характеризуется снижением доли пациентов, охваченных диспансерным наблюдением, на 19% в городских и на 13,8% – в районных поликлиниках, в 2017 г. доля лиц, состоящих на диспансерном учете у уролога, составила 25,6% в городе и 33,2% – в районах» [Оценка ресурсов здравоохранения Кировской области в обеспечении населения урологической помощью, 2019]. К сожалению, подобное положение урологических служб характерно не только для Кировской области. Примерно так дело обстоит в большинстве регионов страны, за исключением крупных городов.

Вопросы профилактики мочекаменной болезни

Если МКБ будет определена на самой ранней стадии, для лечения будет достаточно использовать консервативные методы, в частности, щадящую диету, обильное питье, употребление некоторых фитопрепаратов. Нужен постоянный контроль соблюдения пациентом рекомендаций, необходимо обучение пациента новому образу жизни.

В процессе амбулаторного наблюдения важно определить этиологию камнеобразования [Особенности клинической картины МКБ в зависимости от размера, локализации и химического состава, 2018; Анализ мочевых конкрементов в изучении особенностей патогенеза МКБ, 2021; Камни мочевыделительной системы, 2021]. Примерно 80% всех камней в почках состоят из солей кальция, а именно оксалата кальция и фосфата кальция [Масальцев А.К., 2018; Coe, F.L. et al., 2005; Worcester E.M., Coe F.L., 2010].

Образование камней из оксалатов кальция связано с концентрацией кальция, оксалатов и уратов в моче и обратно пропорциональна концентрации магния и цитрата. В дополнение к этим метаболическим факторам риска, в патогенезе камней из фосфата кальция также играет роль концентрация фосфатов и ионов водорода (pH) в моче [Метаболические факторы риска и формирование мочевых камней, 2017; Метаболические факторы риска и формирование мочевых камней, 2018; Кислотно-основное состояние (pH) мочи, 2022; Шамансурова Э. А., Абдуразакова Ш. А., 2022; Worcester E.M., Coe F.L., 2010].

Значительная доля остальных камней состоит из мочевой кислоты (уратные камни), это составляет примерно более 10% всех камней в почках. Уратные камни образуются при аномально низком pH мочи [Бычкова, А. Н. и др., 2009; Зуева Л. Ф. и др., 2019; Сердюцкая У.С., Стрельников А.И., 2019; Coe, F.L. et al., 2005].

В настоящее время существуют следующие методы анализа состава камня: химический анализ, двухэнергетическая КТ, термогравиметрия, эмиссионная спектроскопия, поляризационная спектроскопия, дифракция рентгеновских лучей, кристаллография, сканирующая электронная микроскопия и инфракрасная спектроскопия [Антонова М. О., 2015; Двухэнергетическая КТ в диагностике МКБ, 2017; Клиническое значение двухэнергетической рентгеновской КТ, 2018; Опыт применения двухэнергетической КТ, 2018; Применение инфракрасной спектроскопии в диагностике МКБ, 2020; Suror D.J., Scheidt S., 1968; Kasidas G.P. et al., 2004; Quality control in urinary stone analysis, 2005; Abdel-Halim R.E., Abdel-Halim M.R., 2006; Impact of urinary stone volume on computed tomography stone attenuations, 2014].

Знание этиологии заболевания для пациента важно, так как это позволит минимизировать риски рецидивирования заболевания путем элиминации этиологических факторов. Для выяснения этих вопросов должно проводиться и быть доступным для пациентов специализированное лабораторное обследование на химический состав камней в почках, содержание минералов и гормонов в крови.

Одним из наиболее доступных и в то же время действенных методов профилактики МКБ является правильное питание [Роль диетического питания и фитотерапии в профилактике и лечении МКБ, 2012; Dietary treatment of urinary risk factors for renal stone formation, 2015] и достаточный прием жидкости. По поводу последнего в настоящее время нет доказательств фактической пользы увеличения потребления воды для первичной профилактики образования мочевых камней. Однако есть данные рандомизированного контролируемого исследования о пользе увеличения потребления воды для предотвращения рецидивов камнеобразования [Urinary volume, water and recurrences, 1996]. У участников, потреблявших более 2 литров воды в день, было значительно меньше рецидивов камней в течение 5 лет по сравнению с контрольной группой, не получавшей лечения.

Еще в одной работе пациенты с МКБ, перенесшие ударно-волновую литотрипсию и на момент исследования, не имевшие камней, увеличили потребление жидкости до достижения диуреза более 2,5 л/сут, и в течение 2-3 лет имели частоту рецидивов камней 8% по сравнению с 56% пациентов, не получавших лечения [The effect of calcium channel blockers on stone regrowth, 2006].

Для анализа питания пациентов с МКБ доступнее и эффективнее всего анкетирование. Например, в НИИ урологии разработали опросник оценки стереотипа питания. Его изучение помогает объяснить пациенту, какие продукты следует ограничить, а каких – увеличить. Возможно использовать подобные анкеты также для контроля за тем, насколько пациент соблюдает диету и пищевые рекомендации [Анализ стереотипа питания при МКБ, 2017].

С.Р. Краснянский [2016] провел анкетирование и приводит такие данные о питании женщин с МКБ: «По мнению трети опрошенных (33,9%) рациональное питание – это регулярное питание, для каждой пятой (22,6%) – это потребление

большого количества овощей и фруктов, каждой четвертой (25%) – это оптимальное соотношение белков, жиров и углеводов. Примерно половина респондентов (48%) не считает свое питание рациональным. У каждой третьей (33%) в ежедневном рационе преобладает мясо, у каждой десятой (11,3%) – копчености и колбасы, у каждой восьмой (12,5%) – хлебобулочные изделия, пирожные и сладости. Половина респондентов (44,4%) солит пищу в процессе готовки, каждая третья (33,3%) солит пищу во время готовки и непосредственно перед употреблением. Половина анкетированных (50%) выпивает в день от 500 грамм до 1 литра воды, третья часть (30%) – менее 500 грамм чистой воды. Каждая вторая пользуется во время готовки водой из-под крана. Каждая третья (35,5%) респондентка очищает воду при помощи кипячения, каждая седьмая (14%) не очищает воду» [Краснянский С. Р., 2016]. Если болезнь все же развивается, пациент перенес госпитализацию, удаление камней, то очень важно предотвратить рецидив заболевания. Для этого необходимо регулярное ДН. Документами вопросы ДН не проработаны. Как отмечают отечественные авторы, уровень диспансеризации при болезнях мочеполовой системы крайне низок. В 2015 году лишь 21% больных МКБ прошли диспансеризацию [Геворкян А.Р., 2017]. Это свидетельствует о том, что в вопросе организации ДН за урологическими больными существуют серьезные недостатки, требующие оптимизации оказания урологической помощи.

Для выяснения того, насколько больные удовлетворены результатами лечения, для поддержания качества жизни при МКБ, для оценки врачом состояния пациента существуют методики оценки качества жизни. Для МКБ разработан специальный Висконсинский опросник (Wisconsin Stone Quality of Life Questionnaire, WISQoL) [Penniston K.L., Nakada S.Y., 2013]. В 2018 году появилась его русскоязычная версия [Русскоязычная версия Висконсинского опросника, 2018]. Согласно этому опроснику, больные, у которых для удаления камней использовали дистанционную литотрипсию, оценивали качество жизни в первый месяц после операции выше, чем те, кому была проведена контактная уретеролитотрипсия, хотя эффективность у первого вида операции была ниже, чем у второго (72,1% и 93% соответственно). Однако через 3 и 6 месяцев баллы после

каждого из вмешательств выравнивались [Протошак В.В. и др., 2020; Determinants of health-related quality of life for patients after urinary lithotripsy, 2018].

Пациенты нуждаются в подробном информировании по вопросам профилактики МКБ, поддержания качества жизни при этом заболевании. Могут применяться разные формы информирования: индивидуальное посредством буклетов, школ пациентов, а также публичное – видео, плакаты, лекции и т.п. [Опыт организации «Школы больного мочекаменной болезнью», 2007; Жиборев Б.Н., 2009; Жихарева М.А., 2019]. При проведении таких занятий рекомендуется проводить мониторинг состояния здоровья пациентов [Проскурин Е.А., 2019]. Один из методов профилактики и реабилитации при МКБ – школы пациентов [Васильева Ж.А. и др., 2008]. В таких школах пациентам доступно рассказывают, что делать при обострениях МКБ, как избежать обострений, каковы причины развития МКБ. Васильева Ж.А. и др. [2008] представили в статье программу обучения пациентов в Школе больного МКБ:

«Занятие 1. Причины развития МКБ (в простой форме представлены этиология и патогенез развития МКБ). Анатомо-физиологические аспекты функционирования почек и мочевыводящих путей. Итог занятия: начальные знания о строении почки и мочевыводящих путей; что такое МКБ; основные причины развития заболевания.

Занятие 2. Симптомы заболевания (основные клинические проявления). Лечение МКБ (принципы выбора методики лечения; лектор объясняет, что нынешнее состояние пациента – проблема всей его жизни; не следует прекращать лечение из-за возникающих побочных проблем; приводятся положительные клинические примеры; пациента и его семью настраивают на длительное лечение, убеждают в том, что забота о своем здоровье – нормальное явление). Итог занятия: знание основных признаков заболевания; знание основных методик лечения МКБ; сформированы положительная установка на лечение, умение передать полученную информацию близким для возможного предотвращения развития заболевания у них; выяснено, как родственники могут помочь больному.

Занятие 3. Средства ухода, профилактика рецидивов (катетеры, мочеприемники, дренажи; самостоятельный уход за дренажами, катетеризация; препараты, предупреждающие рецидивы). Образ жизни после операции (физические нагрузки, рацион, работоспособность, сексуальные дисфункции). Итог занятия: знание современных средств ухода за урологическими больными; способность самостоятельно применять эти средства; понимание особенностей образа жизни.

Занятие 4. Социальные аспекты реабилитации (роль семьи в реабилитации, адаптационные программы). Нетрадиционные методы лечения МКБ (акцентировать внимание слушателей на том, что нетрадиционные методы являются дополнением к базисной терапии; многие из них могут причинить вред, особенно при неконтролируемом применении). Итог занятия: знание достоинств и недостатков нетрадиционных методов лечения МКБ; положительный настрой пациентов на лечение и повседневную деятельность.

Занятие 5 (заключительное). Собеседование, ответы на вопросы, вручение сертификатов об окончании обучения в Школе больного МКБ. Выяснен уровень знаний, полученных в процессе занятий. Выслушаны предложения и замечания пациентов по улучшению методики преподавания, отзывы о Школе. Выдача сертификатов» [Васильева Ж.А. и др., 2008].

Наличие подобных школ очень важно, потому что, к сожалению, самостоятельно больные МКБ не склонны менять образ жизни и отказываться от вредных привычек. Так, например, Е.К. Баклушина и М.С. Мигель [2010] изучали образ жизни пациентов с МКБ (308 пациентов) и выяснили, что более чем у половины участников опроса (50,97%) после диагностирования МКБ привычный образ жизни изменился совсем немного, у 40,5% он не изменился вовсе, и лишь у 8,4% такой диагноз стал причиной оздоровления образа жизни.

Возможно, получение медицинских знаний о том, что из себя представляет МКБ и как важна ее профилактика, поможет пациентам перейти на более здоровый образ жизни. Е.К. Баклушина и М.С. Мигель [2010] также выяснили в своей работе, что многие пациенты не связывали наличие МКБ с необходимостью что-то менять

в стиле жизни. Только 40,5% опрошенных уверены, что эти два факта связаны, 20,4% считают, что никакой связи нет, а 39,3% вообще об этом не задумывались, т.е. никак не соотносили лечение МКБ и необходимость изменить образ жизни.

Почти половина участников анкетирования (49,3%) сообщили, что никогда не получали никакой информации о том, что здоровый образ жизни пойдет им на пользу при МКБ. Те, кто был об этом информирован, получали информацию от врачей стационара или поликлиники (37 и 28 на 100 опрошенных соответственно). Каждый десятый что-то узнал об МКБ от других больных, примерно столько же – от родственников или знакомых, 8 из 100 опрошенных искали информацию сами [Баклушина Е.К., Мигель М.С., 2010]

Стационарный этап медицинской помощи при мочекаменной болезни

В стационаре пациенты получают как консервативное лечение (камнерастворяющая терапия), так и хирургическое (оперативное, литотрипсия). Основным является эндоскопический способ оперативных вмешательств, он же может использоваться как подготовительный для проведения ударно-волновой литотрипсии [Организация неотложной помощи детям с МКБ, 2019].

Р. Л. Нагиев [2009] описывает этапы диагностических мероприятий при оказании стационарной помощи: «I этап – лабораторные методы диагностики; II – ультразвуковое исследование; III – радиоизотопная ренография; IV – традиционные рентгеновские методы; V – рентгеновская КТ, с контрастированием или без контрастирования; VI – эндоскопические диагностические методы».

Повышение доступности и качества оказания медицинской помощи являются одним из приоритетов в развитии российского здравоохранения [Улумбекова Г.Э., 2015; Бова А.А., Рудой А.С., 2018]. Для этого необходимо внедрение высокотехнологичных методов лечения. А для того, чтобы такие методы успешно и активно использовались, важно, чтобы врачи были о них своевременно информированы. По данным И.Б. Набережной и др. (2023), при анкетировании врачей выяснилось, что 78,9% опрошенных имели полное представление об организации и оказании высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), 16,9% знали приблизительно и 4,2% ничего не знали о данном направлении в

медицине. В среднем соотношение между консервативным и хирургическим лечением в стационаре составляет 71-77% и 25-29% [Нагиев Р.Л., 2009].

Проводились исследования о том, насколько рационально подбирается лекарственная терапия при нахождении пациентов в стационарах разных форм собственности. Выяснилось, что рациональнее всего к этому вопросу подходят в негосударственных заведениях, а менее всего – в районных медицинских учреждениях [Децик О. З., Соломчак Д.Б., 2017]. Схожие данные выявились и при изучении организации хирургической помощи больным МКБ в медицинских учреждениях разных форм собственности. Как отмечает Д. Б. Соломчак [2017], «показатели хирургической помощи при МКБ соответствуют современным требованиям только в частном медицинском учреждении, все пациенты которого госпитализируются для оперативного вмешательства инновационными методами с минимальным сроком ожидания на операцию (0,3 дня) и длительностью пребывания в стационаре 1,4 дня. Выявлено, что в областной клинической больнице оперируют не всех пациентов с уролитиазом (хирургическая активность 78,3%, значительная доля операций при этом устаревшие или паллиативные (22,4%), или могли быть проведены в амбулаторных условиях (12,9%), а время ожидания на операцию (1,9 дня) и средняя продолжительность пребывания в стационаре (8,1 дня) указывают на значительные резервы совершенствования лечебно-диагностического процесса. Показано, что в районных урологических стационарных подразделениях оперируют всего 9,3% больных мочекаменной болезнью с длинными сроками ожидания на операцию (5,3 дня) и средней продолжительностью пребывания в стационаре (11,4 дня) [Соломчак Д. Б., 2017].

Судя по данным литературы, выбор метода хирургического лечения часто зависит не только от объективных показателей конкретного пациента, но и от немедицинских факторов, таких как инфраструктура, опыт врачей, потребности пациентов, тенденции в отрасли и уровни возмещения затрат. В свою очередь, многие из этих факторов взаимосвязаны и являются результатом индивидуальных особенностей национальных систем здравоохранения [Current Trends in Urolithiasis Treatment in Various European Health Systems, 2016].

Для улучшения качества жизни и снижения количества рецидивов необходима своевременная реабилитация пациентов после проведенного лечения, причем в санатории этот процесс проходит намного качественнее, чем в амбулаторных условиях [Черненко В.В., Черненко Д.В., 2015; Мартов, А. Г., 2018; Роль санаторно-курортного лечения в реабилитации, 2018]. Как отмечают исследователи, «применение санаторно-курортного лечения в раннем послеоперационном периоде является более эффективным методом по сравнению с лечебными мероприятиями, проводимыми в амбулаторных условиях, за счет раннего снижения гидронефротической трансформации почек, а также в более эффективной нормализации качества жизни пациентов за счет уменьшения болевого синдрома» [Макарян А.А. и др., 2015].

Важным условием эффективного стационарного (оперативного в т.ч.) лечения является его своевременность. Кроме того, крайне важна преемственность между этапами лечения. При направлении в стационар, после выписки из стационара врачам на всех этапах лечения очень важно обладать полной информацией о лечении и диагностике МКБ у пациента на всех этапах оказания ему медицинской помощи. Для своевременного лечения и для обеспечения преемственности между различными этапами лечения весьма эффективно использование телемедицины. Это может быть телемедицинское консультирование, как способ обеспечения преемственности оказания медицинской помощи, теледиализ (проведение его в домашних условиях, с видеосопровождением врача-нефролога) [Владимирский А.В., Лебедев Г.С., 2018; Using telemedicine in the care of newborn infants, 2016]. Пациентоориентированная телемедицина может быть вариантом стационарозамещения, оптимально обеспечивающим амбулаторный этап лечения [Применение телемедицинской веб-платформы NetHealth.ru, 2015; Владимирский А.В., Лебедев Г.С., 2018].

Особенно полезной телемедицина может оказаться при необходимости оказания специализированной урологической помощи в сельской местности, в труднодоступных районах или если специалистов не хватает. Это позволяет проводить качественную диагностику, определять необходимость своевременного

хирургического лечения, а также сопровождение пациента на послеоперационном этапе [The initiation of a preoperative and postoperative telemedicine urology clinic, 2011; Jury S.C., Kornberg A.J., 2014].

Для телемедицинского консультирования сейчас удобно и практично использовать веб-платформы. Как пишут в своей статье О.И. Аполихин и др. [2015], «в результате 543 телемедицинских консультаций были своевременно госпитализированы все пациенты, из которых прооперированы 51,9%. Наиболее часто на телемедицинские консилиумы представлялись пациенты с различными заболеваниями мочеполовой системы – 59,5% (в основном, МКБ) и с онкоурологическими заболеваниями – 33,3%. Благодаря применению телемедицины необходимые клинические решения были приняты максимально быстро, а логистика пациентов значительно улучшена и оптимизирована» [Применение телемедицинской веб-платформы NetHealth.ru, 2015].

Реорганизация системы оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни

В настоящее время организация урологической помощи регламентируется Приказом Минздрава РФ от 12.11.2012 N 907н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология». Согласно приказу, урологическая помощь оказывается в трех видах: первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи». А также в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) [Приказ Минздрава РФ от 12.11.2012 N 907н].

ПМСП оказывает врач-терапевт, врач общей практики. При необходимости он направляет пациента к врачу-урологу или врачу-хирургу. Если требуется,

специалист направляет больного в МО, оказывающую специализированную урологическую помощь. Далее, согласно этому Приказу, «специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-урологами в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию».

По нормативам Приказа Минздрава РФ от 12.11.2012 N 907н на 20 000 населения должен быть один врач-уролог. «Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций количество должностей урологического кабинета устанавливается исходя из меньшей численности населения». В специализированном урологическом центре предполагается один врач-уролог на 15 коек.

Как отмечают многие авторы, существовавшая система, которую условно можно назвать двухуровневой (поликлинический уровень и стационарный) далека от идеала [Золотухин О.В., 2018; Сравнительный анализ и оценка поликлинической работы на втором уровне оказания урологической помощи, 2018]. Как пишет в своей диссертации О.В. Золотухин, проблемы такой системы – «отсутствие единых и четких алгоритмов диагностики, лечения, наблюдения заболеваний; низкая доступность специализированной помощи, особенно для жителей районов области в связи со структурными характеристиками модели; недоукомплектованность и низкий уровень подготовки специалистов первичного звена по вопросам диагностики и лечения урологических заболеваний» [Золотухин О.В., 2018].

Кроме того, при такой организации медицинской помощи пациенты либо сами обращались на следующий уровень, либо поступали туда через скорую помощь. В ряде регионов разработана и используется трехуровневая система оказания медицинской помощи урологическим больным: районные медицинские организации (первый уровень), межрайонные урологические центры (второй уровень) и региональные и федеральные урологические центры (третий уровень).

«I уровень: ПМСП, оказываемая врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики в амбулаторных условиях в районных поликлиниках (1-й этап медицинской помощи); первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказываемая врачом-урологом или хирургом районных поликлиник или стационаров (2-й этап); II уровень: специализированная медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных или стационарных условиях в Межрайонном урологическом центре (МУЦ) (3-й этап); III уровень: специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях регионального урологического центра» [Анализ операционной активности межрайонных урологических центров, 2019].

Использование такой системы заметно улучшает КМП, уровень диспансеризации. Так, при использовании традиционного подхода диспансеризацию проходили 26,5% пациентов (2005-2010 годы); при применении трехуровневой системы (2011-2015 годы) диспансеризацию прошли 76,4% пациентов [Сравнительный анализ и оценка поликлинической работы на втором уровне оказания урологической помощи, 2018].

Еще одна возможность улучшить КМП – использование пациентоориентированной модели здравоохранения [Белоусенко Е.Ю., 2018; Концепция пациентоориентированного подхода, 2019; Пациентоориентированная медицина, 2019; Соболевская М.С., 2019; Суслин С.А. и др., 2019; Трансформация здравоохранения к пациентоориентированной модели, 2019]. Если сформулировать суть идеи, то можно сказать «ничего, что касается меня, не делается без меня». Основой пациентоориентированной медицины является улучшение результатов лечения отдельных пациентов в реальной клинической практике с учётом целей, предпочтений, ценностей пациента, а также имеющихся экономических ресурсов (как на уровне пациента, так и на уровне системы здравоохранения) [Хохлов А.Л., Сычев Д.А., 2023]. Такая модель может быть реализована на двух уровнях – системном и персональном. На системном уровне речь идет об унификации оказания медицинской помощи. То есть переходя от одного специалиста или учреждения в другое, пациент может пострадать от

отсутствия унификации, если система построена не вокруг пациента, а лишь вокруг отдельных своих компонентов. Необходима координация всех секторов здравоохранения и отдельных МО. Второй вариант системного подхода – использование мультидисциплинарных команд при работе с пациентом [Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты, 2019].

Еще один аспект пациентоориентированной медицины – доступность медицинской помощи. Речь идет не только о разных финансовых возможностях пациента, малообразованные люди, престарелые, не знающие языка, с психическими заболеваниями будут иметь гораздо больше сложностей при получении медицинской помощи [Arpey N.C. et al., 2017].

Говоря о доступности медицинской помощи, нужно учитывать и объективные факторы – необходимость заранее записываться на прием, фиксированное расписание и рабочие дни врачей и т.д. Специалисты Канадской медицинской организации провели опрос домохозяек на тему доступности медицинской помощи. Те оценили ее на 5 из 10. Больше всего недовольства вызвала необходимость долгого ожидания приема [A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009]. Еще в одном исследовании около 15% опрошенных назвали всевозможные временные проблемы (сложно записаться, долго ждать приема) основной причиной, по которой они не обращаются за медицинской помощью [Taber J.M. et al., 2015].

В России причины отказа от обращения к врачу примерно такие же, но отмечается некоторое уменьшение количества таких случаев: «Установлено снижение доли респондентов, которые не обращались за медицинской помощью при наличии потребности в ней, и снижение доли респондентов, которые в течение года обращались за помощью народных целителей, гомеопатов, знахарей, экстрасенсов, а также увеличение доли респондентов, которые в течение года обращались за консультативной помощью медицинских работников. Снизилась доля респондентов, занимающихся самолечением и не обращающихся за

медицинской помощью в связи с отсутствием времени» [Оценка жителями РФ своего здоровья и условий получения медицинской помощи, 2022].

Оценивая удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи, исследователи выяснили, что зависит от пола, места жительства респондентов, уровня медицинского учреждения, при этом оценка результата связана с оценкой процесса оказания медицинской помощи. «Мужчины выше оценивают качество медицинской помощи; при этом отношение медицинских работников учреждения, условия пребывания, организацию работы учреждения, результативность лечения женщины оценили ниже. Установлена сильная положительная корреляционная взаимосвязь между оценкой пациентами результативности и условий оказания медицинской помощи. Пациенты, получавшие медицинскую помощь в городских учреждениях здравоохранения, ниже оценивают такие параметры, как условия пребывания, организацию работы учреждения, доступность медицинской помощи. При этом результативность оказанной медицинской помощи городскими и сельскими жителями оценивается одинаково» [Пациентоориентированный подход: анализ взаимосвязи оценки пациентами результативности медицинской помощи и условий её оказания, 2019].

На персональном уровне при использовании пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи важен совместный процесс принятия решений, когда врач предоставляет информацию о заболевании, методах лечения, возможных рисках и т.д., а пациент информирует о своих жизненных принципах, возможностях и предпочтениях по лечению [Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты, 2019].

Эффективная коммуникация врача и пациента, умение общаться, понять его культурные и личностные особенности, суметь донести нужную информацию также является важным фактором пациентоориентированной медицины.

Одна из проблем, с которой сталкиваются при попытках внедрить пациентоориентированную модель здравоохранения – стремление врачей дэперсонализировать пациента. Это один из способов борьбы со стрессом, вызванным постоянным контактом врачей с болью, страданиями и смертью.

Событие, которое у пациента может перевернуть всю жизнь, например, получение информации о серьезном заболевании, для врача – рутина. Это понятно и объяснимо, однако не очень сочетается с идеей пациентоориентированной медицины [Goodrich J., Cornwell J., 2008].

Еще одна модель развития пациентоориентированного здравоохранения – это «Медицина 4 П» (предиктивность, превентивность, партисипативность (сотрудничество врача-специалиста и пациента) и персонализация (индивидуальный подход к каждому пациенту) [Ульянов, Ю. А. и др., 2020].

Приказом Минздрава РФ от 04.04.2018 № 186 утверждена «Концепция предиктивной, превентивной и персонализированной медицины», определяющая основные направления государственной политики РФ по развитию индивидуальных подходов к пациенту. Как сказано в этом приказе, эта модель «представляет собой систему взглядов на базовые принципы, приоритетные направления, цели и задачи и основные направления государственной политики РФ по развитию индивидуальных подходов к пациенту, в том числе до развития у него заболеваний, основанных на: анализе генетических особенностей и иных биомаркеров с целью выявления предрасположенностей к развитию заболеваний и влияния на риски развития таких заболеваний факторов окружающей среды, применении соответствующих профилактических мер, минимизирующих такие риски; применении персонализированных методов лечения заболеваний и коррекции состояний, включая персонализированное применение лекарственных препаратов и биомедицинских клеточных продуктов, в том числе таргетных (мишень-специфических), основанное на анализе генетических особенностей и иных биомаркеров; использовании биомаркеров для мониторинга эффективности лечения» [Приказ Минздрава РФ от 24.04.2018 № 186].

Использовать эти принципы для пациентов с МКБ можно следующим образом: предикция – это выявление предрасположенности к заболеванию, поэтому при МКБ необходимо выяснить возможные факторы риска, семейный анамнез, наличие хронических заболеваний, характер питания и т.д. При этом

используются анкеты, опросники, компьютерное тестирование [The ROKS nomogram for predicting a second symptomatic stone episode, 2014].

Для реализации принципа превентивности стоит сделать различные лабораторные анализы и провести обследование пациента (УЗИ, КТ, рентгеновское исследование, сцинтиграфия и др.). Принцип персонализации предполагает составление индивидуальной программы лечения, основанной не только на соматических, но и на социальных особенностях пациента. Принцип партисипативности (взаимодействия между пациентом и врачом) означает, что необходимо проводить обучение пациента, дать возможность больному дистанционно связываться с лечащим врачом и др. [«Медицина 4П» на примере ведения пациентов с мочекаменной болезнью, 2019]. Использование концепции «Медицина 4П» рассчитан на предупреждение МКБ, а не на увеличение дорогих и сложных методов ее лечения.

Заключение

Интересен опыт оптимизации предоставления медицинской помощи пациентам с МКБ, с учетом преемственности ее оказания на всех этапах. Опыт применения пациентоцентричного подхода требует систематизации полученных данных, разработки новых правовых документов, стандартов оказания медицинской помощи по разным направлениям медицины. Интересны данные опросов пациентов об их ожиданиях, удовлетворенности получением медицинской помощи при МКБ. Интересен опыт создания ассоциаций больных МКБ, ассоциаций специалистов урологов, школ пациентов с МКБ, их информационного сопровождения по вопросам лечения и профилактики заболевания и т.п. Все эти вопросы требуют более глубокого и детального изучения.

Глава 2

Методология и методы исследования

По данным доступных отечественных и зарубежных литературных источников, нормативных правовых и методических документов в сферах здравоохранения и обязательного медицинского страхования (ОМС) в ретроспективе изучены вопросы развития первичной и первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным МКБ в РФ и за её пределами, в том числе вопросы профилактики МКБ. Также изучены современные подходы к организации и оказанию медицинской помощи при МКБ, основанные на принципах метафилактики данного заболевания.

Обзор литературы, изучение положений нормативных правовых и методических документов позволили выдвинуть гипотезы, послужившие основой для планирования настоящего диссертационного исследования современной практики оказания медицинской помощи при МКБ, поиска механизмов совершенствования лечения и профилактики заболевания в рамках программ бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ. Всего проанализированы 244 источника, в том числе 188 источников отечественной литературы и 56 зарубежной, 25 нормативных и методических документов.

Для достижения цели исследования, в том числе решения поставленных для этого задач разработана комплексная методика, включающая историко-аналитический, социологический, статистический и экспериментальный методы анализа. Статистический анализ данных проведен с использованием пакета программ SPSS Statistics 21, в том числе: выполнен расчет показателей динамического ряда (абсолютный прирост (убыль), темпа прироста (убыли), показателя роста (убыли), показателей соотношения, удельного веса и частоты. Оценка достоверности разности показателей проведена по t-критерию Стьюдента.

Объектом исследования явилась система оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни в Российской Федерации.

Предметом исследования явилась общая и первичная заболеваемость мочекаменной болезнью; деятельность медицинских организаций по диагностике, лечению, динамическому наблюдению больных мочекаменной болезнью; объемы оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни и задействованные при этом ресурсы; преимущество в оказании медицинской помощи больным мочекаменной болезнью на различных ее этапах; приверженность больных мочекаменной болезнью к профилактическим мероприятиям, их информированность о заболевании и регулярном контроле своего здоровья.

Единицей наблюдения явились отчеты и показатели работы медицинских организаций, оказывающих первичную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Российской Федерации; больные мочекаменной болезнью, получающие медицинскую помощь на различных ее этапах; врачи, занятые в оказании медицинской помощи больным мочекаменной болезнью.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра класс заболеваний мочеполовой системы (N00-N99) содержит следующие блоки: гломерулярные болезни (N00-N08), тубулоинтерстициальные болезни почек (N10-N16), почечная недостаточность (N17-N19), мочекаменная болезнь (N20-N23), другие болезни почки и мочеточника (N25-N29), другие болезни мочевыделительной системы (N30-N39), болезни мужских половых органов (N40-N51), болезни молочной железы (N60-N64), воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-N77), невоспалительные болезни женских половых органов (N80-N98), другие нарушения мочеполовой системы (N99-N99).

В целях проведения настоящего диссертационного исследования среди заболеваний мочеполовой системы выделена МКБ (N20-N23), которая включает следующие подклассы: N20 Камни почки и мочеточника; N21 Камни нижних отделов мочевых путей; N22 Камни мочевых путей при болезнях, классифицированных в других рубриках; N23 Почечная колика неуточненная.

Дизайн исследования представлен в Таблице 2.1.

Таблица 2.1 Дизайн исследования

№	Задачи исследования	Инструментарий	Период, метод и объем наблюдения
1.	Проанализировать в динамике заболеваемость мочекаменной болезнью среди взрослого населения на федеральном и региональном (Санкт-Петербург) уровнях	Карта изучения общей и первичной заболеваемости МКБ в субъектах РФ	9 ФО РФ, 11 субъектов СЗФО за 2005-2021 годы, сплошной метод, n = 3060 отчетов и показателей
		Карта изучения динамики общей и первичной заболеваемости МКБ в СПб	60 поликлиник в СПб, за 2013-2022 годы, сплошной метод наблюдения, n = 3600 отчетов и показателей
		Карта изучения госпитализированной заболеваемости МКБ в СПб	32 стационара в СПб, за 2018-2022 годы, сплошной метод наблюдения, n = 1920 отчетов и показателей
		Карта оценки полноты охвата вторичной и третичной профилактики МКБ в СПб	60 поликлиник в СПб, за 2013-2022 годы, сплошной метод наблюдения, n = 1800 отчетов и показателей
		Карта оценки объемов медицинской помощи, предоставляемой при МКБ в СПб	92 МО в СПб (поликлиники, стационары), за 2018-2022 годы, сплошной метод наблюдения, n = 1840 показателей
2.	Оценить полноту и доступность первичной медико-санитарной помощи при мочекаменной болезни, удовлетворенность пациентов ее получением	Карта пациента стационара с МКБ Анкета пациента стационара с МКБ	13 стационаров в СПб, за 2023 год, выборочный метод наблюдения, n = 1050 больных 13 стационаров в СПб, за 2023 год, выборочный метод наблюдения, n = 650 больных
3.	Проанализировать маршрутизацию пациентов при мочекаменной болезни, соблюдение преемственности оказанной им медицинской помощи		

Таблица 2.1 (окончание)

№	Задачи исследования	Инструментарий	Период, метод и объем наблюдения
4.	Изучить мнение врачей-урологов о недостатках в организации медицинской помощи при мочекаменной болезни и ее оптимизации	Анкета изучения мнения врача-уролога об организации медицинской помощи пациентам с МКБ	92 МО в СПб, за 2023 год, выборочный метод наблюдения, n = 132 врача
5.	Разработать комплекс мероприятий по созданию условий предоставления преемственной, доступной и качественной медицинской помощи профилактической направленности пациентам с мочекаменной болезнью	Данные, полученные на предыдущих этапах исследования	
		Анкета самооценки знаний врачей об организации и оказании медицинской помощи при МКБ	92 МО в СПб, за 2024 год, выборочный метод наблюдения, n = 65 врачей
		Анкета пациента с МКБ, состоящего под диспансерным наблюдением на основе усовершенствованного порядка его проведения	2 поликлиники в СПб, за 2024 год, выборочный метод наблюдения, n = 308 больных

Первая задача исследования – проанализировать в динамике заболеваемость мочекаменной болезнью среди взрослого населения на федеральном и региональном (Санкт-Петербург) уровнях решена на основе комплексного подхода.

В целях изучения динамики общей и первичной заболеваемости МКБ в целом в РФ, а также в отдельных федеральных округах (ФО) РФ за период с 2005 по 2021 годы проведен анализ ежегодных сводных статистических данных, формируемых Министерством здравоохранения РФ по данным формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания МО» [175].

Выкопировка сведений проводилась на специально разработанную карту: «Карта изучения общей и первичной заболеваемости мочекаменной болезнью в субъектах Российской Федерации» (Приложение А).

В динамике были проанализированы основные показатели, характеризующие случаи заболеваний болезнями мочеполовой системы, в том числе МКБ в РФ целом, в отдельных ФО: общая и первичная заболеваемость; показатели динамического ряда; удельный вес МКБ в структуре общей и первичной заболеваемости болезнями мочевой системы и мочеполовой системы. Проведена оценка разности показателей по критерию Стьюдента. Дополнительно, проведена оценка общей и первичной заболеваемости МКБ в субъектах Северо-Западного ФО, как ближайших к основной исследовательской базе – городу федерального значения Санкт-Петербургу: Архангельской, Новгородской, Псковской, Ленинградской, Калининградской, Мурманской, Вологодской областях, Ненецком автономном округе, Республиках Карелия и Коми. С использованием сплошного метода наблюдения изучено 3060 отчетов и показателей.

Основной базой проведенного исследования особенностей общей и первичной заболеваемости МКБ, стали 92 МО для взрослых, оказывающие ПМСП и специализированную медицинскую помощь в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге в изученный период.

В динамике за период с 2013 по 2022 годы проанализированы данные формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания МО» [175], которые ежегодно формировались 60 МО Санкт-Петербурга, осуществлявшими оказание ПМСП прикрепленному взрослому населению по территориально-участковому принципу (поликлиники для взрослых). С учетом целей и задач Национального проекта «Здравоохранение» [155] в последние годы уделялось особое внимание сохранению здоровья лиц пожилого возраста, в связи с

чем, в настоящем исследовании отдельно была проанализирована общая и первичная заболеваемость МКБ населения в возрасте 65 лет и старше.

Выкопировка сведений проводилась на специально разработанную карту «Карта изучения динамики общей и первичной заболеваемости мочекаменной болезнью в Санкт-Петербурге» (Приложение Б). Анализ заболеваемости МКБ проведен с расчетом показателей динамического ряда (темпа прироста, показателя наглядности), экстенсивных показателей структуры заболеваемости болезнями мочеполовой системы, в том числе удельного веса МКБ, проведена оценка разности показателей по критерию Стьюдента. С использованием сплошного метода наблюдения изучено 3600 отчетов и показателей.

В целях полноты изучения вопросов общей и первичной заболеваемости МКБ в Санкт-Петербурге, в рамках примененного комплексного подхода изучена госпитализированная заболеваемость болезнями мочеполовой системы, в том числе МКБ, в динамике за период с 2018 по 2022 годы. Проанализированы данные форм федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» [175], которые ежегодно формировались 32 МО, осуществлявшими оказание специализированной медицинской помощи взрослому населению при МКБ (стационары для взрослых). Выкопировка сведений проводилась на специально разработанную карту «Карта изучения госпитализированной заболеваемости мочекаменной болезнью в Санкт-Петербурге» (Приложение В). Анализ госпитализированной заболеваемости МКБ проведен с расчетом показателей динамического ряда (абсолютного прироста, показателя наглядности, показателя роста, темпа прироста), экстенсивных и интенсивных показателей, проведена оценка разности показателей по критерию Стьюдента. С использованием сплошного метода наблюдения изучено 1920 отчетов и показателей.

Для определения взаимосвязи числа случаев госпитализаций по поводу МКБ с уровнем зарегистрированной заболеваемости МКБ применен корреляционный анализ по методу Пирсона. Коэффициент корреляции (r), отражающий силу,

тесноту и направленность связи между параметрами рассчитан по следующей формуле:

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x \times d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \times \sum d_y^2}}$$

где:

r – значение коэффициента корреляции,

d – отклонение значение сравниваемого параметра от его среднего значения.

Учитывая профилактическую направленность здравоохранения последних лет в РФ, всеобщее привлечение граждан в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» к профилактическим мероприятиям, при настоящем исследовании в динамике изучены показатели активного выявления больных МКБ. Кроме того, учитывая особенности течения МКБ как рецидивирующего заболевания, и важность, в связи с этим, проведения полноценного динамического наблюдения, охватывающего максимальное количество выявленных больных МКБ, в ряд изученных показателей профилактики МКБ вошли также показатели организации и охвата больных ДН. Выкопировка сведений проводилась на специально разработанную карту «Карта оценки полноты охвата вторичной и третичной профилактикой мочекаменной болезни в Санкт-Петербурге» (Приложение Г). Проанализированы данные 60 медицинских организаций, осуществляющих оказание ПМСП прикрепленному взрослому населению по территориально-участковому принципу (поликлиники для взрослых) Санкт-Петербурга по форме федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания МО» [175] за 2013-2022 годы. Анализ вторичной и третичной профилактики МКБ проведен с расчетом экстенсивных показателей, оценкой разности показателей по критерию Стьюдента. С использованием сплошного метода наблюдения изучено 1800 отчетов и показателей.

Дополнительно, в динамике уточнены фактические объемы медицинской помощи в Санкт-Петербурге, оказанной больным МКБ на различных ее этапах. В 60 поликлиниках и 32 стационарах в Санкт-Петербурге, являющихся основной базой настоящего исследования, проведена выкопировка сведений из первичных учетных медицинских документов: формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и формы № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» [175] за период с 2018 по 2022 годы на специально разработанные карты «Карта оценки объемов медицинской помощи, предоставляемой при МКБ в Санкт-Петербурге» (Приложение Д). Анализ фактических объемов и стоимости медицинской помощи при МКБ проведен с расчетом экстенсивных и интенсивных показателей, проведена оценка разности показателей по критерию Стьюдента. С использованием сплошного метода наблюдения изучено 1840 показателей.

Оценка полноты и доступности первичной медико-санитарной помощи при мочекаменной болезни, удовлетворенности пациентов ее получением (**вторая задача исследования**) а также анализ маршрутизации пациентов при мочекаменной болезни, соблюдения преемственности оказанной им медицинской помощи (**третья задача исследования**) проведены на основе комплексного изучения данных первичной медицинской документации – учетной формы 003/у «Медицинская карта стационарного больного» и учетной формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию» [175], а также данных проведенного социологического опроса.

В 2023 году в стационарах для взрослых в Санкт-Петербурге, на специально разработанную карту «Карта пациента стационара с мочекаменной болезнью» (Приложение Ж) проведен сбор данных методом выборочного наблюдения. Из числа 32 стационаров, оказывающих специализированную медицинскую помощь взрослому населению при МКБ для проведения данного этапа исследования были отобраны 13 медицинских организаций, оказавших в 2022 году наибольший объем специализированной медицинской помощи больным МКБ: СПб ГБУЗ

«Александровская больница», СПб ГБУЗ «Городская больница № 15», СПб ГБУЗ «Городская больница № 20», СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», СПб ГБУЗ «Городская больница № 31», СПб ГБУЗ «Городская больница № 33», СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПб ГБУЗ «Мариинская больница», СПб ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки»».

Объем репрезентативной выборки для проведения анализа рассчитан по формуле, применяемой при известной величине генеральной совокупности, при применении бесповторного метода отбора единиц наблюдения:

$$n = \frac{t^2 \times \delta^2 \times N}{(N \times \Delta^2 + t^2 \times \delta^2)}$$

где: n – величина выборки; δ – дисперсия; t – доверительный коэффициент; Δ – предельная ошибка выборки; N – численность генеральной совокупности.

Выборка репрезентативна ($\delta = 0,5$; $t = 2$; $\Delta = 0,05$), результаты исследования в высокой степени достоверны (95% случаев с предельной ошибкой ± 5).

По данным формы федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» [175] в Санкт-Петербурге количество выписанных из стационаров больных МКБ в 2022 году составило 20 467, данное количество принято за генеральную совокупность в целях настоящего исследования.

$$\text{Итого: } n = \frac{2^2 \times 0,5^2 \times 20467}{(20467 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5^2)} = 392 \text{ больных}$$

Проведенные по формуле расчеты показали, что для получения достоверных данных необходимо собрать сведения о 392 больных, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарах Санкт-Петербурга. Нами получены данные о 1050 больных МКБ, что свидетельствует об их достоверности.

Социологический опрос больных МКБ проведен в 2023 году в 13 базовых стационарах Санкт-Петербурга выборочным методом по специально разработанной программе с использованием опросника «Анкета пациента стационара с мочекаменной болезнью» (Приложение 3), включающего в том числе вопросы социального статуса больных, их приверженности к своевременному контролю своего здоровья, информированности больных об особенностях заболевания МКБ, его профилактики и лечения, вопросы удовлетворенности оказанной медицинской помощью.

Объем репрезентативной выборки для проведения анализа рассчитан по вышеприведенной формуле, применяемой при известной величине генеральной совокупности, при применении бесповторного метода отбора единиц наблюдения.

По данным формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания МО» [174] в Санкт-Петербурге количество зарегистрированных больных МКБ в 2022 году составило 34 972, данное количество принято за генеральную совокупность в целях настоящего исследования.

$$\text{Итого: } n = \frac{2^2 \times 0,5^2 \times 34972}{(34972 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5^2)} = 396 \text{ больных}$$

Проведенные по формуле расчеты показали, что для получения достоверных данных необходимо опросить 396 больных, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарах Санкт-Петербурга. Нами получены данные о 650 больных МКБ, что свидетельствует об их достоверности.

Четвертая задача исследования – изучить мнение врачей-урологов о недостатках в организации медицинской помощи при мочекаменной болезни и ее оптимизации, решена путем проведения социологического опроса.

Социологический опрос врачей проведен в 2023 году с использованием выборочного метода наблюдения по специально разработанному опроснику «Анкета изучения мнения врача-уролога об организации медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью» (Приложение К), включающему вопросы

организации работы врачей, оценку ими качества и доступности медицинской помощи при МКБ на различных этапах, предложения по возможным направлениям совершенствования оказания медицинской помощи при МКБ.

Социологический опрос проведен среди врачей-урологов, работающих в 92 МО в Санкт-Петербурге, ставших базой для проведения настоящего исследования. Отбор респондентов проведен методом двухступенчатой гнездовой выборки. В качестве гнезд выделены типы МО: поликлиники для взрослых, стационары для взрослых. В целом в 2022 году, согласно данным формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» [175] численность врачей-урологов в МО в Санкт-Петербурге составляла 380 человек. На первом этапе проведено распределение врачей по гнездам: 166 врачей-урологов поликлиник и 214 врачей-урологов стационаров.

На втором этапе, в рамках был осуществлен отбор респондентов по методу квотной выборки, репрезентативной по отношению к общей структуре врачей-урологов МО, осуществляющих оказание медицинской помощи при МКБ. Квотными признаками выступили: стаж работы врачей по специальности урология и стаж работы врачей в МО, в соответствии с его типом (поликлиника, стационар). В число респондентов для получения суждений экспертного уровня, были привлечены врачи со стажем по данной специальности более 10 лет (75,2%) и более 15 лет (24,8%), а также с длительным сроком работы в медицинской организации определенного типа (75% более 7 лет, 25% более 10 лет). После распределения врачей по квотным признакам была сформирована выборка из 132 врачей-урологов, которые были опрошены. Средний возраст опрошенных врачей составил $39,9 \pm 4,2$ лет. Большинство специалистов (79,4%), принявших участие в опросе – это мужчины, а 26,6% – женщины. Компетентность специалистов как экспертов в своей области подтверждается достаточно высоким уровнем их подготовки. Подавляющее большинство врачей-специалистов (91,1%) прошли обучение по специальности «урология» в ординатуре, 6,5% – в интернатуре, более трети из числа опрошенных врачей имеют ученую степень (32,4%), 69,5 % имеют квалификационную категорию.

Пятая задача исследования – разработать комплекс мероприятий по созданию условий предоставления преемственной, доступной и качественной медицинской помощи профилактической направленности пациентам с мочекаменной болезнью. Основываясь на данных предыдущих этапов настоящего диссертационного исследования, на примере Санкт-Петербурга разработан комплекс мер по предоставлению медицинской помощи при МКБ. В рамках разработанного комплекса мер сформулированы основные направления совершенствования медицинской помощи при МКБ: ранее выявление МКБ, в том числе при проведении профилактических мероприятий; нормативное правовое регулирование проведения профилактических мероприятий взрослого населения; планирование и организация диспансерного наблюдения больных МКБ; учет больных МКБ и проведенных им лечебно-диагностических мероприятий; индивидуальное и публичное информационное сопровождение больных МКБ при оказании им медицинской помощи на всех ее этапах; повышение компетенции врачей МО, осуществляющих оказание ПМСП.

Мероприятия по реализации данных направлений основывались на следующих подходах: разработке нормативных и методических документов (предложений по включению в документы) утверждающих новую модель организации медицинской помощи больным МКБ; разработке и реализации в практической деятельности МО организационного эксперимента.

С целью реализации раннего активного выявления больных МКБ и своевременного охвата их ДН внедрено дополнительное анкетирование пациентов (Приложение Л), а также проведение расширенного клинико-диагностического обследования и обязательную постановку под ДН в случае выявления МКБ. На основе предложенных подходов сформированы дополнения в установленный Минздравом РФ Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения [83].

В целях повышения охвата больных МКБ ДН, достижения полноты проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, формирования приверженности больных МКБ к контролю своего здоровья разработан «Порядок

организации диспансерного наблюдения пациентов с МКБ на основе мультидисциплинарного подхода», который предусматривает организацию проактивного ДН больных основанного на участии мультидисциплинарной команды врачей и применении принципов метафилактики МКБ (Приложение М); ведение реестра пациентов с МКБ (Приложение Н); проактивное информирование больных МКБ с учетом принципов метафилактики заболевания на основе специально разработанного информационного материала «Тетрадь пациента. Мочекаменная болезнь» (Приложение П).

В целях проведения оценки преемственности, доступности и качества медицинской помощи, информированности и удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказанной на основе новых подходов разработаны предложения по дополнению национального проекта РФ «Продолжительная и активная жизнь» контрольными показателями (Глава 5).

В целях апробации подходов к повышению доступности и качества медицинской помощи при МКБ, изложенных в разработанных в ходе диссертационного исследования нормативных и методических документах, в 2024 году на базе одного из крупнейших городских многопрофильных стационаров СПб ГБУЗ «Городская больница № 15» и двух поликлиник (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 51» и СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 88») осуществляющих оказание ПМСП, проведен организационный эксперимент.

Для обеспечения реализации организационного эксперимента, прежде всего было организовано обучение врачей МО – его участников, осуществляющих оказание ПМСП прикрепленному населению. На базе ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» была реализована разработанная краткосрочная программа повышения квалификации «Выявление, основы диагностики, лечения и метафилактики мочекаменной болезни у взрослого населения» (Приложение Р). Программа обучения включала 18 часовой цикл лекций по вопросам оказания медицинской помощи при МКБ: нормативного регулирования; этиопатогенеза, развития, течения и метафилактики; современных методик диагностики, консервативной терапии, хирургического

лечения и реабилитации; организации и проведения ДН; информирования пациентов. Обучение прошли 65 врачей, привлеченных в рамках организационного эксперимента к проведению ДН больных МКБ на этапе оказания ПМСП (врачи-терапевты, врачи общей практики, врачи-урологи). Результаты обучения оценены врачами с использованием специально разработанной анкеты «Анкета самооценки знаний врачей об организации и оказании медицинской помощи при МКБ» (Приложение С), причем в целях получения объективных результатов, анкетирование проведено как перед началом обучения, так и по его итогам. Всего получено 130 анкет.

На последующих этапах организационного эксперимента был реализован мультидисциплинарный подход к ДН пациентов с МКБ при совместном участии врача-уролога и врача-терапевта-участкового МО, предоставляющей пациенту ПМСП (Глава 5). При этом, проводилось обязательное внесение сведений о пациентах в реестр, актуализация списков пациентов, включенных в реестр.

Информирование пациентов с МКБ о заболевании, основах его метафилактики, проводилось с использованием как индивидуальных, так и публичных методов. Основой индивидуального информирования стала «Тетрадь пациента. Мочекаменная болезнь» (Приложение П), представляющая собой универсального информационно-аналитического ассистента, содержащего сведения о причинах образования и типах камней, проявлениях заболевания, методиках его диагностики и лечения, алгоритмах метафилактики МКБ, вопросы оценки метаболического статуса, принципы диетотерапии, в том числе «Дневник питания пациента с мочекаменной болезнью».

Индивидуальное информирование пациентов с МКБ дополнялось размещением публичных информационных материалов на официальных сайтах МО-участников организационного эксперимента: о факторах риска развития МКБ; диагностике, лечении, метафилактике заболевания; проактивном информировании пациентов; сроках ожидания медицинской помощи; плановой госпитализации.

В период проведения организационного эксперимента МО были внесены в реестр сведения о 308 больных МКБ, в том числе 53,6% из них включены в реестр

МО, осуществляющей оказание ПМСП, а 46,4% – стационаром. Все они получили необходимую медицинскую помощь в рамках усовершенствованного порядка.

Результативность организационного эксперимента (этапы его проведения подробно изложены в Главе 5) была оценена путем расчета контрольных показателей: процент охвата больных ДН; доля больных, реализовавших на уровне оказания ПМСП рекомендации профильного специалиста; доля больных, своевременно получивших плановую госпитализацию; доля больных, своевременно получивших лечебно-диагностические мероприятия; снижение доли больных, вынужденных оплачивать медицинскую помощь за счет собственных средств. Результативность организационного эксперимента в части информационной доступности медицинской помощи для пациентов с МКБ оценена путем проведения социологического опроса всех 308 больных МКБ, медицинская помощь которым оказана в рамках обновленного порядка, на основе специально разработанного опросника «Анкета пациента с мочекаменной болезнью, состоящего под диспансерным наблюдением на основе усовершенствованного порядка его проведения» (Приложение Т).

Таким образом, при последовательном решении задач диссертационного исследования с использованием современных аналитических методик, преимущественным использованием сплошного метода наблюдения реализованы теоретические и методологические подходы, сформулированные для достижения его цели. В ходе диссертационного исследования всего изучено 14425 единиц наблюдения.

Глава 3

Анализ общей и первичной заболеваемости мочекаменной болезнью в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге

3.1. Общая и первичная заболеваемость мочекаменной болезнью

Мочекаменная болезнь (МКБ), являющаяся хроническим системным заболеванием, имеющим в своей основе метаболические нарушения и влияние факторов внешней среды, согласно проведенному анализу литературных данных широко распространена среди населения практически всех стран, и особенно – в эндемичных районах (Глава 1).

Имеются тенденции к росту общей заболеваемости по этой патологии, а также первичной заболеваемости, что имеет ключевое значение для оценки эффективности сложившихся процессов организации медицинской помощи и перспективного ее планирования. Не менее значимы рецидивы заболевания, характеризующиеся тенденцией к росту и необходимостью обращения пациента к врачу после каждого случая. В этой связи для перспективного анализа медицинской помощи, своевременного принятия и реализации профилактических программ, направленных на сокращение вновь регистрируемых случаев МКБ, а также на предотвращение их рецидивов, чрезвычайно важным является изучение закономерностей общей заболеваемости МКБ среди населения [33, 92].

В течение последних 16 лет, в период 2005-2021 годов в целом число зарегистрированных заболеваний, отнесенных к МКБ (общая заболеваемость), возросло на 22,7% (Таблица 3.1). Наибольшее число случаев было зарегистрировано в 2019 году (889 891 случаев), а показатель наглядности по отношению к 2005 году составил 135,5%. В последующем периоде, в условиях распространения пандемии COVID-19, произошло некоторое снижение темпа прироста показателя, уровень которого упал в 2021 году на 9,4%. Это обусловлено снижением обращаемости пациентов в медицинские организации в этот период за плановой медицинской помощью, а также ограничениями, введенными на проведение профилактических мероприятий в МО, предоставляющих ПМСП. В

иные годы изучаемого периода рост числа зарегистрированных случаев МКБ оставался относительно равномерным, составлял 2-7% ежегодно.

Таблица 3.1 – Динамика зарегистрированных случаев МКБ в РФ в период 2005-2021 годов

Годы	Число случаев	Абсолютный прирост	Показатель наглядности, %	Показатель роста, %	Темп прироста, %
2005	656911	-	100,0	-	-
2007	701667	44756	106,8	106,8	6,8
2009	738130	36463	112,4	104,3	4,3
2011	770762	32632	117,3	104,4	4,4
2013	805212	34450	122,6	104,4	4,4
2015	857701	52489	130,6	106,5	6,5
2017	883223	25522	134,4	102,9	2,9
2019	889891	6668	135,5	100,7	0,7
2021	805897	- 83994	122,7	90,6	- 9,4

Показатель роста первичной заболеваемости МКБ, регистрируемый в РФ в целом, несколько отставал от показателя общей заболеваемости (Таблица 3.2).

В течение последних 16 лет в целом первичная заболеваемость МКБ возросла на 7,4% (показатель наглядности составил 107,4%). Снижение числа впервые зарегистрированных случаев МКБ на 3,8% было отмечено в 2017 году, а также в 2019 году – на 2,3%. Следует отметить, что в отличие от общей заболеваемости, уровень которой в период распространения пандемии COVID-19 снизился за счет ограниченного обращения пациентов в медицинские организации по поводу плановой медицинской помощи, в 2021 году темп прироста первичной заболеваемости МКБ возрос на 7,4%, что, вероятно, обусловлено обращениями по поводу впервые возникших острых состояний (в том числе скорая и неотложная медицинская помощь) [92].

Таблица 3.2 – Динамика зарегистрированных случаев впервые в жизни установленного диагноза МКБ в РФ в период 2005-2021 годов

Годы	Число случаев	Абсолютный прирост	Показатель наглядности, %	Показатель роста, %	Темп прироста, %
2005	176773	-	100,0	-	-
2007	188154	11381	106,4	106,4	6,4
2009	193234	5080	109,3	102,6	2,6
2011	198413	5179	112,2	102,6	2,6
2013	210119	11706	118,8	105,9	5,9
2015	218467	8348	123,6	104,0	4,0
2017	210276	- 8191	118,9	96,2	- 3,8
2019	205414	- 4862	116,2	97,7	- 2,3
2021	189848	- 15566	107,4	107,4	7,4

Уровень заболеваемости МКБ различается в отдельных субъектах РФ, что подтверждает особенности распространения МКБ в том числе в зависимости от факторов внешней среды (состав воды, характерные типы питания и пр.), а также возможность формирования эндемичных зон этого заболевания [33, 92, 158].

Анализ общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы в ФО РФ (Таблица 3.3) показал, что показатель общей заболеваемости МКБ, в период с 2018 по 2021 годы подтверждает ее некоторое снижение по указанным выше причинам, с 6,1 до 5,5 на 1000 населения ($t = 3,3$, $p < 0,05$). Эта тенденция прослеживается по всем субъектам РФ. В 2021 году наиболее высокие значения показателя (выше среднего, чем в целом по РФ) отмечены в регионах Центрального ФО – 6,0 на 1000 населения, а также в Сибирском ФО – 5,8 на 1000 населения. Наиболее низкий уровень общей заболеваемости МКБ отмечен в Северо-Кавказском ФО – 4,9 на 1000 населения, а также в Приволжском ФО – 5,0 на 1000 населения.

Поскольку детальный анализ вопросов организации медицинской помощи пациентам с МКБ проводился на примере города федерального значения Санкт-Петербурга (Глава 2), оценка заболеваемости МКБ в субъектах

Северо-Западного ФО, в состав которого входит Санкт-Петербург, проведена отдельно (Таблица 3.4).

Таблица 3.3 – Общая заболеваемость МКБ в ФО РФ, на 1000 населения

ФО РФ	Период			
	2018	2019	2020	2021
РФ	6,1	6,1	5,4	5,5
Центральный ФО	6,3	6,4	5,8	6,0
Северо-Западный ФО	5,9	5,9	5,1	5,5
Санкт-Петербург	6,7	6,7	5,9	6,6
Южный ФО	6,1	6,2	5,7	5,3
Северо-Кавказский ФО	5,1	4,9	4,6	4,9
Приволжский ФО	5,6	5,6	4,9	5,0
Уральский ФО	6,2	6,4	5,3	5,5
Сибирский ФО	6,8	6,5	5,7	5,8
Дальневосточный ФО	5,8	5,6	5,1	5,1

В целом уровень общей заболеваемости МКБ в Северо-Западном ФО соответствует таковому в целом по РФ и составил в 2021 году 5,5 на 1000 населения. Общая заболеваемость МКБ в субъектах РФ, входящих в состав округа, составила от 3,8 на 1000 населения в Калининградской и Ленинградской областях, до 7,0 на 1000 населения в Республике Коми ($t = 2,9$, $p < 0,05$). В Санкт-Петербурге показатель общей заболеваемости МКБ относительно высокий, составил в 2021 году 6,6 на 1000 населения. При этом в динамике в период с 2018 по 2021 год этот показатель оставался стабильным ($t < 2$) [92].

В целом по РФ относительный показатель первичной заболеваемости МКБ составил в 2021 году 1,3 на 1000 населения. При этом интересно отметить, что если в динамике абсолютных значений (Таблица 3.2) в 2021 году отмечался существенный рост регистрации впервые диагностированных случаев МКБ, то оценка динамики относительных показателей такой закономерности установить не

позволила, показатель в 2018 году составил 1,4 на 1000 населения, что не является существенным отличием от показателя, зафиксированного в 2021 году ($t < 2$).

Таблица 3.4 – Общая заболеваемость МКБ в субъектах Северо-Западного ФО РФ, на 1000 населения

Субъект РФ	Период			
	2018	2019	2020	2021
Санкт-Петербург	6,7	6,7	5,9	6,6
Республика Карелия	6,0	6,1	5,0	5,1
Республика Коми	7,7	6,4	5,4	7,0
Архангельская область	5,7	5,8	4,9	5,2
Ненецкий автономный округ	7,5	5,8	5,4	5,7
Вологодская область	4,7	4,7	4,2	4,5
Калининградская область	4,3	4,3	3,9	3,8
Ленинградская область	3,8	4,1	3,6	3,8
Мурманская область	5,5	5,8	4,6	4,8
Псковская область	6,4	6,8	5,7	6,1
Новгородская область	8,0	7,6	5,6	4,6
Северо-Западный ФО	5,9	5,9	5,1	5,5

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости МКБ отмечен в Северо-Кавказском ФО – 1,8 на 1000 населения, где уровень общей заболеваемости наиболее низкий (Таблица 3.3), что, по-видимому, связано с организацией дальнейшего лечения и наблюдения пациентов с уже выявленным заболеванием на территории иных субъектов РФ и/или с дефектами их дальнейшего ДН в МО Северо-Кавказского ФО, не позволяющих в полной мере фиксировать все случаи обращений к врачу пациентов с уже установленным диагнозом. Также высокий уровень выявлен в Сибирском ФО, 1,8 на 1000 населения. Наиболее низкое значение показателя – 1,2 на 1000 населения отмечено в Дальневосточном ФО [33].

В 2021 году в целом по Северо-Западному ФО уровень первичной заболеваемости составил 1,0 на 1000 населения. Наиболее высокие значения показателя отмечены в Ненецком автономном округе – 1,6 на 1000 населения, в Республике Карелия – 1,5 на 1000 населения, в Республике Коми – 1,4 на 1000 населения. Существенно более низкий, чем в целом по округу показатель зафиксирован в Ленинградской области – 0,8 на 1000 населения ($t = 2,2$, $p < 0,05$). В Санкт-Петербурге число впервые зарегистрированных случаев МКБ составило 1,0 на 1000 населения, что соответствует показателю, отмеченному в Северо-Западном ФО в целом [92].

Детальный анализ общей заболеваемости МКБ проведен на примере Санкт-Петербурга, за период с 2013 по 2022 годы. Следует отметить, что на фоне общей заболеваемости всеми классами болезней, имеющей тенденцию к росту в Санкт-Петербурге в изучаемый период, общая заболеваемость МКБ оставалась относительно стабильной, в том числе в структуре всех болезней, относящихся к заболеваниям мочеполовой системы (Рисунок 3.1).

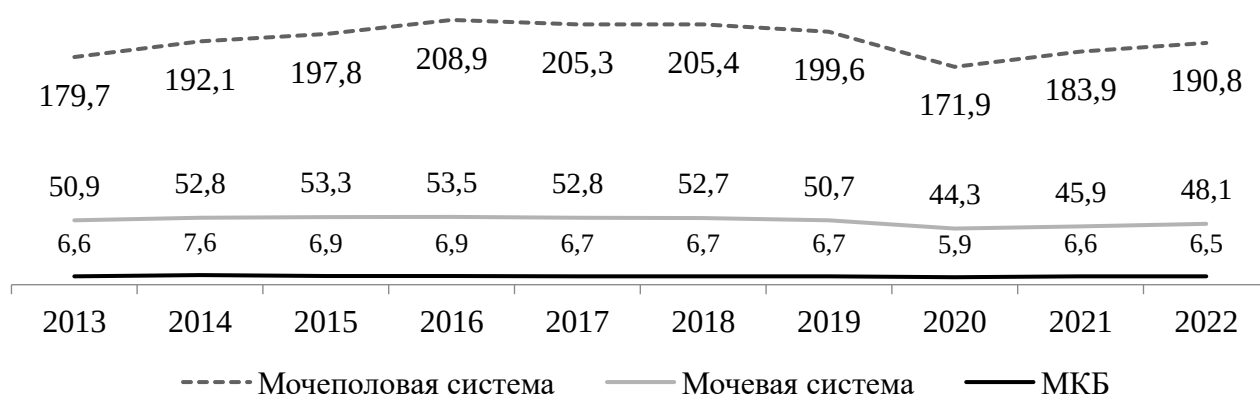


Рисунок 3.1 – Общая заболеваемость болезнями мочеполовой системы в Санкт-Петербурге за период 2013-2022 годов, на 1000 населения

В целом по всем классам болезней общая заболеваемость возросла на 26,2%, в 2013 году показатель составлял 2137 на 1000 населения, а в 2022 году уже 2697 на 1000 населения. Общая заболеваемость болезням мочеполовой системы

возросла менее значимыми темпами, в изученный десятилетний период показатель увеличился на 6,1%.

Показатели общей заболеваемости болезнями мочевой системы, а также общей заболеваемости МКБ оставались относительно стабильными: уровень общей заболеваемости мочевой системы составил в 2013 году 50,9 на 1000 населения, а в 2022 году 48,1 на 1000 населения ($t < 2$); уровень общей заболеваемости МКБ составил в 2013 году 6,6 на 1000 населения, а в 2022 году 6,5 на 1000 населения ($t < 2$) [92].

Организация работы МО в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Санкт-Петербурге, также как и в целом по РФ (Таблица 3.1), отразилась на регистрации общей заболеваемости МКБ, уровень которой несколько снизился до 5,9 на 1000 населения в 2020 году (в предшествующий и последующий периоды – 6,7 и 6,6 на 1000 населения соответственно; $t = 2,2$, $p < 0,05$). В 2022 году показатель общей заболеваемости МКБ составил 6,5 на 1000 населения, что в целом соответствует значению показателя на начало изучаемого периода, который составил в 2013 году 6,6 на 1000 населения ($t < 2$).

Уровень первичной заболеваемости болезнями мочеполовой системы в Санкт-Петербурге в изученный десятилетний период с 2013 по 2022 годы имел тенденцию к снижению (Рисунок 3.2): в 2013 году она составила 56,9 на 1000 населения, а в 2022 году – только 49,2 на 1000 населения ($t = 3,4$, $p < 0,05$) [92].

Важно указать, что в отличие от тенденций, отмечаемых в целом в РФ по росту первичной заболеваемости в период пандемии, на фоне снижения регистрации случаев общей заболеваемости, в Санкт-Петербурге эта тенденция не прослеживается, уровень первичной заболеваемости претерпел снижение наряду с общей заболеваемостью. Это свидетельствует о низкой доступности медицинской помощи для пациентов в этом субъекте РФ, поскольку ограничения, обусловленные распространением COVID-19, отразились на снижении объемов не только плановой медицинской помощи, но и медицинской помощи, получаемой пациентами в экстренной и неотложной форме, большей частью по впервые в жизни выявленным случаям заболевания (Рисунок 3.2).

В абсолютном выражении численность зарегистрированных случаев МКБ в Санкт-Петербурге в 2022 году по общей заболеваемости составила 35454 человек, в том числе, 34972 взрослых (99,3%) и 241 ребенок (0,7%). Число впервые выявленных случаев МКБ составило в 2022 году 5419, в том числе 5339 взрослых (98,5%) и 80 детей (1,5%).

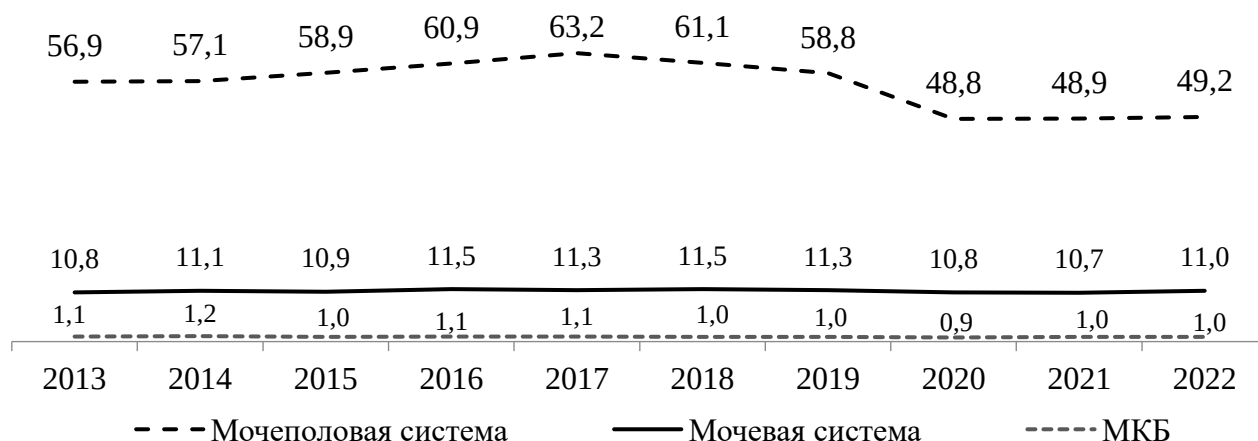


Рисунок 3.2 – Первичная заболеваемость болезнями мочеполовой системы в Санкт-Петербурге за период 2013-2022 годов, на 1000 населения

В целом в изучаемый период, с 2013 по 2022 год, число впервые выявленных случаев МКБ снизилось на 5,8% с 5755 случаев до 5419 случаев (Таблица 3.5). При этом только в отдельные годы изучаемого периода отмечался положительный баланс динамики впервые зарегистрированных случаев МКБ: в 2014 году – показатель роста составил 111,0%, в 2016 году – показатель роста 104,4%, в 2017 году – показатель роста 101,8%, в 2021 году – показатель роста 111,3%. Таким образом, анализ показателей динамического ряда еще раз подтвердил, что в период распространения COVID-19 в Санкт-Петербурге отмечалось снижение регистрации не только общей, но и первичной заболеваемости МКБ [92].

С учетом целей и задач Национального проекта «Здравоохранение» [155] в нашем исследовании отдельно была проанализирована общая и первичная заболеваемость МКБ населения старших возрастных групп (старше трудоспособного возраста, то есть в возрасте более 65 лет).

Таблица 3.5 – Динамика зарегистрированных случаев впервые в жизни установленного диагноза МКБ в Санкт-Петербурге в период 2013-2022 годов

Годы	Число случаев	Абсолютный прирост/убыль	Показатель наглядности, %	Показатель роста/убыли, %	Темп прироста, %
2013	5755	-	100,0	-	-
2014	6390	635	111,0	111,0	11,0
2015	5300	- 1090	92,1	82,9	- 17,1
2016	5535	235	96,2	104,4	4,4
2017	5636	101	97,9	101,8	1,8
2018	5524	- 112	96,0	98,0	2,0
2019	5235	- 289	91,0	94,8	- 5,2
2020	4967	- 268	86,3	94,9	- 5,1
2021	5530	563	96,1	111,3	11,3
2022	5419	- 111	94,2	98,0	- 2,0

Показатели общей заболеваемости МКБ среди лиц старших возрастных групп на протяжении почти всего изученного периода превышают таковые, зарегистрированные среди взрослого населения трудоспособного возраста (Рисунок 3.3).

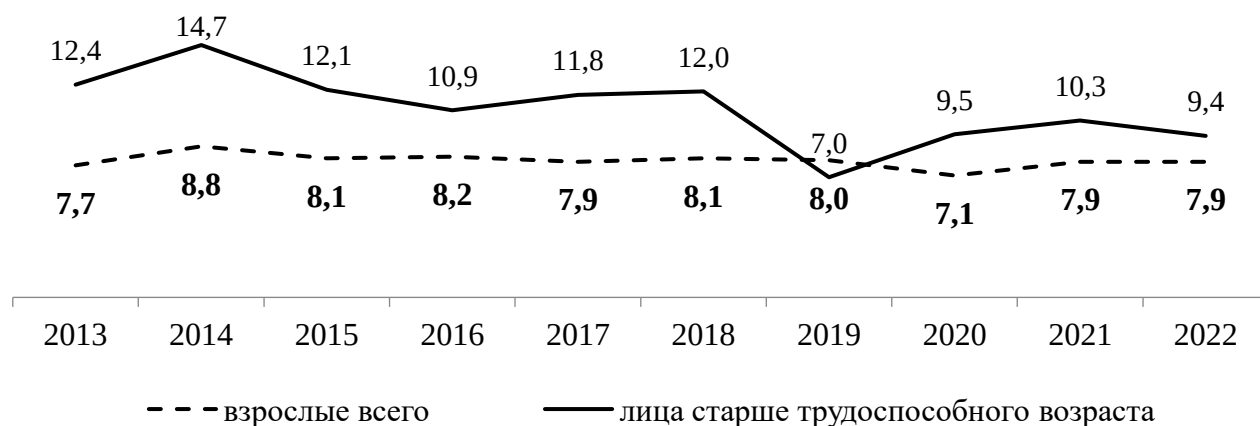


Рисунок 3.3 – Общая заболеваемость МКБ взрослого населения в Санкт-Петербурге за период 2013-2022 годов, на 1000 населения.

В 2013 году уровень общей заболеваемости МКБ взрослого населения трудоспособного возраста в целом составил 7,7 на 1000 населения, тогда как среди старших возрастных групп он составил 12,4 на 1000 населения ($t = 3,4$, $p < 0,05$). В 2022 году соотношение указанных показателей составило 7,9 и 9,4 на 1000 населения соответственно ($t = 2,7$, $p < 0,05$). Указанная закономерность по показателям общей заболеваемости в изучаемых возрастных группах наблюдалась в Санкт-Петербурге в течении всего изученного периода ($t = 3,0$, $p < 0,05$).

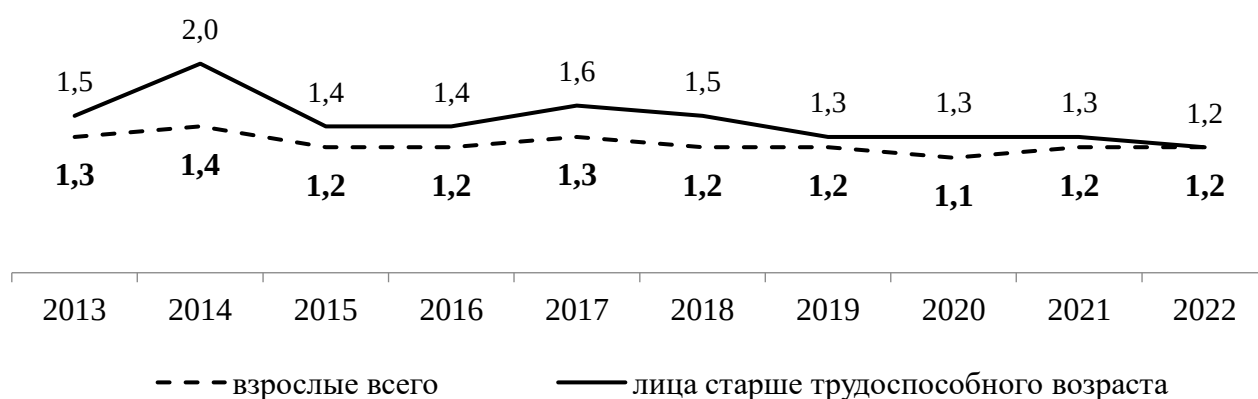


Рисунок 3.4 – Первичная заболеваемость МКБ взрослого населения в Санкт-Петербурге за период 2013-2022 годов, на 1000 населения

На фоне стабильного уровня относительных показателей первичной заболеваемости МКБ среди взрослого населения в целом, уровень первичной заболеваемости среди лиц пожилого и старческого возраста в изучаемый период показал существенное снижение (Рисунок 3.4). Если в 2013 году значение показателя составило 1,5 на 1000 населения, а в 2014 году даже 2,0 на 1000 населения, то к 2022 году он сравнялся с показателем, регистрируемом среди взрослого населения в целом и составил только 1,2 на 1000 населения ($t = 3,5$, $p < 0,05$). Если снижение показателя в период распространения COVID-19 в 2019-2021 годах следует считать закономерным по указанным выше причинам, то последующее его снижение на фоне иной картины в РФ (Таблица 3.2) следует считать негативной характеристикой. Вероятно, это обусловлено недостаточной доступностью и качеством первичной диагностики в МО Санкт-Петербурга МКБ,

в том числе в рамках проведения профилактических мероприятий для лиц пожилого и старческого возраста в указанный период [85, 92, 93].

Таким образом, в Санкт-Петербурге, как и в РФ в целом, на протяжении последних лет наблюдается стабильно высокое количество больных МКБ – хроническим рецидивирующим заболеванием, требующим динамического наблюдения в целях поддержания здоровья пациентов и обеспечения полноценной жизни в обществе, особенно среди группы лиц старше трудоспособного возраста.

3.2. Госпитализированная заболеваемость мочекаменной болезнью взрослого населения Санкт-Петербурга

В период с 2018 по 2022 год число случаев госпитализаций пациентов с МКБ в целом существенно возросло почти в 2 раза (Таблица 3.6). Показатель наглядности в 2022 году к уровню 2018 года составил 177,3%. Однако, следует указать, что рост числа случаев госпитализации, во-первых, не соответствовал уровню зарегистрированной заболеваемости, проведенный корреляционный анализ не подтвердил такой взаимосвязи ($r = 0$), а во-вторых, указанный рост госпитализаций не являлся равномерным.

Таблица 3.6 – Динамика случаев госпитализации пациентов с МКБ в Санкт-Петербурге в период 2018-2022 годов

Годы	Число случаев	Абсолютный прирост / убыль	Показатель наглядности, %	Показатель роста / убыли, %	Темп прироста / убыли, %
2018	16617	-	100,0	-	-
2019	17983	1366	108,2	108,2	8,2
2020	14248	- 3735	85,7	79,2	- 20,8
2021	16448	2200	98,9	115,4	15,4
2022	29467	13019	177,3	179,2	79,2

Неравномерность динамики показателя, как и в случае показателей заболеваемости, обусловлена влиянием развития пандемии COVID-19. В период с 2018 по 2019 годы рост госпитализированной заболеваемости составил только 8,2%, что не следует считать значимым признаком увеличения нагрузки на систему здравоохранения. В дальнейшем, в 2019 году, с начала распространения COVID-19, МО, предоставляющие специализированную медицинскую помощь, были вынуждены ограничить, а в отдельных случаях и приостановить плановую госпитализацию, что отразилось на динамике показателя. Темп убыли числа госпитализаций составил 20,8%. В 2020 году, несмотря на отдельные периоды действия в Санкт-Петербурге ограничительных мер, уровень госпитализации возрос на 15,4% и почти достиг значения 2018 года – показатель наглядности по отношению к этому периоду составил 98,9% [95].

Наиболее резкий скачок роста числа госпитализаций был отмечен в конце изучаемого периода, в 2022 году. Его уровень в Санкт-Петербурге составил 4,6 госпитализаций по поводу МКБ на 1000 населения в год. Рост показателя по сравнению с предыдущим годом – 79,2%, а значение показателя наглядности по отношению к 2018 году – 177,3%. Видится, что такой значимый рост обусловлен, прежде всего, «отложенным спросом» на плановые госпитализации, не реализованные в периоды действия ограничений в работе стационаров. Однако, проведенный анализ динамики экстренных госпитализаций показывает, что они также вносят существенный вклад в представленную динамику (Рисунок 3.5).

Доля госпитализаций, проведенных в экстренной форме в 2018 году, составляла только 71,8%. В дальнейшем, в период распространения COVID-19, этот показатель нарастал и достиг своего максимального значения в 2020 году – 83,3%. Некоторое выравнивание ситуации было отмечено в последующий период, в 2021 году показатель составил 76,1%. Однако, окончание действия противоэпидемических ограничений не отразилось должным образом на последующей стабилизации показателя [91, 95].

По статистическим данным, полученным по итогам 2022 года, экстренные госпитализации составили 80,1%, что, безусловно, является «накопленным

эффектом» отложенных случаев плановой госпитализации в предыдущие периоды, когда несвоевременное оказание медицинской помощи в плановой форме приводит к развитию urgentных ситуаций. Также такое значимое перераспределение случаев госпитализаций в пользу их реализации в экстренной форме подтверждает несовершенство организации ДН на этапе предоставления ПМСП, которое бы позволило снизить возможный риск осложнений заболевания, в том числе путем своевременного обследования и планового оперативного лечения в рамках специализированной медицинской помощи.

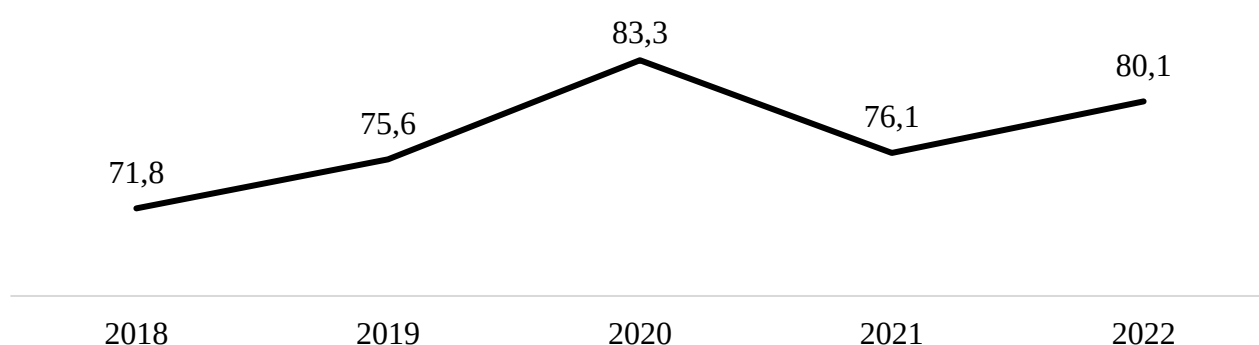


Рисунок 3.5 – Доля экстренных госпитализаций больных МКБ в Санкт-Петербурге за период 2018-2022 годов, процент

Представленный выше тезис находит подтверждение при детальном анализе частоты случаев стационарного лечения среди пациентов с МКБ (Рисунок 3.6).

Если в 2018 году пациенты с МКБ нуждались в госпитализации только с частотой 46,3 на 100 пациентов ежегодно, и указанный показатель оставался относительно стабильным в период распространения коронавирусной инфекции COVID-19 (45,4 на 100 пациентов с 2020 году, $t < 2$), то в 2022 году отмечается достаточно резкий рост этого показателя, уровень которого составил 58,5 на 100 пациентов с МКБ ($t = 4,1$, $p < 0,05$ по отношению к 2018 году), свидетельствующий о неуклонно возрастающей потребности в специализированной медицинской помощи пациентов с МКБ по указанным выше причинам [95].

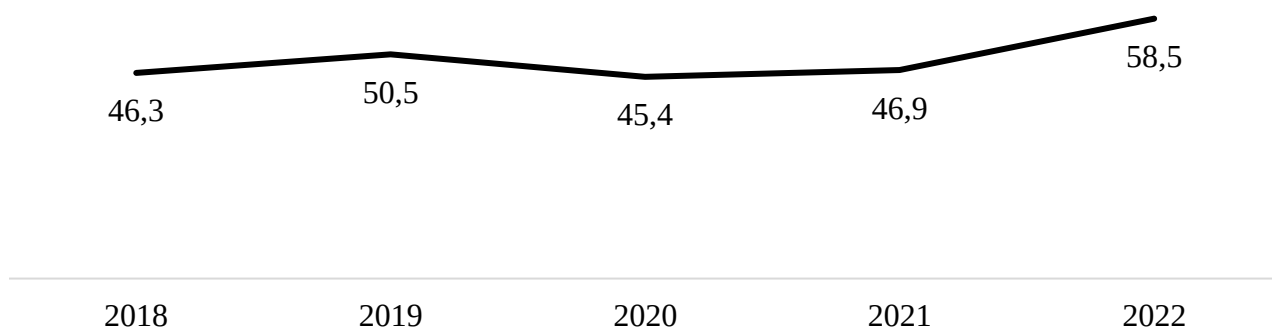


Рисунок 3.6 – Динамика частоты случаев госпитализаций в Санкт-Петербурге в период 2018-2022 годов, на 100 больных МКБ

В рамках оказания специализированной медицинской помощи при МКБ с частотой 29,2 на 100 пациентов получали требуемые им оперативные пособия, что подтверждает целесообразность таких госпитализаций.

3.3. Активное выявление и динамическое наблюдение больных мочекаменной болезнью

В соответствии с государственной политикой в сфере здравоохранения, которая в последние десятилетия направлена на профилактику заболеваний [155], МКБ, являющаяся хроническим неинфекционным заболеванием, подлежит активному выявлению и дальнейшему динамическому наблюдению. Эти задачи должны быть решены на уровне организации оказания пациентам ПМСП.

Специализированный скрининг на выявление мочекаменной болезни не входит в объем ежегодных профилактических мероприятий взрослого населения. Вместе с тем, любой профилактический осмотр, в том числе проводимый в рамках диспансеризации взрослого населения, сопровождается лабораторным обследованием пациента (общий анализ мочи, клинический и биохимический анализы крови), осмотром и сбором анамнеза врачом-терапевтом, что позволяет заподозрить наличие у больного либо факторов риска развития МКБ, либо ее проявлений. Дальнейшее обследование на втором этапе диспансеризации, а также направление пациентов на углубленный осмотр по результатам профилактического

осмотра, позволяют своевременно выявить заболевания и предпринять своевременные профилактические меры [138].

Врач при профилактическом осмотре должен обратить внимание на жалобы пациента, а именно на наличие болей в поясничной области, гематурию. Данные могут быть дополнены сведениями из анамнеза, о наличии сопутствующих заболеваний, о диете, сведениями о применяемых ими лекарственных препаратах, способствующих развитию МКБ. В случае выявленного комплекса, позволяющего заподозрить наличие МКБ, дальнейшая визуализация конкрементов в почках, выполненная на последующих этапах профилактических мероприятий (УЗИ, спиральная КТ с контрастированием), позволяет в большинстве случаев поставить правильный диагноз.

Несмотря на необходимость соблюдения указанных положений проведения профилактических мероприятий, количество пациентов, диагноз которым установлен по результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических осмотров, чрезвычайно мало.

По данным проведенного нами анализа, в период с 2017 по 2021 год в Санкт-Петербурге из числа впервые выявленных случаев МКБ, доля случаев, установленных по результатам профилактических мероприятий практически не различалась ($t < 2$) и составила от 1-3%. Значительное увеличение показателя произошло только в 2022 году, когда он составил 8,3% ($t = 3,6$, $p < 0,05$), что обусловлено активным проведением профилактических осмотров и диспансеризации после ограничений, действующих в период пандемии COVID-19, а также некоторой активацией популяризации профилактических мероприятий среди населения, увеличением плановых объемов числа лиц, устанавливаемых органами исполнительной власти для проведения профилактики [138]. Однако, указанный уровень показателя не следует считать удовлетворительным, что могло бы быть компенсировано путем дополнительной корректировки диагностических исследований, которые могли бы быть выполнены при проведении профилактических мероприятий в целях раннего выявления МКБ.

Порядок проведения ДН за взрослыми, утвержденный приказом МЗ РФ от 15.03.2022 № 168н [82], определяет, что ДН подлежат лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития. Эффективность организации медицинской помощи должна быть подтверждена охватом пациентов ДН в объеме, не менее 70% (не менее 90% для пациентов старше трудоспособного возраста). Следует отметить, что среди нозологических форм, выявляемых у взрослого населения и подлежащих ДН, в соответствии с указанным приказом [82], МКБ не обозначена.

Однако, согласно «Стандарту медицинской помощи» взрослым при МКБ (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение) [81], вне зависимости от фазы заболевания, в рамках контроля за лечением пациенты с кратностью 3 раза в год должны получать консультацию врача-уролога, а по показаниям – иных врачей-специалистов (врач-нефролог, врач-кардиолог, врач-ревматолог и иные врачи-специалисты). Таким образом, пациенты с МКБ должны быть взяты под динамическое ДН.

Анализ, проведенный по результатам оценки деятельности МО в Санкт-Петербурге, показал неудовлетворительные результаты охвата пациентов с МКБ диспансерным наблюдением (Рисунок 3.7).

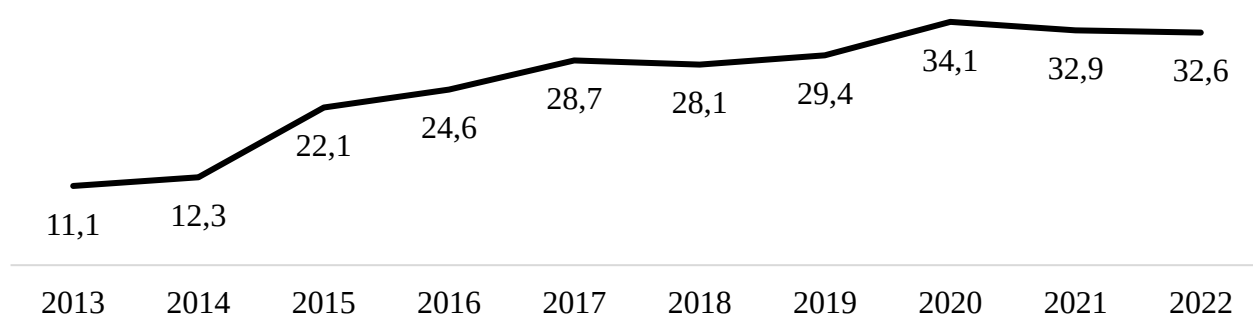


Рисунок 3.7 – Динамика доли больных МКБ, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных больных с МКБ в Санкт-Петербурге, в процентах

Если в 2013 году только чуть более, чем каждый десятый пациент (11,1%) с установленным диагнозом МКБ состоял под ДН, то за пятилетний период к 2018 году их количество увеличилось более, чем в 2 раза, доля таких пациентов составляла уже 28,1%. К 2022 году этот показатель уже составил 32,6%. Однако, целевое значение показателя по охвату пациентов ДН (70%) не обеспечено.

В группе пациентов старше трудоспособного возраста наблюдается схожая динамика показателя охвата больных МКБ ДН (Рисунок 3.8). Однако, следует обратить внимание, что только в 2022 году показатель по лицам старших возрастных групп, который составил 32,9%, не отличался от такового по взрослому населению в целом ($t < 2$). В предыдущие периоды, он был существенно более низким, так, в 2018 году, до введения ограничений работы МО, обусловленных пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19, он составил только 24,1%, что существенно ниже аналогичного показателя, зафиксированного по взрослому населению в целом – 28,1% ($t = 3,6$, $p < 0,05$), что свидетельствует о недостаточном внимании к пациентам этого возраста при проведении профилактических мероприятий. Серьезный «провал» значения показателя зафиксирован в 2020 году, он составил только 12,5%, что связано, вероятно, с указанным выше причинами в ограничении работы МО. Целевое значение показателя по охвату ДН лиц старше трудоспособного возраста (90%), установленное приказом [82], не достигнуто.

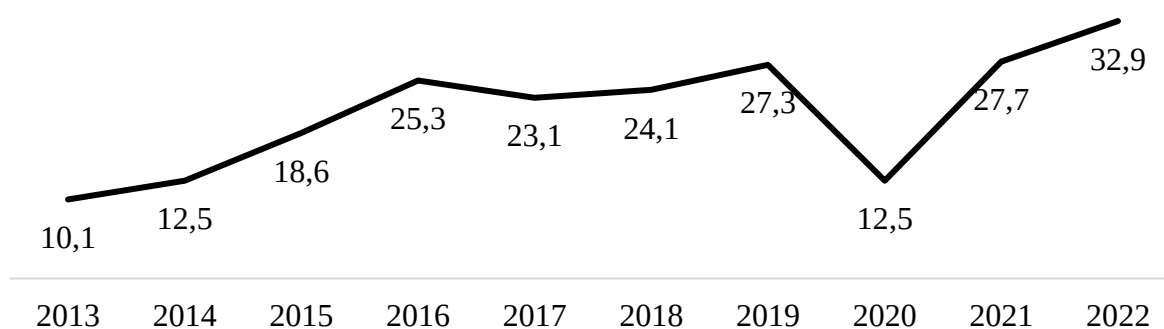


Рисунок 3.8 – Динамика доли больных МКБ старше трудоспособного возраста, состоящих под ДН от общего числа зарегистрированных больных с МКБ в Санкт-Петербурге, в процентах

При этом следует отметить, что охват ДН в настоящее время наиболее эффективно распространяется на пациентов с впервые установленным диагнозом МКБ в текущем периоде (Рисунок 3.9).

Так, в 2022 году среди впервые выявленных пациентов с МКБ под ДН взято 42,9% пациентов, что существенно выше, чем в целом среди пациентов, которые имели такой диагноз на конец 2022 года ($t = 3,6$, $p < 0,05$). В динамике по этому показателю также наблюдается стабильный прирост, который в 2022 году составил 57,7% по отношению к 2016 году.

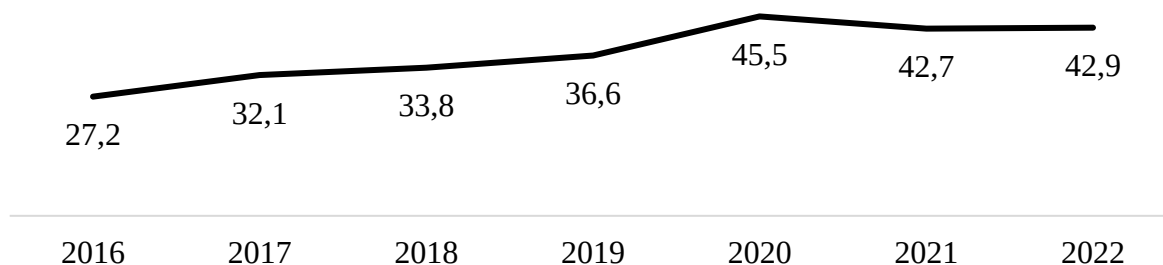


Рисунок 3.9 – Динамика доли больных МКБ, взятых под диспансерное наблюдение от общего числа впервые зарегистрированных больных с МКБ в Санкт-Петербурге, в процентах

В этой связи МО, предоставляющим ПМСП и ответственным за проведение профилактических мероприятий следует обратить внимание на неукоснительное соблюдение требований к проведению профилактических мероприятий не только среди пациентов с впервые установленным диагнозом, но и среди пациентов, диагноз которым установлен в предыдущие годы в соответствии со Стандартом медицинской помощи взрослым при МКБ (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение) [81].

3.4. Объемы оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни взрослому населению в Санкт-Петербурге

На этапе ПМСП на пациентов с МКБ приходится только 9,8% случаев ее оказания среди всех объемов медицинской помощи, предоставляемых по поводу

заболеваний мочевой системы, что, как уже указывалось, обусловлено недостаточными организационными мероприятиями, направленными на выявление и динамическое наблюдение пациентов этой группы. Однако, в рамках скорой медицинской помощи на пациентов с МКБ приходится уже более половины (62,5%) случаев, что подтверждает необходимость оказания медицинской помощи при этом заболевании в значительной части ургентных ситуаций, когда своевременное ее плановое оказание, а также планомерные профилактические мероприятия не предотвратили их развитие. В дальнейшем такие ситуации приводят и к значительным объемам медицинской помощи, которые были вынуждены быть предоставлены пациентам в рамках оказания специализированной медицинской помощи: на пациентов с МКБ приходится 65,2% случаев предоставления медицинской помощи в условиях стационара и 30,1% случаев – в условиях дневного стационара.

Таким образом, проведенный анализ позволил установить, что на фоне относительно стабильного уровня заболеваемости МКБ в последние годы, отмечается снижение регистрируемой первичной заболеваемости, что особенно выражено среди лиц старших возрастных групп и свидетельствует об ограничениях доступности предоставляемой им первичной медико-санитарной помощи, а также недостаточной эффективности профилактических мероприятий, в том числе активного динамического наблюдения пациентов. Это подтверждается низким охватом пациентов ДН и несоблюдением полноты проведения им лечебно-диагностических мероприятий, установленных стандартом медицинской помощи. Указанные обстоятельства приводят к неравномерному перераспределению ресурсов здравоохранения при этом заболевании в пользу скорой и специализированной медицинской помощи, а также созданию недостаточных условий для предотвращения ургентных ситуаций, угрожающих жизни и здоровью больных. Видится, что преодолением сложившейся ситуации должны стать разработка и внедрение в практическое здравоохранение мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пациентам с МКБ, прежде всего, на этапе оказания ПМСП.

Глава 4

Медико-организационные аспекты оказания медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью

Согласно данным, полученным на предыдущих этапах исследования, МКБ является достаточно распространенным заболеванием во всех возрастных группах взрослого населения, что требует стройной системы организации медицинской помощи, позволяющей достичь удовлетворительных показателей здоровья населения.

В значительной части случаев дебют заболевания МКБ требует оказания экстренной медицинской помощи, что негативно сказывается на состоянии здоровья пациентов. Во многих случаях пациенты, ранее не обращавшиеся за медицинской помощью по поводу МКБ, начинают свое «знакомство» с этим заболеванием на этапе получения специализированной медицинской помощи. В настоящее время организация медицинской помощи при МКБ не нацелена на раннюю диагностику заболевания, систематические профилактические мероприятия пациентам этой группы в должном объеме не проводятся (Глава 3), что не позволяет в полной мере проанализировать характеристику пациентов, страдающих МКБ на основе случаев предоставления им ПМСП. С учетом изложенных обстоятельств, в соответствии с разработанной методикой (Глава 2), данные о пациентах были получены среди пациентов, получающих специализированную медицинскую помощь в условиях стационара.

4.1. Медико-социальная характеристика пациентов с мочекаменной болезнью и организация оказания им первичной медико-санитарной помощи

Средний возраст пациентов, проходивших лечение по поводу МКБ в рамках специализированной медицинской помощи в стационаре, составил $47,6 \pm 4,5$ лет. Распределение по полу соответствовало примерно равным долям: мужчины – 50,8%, женщины – 49,2%.

Наименее подвержены заболеванию пациенты с более высоким социальным статусом, что может являться следствием их более внимательного отношения к своему здоровью. Наибольшая доля больных – это рабочие различных предприятий, на них приходится 42,4%. Указали свой статус как «пенсионер» 23,7% пациентов, а статус «не работаю» – 15,8% пациентов. При этом значительно меньшая доля приходится на пациентов, являющихся по своему роду деятельности служащими – 9,7%, а также на учащихся, которые в силу молодого возраста реже подвержены заболеванию МКБ, их оказалось 8,4% [89].

Наряду с этим, только каждый десятый пациент (9,9%), проходящий стационарное лечение, имеет установленную группу инвалидности, в том числе I группу – 1,9%, II группу – 2,2%, III группу – 5,8%. В большинстве же случаев, у 85,9% пациентов, на момент прохождения лечения группа инвалидности не установлена. Следует отметить, что в 4,2% случаев сведения в первичной медицинской документации пациентов о наличии или отсутствии установленной инвалидности отсутствовали.

Одним из ключевых вопросов организации ПМСП пациентам с МКБ является организация их активного диспансерного наблюдения.

Проведенный анализ показал недостаточную приверженность пациентов с МКБ к своевременному обращению к врачу, в том числе для прохождения профилактических мероприятий. Указали, что ежегодно проходят профилактические осмотры только 35,6% пациентов, госпитализированных по поводу МКБ, и еще 24,8% опрошенных также отметили, что проходят такие профилактические осмотры, однако, нерегулярно. Вместе с тем, только 4,3% пациентов указали, что состоят по поводу МКБ под диспансерным наблюдением, что является крайне неудовлетворительным показателем. Наряду с этим значительная группа пациентов обращается к врачу только при наличии жалоб (16,2% опрошенных), а также «только в крайнем случае» – 19,1% среди опрошенных. Важно отметить, что данные, свидетельствующие о неготовности пациентов посещать врача с профилактической целью, были получены на фоне наличия у них явных признаков нездоровья.

По данным проведенного опроса, в течение года, предшествующего госпитализации, пациенты сталкивались с теми или иными признаками развития заболевания (Рисунок 4.1).



Рисунок 4.1 – Частота ответов пациентов о наличии жалоб, обусловленных МКБ, в течение года, предшествующего госпитализации, на 100 опрошенных

Наиболее яркой жалобой при МКБ, приносящей страдания пациентам, является развитие почечной колики, сопровождающейся нестерпимым болевым синдромом, тошнотой, рвотой, кишечными коликами. На такое проявление МКБ пациенты указали с частотой 85,9 на 100 опрошенных. Достаточно часто пациенты испытывали и иные значимые симптомы, характеризующие развитие МКБ: примесь крови в моче – 40,3 на 100 опрошенных, боль в поясничной области – 36,3 на 100 опрошенных, периодический подъем температуры тела, сопровождающийся ознобом – 24,5 на 100 опрошенных пациентов. Наряду с этим, пациенты указывают на наличие дисфункций, связанных с мочеиспусканием, в том числе на более частые, чем обычно, позывы к мочеиспусканию – 24,1 на 100 опрошенных, а также на внезапные позывы к мочеиспусканию с частотой 9,4 на 100 опрошенных. Почти каждый пятый отметил, что обнаруживал в моче «песок» – 18,0 на 100 опрошенных пациентов. С частотой 20,9 на 100 опрошенных пациенты отмечали слабость, повышенную утомляемость. Только незначительная часть пациентов указала, что жалоб в течение последнего года у них не было – 5,4 на 100 опрошенных.

Недостаточная активность пациентов в обращении за медицинской помощью, в том числе для обследования и планового лечения, даже при наличии вышеуказанных жалоб, свидетельствует об их недостаточной информированности о риске развития МКБ. Из числа пациентов, включенных в группу исследования, 53,7% отметили, что даже при наличии жалобы, предъявляемых лечащему врачу ранее, диагноз МКБ был установлен им впервые именно при данной госпитализации. Только в 9,1% случаев пациенты указали, что знают о своем заболевании уже 1 – 2 года, а в 19,0% случаев – знают в течение 3 – 5 лет. Более 5 лет осведомлены о МКБ 13,4% пациентов. В 4,8% случаев данные о давности заболевания пациентами представлены не были.

Стандарт медицинской помощи взрослым при МКБ (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение) [81], пациентам с установленным диагнозом МКБ в рамках контроля за лечением с кратностью 3 раза в год показана консультация врача-уролога, а по показаниям – иных врачей-специалистов (врач-нефролог, врач-кардиолог, врач-ревматолог и другие). Важно отметить, что, несмотря на данные, полученные от пациентов, проходящих лечение в стационаре, о том, что только некоторые из них состоят на ДН (Рисунок 4.2), значительная доля пациентов – 17,6% отметила, что регулярно посещают врача-уролога по поводу МКБ, вне зависимости от постановки их на ДН. Это свидетельствует о недостаточной активности МО и врачей в привлечении таких пациентов к профилактическим мероприятиям (ДН). Еще 30,9% пациентов отметили, что обращаются к профильному врачу-урологу только при наличии жалоб, а 51,5% – указали, что повод для обращения к врачу-урологу у них отсутствует.

Недостаточный охват ДН пациентов с МКБ профильным специалистом врачом-урологом, приводит к необходимости обращения пациентов по поводу своих жалоб к врачам иных специальностей. Более, чем в половине случаев (63,2%) пациенты указали, что обращались по поводу жалоб, обусловленных МКБ, в МО, предоставляющую ПМСП, к врачу-терапевту-участковому (ВОП). Также пациенты самостоятельно и/или по направлению врача-терапевта-участкового направлялись на консультации к иным врачам-специалистам (Рисунок 4.2).

С наибольшей частотой пациенты с МКБ обращаются за консультацией к врачу-эндокринологу – 19,7 на 100 опрошенных указали на это. Достаточно высока частота получения консультации врача-нефролога, пациенты указали на это с частотой 16,2 на 100 опрошенных. Наряду с этим пациенты с МКБ консультируются врачом-гастроэнтерологом и врачом-ревматологом, частота таких ответов составила 11,4 и 5,4 на 100 опрошенных соответственно, а также иными врачами-специалистами – 8,0 на 100 опрошенных.

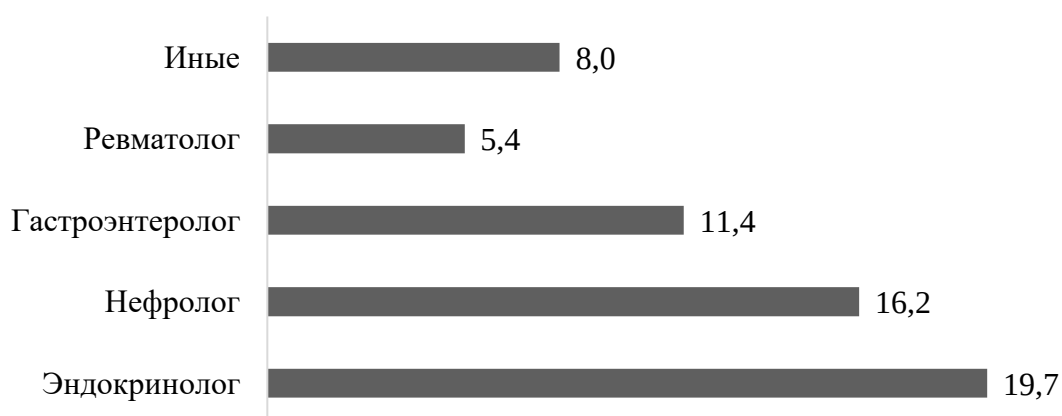


Рисунок 4.2 – Частота консультаций пациентов с МКБ врачами-специалистами на этапе предоставления первичной медико-санитарной помощи, на 100 опрошенных

Стандартом медицинской помощи взрослым при МКБ (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение) [81], помимо консультаций врачей-специалистов, определен перечень, частота и кратность выполнения отдельных лабораторных и инструментальных исследований для диагностирования МКБ, а также для активного наблюдения за ее течением у пациентов с уже установленным диагнозом. В рамках настоящего исследования в соответствии с разработанной методикой (Глава 2) нами проведен анализ выполнения отдельных исследований, рекомендованных Стандартом на этапе предоставления ПМСП.

Общий (клинический) анализ мочи выполнялся при установлении диагноза МКБ на этапе оказания ПМСП большинству пациентов – в 66,2% случаев, что существенно превышает норматив, установленный Стандартом (частота предоставления – 0,25, то есть только в 25,0% случаев). Так же активно пациентам

на этом этапе проводится исследование общего (клинического) анализа крови – в 87,2% случаев, тогда как Стандартом для диагностики установлена частота предоставления 0,24, то есть только у 24,0% пациентов.

Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови, повышенное значение которого имеет важное этиологическое значение при развитии МКБ, проводилось только каждому третьему пациенту, в 32,5% случаев, тогда как норматив, установленный Стандартом, составляет 0,75, то есть в 75,0% случаев. Биохимический анализ крови фактически был выполнен 80,2% пациентов, что ниже установленного Стандарта – частота предоставления в соответствии с которым – 1, то есть такое исследование должно выполняться в 100,0% случаев, каждому пациенту. Анализ минерального состава мочевых камней может быть выполнен только при наличии объекта исследования, что не всегда возможно. Вместе с тем, Стандартом установлено, что частота предоставления такого исследования должна составлять 0,78, то есть оно должно быть выполнено в 78,0% случаев для установления диагноза МКБ. Однако, в соответствии с нашими данными, оно выполняется на этом этапе только у 12,0% пациентов.

Наряду с лабораторными исследованиями важное значение при комплексной диагностике МКБ имеют инструментальные методы. В соответствии со Стандартом, на этапе диагностики заболевания пациентам, в том числе, должна быть выполнена КТ почек и надпочечников. Частота оказания этой медицинской услуги в соответствии со Стандартом – 0,15, кратность предоставления – 1. То есть это исследование должно быть выполнено на этом этапе не менее, чем 15,0% пациентов. Среди госпитализированных пациентов, диагноз МКБ которым был установлен на этапе предоставления ПМСП, 31,7% указали, что для диагностики заболевания им однократно выполнялась КТ, а еще 25,8% отметили, что это исследование выполнялось неоднократно. Таким образом, согласно полученным нами данным такое дорогостоящее исследование как КТ выполняется пациентам для установления диагноза даже чаще, чем установлено Стандартом [81].

Значимым инструментальным исследованием, применяемым для диагностики МКБ, является обзорная урография (рентгенография

мочевыделительной системы). В соответствии со Стандартом это исследование выполняется с частотой предоставления 0,75 (кратность применения – 1), то есть как минимум однократно оно должно быть выполнено 75,0% пациентам. Фактически обзорная урография на этапе ПМСП выполняется в 22,4% случаев.

Наряду с этим, такое исследование, как УЗИ почек, имеющее несомненно более высокую для пациентов доступность, проводится на этапе установления диагноза в недостаточном числе случаев. В соответствии со Стандартом [81], частота проведения этого исследования составляет 0,75, кратность выполнения – 1. То есть, оно должно быть проведено, как минимум, однократно у 75% пациентов. Полученные нами данные свидетельствуют, что это исследование было выполнено на этапе предоставления ПМСП только у 65,1% пациентов, в том числе в 33,1% случаев – однократно и в 32,0% случаев – неоднократно.

Следует отметить, что в соответствии со статьей 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [144] КМП обеспечивается, в том числе применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи. Выявленные факты не полного соответствия объемов лабораторных и диагностических исследований требованиям Стандарта свидетельствует о ненадлежащем КМП и ограничениях ее доступности.

Наряду с препятствиями в получении отдельных медицинских услуг, на этапе ПМСП пациенты, страдающие МКБ, также сталкиваются с ограничениями доступности медицинской помощи экономического характера (Таблица 4.1).

При получении ПМСП в поликлинике по месту жительства каждый пятый пациент (21,0%) был вынужден оплачивать те или иные медицинские услуги, которые им были рекомендованы лечащим врачом для диагностики или наблюдения МКБ. В 16,6% случаев пациенты, страдающие МКБ, указали, что оплачивали консультации врача-уролога, врача-нефролога и других специалистов, в том числе либо по причине отсутствия такого специалиста в МО, в которой они получают ПМСП, либо по причине слишком длительного срока ожидания такой консультации ввиду значительной очередности. Назначенные лабораторные

исследования пациенты, вопреки требованиям ПГГ, были вынуждены оплатить за счет собственных средств в 20,8% случаев, а инструментальные исследования (УЗИ, КТ почек и верхних мочевыводящих путей, урография) – в 22,0 % случаях.

Таблица 4.1 – Сведения о вынужденной оплате пациентами с МКБ медицинских услуг при получении ПМСП, в процентах

№	Наименование медицинской услуги (по назначению врача)	Вынужденная оплата за счет средств пациентов		Затруднились ответить
		Да	Нет	
1.	Консультации врачей-специалистов	16,6	68,0	15,4
2.	Диагностические исследования	22,0	62,6	15,4
3.	Лабораторные исследования	20,8	64,4	14,8
4.	В целом медицинские услуги в поликлинике	21,0	66,4	12,6

Ограничения доступности медицинской помощи, с которыми сталкиваются пациенты, страдающие МКБ при получении ПМСП, оказывают влияние на их удовлетворенность ее получением. Меньше половины всех пациентов (40,3%) отметили, что их ожидания от медицинской помощи в поликлинике оправдались, тогда как почти каждый пятый пациент (18,3%) отметил, что остался не удовлетворен, ожидания не оправдались, затруднились с ответом 41,4% пациентов.

Основные показатели удовлетворенности пациентов с МКБ медицинской помощью, оказанной им в поликлинике, оказались не на слишком высоком уровне (Таблица 4.2). В целом КМП удовлетворены 54,6 % опрошенных пациентов, в том числе полностью удовлетворен каждый пациент (20,0 %). Качеством проведенных диагностических процедур оказались удовлетворены 57,8%, из них полностью удовлетворены только 11,6%. Качеством лечения удовлетворены 56,5% пациентов, в том числе полностью удовлетворены 23,3 % из них.

Следует отметить, что субъективная оценка пациентами КМП не всегда отражает соблюдение необходимых требований выполнения лечебно-диагностических процедур в соответствии с установленными порядками и стандартами предоставления медицинской помощи, поскольку пациенты не наделены профессиональными знаниями по этим вопросам. Наиболее объективными с точки зрения пациента следует считать оценочные характеристики доступности медицинской помощи.

В соответствии с ТПГГ на 2024 год [150], одним из целевых показателей работы медицинских организаций является «удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи (процент от числа опрошенных)» – не менее 63,0%.

Таблица 4.2 – Сведения об удовлетворенности больных МКБ ПМСП, в процентах

№	Медицинские услуги / Удовлетворенность	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Затрудняюсь ответить
1.	КМП в целом	20,0	34,6	17,5	6,8	21,1
2.	Качество диагностики	11,6	46,2	21,5	8,2	12,5
3.	Качество (результаты) лечения	23,3	33,2	19,4	10,3	13,8
4.	Доступность медицинской помощи в целом	25,4	27,5	18,0	17,0	12,1
5.	Сроки ожидания диагностики	22,0	30,6	22,8	12,1	12,5
6.	Доступность консультаций врача-уролога	27,2	29,3	16,7	14,7	12,1

В соответствии с полученными данными, удовлетворенность пациентов с МКБ медицинской помощью в поликлинике не соответствует нормативам ТПГГ. В целом доступностью медицинской помощи в МО при получении ПМСП оказались

удовлетворены 52,9% пациентов, в том числе полностью удовлетворены только 25,4% пациентов и еще «скорее удовлетворены» 27,5% из них. При этом пациенты сдержанно оценили удовлетворенность сроками ожидания диагностических исследований, удовлетворенных ими оказалось только 52,6%, в том числе полностью удовлетворены только 22,0% пациентов, а также доступностью консультациями врачей-специалистов. Удовлетворены доступностью консультаций врача-уролога 56,5%, полностью только 27,2 %.

4.2. Организация маршрутизации пациентов с мочекаменной болезнью для получения специализированной медицинской помощи

Распределение пациентов по форме оказания медицинской помощи позволило подтвердить факт отсутствия в значительном числе случаев наблюдения на постоянной основе пациентов с МКБ в рамках оказания ПМСП. В большинстве (75,2%) случаев пациенты поступили в стационар в экстренной форме и диагноз заболевания в этих случаях был установлен им впервые в жизни. Только в 24,8% случаев госпитализация была плановой. Также это подтверждается и распределением путей поступления пациентов в стационар для получения специализированной медицинской помощи. При самостоятельном обращении пациентов в стационар в экстренной медицинской помощи нуждались 72,7% пациентов, тогда как в плановой только 27,3%. При направлении в стационар поликлиникой в оказании медицинской помощи в экстренной форме нуждался только каждый пятый пациент – 20,6%. Это подтверждает тот факт, что находящиеся под наблюдением поликлиники пациенты значимо реже оказываются в ситуации, требующей оказания экстренной медицинской помощи [100].

Наряду с этим, распределение случаев по порядку поступления пациентов в стационар подтверждает недостаточное обеспечение на этапе ПМСП проведения профилактических мероприятий, направленных на раннее выявление и ДН МКБ. Среди пациентов, наблюдавшихся ранее по поводу МКБ, в том числе своевременно проходящих необходимые лечебно-диагностические мероприятия, доля госпитализированных в экстренной форме составила только 34,9%, тогда как среди

пациентов с впервые диагностированным заболеванием МКБ доля лиц, госпитализированных в экстренной форме, составила 83,5% ($t = 3,8$, $p < 0,05$).

Необходимость экстренной госпитализации всегда сопряжена с рисками при оказании медицинской помощи: это развитие неуправляемых осложнений, препятствия в своевременном получении медицинской помощи, дефекты в ее организации, обусловленные незапланированным развитием ситуации. В этой связи к обеспечению доступности этой медицинской помощи, а также к ее предоставлению в соответствии с установленными нормативными документами порядками и условиями должно быть повышенное внимание [100].

Проведенный нами анализ подтвердил, что в отдельных случаях организация медицинской помощи не соответствовала предъявляемым требованиям. Оказание экстренной медицинской помощи требует незамедлительных действий медицинского персонала, что особенно значимо при МКБ, обострение которой (почечная колика) сопровождается болевым синдромом высокой степени. В соответствии с нормами Порядка оказания скорой, в том числе специализированной скорой медицинской помощи [75], болевой синдром является поводом для ее оказания работниками бригад скорой помощи. Вместе с тем, среди всех случаев экстренной госпитализации в 35,5% «скорая помощь» была вызвана к пациенту на дом, а еще в 22,3% случаях приступ МКБ застал пациента вне дома и «скорая помощь» была вызвана в общественное место – на улицу или на работу. Еще в 16,2% случаях ввиду ухудшения самочувствия пациенты вызывали на дом участкового врача-терапевта, который уже обеспечивал вызов «скорой помощи». Вместе с тем, в каждом четвертом случае экстренной госпитализации (25,9%), пациент добирался до стационара самостоятельно [100].

В соответствии с ТПГГ в Санкт-Петербурге на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов [149], а также согласно нормативам, установленным Порядком оказания скорой, в том числе специализированной медицинской помощи [75], время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. Это является значимым условием предоставления бесплатной

медицинской помощи, в том числе при МКБ. Вместе с тем, только в каждом третьем случае (33,5%) время доезда скорой медицинской помощи соответствовало установленным требованиям. Соответственно, в 66,5% случаев указанные сроки ожидания были превышены, в том числе в 39,7% оно составило «около 40 минут», а еще в 26,8% случаев – «около 1 часа».

Наряду с этим, в соответствии с приказом Минздрава РФ Об утверждении критериев оценки КМП [76], важнейшим критерием качества при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме является установление предварительного диагноза врачом приемного отделения в срок, не позднее 2 часов с момента поступления пациента в МО. Согласно полученным данным, каждый пятый пациент, экстренно госпитализированный в стационар по поводу МКБ (18,2 %), проводит в приемном отделении более 2-х часов.

Отдельно проведена оценка доступности плановой специализированной медицинской помощи для пациентов с МКБ. Организация оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме позволяет своевременно запланировать проведение всех подготовительных обследований, скорректировать маршрутизацию пациентов для их выполнения. В соответствии с ТППГ в Санкт-Петербурге на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов [149], сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи направления на госпитализацию. Наше исследование показало, что плановые мероприятия по организации медицинской помощи пациентам с МКБ на этапе предоставления ПМСП не в полной мере обеспечивают возможность получения плановой специализированной медицинской помощи своевременно. В установленные законодательством сроки госпитализируются с момента направления только 68,1% пациентов. В иных случаях сроки превышали установленные, в том числе от 2-х недель до 1 месяца ожидали госпитализации 18,5% пациентов, от 1 до 2-х месяцев – 11,7% пациентов, свыше 2-х месяцев ожидали лечения в стационаре 1,7% больных [100].

Основной причиной ограничения доступности медицинской помощи при плановой госпитализации пациенты указали препятствия при прохождении обследований перед госпитализацией в стационар. Каждый десятый больной (10,9%) отметил низкую доступность при получении этих медицинских услуг. Более половины пациентов (52,9%) указали, что доступность медицинской помощи средняя, и только 36,1% отметили, что доступность высокая. При этом пациентами указано на отдельные медицинские услуги, реализация выполнения которых на этапе обследования перед госпитализацией вызвала наибольшие затруднения (Рисунок 4.3).

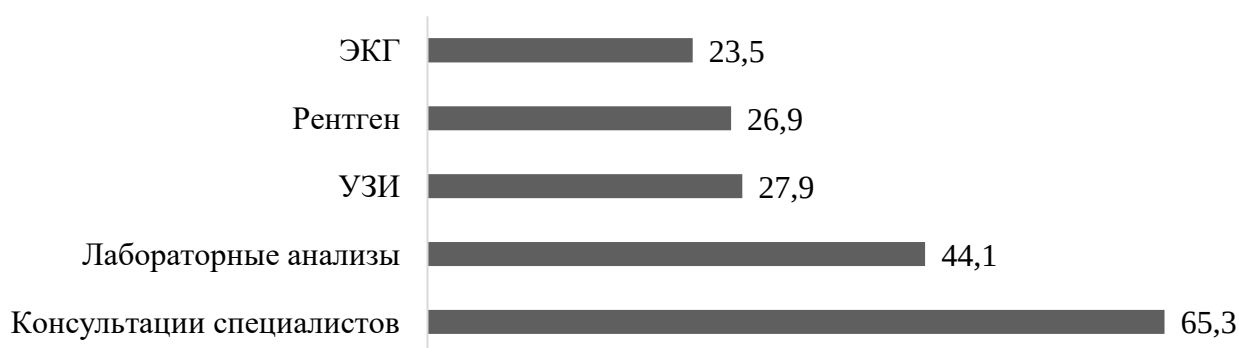


Рисунок 4.3 – Частота ответов пациентов об ограничениях доступности отдельных медицинских услуг перед плановой госпитализацией, на 100 опрошенных

Анализ причин ограничений доступности медицинской помощи для пациентов с МКБ при подготовке к плановой госпитализации показал недостаточное внимание к организации оказания пациентам этой группы профильной первичной медико-санитарной помощи. Наибольшие затруднения при прохождении обследования перед плановой госпитализацией пациенты испытывали в получении консультаций врача-уролога, врача-нефролога и др.

Частота ответов по этому вопросу составила 65,3 на 100 опрошенных. С частотой 44,1 на 100 опрошенных пациенты указали, что причиной ограничения доступности медицинской помощи перед плановой госпитализацией послужили длительные сроки ожидания лабораторных исследований, препятствия в их выполнении. В значительном числе случаев пациенты отметили ограничения

доступности, обусловленные отсутствием возможности своевременного выполнения отдельных инструментальных исследований: УЗИ почек – 27,9 на 100 опрошенных пациентов, рентгеновское исследование – 26,9 на 100 опрошенных пациентов, ЭКГ – 23,5 на 100 опрошенных пациентов.

Из числа пациентов с МКБ, получающих специализированную медицинскую помощь в условиях стационара в плановой форме, возможность выбора медицинской организации была предоставлена 68,9%. В каждом третьем случае (31,1%) право выбора стационара для госпитализации пациентам предоставлено не было, в том числе 8,4% пациентов получили отказ в выборе медицинской организации, а еще 22,7% пациентов не знали о возможности реализации права выбора, то есть в этих случаях дополнительное влияние оказывал фактор ограничения информационной доступности медицинской помощи.

4.3. Оказание пациентам с мочекаменной болезнью специализированной медицинской помощи

Согласно полученным нами данным, почти для половины всех пациентов с МКБ текущая госпитализация не являлась первой – 46,1% случаев, в том числе 26,5% из них указали, что ранее уже неоднократно получали специализированную помощь в условиях стационара по поводу МКБ. Более чем у половины пациентов (51,7%) ранее были ситуации, при которых им требовалась экстренная медицинская помощь, в том числе у 20,8% такие ситуации возникали неоднократно.

Пациенты с МКБ, поступающие в стационар в плановом порядке, несмотря на относительно стабильное состояние, согласно данным, содержащимся в первичной медицинской документации, испытывают проблемы со здоровьем. Наиболее часто предъявляемой жалобой является умеренная боль в поясничной области, которую пациенты испытывают постоянно. Такая жалоба выявляется с частотой 86,2 на 100 обследованных больных. Также пациенты указывают на периодическую лихорадку, сопровождающуюся ознобом. Это наблюдается с частотой 11,1 на 100 пациентов. Наряду с этим, больные жалуются на учащенное

мочеиспускание – 9,8 на 100 обследованных, периодически их беспокоит тошнота и рвота – частота этого симптома 6,9 на 100 больных, а также наблюдается макро и микрогематурия с частотой 10,3 и 3,5 на обследованных больных соответственно. Такая картина заболевания у пациентов, госпитализированных в плановой форме, подтверждает необходимость внимательного отношения пациентов к состоянию своего здоровья и обращения к врачу за профильной медицинской помощи в целях недопущения развития опасных ургентных ситуаций. Только в 13,7% случаях заболевание протекает бессимптомно.

Пациенты, поступившие в стационар в экстренной форме, испытывают более серьезные проблемы со здоровьем, о чем свидетельствует спектр предъявляемых ими жалоб. Во всех случаях (100,0%) такая госпитализация проходит на фоне развившийся почечной колики. Состояние сопровождается тошнотой и рвотой – частота этого симптома 61,9 на 100 пациентов, болью в поясничной области – 45,8 на 100 пациентов, учащенным мочеиспусканием – 42,4 на 100 пациентов. Диагностируется макро и микрогематурия с частотой 35,3 и 21,2 на 100 пациентов соответственно. Лихорадка сопровождает это состояние у каждого третьего больного – частота симптома 28,2 на 100 пациентов. В некоторых случаях положение камней в мочевых путях приводит к анурии – частота проявления 5,8 на 100 пациентов.

Частота выполнения лабораторных исследований пациентам, госпитализированным по поводу МКБ, представлена в Таблице 4.3.

Важно отметить, что частота выполнения лабораторных исследований высока не только у пациентов, госпитализированных экстренно, но и у больных направленных в стационар для плановой госпитализации, что подтверждает недостаточную полноту их обследования на этапе оказания ПМСП. Так, клинический анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови выполняется плановым пациентам с частотой 86,2, 96,2 и 82,7 на 100 пациентов соответственно. Высока и частота выполнения микробиологического исследования мочи с оценкой чувствительности к антибиотикам – 72,4 на 100 пациентов, которое также могло быть выполнено по назначению врача на амбулаторном этапе

подготовки к госпитализации. Наряду с этим, ввиду необходимости выполнения в большинстве случаев оперативного вмешательства, с частотой 79,3 на 100 пациентов им выполняется коагулограмма.

Таблица 4.3 – Частота выполнения пациентам с МКБ лабораторных исследований в стационаре, на 100 госпитализированных

Наименование лабораторного исследования	Тип госпитализации		Все
	Плановая	Экстренная	
Клинический анализ крови	86,2	100	95,0
Общий анализ мочи	96,2	100	94,2
Биохимический анализ крови	82,7	98,3	93,4
Коагулограмма	79,3	100	90,9
Микробиологическое исследование мочи с оценкой чувствительности к антибиотикам	72,4	78,3	76,0
Анализ минерального состава мочевых камней	3,5	2,9	3,3

Частота выполнения лабораторных исследований больным, госпитализированным экстренно, более высока, что объясняется отсутствием соответствующих лабораторных данных на момент поступления в стационар. В каждом случае такой госпитализации проводится клинический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма. Почти в каждом случае требуется биохимический анализ крови, частота его выполнения составляет 98,3 на 100 пациентов, что значимо выше, чем у плановых пациентов ($t = 3,2$, $p < 0,05$). Существенно выше, чем при плановой госпитализации ($t = 3,9$, $p < 0,05$), частота выполнения микробиологического исследования мочи с оценкой чувствительности к антибиотикам, оно составляет 78,3 на 100 пациентов. Несмотря на целесообразность исследования минерального состава мочевых камней, проведение которого в соответствии со Стандартом [81] является необходимым, частота выполнения этого анализа крайне невелика. Она составила у плановых и

экстренных пациентов только 3,5 и 2,9 на 100 госпитализированных соответственно ($t < 2$).

Визуализация наличия, количества и локализации мочевых камней при МКБ является одной из основных задач инструментальной диагностики при этом заболевании (Таблица 4.6). Скрининговым исследованием, позволяющим во многих случаях решить эту задачу, является УЗИ почек и мочевыводящих путей. Частота его выполнения при плановой госпитализации составляет 85,1 на 100 пациентов. В экстренных случаях это исследование выполняется значимо реже – 31,6 на 100 пациентов ($t = 3,7$, $p < 0,05$), что связано с предпочтением в пользу иных методик, позволяющих быстро визуализировать конкременты при их наличии и сформировать тактику оперативного лечения в возможно короткие сроки.

Таблица 4.4 – Частота выполнения пациентам с МКБ инструментальных исследований в стационаре, на 100 госпитализированных

Наименование лабораторного исследования	Тип госпитализации		Все
	Плановая	Экстренная	
УЗИ почек	85,1	31,6	56,3
Обзорная урография	87,5	28,2	55,4
Внутривенная урография	93,2	24,3	86,8
Ретроградная уретеропиелография	100	98,2	99,2
Антеградная пиелоуретерография	46,5	32,4	39,2
Спиральная компьютерная томография без контрастного усиления	78,5	84,6	80,9
Спиральная компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием	72,1	80,5	77,6
КТ-урография	70,0	78,8	76,4

Плановая госпитализация предусматривает тщательное обследование больного, в том числе перед запланированным оперативным лечением. В этой связи отдельные инструментальные исследования, требующие подготовки

пациента, проводятся больным, госпитализированным в плановом порядке, значительно чаще, чем пациентам, госпитализированным в экстренной форме (Таблица 4.4). Так, внутривенная урография выполняется плановым пациентам с частотой 93,2 на 100 пациентов, тогда как экстренным пациентам только с частотой 24,3 на 100 пациентов ($t = 4,7$, $p < 0,05$), обзорная урография выполняется плановым пациентам с частотой 87,5 на 100 больных, а экстренным пациентам – 28,2 на 100 больных ($t = 4,0$, $p < 0,05$) [98].

Напротив, исследования, выполнение которых не требуют специальной подготовки и позволяют быстро получить ответ на вопрос о локализации мочевых камней, экстренным пациентам выполняют с большей частотой: спиральная компьютерная томография у плановых пациентов – 78,5 на 100 больных, а у экстренных – 84,6 на 100 больных ($t = 3,4$, $p < 0,05$), спиральная КТ с внутривенным болюсным контрастированием выполняется плановым пациентам с частотой 72,1 на 100 больных, а экстренным пациентам – 80,5 на 100 больных ($t = 3,7$, $p < 0,05$), КТ-урография применяется для обследования плановых пациентов с частотой 70,0 на 100 больных, а для экстренных – 78,8 на 100 больных ($t = 4,4$, $p < 0,05$).

Дополнительно, как плановым, так и экстренным пациентам выполняются исследования, позволяющие визуализировать не только мочевые камни, их размер и локализацию, но и состояние мочевых путей в целом. Проводится ретроградная уретеропиелография во всех случаях для пациентов, госпитализированных в плановой форме, и почти во всех случаях для пациентов, госпитализированных экстренно, с частотой 98,2 на 100 больных для пациентов ($t < 2$). При наличии стомы дополнительно может выполняться антеградная пиелоуретерография, с частотой 46,5 на 100 больных, госпитализированных планово, и с частотой 32,4 на 100 больных, госпитализированных экстренно ($t = 4,0$, $p < 0,05$) [98].

Следует отметить, что применение различных диагностических методик позволяет установить, что в 61,9% случаев мочевые камни у пациентов имеют рентгеноконтрастные характеристики, в 22,4% случаев они оказались слаборентгеноконтрастными, а в 15,7% случаев камни нерентгеноконтрастными.

Оперативное лечение пациентам с МКБ при оказании специализированной помощи выполняется в 90,9 % случаев.

Следует указать, что значительная потребность пациентов в хирургическом лечении, сопровождающимся анестезиологическим пособием, является значимым фактором, отражающимся на их здоровье, что особенно значимо у пациентов, имеющих сопутствующие заболевания [67]. Несмотря на относительно молодой средний возраст больных, госпитализированных по поводу МКБ, в значительном количестве случаев при госпитализации, помимо профильной медицинской помощи, они нуждались в коррекции сопутствующих патологий (Рисунок 4.4).

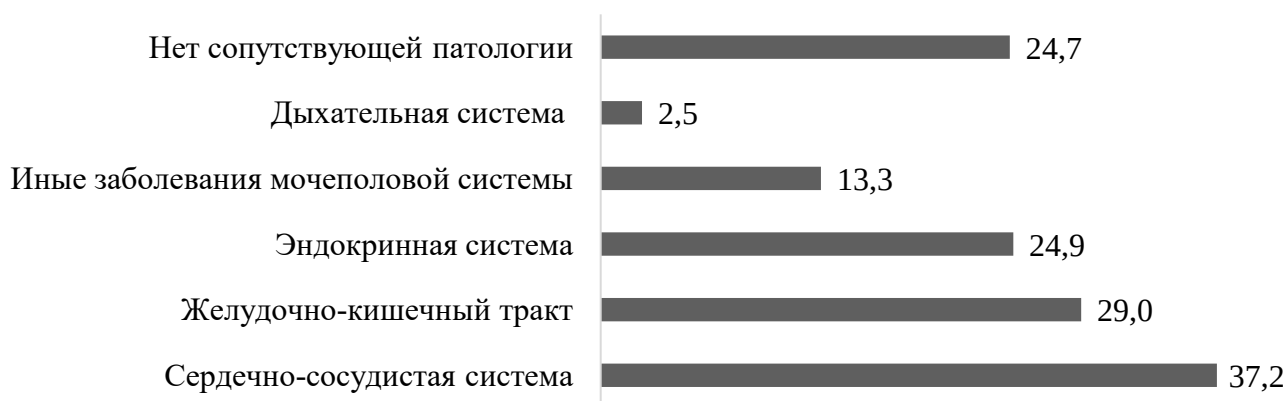


Рисунок 4.4 – Частота сопутствующей патологии у лиц, госпитализированных по поводу МКБ в стационар, частота на 100 пациентов

Только у каждого четвертого пациента, получившего специализированную медицинскую помощь по поводу МКБ, это состояние не сопровождалось какой-либо сопутствующей патологией (24,7 на 100 госпитализированных больных). В иных случаях больные имели те или иные сопутствующие заболевания или их сочетания, осложнявшие течение МКБ. Так, с частотой 37,2 на 100 больных у них были выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы, с частотой 29,0 на 100 пациентов – заболевания желудочно-кишечного тракта. Та или иная патология эндокринной системы была установлена с частотой 24,9 на 100 пациентов. Кроме того, с частотой 13,3 на 100 больных у них были диагностированы помимо МКБ иные заболевания мочеполовой системы.

Наличие сопутствующих заболеваний на фоне показанного оперативного лечения во многих случаях требовало консультаций профильных специалистов. Наибольшая потребность в консультациях врача-терапевта возникала у пациентов, госпитализированных в экстренном порядке и ранее не обследованных, она составила 93,4 на 100 госпитализированных. Пациенты, госпитализированные в плановой форме, получали такие консультации с меньшей частотой – 22,1 на 100 госпитализированных ($t=4,2$, $p<0,05$). Консультации врача-эндокринолога экстренные пациенты, напротив, получали с меньшей частотой – только 3,9 на 100 госпитализированных, тогда как плановые пациенты – с частотой 7,6 на 100 госпитализированных.

Необходимость проведения при госпитализации дополнительного обследования пациентов с МКБ, в том числе выполнение лабораторных и диагностических исследований, консультаций врачей-специалистов, не выполненных заблаговременно на этапе ПМСП, существенно увеличивает сроки пребывания пациентов в стационаре и, соответственно, потребление ими ресурсоемкой специализированной медицинской помощи. Средний срок ожидания оперативного лечения пациентами, поступившими в стационар в плановом порядке, составил $2,9 \pm 0,7$ дней, тогда как для экстренных пациентов только $1,2 \pm 0,5$ дней ($t = 4,2$, $p < 0,05$).

При оперативном лечении пациентов с МКБ активно используются различные современные методики, а также их сочетания: контактная уретролитотрипсия с литоэкстракцией – 57,1 на 100 оперированных пациентов; перкутанная нефролитотрипсия с литоэкстракцией — 11,6 на 100 оперированных; лапароскопическая уретеролитотомия – 1,7 на 100 оперированных, пиелолитотомия – 0,8 на 100 оперированных. Достаточно часто, также применяются вспомогательные оперативные пособия и иные виды оперативных вмешательств.

Наряду с оперативным лечением при оказании пациентам с МКБ специализированной медицинской помощи активно используются дополняющие их консервативные методы лечения (Таблица 4.4).

Таблица 4.5 – Частота применения методик консервативного лечения пациентов с МКБ при оказании специализированной медицинской помощи, на 100 госпитализированных

Методика	Тип госпитализации		Все
	Плановая	Экстренная	
Антибактериальная терапия	96,7	100,0	97,5
Медикаментозная литокинетическая терапия	43,3	62,6	58,7
Дренирование мочевых путей	9,6	22,9	19,8
Пероральный хемолиз (литолиз)	-	1,2	0,8
Иные методики	6,7	8,7	7,9

Практически во всех случаях при госпитализации пациенты с МКБ получают антибактериальную терапию. Это применяется во всех случаях экстренной госпитализации и с частотой 96,7 на 100 пациентов при плановой госпитализации ($t < 2$). В значительном числе случаев для самопроизвольного выведения конкрементов верхних мочевых путей используется медикаментозная литокинетическая терапия. Эта методика по назначению лечащего врача применяется с частотой 43,3 на 100 пациентов при плановой госпитализации и с частотой 62,6 на 100 пациентов при экстренной госпитализации ($t = 4,4$, $p < 0,05$). Достаточно активно, как вспомогательная методика при оперативном лечении МКБ, применяется дренирование мочевых путей. Частота при экстренной госпитализации составляет 22,9 на 100 пациентов, а при плановой госпитализации – 9,6 на 100 пациентов ($t = 4,0$, $p < 0,05$). С незначительной частотой у пациентов, поступивших в экстренном порядке, в период госпитализации проводится пероральный хемолиз (литолиз). Достоверных различий в сроках проведенных пациентами койко-дней при плановой и экстренной госпитализации установлено не было ($t < 2$), в среднем они составили $5,7 \pm 1,0$ койко-дней.

По результатам госпитализации, в том числе проведенного оперативного лечения, практически во всех случаях были достигнуты положительные

результаты. В 93,4% случаев достигнуто восстановление оттока мочи из почки, устранен воспалительный процесс в верхних мочевых путях, в 87,6% случаях достигнуто купирование болевого синдрома. Наряду с этим, признаки системного воспаления были сняты у 61,9% пациентов, а отсутствие воспаления верхних мочевых путей – в 56,2% случаев. В целом же в 95,1% случаев пациенты, получившие специализированную медицинскую помощь по поводу МКБ, были выписаны с улучшением, при этом отсутствие риска развития осложнений после перенесенного лечения было отмечено у 38,1% пациентов.

Вместе с тем, следует обратить внимание, что по заключению лечащего врача стационара почти в каждом пятом случае (19,0%) у пациентов сохранялся высокий риск рецидива развития МКБ, в том числе после проведенного оперативного лечения. В этой связи чрезвычайно важным для пациентов является дальнейшее соблюдение охранного режима и полученных рекомендаций, которое должно проводиться под ДН на этапе предоставления ПМСП.

В ряде случаев пациенты получали рекомендации по дальнейшему обследованию с использованием лабораторных и инструментальных методик. По итогам госпитализации всем пациентам было рекомендовано дальнейшее динамическое наблюдение врача-уролога, а в ряде случаев – иных специалистов, а также некоторые рекомендации по соблюдению лечебно-охранительного режима.

4.4. Аспекты информационной доступности медицинской помощи для пациентов с мочекаменной болезнью

Анализ информационной доступности медицинской помощи был проведен на основе опроса пациентов, диагноз МКБ которым был установлен до наступления настоящей госпитализации (Глава 2).

Оказалось, что крайне низкая доля пациентов считают, что они достаточно высоко информированы о своем заболевании – 13,7% среди опрошенных указали на это (Рисунок 4.5). Большинство пациентов, 48,9%, отметили свой уровень информированности об МКБ как «средний». Однако, наряду с этим, почти каждый

четвертый пациент (24,8%) указал, что уровень этой осведомленности низкий. Еще 12,6% опрошенных затруднились ответить.

Важно отметить, что высокий, по мнению пациентов, их уровень информированности об МКБ, не подтверждается при детальном анализе их осведомленности о факторах риска развития МКБ, профилактике и методах контроля здоровья. Достоверных различий частоты ответов о причинах образования камней в почках среди пациентов, оценивших уровень своей информированности об МКБ как высокий, средний или низкий нами получено не было ($t < 2$) [49].

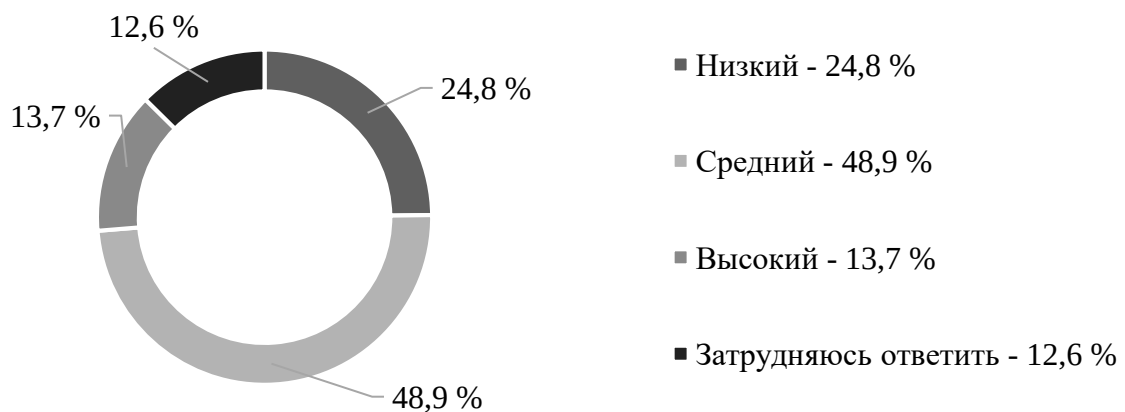


Рисунок 4.5 – Распределение ответов пациентов с МКБ об уровне информированности о заболевании, в процентах

Наиболее частой причиной развития МКБ пациенты считают нарушение обмена веществ – 73,7 на 100 опрошенных пациентов указали на это. С частотой 21,6 на 100 опрошенных среди таких причин пациенты отметили причины генетической предрасположенности, наличия заболевания у близких родственников. С незначительной частотой среди причин пациентами были указаны: перенесенные инфекционные заболевания, а также прием лекарственных средств определенных групп – частота ответов составила по 6,5 на 100 опрошенных по каждой из этих причин. Также с частотой 6,1 на 100 опрошенных пациенты указали, что «камни в почках образуются без всяких причин». Иные причины пациенты отметили с частотой 13,2 на 100 опрошенных [49].

Важным компонентом контроля предупреждения усугубления камнеобразования в почках является соблюдение принципов диеты, исключающей употребление продуктов, способствующих камнеобразованию, в том числе в зависимости от ранее полученных данных о химическом составе камней.

Несмотря на проведение на этапе установления диагноза МКБ исследования химического состава камней только у 12,0% пациентов, согласно данным их опроса осведомлены об их составе 18,3% больных, что свидетельствует о проведении этого исследования (в нарушение требований Стандарта [81]) во многих случаях не на этапе установления диагноза, а на последующих этапах лечения. Наряду с этим, полученные данные еще раз подтверждают недостаточный охват больных этим исследованием и/или о недостаточное их информирование о его результатах [49].

Наряду с информацией о химическом составе камней, значимость в предотвращении рецидивов заболевания имеет уровень кислотности мочи, который должен быть подвержен постоянному контролю в рамках ДН в соответствии с требованиями Стандарта, установленного Минздравом РФ [81], в соответствии с которым это исследование выполняется в рамках общего (клинического) анализа мочи.

Согласно полученным нами данным, доля пациентов, осведомленных о необходимости контроля уровня кислотности мочи оказалась крайне невелика. Только 15,1% из них отметили, что знают об этом и делают это по рекомендации врача на постоянной основе. Еще 19,8% опрошенных пациентов указали, что они осведомлены о необходимости контроля этого показателя, однако, пренебрегают этими рекомендациями ввиду того, что не придают им значимость. Однако большинство пациентов с ранее установленным диагнозом МКБ, 65,1%, отметили, что информация о целесообразности проведения контроля уровня кислотности мочи в профилактических целях им не известна [49].

Большинство пациентов, 68,7% отметили, что они знают о необходимости соблюдения диеты для предотвращения камнеобразования в почках и, соответственно, 31,3% указали, что такой информацией не располагают. Вместе с тем, из числа тех, кто утвердительно ответил на этот вопрос, только 23,5% уверенно

сообщили, «точно знают о правилах соблюдения диеты». Остальные 76,5% выбрали вариант «ограничения в диете понимаю примерно».

Отсутствие достаточной информированности пациентов о необходимости соблюдения диеты и ее конкретных ограничениях формируют сложности в реализации этого метода профилактики МКБ. Более половины опрошенных пациентов, 60,4%, отметили, что испытывают сложности с соблюдением рекомендованной лечащим врачом диеты, в том числе 12,6% отметили, что «сложности испытывают всегда», каждый третий, 29,1%, указал, что такие затруднения испытывает «часто», 18,7% – указали, что «периодически» [49].

Наряду с соблюдением диеты, существенно снижает риск дальнейшего развития заболевания и его обострений обильное питье, что рекомендовано многими специалистами в области лечения и профилактики МКБ [1, 7, 20, 31, 53]. Проведенный нами опрос показал, что пациентами уделяется недостаточно внимания соблюдению этих рекомендаций. Каждый третий опрошенный пациент, 31,6%, отметил, что ему неизвестно о необходимости соблюдения водного режима и только 68,4% указали, что получали такую рекомендацию. Однако, из числа проинформированных об этом, 32,4% отметили, что не предают этому значения и пьют обычное количество жидкости, несмотря на установленный диагноз МКБ.

Отсутствие четких представлений о причинах развития МКБ, данных о химическом составе камней, а также о необходимости соблюдения диеты и водного режима, не всегда отражается на субъективном восприятии пациентами уровня их информированности. Большинство опрошенных больных утверждают, что они знают о своих факторах риска при МКБ – так указали 66,2% пациентов. Наряду с этим, 33,8% отметили, что такие сведения им неизвестны, при этом 15,1% из них указали, что их не информировал об этом лечащий врач.

Согласно полученным при опросе данным, обеспокоены состоянием своего здоровья большинство пациентов – 89,9% из них указали на это, причем более половины опрошенных, 53,2%, отметили, что степень их беспокойства очень сильна.

На фоне выявленных недостатков в информированности пациентов в отношении факторов риска развития, профилактики и лечения МКБ, они отмечают, что испытывают потребность в расширении своих знаний по этим вопросам, в том числе в получении сведений в доступной для них форме, с применением схематического, графического контента, а также видеоряда, ориентированного на пациентов. При этом анализ возможных источников информации, которыми могли бы воспользоваться пациенты, показал, что наиболее предпочтительным из них остаются разъяснения, предоставляемые больному лечащим врачом, более половины пациентов, 50,7%, указали на это. Также пациенты хотели бы иметь доступ к тематическим видеороликам – 42,1% опрошенных и печатным материалам, с информацией, изложенной в доступной для пациентов форме – 33,1% опрошенных. Наличие значительной части пациентов, отдающих предпочтение информационно-разъяснительным материалам, с которыми они могут ознакомиться самостоятельно (печатные материалы, видеоролики), обусловлено относительно молодым возрастом больных МКБ, их активной социальной занятостью. Только 0,7% больных готовы повышать свою информированность путем посещения «Школы пациента с МКБ» в МО.

Таким образом, проведенный анализ медико-организационных аспектов оказания помощи пациентам с МКБ при получении ими ПМСП и специализированной медицинской помощи, а также при их маршрутизации, выявил ряд дефектов организации и преемственности, а также несоблюдение требований к качеству и доступности медицинской помощи на всех ее этапах. Прежде всего, это выражается на этапе ПМСП в недостаточных мерах по организации ДН пациентов у профильных специалистов, полноте их обследования для своевременного установления диагноза МКБ, а также в отлаженной маршрутизации на последующие этапы. Отсутствие преемственности медицинской помощи выражается в дублировании значимого числа обследований при плановых госпитализациях, что существенно увеличивает их сроки и повышает потребление ресурсоемкой специализированной медицинской помощи. Кроме того, после проведенного оперативного лечения пациенты, несмотря на

получение адресной рекомендации о необходимости ДН не могут ее реализовать ввиду ограничений доступности медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, что, таким образом не обеспечивает снижение риска рецидива заболевания. Указанные недостатки сопровождаются ограничениями информационной доступности медицинской помощи, что подтверждается их ограниченной осведомленностью о факторах, способствующих формированию и развитию заболевания, о методах его лечения и профилактики.

Выявленные дефекты требуют принятия мер, направленных на создание пациентоцентричной модели организации медицинской помощи при МКБ, позволяющей в полной мере обеспечить доступность, качество и преемственность ее оказания на всех этапах, высокую информированность пациентов об эффективном взаимодействии с системой здравоохранения, что будет способствовать повышению их удовлетворенности.

4.5. Анализ мнения врачей-урологов об организации медицинской помощи при мочекаменной болезни

В целях поиска путей совершенствования медицинской помощи при МКБ, сформированных на основе пациентоцентричных подходов к ее оказанию, в соответствии с разработанной методикой (Глава 2) были опрошены врачи-урологи.

В целях получения всестороннего взгляда на проблемы предоставления медицинской помощи пациентам с МКБ, проведен анализ профессионального мнения по этому вопросу как врачей поликлиник Санкт-Петербурга (48,6%), так и стационаров (51,5%). По результатам опроса врачей, МКБ является распространенным заболеванием в их практике, что позволяет сформировать достаточно объективные суждения о проблемах оказания медицинской помощи пациентам этой группы. Врачи, занятые в оказании ПМСП, указали, что в такие пациенты составляют около трети в структуре всех обращающихся к ним больных, а специалисты, занятые в предоставлении специализированной медицинской помощи, отметили, что доля таких пациентов составляет не менее 60% в общем объеме курируемых ими пациентов.

В целом врачами-урологами дана достаточно высокая оценка оказания медицинской помощи пациентам с МКБ, причем достоверных различий в оценках специалистов, работающих в амбулаторном и стационарном звеньях, установлено не было (Рисунок 4.8). В 39,3% случаях оказание медицинской помощи оценивается специалистами как отличное, а еще в 38,3% случаях – как хорошее. Наряду с этим 15,9% опрошенных врачей указали «удовлетворительно», 2,8% – «плохо» и 0,9% – «очень плохо», затруднились с ответом 2,8% врачей-урологов.

Наиболее низкие оценки были выставлены этапу предоставления ПМСП. При этом с наибольшей частотой опрошенные врачи возлагают ответственность за недостаточную эффективность проводимого лечения на пациентов. С частотой 89,4 на 100 отмечено, что основной причиной является несвоевременное прохождение пациентами профилактических мероприятий, а с частотой 52,0 на 100 опрошенных – несоблюдение рекомендаций лечащего врача, что приводит к обострению заболевания, а также развитию его осложнений [104].

Вместе с тем, опрошенные врачи осознают, что отсутствие у пациентов должной приверженности к прохождению профилактических мероприятий сопряжено с недостаточной активностью МО к их привлечению к оказанию этой медицинской помощи: отсутствие активности МО в проведении ДН пациентов с МКБ опрошенные специалисты подтвердили с частотой 38,7 на 100 опрошенных.

Врачами-урологами отмечено, что обеспеченность МО первичной звена врачами-урологами крайне неудовлетворительная, что приводит к ограничениям в возможностях получения пациентами консультации соответствующего специалиста – 45,9 на 100 опрошенных. При этом подготовка врачей иных специальностей является недостаточной для оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам с МКБ – 25,0 на 100 опрошенных.

Недостаточное материально-техническое оснащение МО медицинским оборудованием для обследования пациентов с МКБ опрошенные врачи отметили с частотой 39,6 на 100 опрошенных. Это приводит к длительным срокам ожидания диагностических исследований – 44,5 на 100 опрошенных врачей. Также это

приводит к тому, что на уровне оказания ПМСП пациентам не назначается необходимое обследование – 17,8 на 100 опрошенных врачей отметили это [104].

Отдельно при опросе врачей ими было обращено внимание, что ограничения доступности медицинской помощи на амбулаторном этапе приводят к длительному обследованию пациентов, несвоевременной постановке диагноза, что, как следствие, увеличивает сроки ожидания плановой госпитализации даже при наличии показаний. В рамках опроса врачами-урологами был уточнен перечень диагностических мероприятий, доступность которых не обеспечивается на уровне ПМСП (Рисунок 4.6).

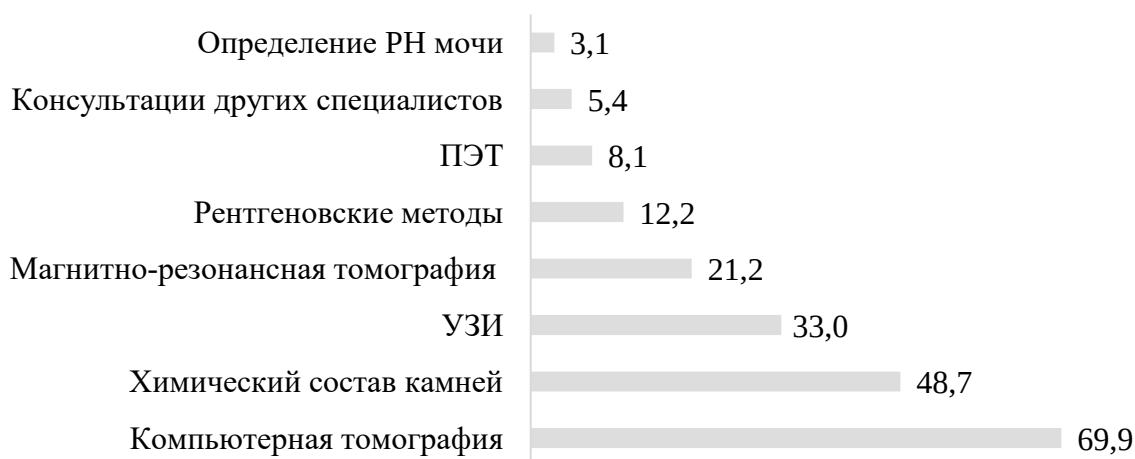


Рисунок 4.6 – Частота ответов врачей-урологов об ограничениях доступности методик обследования пациентов на этапе ПМСП, на 100 опрошенных

Наиболее «дефицитным» для пациентов с МКБ на этапе ПМСП опрошенные врачи указали лучевые исследования. Это рентгеновская КТ, частота таких ответов составила 69,9 на 100 опрошенных специалистов, УЗИ – 33,0 на 100 опрошенных, МРТ – 21,2 на 100 опрошенных, ПЭТ – 8,1 на 100 опрошенных, а также иные рентгеновские методы диагностики – частота ответов 12,2 на опрошенных.

Наряду с этим, значимым исследованием при МКБ, по мнению участвующих в опросе, является определение химического состава камней, которое выполняется на этапе предшествующей госпитализации – 48,7 на 100 опрошенных специалистов отметили это исследование в качестве дефицитного.

С незначительной частотой опрошенные врачи также указали на необходимость получения пациентами консультаций врачей иных специальностей – 5,4 на 100 опрошенных, определение РН мочи – 3,1 на 100 опрошенных.

Помимо ограничений доступности диагностических исследований, при опросе врачи указали и лечебные мероприятия, препятствия в получении которых испытывают курируемые ими пациенты (Рисунок 4.7).

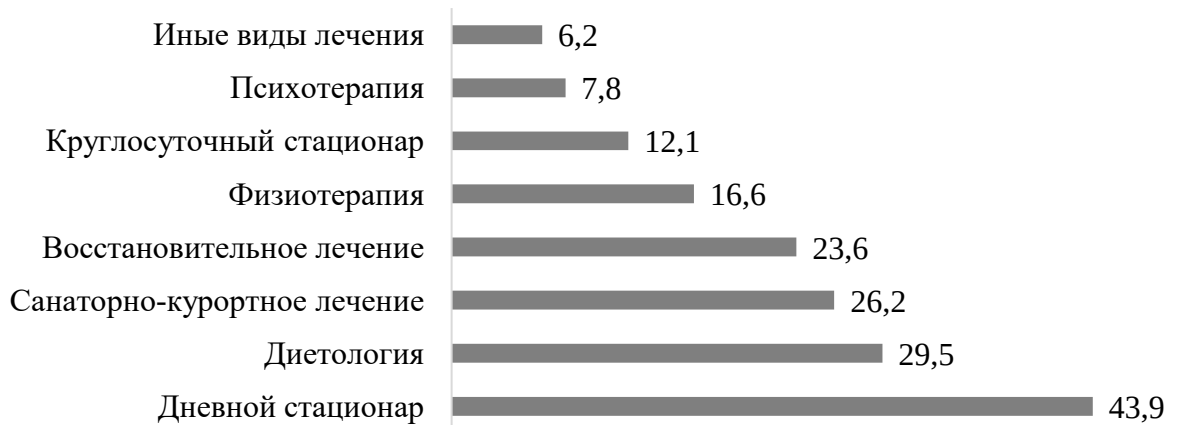


Рисунок 4.7 – Частота ответов врачей-урологов об ограничениях доступности отдельных видов лечения для пациентов с МКБ, на 100 опрошенных

Наибольшую потребность пациенты с МКБ испытывают в оказании медицинской помощи в ДС, который в значительном числе случаев может заменить круглосуточный стационар и при этом является эффективной стационарзамещающей технологией, по указанному вопросу высказались врачи с частотой 43,9 на 100 опрошенных. Планомерное применение диетотерапии как необходимая методика лечения МКБ указана врачами-урологами с частотой 29,5 на 100 опрошенных специалистов. Значительна частота ответов врачей-урологов о дефиците санаторно-курортного восстановительного лечения для пациентов с МКБ – 26,2 и 23,6 на 100 опрошенных соответственно. Также в качестве дефицитных методик врачами-специалистами было отмечено физиотерапевтическое лечение пациентов – с частотой 16,6 на 100 опрошенных на это указали врачи-специалисты.

Наряду с длительными сроками ожидания плановой госпитализации, опрошенные врачи отметили, что специализированной медицинской помощью, предоставляемой в стационаре круглосуточного пребывания, больные в полной

мере не обеспечены. Частота ответов по этому вопросу составила 12,1 на 100 опрошенных. Среди иных дефицитных методик опрошенными врачами были отмечены психотерапевтические методики – 7,8 на 100 опрошенных врачей [104].

С частотой 42,2 на 100 опрошенных врачи отметили необходимость разработки и распространения подробных информационно-разъяснительных материалов для пациентов, а также развитие «Школ больных МКБ» – частота ответов составила 28,9 на 100 опрошенных. Наряду с этим опрошенными врачами отмечена необходимость создания «Реестра больных МКБ», который содержал бы информацию о результатах их диагностики и лечения и был бы доступен для использования профильными специалистами на всех этапах оказания пациентам медицинской помощи, частота ответов по этому вопросу составила 29,5 на 100 опрошенных.

С учетом отмеченной значимости для пациентов с МКБ профилактических программ, отдельно проведена оценка мнения врачей-урологов об оптимальной организации ДН (Рисунок 4.8). Абсолютное большинство опрошенных (93,5%) считают, что ДН должно проводиться при обязательном участии врача-уролога. При этом только 52,3% указали, что данный специалист должен единолично выполнять эту функцию. Более трети опрошенных (37,4%) считают, что ДН должно проводиться совместно врачами-терапевтами (ВОП) и врачами-урологами, 3,8% опрошенных указали субъектами ДН совместно врачей-хирургов и врачей-урологов. Интересно отметить, что 6,5% опрошенных врачей указали, что ДН при МКБ может быть в полном объеме обеспечено врачами-терапевтами (ВОП), а вот врачи-хирурги, как самостоятельные субъекты ДН ни в одном случае обозначены не были [104].

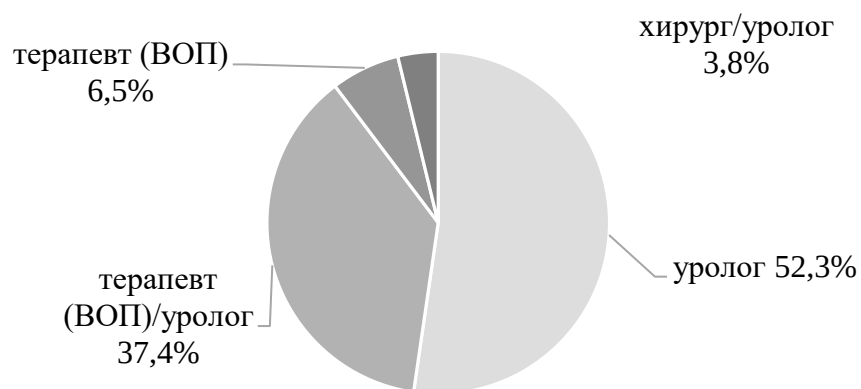


Рисунок 4.8 – Мнение опрошенных врачей-урологов о специальности врача, для организации ДН при МКБ, в процентах

Интересно отметить, что уверенность опрошенных врачей в возможности ведения пациентов с МКБ не только врачом-урологом, но и иными специалистами, сформирована на фоне неудовлетворительной оценки развития профилактических программ в МО в настоящее время. Только 13,2% специалистов указали, что современные подходы к метафилактике МКБ применяются на высоком уровне, еще 45,8% опрошенных отметили, что уровень метафилактики средний. А 22,4% опрошенных указали на низкий (5,2% крайне низкий) уровень.

Для совершенствования метафилактики, по мнению опрошенных, необходимым является обучение врачей-урологов – 59,5 на 100 опрошенных, а также врачей первичного звена здравоохранения иных специальностей – 57,4 на 100 опрошенных. Помимо этого, с частотой 32,8 на 100 опрошенных врачи указали на необходимость периодического консультирования пациентов при ДН у специалиста по метафилактике – 32,8 на 100 опрошенных.

По мнению опрошенных врачей, необходимо на постоянной основе проводить информационно-разъяснительную работу с пациентами (56,2 на 100 опрошенных), а в целях повышения уровня контроля применения соответствующих методик, включить метафилактику как самостоятельный раздел порядков и стандартов оказания медицинской помощи (35,7 на 100 опрошенных врачей). В части совершенствования организации медицинской помощи при МКБ опрошенные врачи обратили внимание на необходимость внесения изменений, направленных на ее оптимизацию, в нормативно-методические документы (58,6%).

Глава 5

Медико-организационные основы оптимальной модели оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни

В целях совершенствования медико-организационных подходов к раннему выявлению, активному динамическому наблюдению и своевременному, в том числе превентивному, оказанию медицинской помощи при МКБ на всех ее этапах, был разработан и апробирован комплекс мероприятий, оценка внедрения которых позволила сформировать предложения, позволяющие разрешить задачи научного поиска настоящего исследования.

Предложенные подходы были реализованы в рамках организационного эксперимента, проведенного при взаимодействии одной из МО, занятой в предоставлении специализированной медицинской помощи пациентам интересующего нас профиля, а также отобранных для этих целей МО, предоставляющих ПМСП больным МКБ.

5.1. Подходы к совершенствованию раннего выявления мочекаменной болезни

Как уже было проанализировано в нашем исследовании (Глава 3), задача раннего выявления МКБ, как и иных ХНИЗ, может быть реализована в рамках профилактических осмотров, в том числе диспансеризации. При этом отсутствие специфического скрининга, позволяющего выявить МКБ, не является основанием исключения этой позиции, поскольку заподозрить МКБ возможно в рамках первого (общий анализ мочи) или второго этапа диспансеризации (консультации врачей-специалистов по показаниям). Также при наличии у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра или диспансеризации медицинских показаний к проведению дополнительного обследования в целях выявления МКБ (осмотры врачами-специалистами, УЗИ, спиральная КТ, в том числе с контрастированием, исследование суточной мочи, креатинина, мочевой кислоты, ионизированного кальция в крови), оно назначается и выполняется в соответствии

с положениями порядков оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, с учетом стандартов медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций.

Однако, в соответствии с полученными данными (Глава 4), среди лиц, проходящих профилактические осмотры и диспансеризацию, доля случаев выявленной МКБ составляет не более 1-3%. Следует отметить, что наряду с профилактическими осмотрами, МКБ может быть также заподозрена при любом ином обращении пациента в МО, при наличии жалоб или результатов диагностических исследований, выполненных по поводу иных заболеваний.

Организационный эксперимент, проведенный в рамках настоящего исследования, включал реализацию следующих подходов к раннему выявлению МКБ у взрослого населения при обращении в МО:

- анкетирование пациентов в целях выявления «малых анамнестических признаков МКБ» при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а для пациентов старших возрастных групп – при любых иных обращениях в МО;
- расширенное клинико-диагностическое обследование пациентов в случае выявления «малых анамнестических признаков МКБ»;
- постановка всех пациентов с выявленной МКБ на ДН для последующего своевременного оказания им медицинской помощи.

Анкетирование для выявления «малых анамнестических признаков МКБ» (Приложение Л) проводилось в рамках основного анкетирования пациентов всех возрастных групп, при профилактических осмотрах, в том числе в рамках первого этапа диспансеризации взрослого населения в порядке, установленном Минздравом РФ [83]. Кроме того, с учетом установленных тенденций по недостаточно активному выявлению МКБ у пациентов старших возрастных групп (Глава 3), анкетирование было предложено всем пациентам в возрасте 65-ти лет и старше при плановом посещении врача любой специальности в МО, предоставляющей ПМСП [106].

Перечень вопросов для дополнительного анкетирования пациентов (Приложение Л) был разработан на основе данных литературы, посвященной ранней диагностике МКБ [32, 36, 41, 125, 132, 135], а также с учетом анализа наиболее часто встречающихся жалоб пациентов, длительное время страдающих указанным заболеванием, поступивших на плановое лечение в стационар (Глава 4).

Результаты анкетирования подвергались анализу с учетом специально разработанных оценочных характеристик: наличие не менее трех положительных ответов на вопросы анкеты; и/или наличие утвердительного ответа по поводу МКБ в анамнезе. В случае выявления «малых анамнестических признаков МКБ» пациенты направлялись на дальнейшее скрининговое исследование – УЗИ почек, а при наличии МКБ – на консультацию врача-уролога и дальнейшее углубленное обследование (спиральная КТ, специфические анализы мочи и др.).

Оценка предложенных подходов по раннему выявлению МКБ позволила установить, что из 328 пациентов, прошедших дополнительное анкетирование в рамках профилактического осмотра, в том числе диспансеризации, «малые анамнестические признаки МКБ» имелись у 18,2% пациентов в возрасте 18 лет и старше, при этом у 15,5% из них ранее диагноз или подозрение на МКБ не устанавливался. Среди лиц, принявших участие в анкетировании, более трети (109 чел., 33,2 %) – это пациенты возрастной группы 65 лет и старше. Наряду с этим, анкетирование для выявления «малых анамнестических признаков МКБ» в соответствии с положениями организационного эксперимента было проведено среди еще 87 пациентов старшей возрастной группы, посетивших МО по различным поводам (за исключением профилактических осмотров) (Глава 2). Доля заподозренных случаев МКБ среди всех лиц 65 лет и старше оказалась более высокой, чем в целом среди пациентов всех возрастных групп, и составила 27,7% ($t = 3,5$, $p < 0,05$), при этом впервые указанное заболевание было заподозрено в 22,5% случаях. Пациентам с установленными «малыми анамнестическими признаками МКБ» в медицинской организации, предоставляющей ПМСП, было выполнено скрининговое УЗИ почек в 87,8% случаев (остальные случаи – отказ в проведении исследования или его выполнение в иной МО) [106].

Скрининговое УЗИ почек позволило в целом выявить МКБ у 10,4% пациентов, из числа принявших участие в анкетировании. Среди пациентов возрастной группы 65 лет и старше этот показатель оказался существенно выше – 19,4% ($t = 3,7$, $p < 0,05$).

В отдельных случаях (20,0% от числа подозрений по итогам УЗИ) для подтверждения диагноза потребовалось проведение дополнительных исследований (спиральная КТ, биохимические исследования суточной мочи для уточнения вида камнеобразования, комплексная диагностика для уточнения деятельности паращитовидных желез и другие).

По результатам проведенных поэтапно диагностических исследований в соответствии с предложенным активным подходом выявления МКБ, диагноз был в целом в группе впервые установлен в 8,6% случаев, что существенно выше ($t = 3,0$, $p < 0,05$) среднестатистического показателя, составляющего 1-3% (Глава 3). При этом в группе лиц 65 лет и старше впервые установленный диагноз МКБ был зафиксирован в 16,5% случаев, что значительно превышает этот показатель в более младших возрастных группах ($t = 3,0$, $p < 0,05$).

Полученные данные, свидетельствующие о доказанной возможности выявления МКБ при предложенных активных подходах, в том числе среди группы лиц 65 лет и старше, позволили сформировать предложения по маршрутизации пациентов для раннего выявления МКБ при оказании им ПМСП (Рисунок 5.1).

Видится, что охват всех пациентов, получающих ПМСП, ежегодными профилактическими медицинскими осмотрами, включающими предложенные подходы к раннему выявлению МКБ, позволит планомерно исключить необходимость дополнительного обследования с этой целью пациентов возрастной группы 65 лет и старше, поскольку все необходимые диагностические исследования для этих целей будут ежегодно выполняться в рамках соответствующих профилактических мероприятий. Предложенные подходы к маршрутизации позволили сформировать предложения по дополнению Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения [83].



Рисунок 5.1 Маршрутизация пациентов для раннего выявления МКБ

Целесообразным является включить в указанный порядок положения о дополнительном анкетировании пациентов для выявления «малых анамнестических признаков МКБ», а также расширить перечень диагностических исследований в рамках профилактических осмотров для лиц старше 65 лет обязательным проведением скринингового УЗИ почек, что может быть отражено следующими соответствующими позициями в указанном нормативном правовом документе:

«В целях раннего выявления МКБ как распространенного хронического неинфекционного заболевания:

- анкетирование пациентов при профилактических осмотрах, в том числе диспансеризации, проводится с учетом выявления «малых анамнестических признаков МКБ» (первый этап диспансеризации, перечень вопросов анкеты – прилагается);

- для раннего выявления МКБ пациентам проводится УЗИ почек (второй этап диспансеризации) – всем лицам при наличии МКБ в анамнезе, всем лицам 65 лет и

старше, а также иным лицам в случаях выявления не менее 3-х «малых анамнестических признаков МКБ» по итогам первого этапа диспансеризации».

Пациенты с выявленными по результатам профилактических мероприятий случаями МКБ должны быть в установленном порядке направлены к профильному специалисту для эффективного динамического ДН, в том числе в целях создания дальнейших основ оказания им адресной и преемственной медицинской помощи.

5.2. Совершенствование подходов к организации диспансерного наблюдения, адресности и преемственности оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни

На предыдущих этапах исследования были выявлены основные причины неудовлетворительной организации оказания медицинской помощи пациентам с ранее установленным диагнозом МКБ, к которым следует отнести:

- недостаточный охват пациентов с установленным диагнозом МКБ ДН;
- несоблюдение стандартов и клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи, прежде всего, в рамках ДН, ограничения ее полноты и доступности;
- низкая приверженность пациентов, страдающих МКБ, к профилактическим осмотрам на фоне недостаточной их информированности о причинах развития заболевания и его осложнений (при уже установленном диагнозе), методах его лечения и профилактики, в том числе проводимой на основе метафилактических подходов.

Недостаточный охват профилактическими осмотрами пациентов с МКБ (не более 32,6% по Санкт-Петербургу (Глава 3), напрямую сопряжен с ограничениями доступности профильной медицинской помощи. По данным исследований [16, 87, 109, 113, 122, 161], отмечается низкая обеспеченность МО первичного звена здравоохранения врачами-урологами. Это также подтверждается результатами проведенного нами опроса врачей-специалистов (Глава 4), согласно которому обеспеченность МО, предоставляющих ПМСП, врачами-урологами является крайне неудовлетворительной, что приводит к ограничениям в возможностях

получения пациентами соответствующих медицинских услуг (45,9 на 100 опрошенных врачей-урологов указали на это). Также пациенты испытывают препятствия в получении медицинской помощи врача-уролога в КДЦ различных уровней и в АКО стационаров, поскольку динамическое ДН пациентов не является задачей этих подразделений МО [51, 90, 126, 132, 160, 213, 219].

Неудовлетворительная обеспеченность МО, предоставляющих ПМСП, врачами-урологами приводит к вынужденному длительному ожиданию пациентами необходимой медицинской помощи или к ее получению в иных МО на возмездной основе. В соответствии с полученными данными (Глава 4), в 16,6% случаев пациенты оплачивают консультации врача-уролога за счет собственных средств, удовлетворены доступностью консультаций врача-уролога не более 27,2% пациентов поликлиник. Кроме того, это приводит к тому, что пациенты с МКБ, в значительной части случаев обращаются за помощью к врачам иных специальностей, прежде всего, к врачу-терапевту (63,2% случаев, Глава 4).

Вместе с тем, именно врач-уролог в соответствии с утвержденными Минздравом РФ нормативами, в частности «Стандартом медицинской помощи взрослым при МКБ» [81], а также Клиническими рекомендациями «Мочекаменная болезнь» [45], является профильным специалистом в этой области. Консультация врача-уролога является обязательной при установлении МКБ. Наряду с этим, врач-уролог должен осуществлять ДН пациентов.

Ведущую позицию врача-уролога при ДН пациентов с МКБ подчеркнули и опрошенные в ходе нашего исследования врачи (Глава 4): 93,5% из них указали, что ДН должно проводиться при обязательном участии врача-уролога. При этом специалисты также отметили, что ДН больных этой группы может быть объектом совместного внимания врача-уролога и врача-терапевта, врача-хирурга.

С учетом изложенных обстоятельств, а также принимая во внимание позицию профильных специалистов, в рамках организационного эксперимента был предложен и реализован «Порядок организации ДН пациентов с МКБ на основе мультидисциплинарного подхода» (Приложение М).

Предложенный порядок предусматривает организацию проактивного ДН пациентов с МКБ на основе мультидисциплинарного подхода и метафилактики МКБ, а также их адресную маршрутизацию на всех этапах оказания медицинской помощи в целях обеспечения ее преемственности.

При реализации «Порядка организации ДН пациентов с МКБ на основе мультидисциплинарного подхода» были учтены следующие позиции: формирование реестра пациентов с МКБ, организация мультидисциплинарного ДН, организация маршрутизации пациентов с МКБ в рамках ДН, информирование пациентов на основе метафилактических подходов.

5.2.1. Формирование реестра пациентов с мочекаменной болезнью

Одним из основных компонентов предложенного порядка стала организация ведения реестра пациентов с МКБ в МО, предоставляющей ПМСП. Для формирования реестра был разработан состав предоставления данных о пациентах с МКБ (Приложение Н), в соответствии с которым аккумулировались данные о пациентах в электронном виде и на бумажных носителях.

В реестр включались сведения о следующих группах пациентов с МКБ:

- пациенты с МКБ, ранее состоящие на ДН в поликлинике;
- пациенты с МКБ, поставленные на ДН, заболевание которых было выявлено в ходе профилактических осмотров и диспансеризации на основе разработанных подходов к раннему выявлению МКБ (Раздел 5.1 настоящей главы);
- пациенты с МКБ, выписанные из стационара, диагноз которым был установлен впервые на этапе оказания специализированной медицинской помощи.

Для обеспечения ведения реестра пациентов с МКБ в каждой МО, участвующей в организационном эксперименте, были определены ответственные.

Отдельной задачей при формировании реестра стало поддержание его актуальности для использования содержащихся в нем данных для индивидуального планирования предоставляемой пациентам медицинской помощи, а также проактивного информирования о необходимости посещения МО с лечебно-диагностической и/или профилактической целью.

Для решения этой задачи обеспечивались: корректировка списков пациентов с МКБ, своевременное исключение из них сведений о пациентах, выбывших из зоны обслуживания медицинской организации, предоставляющей ПМСП; выявление и включение в реестр сведений о всех пациентах с МКБ, ранее состоящих под ДН, не посещавших МО, предоставляющую ПМСП в течение последнего года; выявление и включение в реестр сведений о пациентах с МКБ, получающих ПМСП в медицинской организации, выписанных из стационара с впервые в жизни установленным диагнозом.

В целях соблюдения норм законодательства в сфере здравоохранения [144], пациентам с выявленным диагнозом МКБ предлагалось дать информированное добровольное согласие на передачу сведений о состоянии их здоровья и применяемом лечении заболевания между МО – участниками организационного эксперимента. Указанное согласие было подтверждено 86,6% пациентов, что обеспечило достаточно высокий их охват указанными мероприятиями. Сведения о пациентах вносились в реестр со стороны МО, предоставляющей ПМСП, а в случаях оказания специализированной помощи – дополнялись и/или вносились со стороны стационара.

Состав сведений, включаемых в реестр о каждом пациенте, формировался в ходе предоставления медицинской помощи:

- общие сведения о пациенте (фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, контактные телефоны);
- сведения о диагнозе (основной, сопутствующий, осложнения);
- сведения об истории диагноза (дата установления, изменения, обострений);
- сведения о плане ДН и сроках его реализации с указанием конкретных лечебно-диагностических мероприятий и отчетах об их выполнении;
- сведения об оказанной специализированной медицинской помощи (даты госпитализаций, проведенное оперативное лечение, медикаментозная терапия, рекомендации);

- сведения о планируемой специализированной медицинской помощи (сроки госпитализации, ее цель, рекомендации по клинико-диагностическим услугам, выполняемым для догоспитального обследования, сроках их проведения);

- сведения о назначенной лекарственной терапии (наименование лекарственных препаратов, их дозировки, частота, кратность и период применения);

- информация о конкретизированных метафилактических рекомендациях, адресованных пациенту;

- информация о результатах проактивного информирования пациента о необходимости прохождения профилактического осмотра, лечебно-диагностических мероприятий.

В целях дальнейшего эффективного использования предложенных подходов перспективным направлением является включение указанного реестра в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения.

5.2.2 Организация мультидисциплинарного диспансерного наблюдения

В соответствии с требованиями законодательства в сфере здравоохранения РФ, а именно Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению [74], ДН лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями возложено на МО, предоставляющую ПМСП.

Следует подчеркнуть, что Порядком проведения ДН за взрослыми [82], МКБ не является объектом ДН МО, предоставляющей ПМСП. Вместе с тем, для реализации поставленных задач по организации ДН пациентов этой группы нами были использованы организационные принципы, установленные указанным нормативным документом – обеспечение ДН пациентов врачом-терапевтом-участковым и/или профильным врачом-специалистом.

Наряду с этим, при разработке оптимальных подходов к организации ДН нами были приняты во внимание положения Клинических рекомендаций «Мочекаменная болезнь» [45] в соответствии с которыми пациенты с МКБ, особенно с высоким риском рецидива, должны постоянно находиться под

динамическим врачебным контролем. Также были учтены данные, полученные по итогам опроса врачей (Глава 4) о возможности совместного интереса в отношении пациентов с МКБ врачей-урологов и врачей-терапевтов (37,4 % опрошенных подтвердили это).

Следует отметить, что при формировании направлений совершенствования организации ДН при МКБ следует учитывать, что в сложившихся реалиях доступность для пациентов консультации профильного специалиста (врача-уролога) в рамках ПМСП ограничена (Глава 4), при этом МКБ является заболеванием, сопровождающимся во многих случаях потребностью в хирургических вмешательствах, выполняемых в условиях стационара.

Основываясь на указанных положениях, в рамках организационного эксперимента был реализован мультидисциплинарный подход к ДН пациентов с МКБ при совместном участии врача-уролога и врача-терапевта-участкового МО, предоставляющей ПМСП (Рисунок 5.2).

В целях наиболее полного охвата пациентов с МКБ необходимой медицинской помощью в рамках ДН, а также преодоления ограничений доступности медицинской помощи при соблюдении требований к должному уровню ее качества, в медицинской организации, предоставляющей ПМСП, были выделены группы пациентов, для которых применены различные подходы к маршрутизации в рамках ДН:

Группа «А»: пациенты с ранее установленным диагнозом МКБ, состоящие под ДН в медицинской организации, предоставляющей ПМСП; пациенты с МКБ, заболевание которых было выявлено в медицинской организации, предоставляющей ПМСП, в ходе профилактических осмотров и диспансеризации в порядке разработанного подхода к раннему выявлению МКБ (часть 5.1 настоящей главы).

Группа «Б»: пациенты с МКБ, выписанные из стационара, диагноз которым был установлен впервые на этапе оказания специализированной медицинской помощи; пациенты с МКБ, выписанные из стационара, диагноз которым был

установлен на этапе, предшествующем оказанию специализированной медицинской помощи.



Рисунок 5.2 Схема ежегодного динамического наблюдения пациентов с МКБ в амбулаторных условиях

В соответствии с Клиническими рекомендациями «Мочекаменная болезнь» [45], пациенты, относящиеся к высокой группе риска рецидива МКБ должны состоять под ДН в течение всей жизни. Пациенты с МКБ, перенесшие оперативное вмешательство в анамнезе, без наличия резидуальных фрагментов, и не относящиеся к группе высокого риска рецидива, в соответствии с рекомендациями должны находиться под ДН врача-уролога в течение 5 лет. При этом целесообразно проводить контроль эффективности диетических интервенций, положенных в основу метафилактики МКБ, а также медикаментозной терапии, не реже 1 раза в 6 месяцев, то есть указанная кратность должна быть положена в основу определения частоты посещения врача с профилактической целью.

С учетом положений Клинических рекомендаций, а также предложенных принципов мультидисциплинарного подхода, осуществление ДН пациентов группы «А» производилось в зависимости от клинической картины заболевания.

Все пациенты, включенные в группу «А» ежегодно однократно консультировались врачом-урологом МО, предоставляющей ПМСП для формирования плана ДН, в том числе обследования, лечения, получения метафилактических рекомендаций. Повторная консультация в течение года пациентов, в том числе для контроля клинико-диагностических данных, осуществлялась врачом-терапевтом-участковым. То есть, ДН проводилось совместно врачом-урологом и врачом-терапевтом-участковым. Повторная консультация врача-уролога в течение года требовалась только при клинически значимых изменениях в здоровье пациента, либо по рекомендации врача-уролога, либо врача-терапевта-участкового.

Организация ДН пациентов, включенных в группу «Б», была основана на установленном в рамках организационного эксперимента взаимодействии МО, предоставляющих ПМСП, и МО, предоставляющих пациентам специализированную медицинскую помощь (стационар). Пациенты, выписанные из стационара с впервые в жизни установленным диагнозом МКБ, направлялись для контроля состояния здоровья и дальнейшего ДН к врачу-терапевту-участковому МО, предоставляющей ПМСП. При этом план ДН, в том числе обследования, лечения и метафилактические рекомендации формировались для таких пациентов врачом-урологом стационара при выписке, а контроль их исполнения реализовывался врачом-терапевтом-участковым.

В случае отсутствия клинических показаний, установленных по итогам профилактических осмотров в рамках ДН, дополнительная консультация врача-уролога пациентам указанной группы в течение ближайшего года не требовалась. Дальнейшая организация ДН пациентов этой группы осуществлялась аналогично группе «А»: профилактический осмотр в рамках ДН врачом-урологом и дальнейший контроль выполнения плана ДН и рекомендаций врачом-терапевтом-участковым медицинской организации, предоставляющей ПМСП. Единолично

врачом-урологом МО, предоставляющей ПМСП, осуществлялось ДН пациентов, включенных как в группу «А», так и в группу «Б» (с учетом рекомендаций врача-уролога стационара), при установлении высокого риска.

Отнесение пациентов к группе высокого риска осуществлялось в соответствии с критериями, установленными Клиническими рекомендациями: пациенты с ранним началом МКБ в детском и подростковом возрасте, семейным анамнезом заболевания, рецидивным уrolитиазом, двумя и более мочевыми камнями, единственной почкой, хронической болезнью почек, с верифицированными камнями, содержащими брушит, мочекислыми и инфекционными камнями, имеющие заболевания, связанные с камнеобразованием (гиперпаратиреоз, метаболический синдром, повышенный уровень витамина Д, минеральное нарушение костной ткани, саркоидоз, нефрокальциноз, поликистозная болезнь почек, желудочно-кишечные заболевания, повреждения спинного мозга, нейрогенный мочевой пузырь), генетически обусловленным камнеобразованием (цистинурия, муковисцедоз и др.), анатомическими аномалиями, связанными с образованием камней, а также пациенты, подверженные воздействию экологических и профессиональных факторов (хроническое воздействие свинца, кадмия и др.).

Таким образом, предложенные подходы позволили реализовать мультидисциплинарный подход организации ДН пациентов с МКБ, на основе преемственности оказания им медицинской помощи, а также учитывая наличие у пациента высокого риска рецидива.

5.2.3 Организация маршрутизации пациентов с мочекаменной болезнью в рамках диспансерного наблюдения

Основной задачей предложенной и реализованной нами маршрутизации пациентов с МКБ также стало обеспечение преемственности медицинской помощи, оказываемой пациентам, ее адресности и доступности.

Сведения о пациентах группы «А», с установленным ранее диагнозом МКБ и состоящих под ДН в поликлинике, а также о пациентах с впервые выявленным

диагнозом МКБ по результатам профилактических осмотров и диспансеризации аккумулировались ответственным лицом медицинской организации, предоставляющей ПМСП, для формирования реестра. Пациенты указанной группы уведомлялись о необходимости посещения врача-уролога поликлиники в целях профилактического осмотра в рамках ДН в соответствии с графиком, разработанным ответственным лицом медицинской организации, предоставляющей ПМСП. При формировании графика учитывались сроки последнего визита пациента к врачу по этому поводу:

- для пациентов с впервые установленным диагнозом – посещение врача-уролога в целях постановки на ДН планировалось в течение 3 рабочих дней от даты установления диагноза (с учетом Порядка диспансерного наблюдения [82];

- для пациентов, с ранее установленным диагнозом МКБ, посещение врача-уролога планировалось не позднее, чем в течение 6 месяцев с даты последнего посещения пациентом медицинской организации по поводу МКБ.

Проактивное уведомление пациентов группы «А» о необходимости посетить врача-уролога в целях профилактического осмотра в рамках ДН производилось ответственным лицом МО путем проведения с ним переговоров по телефону. При этом производилась единовременная запись пациента на прием к врачу на конкретные дату и время (не позднее установленных маршрутизацией сроков), для чего в расписании врача-уролога были выделены временные слоты для приема пациентов с МКБ, состоящих под ДН. При предварительной записи пациента учитывались нормативные сроки ожидания медицинской помощи, установленные ППГ – 14 календарных дней.

По результатам посещения врача-уролога поликлиники с целью профилактического осмотра, выполненного в рамках ДН, формировался план ДН пациента – необходимые лечебно-диагностические мероприятия, а также индивидуальные рекомендации по метафилактике МКБ. Указанная информация передавалась ответственному лицу МО для отражения в реестре и осуществлении контроля реализации назначенных клинико-диагностических процедур.

В случаях, при которых в соответствии с установленной маршрутизацией дальнейшее ДН осуществляется врачом-терапевтом-участковым, сведения о плане ДН пациента передавались врачу-терапевту-участковому. При этом аналогично проактивной записи к врачу-урологу осуществлялась предварительная запись пациентов для профилактического осмотра в рамках ДН к врачу-терапевту-участковому (информирование пациента по телефону о необходимости осмотра и реализация предварительной записи на прием к врачу).

Маршрутизация пациентов группы «Б» производилась с учетом организованного взаимодействия поликлиники и стационара. План ДН пациента в этих случаях (впервые установленный диагноз МКБ в рамках оказания специализированной медицинской помощи) формировался врачом-урологом медицинской организации, предоставляющей специализированную медицинскую помощь (стационар). Информирование пациентов о плане дальнейшего ДН осуществлялось путем предоставления соответствующих разъяснений врачом-урологом стационара, а также путем внесения данных об этом в предлагаемую пациенту «Тетрадь пациента. Мочекаменная болезнь» (Приложение П).

При этом сведения, необходимые для включения данных о пациенте в реестр и осуществления контроля полноты проводимых в рамках ДН лечебно-диагностических мероприятий, передавались стационаром в поликлинику по выделенным защищенным каналам связи медико-информационных систем, а также на бумажных носителях – ответственному лицу поликлиники; передача данных реализовывалась в течение 5-ти рабочих дней.

Проведение профилактического осмотра в течение года в соответствии с предложенными принципами мультидисциплинарного подхода пациентов этой группы, а также организация необходимых лечебно-диагностических процедур в дальнейшем осуществлялось врачом-терапевтом-участковым в соответствии с вышеизложенными проактивными принципами информирования пациента о необходимости их прохождения. По показаниям пациенты направлялись на повторную консультацию врача-уролога МО, предоставляющей ПМСП, для уточнения и корректировки плана ДН.

Указанные принципы маршрутизации были также применены к пациентам группы «А» и группы «Б», отнесенным к группе высокого риска, однако, все профилактические осмотры в рамках ДН таких пациентов в дальнейшем обеспечивались врачом-урологом поликлиники. Для реализации отдельных рекомендаций врача-уролога, в частности по проведению диагностических исследований (УЗИ экспертного уровня, спиральная КТ), с учетом организованного взаимодействия МО первичного и специализированного звена, использовалась материально-техническая база стационара.

5.2.4 Информирование пациентов на основе метафилактических подходов

Информирование пациентов с МКБ о развитии и возможных осложнениях заболевания, а также о подходах к профилактике рецидива МКБ, проводилось на основе метафилактических подходов, то есть с учетом патогенетических принципов третичной профилактики, направленной на предотвращение развития болезни, в том числе рецидивов после удаления камней.

Основная форма информирования пациентов о метафилактических основах третичной профилактики МКБ – это предоставление разъяснений пациенту лечащим врачом, производимое, в том числе, на основе полученных врачами-специалистами знаний о современных принципах метафилактики МКБ в рамках разработанной нами программы обучения «Выявление, основы диагностики и лечения МКБ у взрослого населения» (раздел 5.3 настоящей главы).

Наряду с этим, в целях доведения до пациентов актуальной информации, а также обеспечения возможности адресного самоконтроля состояния здоровья по заданным параметрам, в рамках настоящего исследования были разработаны информационно-разъяснительные материалы – «Тетрадь пациента: Мочекаменная болезнь» (Приложение П). «Тетрадь пациента: Мочекаменная болезнь» была реализована в качестве универсального информационно-аналитического ассистента, содержащего для пациента контент, позволяющий получить сведения о причинах образования камней, основных проявлениях МКБ, типах камней, основных методиках диагностики и лечения, а также сведения о факторах риска

камнеобразования. Важнейший компонент материалов – это алгоритмы профилактики и метафилактики МКБ, в том числе разъяснения для пациента по вопросам оценки метаболического статуса, принципов и контроля эффективности диетотерапии, позволяющих сдерживать рецидивы болезни.

Помимо информационно-разъяснительных материалов, в «Тетрадь пациента: МКБ» включался раздел для внесения сведений о запланированных пациенту клиничко-диагностических мероприятиях, сроках и кратности их выполнения. Указанная информация – памятка для пациента, позволяющая ему производить самоконтроль своевременности выполненных процедур, что способствовало повышению формирования приверженности к своевременному участию в профилактических мероприятиях, а также формированию доверительных отношений партнерства врач-пациент.

Значимый раздел «Тетради пациента: Мочекаменная болезнь» – это рекомендации для пациента по соблюдению диеты, применимые с учетом различных типов камней, что может быть эффективно использовано для предотвращения уролитиаза при наличии соответствующих назначений лечащего врача. Для самоконтроля соблюдения полученных пациентом диетических интервенций в указанные информационно-разъяснительные материалы включен «Дневник питания пациента с МКБ», результаты которого рекомендовано предъявлять лечащему врачу (врач-уролог, врач-терапевт-участковый) при визите с профилактической целью в рамках ДН.

Индивидуальное информирование пациентов с МКБ об основах метафилактики заболевания в рамках организационного эксперимента дополнялось системой мер публичного информирования. На официальных сайтах МО, участвующих в организационном эксперименте, размещалась информация об основных положениях взаимодействия МО по этому вопросу, а также полезная информация для пациентов: факторы риска развития МКБ; основные направления диагностики, консервативного и оперативного лечения МКБ; порядок получения пациентом информации в рамках проактивного информирования; порядок записи

на прием к врачу и на диагностические исследования, сроки ожидания медицинской помощи; порядок плановой госпитализации пациентов.

Важнейшим направлением публичного информирования на сайте МО стало размещение информационно-разъяснительных материалов по вопросам метафилактики МКБ.

5.2.5 Оценка результатов организационного эксперимента

Оценка результатов организационного эксперимента производилась путем анализа распределения потока пациентов, сложившегося вследствие применения предложенных принципов, а также путем оценки достижения его целей путем мониторинга показателей доступности, качества и преемственности оказанной пациентам медицинской помощи.

При формировании реестра всего были включены сведения о 308 пациентах с МКБ (Глава 2), при этом в 53,6 % случаях (группа «А»), сведения о пациентах были внесены со стороны МО, предоставляющей ПМСП (в том числе 21,1 % – пациенты, у которых МКБ выявлено по результатам профилактических осмотров и диспансеризации и 32,2 % – пациенты, ранее состоящие на ДН по поводу МКБ). Среди пациентов, включенных в группу «А», 5,5 % составили пациенты группы высокого риска. В 46,4 % случаях (группа «Б») сведения о пациентах вносились со стороны МО, предоставляющей специализированную медицинскую помощь (стационар), в том числе среди таких пациентов 3,2 % – это пациенты, отнесенные к группе риска.

В соответствии с установленными задачами организационного эксперимента, основным контрольным показателем его результативности следует считать охват больных, страдающих МКБ, ДН.

В соответствии с Порядком проведения ДН за взрослыми [82], охват ДН лиц с ХНИЗ должен составлять не менее 70%, а лиц старше трудоспособного возраста – не менее 90%.

В соответствии с данными, полученными на предыдущих этапах исследования (Глава 3), в целом по Санкт-Петербургу удельный вес пациентов с

МКБ, состоящих под ДН, из общего числа всех больных, зарегистрированных по поводу этого заболевания, составил 32,6%, в том числе среди лиц старше 65 лет – 32,9%. При этом было подтверждено, что активность взятия на ДН наиболее высока на начальном этапе после установления диагноза – среди лиц, впервые взятых на ДН в текущем году охват составил 42,9%, однако, это также существенно ниже установленного норматива.

Наряду с этим, опрос больных, страдающих МКБ (Глава 4), показал, что ежегодно проходят профилактические осмотры 35,6% из них.

Оценка итогов предложенного нами взаимодействия МО на фоне проактивного информирования пациентов с МКБ, позволила повысить значение указанных показателей (Рисунок 5.3) и достичь охвата их ДН в объеме 89,4%, что существенно выше исходно установленных данных ($t = 4,0$; $p < 0,05$), в том числе по пациентам старше 65 лет – 93,4% ($t = 4,0$; $p < 0,05$). Следует отметить, что при использовании предложенных подходов охват ДН пациентов с впервые выявленным заболеванием оказался несколько выше, чем среди больных, длительное время имеющих диагноз МКБ, однако, статистически значимых различий полученных значений не установлено: 91,4% и 88,2% соответственно ($t < 2$).



Рисунок 5.3 — Охват больных с МКБ ДН по данным различных источников, в процентах

Как уже было указано, консультация и последующее соблюдение рекомендаций врача-уролога имеют ведущее значение для пациентов с МКБ. Оценка этого показателя после внедрения предложенных подходов показала существенный рост его значения, что свидетельствует об адресности оказания медицинской помощи при МКБ.

Согласно полученным на предыдущих этапах исследования данным (Глава 4), только 17,6% пациентов с МКБ регулярно посещают врача-уролога. С учетом предложенной нами маршрутизации, в целом консультация врача-уролога была обеспечена среди пациентов, взятых на ДН в 84,6% случаях, что существенно выше полученного ранее значения ($t = 4,0$; $p < 0,05$). Следует отметить, что охват пациентов консультированием указанным профильным специалистом варьировался среди пациентов, включенных в отдельные группы по типу их маршрутизации (Таблица 5.1).

Среди пациентов, отнесенных к группе «А», в течение года получили первичную консультацию врача-уролога и соответствующие рекомендации 80,1 % больных. Остальная часть пациентов для профилактического осмотра в рамках ДН в МО, предоставляющую им ПМСП по месту жительства, не обращалась, в том числе по причине лечения в медицинских организациях негосударственных форм собственности на коммерческой основе.

Таблица 5.1 Охват пациентов консультированием врачами-специалистами при диспансерном наблюдении в зависимости от маршрутизации, в процентах

Тип маршрутизации / врач-специалист	Врач-уролог		Врач-терапевт-участковый
	Первичная консультация	Повторная консультация	
Группа А	80,1	12,0	62,7
Группа Б	100,0*	24,4	72,4
Группа высокого риска	92,3	47,2	10,1
Все пациенты	84,6	16,4	66,2

* пациенты, получившие по поводу МКБ специализированную медицинскую помощь по профилю «урология»

По показаниям в 62,7% случаях в рамках ДН пациентам с МКБ потребовалось повторное посещение врача. В соответствии с установленной маршрутизацией для этих целей пациенты были направлены к врачу-терапевту. Наряду с этим, в 12,0% случаях состояние здоровья пациентов потребовало повторного консультирования

врачом-урологом для корректировки плана лечебно-профилактических мероприятий в рамках ДН.

Рекомендации врача-уролога для пациентов, включенных в группу «Б», формировались по итогам оказания специализированной медицинской помощи по профилю «урология», врачом стационара, таким образом, все пациенты этой группы были охвачены консультированием врача этой специальности. Повторный визит в течение года в рамках ДН, в соответствии с установленной маршрутизацией был выполнен пациентами группы «Б» к врачу-терапевту, такая консультация потребовалась в 72,4% случаях. Кроме того, с учетом проведенного оперативного вмешательства по поводу МКБ, такие пациенты значительно в большем числе случаев нуждались в повторной консультации врача-уролога – 24,4% случаев (медицинская помощь была оказана в поликлинике).

Среди пациентов, отнесенных к группе высокого риска, профильным консультированием врача-уролога были охвачены 84,6% пациентов, при этом повторная, в том числе в ряде случаев неоднократная, консультация этого специалиста потребовалась 47,2% больным, взятым на ДН и отнесенным к этой группе. Дополнительно по поводу МКБ в 10,1% случаях пациенты указанной группы получили консультацию врача-терапевта-участкового.

Следует отметить, что в соответствии с полученными назначениями в рамках ДН пациенты получали консультации в целях корректировки плана лечебно-профилактических мероприятий и у врачей иных специальностей. Однако, следует отметить, что при реализации предложенных подходов к организации ДН потребность в консультациях по отдельным врачебным специальностям существенно снизилась. Если в соответствии с данными предыдущих этапов исследования (Глава 4), таким больным с частотой 16,2 на 100 пациентов была необходима консультация врача-нефролога, то в новых условиях направление к этому специалисту выдавалось только с частотой 11,2 на 100 пациентов ($t = 3,2$; $p < 0,05$).

Согласно исходным данным консультирование врачом-гастроэнтерологом требовалось с частотой 11,4 на 100 опрошенных пациентов, а после реализации

подходов организационного эксперимента – с частотой 7,5 на 100 пациентов ($t = 2,9$; $p < 0,05$).

Следует отметить, что с учетом значимости гормонального дисбаланса и состояния эндокринной системы в этиологии уролитиаза, а также принимая во внимание реализацию метафилактических подходов при диспансерном наблюдении пациентов, частота адресного консультирования пациентов врачом-эндокринологом возросла. Если ранее с частотой только 19,7 на 100 опрошенных пациенты указывали, что обращаются к врачу-эндокринологу, то в рамках предложенных организационных подходов частота такого консультирования составила 24,7 на 100 больных ($t = 4,4$; $p < 0,05$).

Поскольку ДН пациентов было сопряжено с ведением реестра пациентов, предложенные подходы по его организации позволили более эффективно осуществлять контроль реализации клинико-диагностических рекомендаций, что является объективным критерием повышения ее качества.

В рамках ДН, в соответствии с Клиническими рекомендациями, всем пациентам с МКБ, находящимся под ДН, рекомендуется ежегодно выполнять УЗИ почек для оценки состояния верхних мочевых путей. На предыдущих этапах исследования (Глава 4) было установлено, что УЗИ почек на этапе первичной медико-санитарной помощи выполняется только 65,1% пациентов. При реализации предложенных подходов к организации ДН такое исследование было выполнено у пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи в 84,6% случаев, что существенно выше ранее полученных данных ($t = 4,1$; $p < 0,05$), в том числе: среди пациентов группы «А» – в 96,2 % случаев однократно, в 23,5 % – повторно в течение года; среди пациентов группы «Б», с учетом диагностического обследования, проведенного ранее в условиях стационара – в 42,3 % случаев, повторно в течение года – в 32,2 % случаев; среди пациентов, отнесенных к группе высокого риска – в 82,4 % случаев, повторно в течение года – в 47,5 %.

Наряду с УЗИ почек, в случаях установленных показаний, пациентам на этапе ПМСП выполнялись иные инструментальные диагностические исследования, в том числе, рентгеновская КТ почек и надпочечников – 27,9 %

случаев. Объем выполнения этого исследования достоверно не превышает ($t < 2$) данные, полученные ранее (Глава 4), однако, учитывая то, что значимая часть пациентов была взята на ДН по итогам оказания специализированной медицинской помощи, уровень этого показателя следует считать удовлетворительным.

Важнейшим диагностическим критерием при МКБ, определяющим дальнейшие индивидуальные метафилактические рекомендации для каждого пациента, является анализ минерального состава мочевых камней, который в соответствии со Стандартом медицинской помощи взрослым при МКБ (диагностика, лечение и ДН) [81], должен выполняться как минимум в 78,0% случаев. Наряду с этим, в соответствии с Клиническими рекомендациями [46], существенное значение в этой связи имеет расширенный биохимический анализ крови, позволяющий установить уровень креатинина, мочевины, мочевой кислоты, натрия, магния, калия, хлоридов, общего и ионизированного кальция, альбумина и витамина Д, а также проведение лабораторного исследования по установлению уровня паратиреоидного гормона в крови.

Возможности сформированного реестра пациентов с МКБ для контроля соблюдения установленного плана-графика клинико-диагностических исследований позволили обеспечить широкий охват больных своевременным проведением этих исследований. Если в соответствии с данными, полученными на предыдущих этапах исследования (Глава 4), развернутый биохимический анализ крови выполнялся пациентам на этапе первичной медико-санитарной помощи в 87,2% случаях, то предложенные подходы к организации ДН позволили обеспечить его выполнение уже в 92,4% случаях ($t = 3,1$; $p < 0,05$). Охват исследованием уровня паратиреоидного гормона в крови вырос с 32,5 % до 64,4% ($t = 3,7$; $p < 0,05$).

В соответствии с Порядком проведения ДН за взрослыми [82] основной задачей ДН является проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих ХНИЗ, в целях своевременного выявления и предупреждения осложнений и обострения заболеваний, их профилактики. Наиболее опасными осложнениями МКБ являются: острый обструктивный пиелонефрит, острая почечная недостаточность, хронический калькулезный

пиелонефрит, калькулезный гидронефроз, нейрогенная артериальная гипертензия, хроническая почечная недостаточность. Указанные осложнения, как правило, требуют оперативного вмешательства. При развитии острых неконтролируемых ситуаций пациентам требуется экстренная госпитализация. К таким состояниям согласно Клиническим рекомендациям относятся инфекционные осложнения МКБ, некупируемый болевой синдром, вызванный камнями мочевой системы, а также полная обструкция верхних мочевых путей камнем [46].

Положения Клинических рекомендаций свидетельствуют, что современная клиническая практика лечения МКБ предусматривает множество вариантов оперативных методик избавления пациентов от мочевых камней, однако, как и при любом оперативном вмешательстве, возможно развитие осложнений, которые, в том числе с учетом состояния здоровья пациента и наличия сопутствующих заболеваний и состояний, могут развиваться с различной частотой [46].

Ввиду изложенных положений, одной из основных задач ДН пациентов с МКБ следует считать обеспечение по показаниям своевременной плановой госпитализации пациента в целях проведения литотрипсии. Клиническими рекомендациями установлены показания к госпитализации в целях оперативного удаления камней, которые могут быть выявлены в большей части при проведении планомерного обследования пациента.

К таким показаниям относятся: рост камней, при их размере более 5 мм;

- наличие камней при высоком риске камнеобразования; персистентная обструкция камнем верхних мочевых путей; хроническая рецидивирующая инфекция, обусловленная камнем; симптоматические камни (боль, гематурия); выбор пациента в пользу оперативного лечения; социальные показания.

Таким образом, обеспечение своевременной плановой госпитализации в целях оперативного удаления камней мочевых путей следует считать одним из основополагающих показателей эффективности ДН пациентов с МКБ.

Согласно данным (Глава 3), полученным путем анализа структуры госпитализированной заболеваемости, доля экстренных больных МКБ составляет 80,1%, тогда как плановых госпитализаций, соответственно, только 19,9%.

Проводимые планомерно лечебно-диагностические мероприятия в рамках ДН позволили несколько уравновесить дисбаланс госпитализаций в экстренной и плановой форме. Среди пациентов, вовлеченных в прохождение профилактических осмотров в рамках ДН, в целом доля госпитализированных в плановой форме составила 85,8%, что существенно выше, чем показатель, определенный ранее по анализу госпитализированной заболеваемости (80,1%, $t = 3,5$; $p < 0,05$), то есть среди всех пациентов с установленным диагнозом МКБ (Глава 3).

Следует отметить, что своевременное выполнение в плановом порядке клинико-диагностических процедур, а также корректное применение метафилактических подходов при ДН пациентов, позволило обеспечить не только активный мониторинг состояния их здоровья, но и существенно снизить показатель госпитализации в стационар по поводу МКБ, что следует считать одним из ключевых маркеров эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий у пациентов данной группы.

Так, в соответствии с ранее полученными данными, среди пациентов с МКБ, в отношении которых обеспечено ДН, значение показателя по объему плановой госпитализации составляло 65,1%, что значимо ниже показателя, полученного по результатам предложенных нами походов – 85,8% ($t = 3,3$; $p < 0,05$). При этом следует отметить, что во всех случаях госпитализация состоялась по направлению лечащего врача МО, предоставляющей ПМСП, тогда как по информации, полученной на предыдущих этапах исследования (Глава 4), в 27,3% случаев даже при плановой госпитализации пациенты обращались в стационар самостоятельно.

Предложенные подходы по своевременному обследованию пациентов в рамках ДН также позволили преодолеть в значительной мере ограничения доступности медицинской помощи, возникающие при необходимости обследования перед плановой госпитализацией в стационар. Согласно ранее полученным данным, основным препятствием для пациентов являлась возможность получения консультации профильных специалистов – пациенты указали на это с частотой 65,3 на 100 опрошенных (Глава 4). Организация предложенных подходов позволила существенно скорректировать указанное

ограничение: по результатам контрольного опроса пациентов только 12,1% опрошенных отметили, что испытывали затруднения по этому поводу ($t = 3,9$; $p < 0,05$). Также существенно снизились ограничения доступности медицинской помощи в части выполнения лабораторных анализов – 44,1 и 12,1 на 100 опрошенных соответственно ($t = 2,7$; $p < 0,05$), УЗИ мочевого системы – 27,9 и 5,6 на 100 опрошенных соответственно ($t = 3,1$; $p < 0,05$), рентгенологических исследований – 26,9 и 8,4 на 100 опрошенных соответственно ($t = 3,0$; $p < 0,05$).

Следует отметить, что проведение в полном объеме обследования пациентов, поставленных на проактивное ДН, позволило и существенно сократить срок ожидания ими оперативного лечения в стационаре, поскольку дополнительных диагностических процедур им не требовалось: $2,9 \pm 0,7$ дней (Глава 4) и $1,0 \pm 0,4$ дня соответственно ($t = 3,4$; $p < 0,05$).

Оптимизация организации ДН, в том числе контроль ответственным лицом медицинской организации, предоставляющей ПМСП своевременности реализации назначенных пациентам лечебно-диагностических мероприятий, а также их адресное информирование с единовременной записью для получения назначенных медицинских услуг, отразилось на повышении уровней организационной, экономической и информационной доступности медицинской помощи.

По сравнению с данными, полученными на предыдущих этапах исследования (Глава 4), доля пациентов, вынужденных оплачивать медицинские услуги, назначенные им для контроля течения МКБ, существенно снизилась (Таблица 5.2).

Если при анализе исходных данных было установлено, что в целом при получении первичной медико-санитарной помощи в поликлинике по месту жительства более, чем каждый пятый пациент (21,0%) был вынужден оплачивать те или иные медицинские услуги, назначенные лечащим врачом для контроля его заболевания, то по результатам контрольного опроса пациентов было установлено, что их доля составляет не более 9,5% ($t = 3,4$; $p < 0,05$).

Также исходные данные (Глава 4) показали, что в 16,6% случаев пациенты, минуя условия, установленные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, на возмездной основе

вынуждены обращаться для консультирования к врачам-специалистам, прежде всего, к врачу-урологу. Реализация предложенных подходов позволила снизить указанный показатель до 2,4% ($t = 2,8$; $p < 0,05$). Наряду с этим, отмечено снижение уровня оплаты за счет средств пациентов диагностических исследований (УЗИ, рентгеновская компьютерная томография, урография и другие) с 22,0% до 14,4% случаев соответственно ($t = 3,1$; $p < 0,05$), а также лабораторных анализов – с 20,8% до 7,6% случаев ($t = 4,4$; $p < 0,05$).

Таблица 5.2 — Сведения об оплате пациентами с МКБ медицинских услуг при получении ПМСП, в процентах

№	Наименование медицинской услуги (по назначению врача)	Оплата за счет средств пациентов	
		Исходно	Контрольный результат
1.	Консультации врачей-специалистов	16,6	2,4
2.	Диагностические исследования	22,0	14,4
3.	Лабораторные исследования	20,8	7,6
4.	Медицинские услуги в целом	21,0	9,5

Повышению информационной доступности медицинской помощи способствовали комплексные мероприятия, проведенные в этом направлении в рамках организационного эксперимента – это повышение осведомленности врачей, в том числе враче-терапевтов, включенных в процесс оказания медицинской помощи пациентам с МКБ в рамках ДН, ввиду их обучения по программе повышения квалификации «Выявление, основы диагностики, лечения и метафилактики МКБ у взрослого населения», активное вовлечение пациентов, формирование у них приверженности к своевременному прохождению профилактических осмотров и выполнению назначенных лечебно-диагностических процедур, в том числе путем активного использования разработанной нами «Тетради пациента: Мочекаменная болезнь», а также путем

размещения тематического контента по МКБ, ее диагностики, лечения и профилактики и метафилактики на сайтах МО – участниках организационного эксперимента. Оценка информационной доступности медицинской помощи проводилась в форме контрольного опроса пациентов (Глава 2), результаты которого подтвердили эффективность проведенных в этом направлении мероприятий (Таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Сведения об информационной доступности медицинской помощи при МКБ по результатам опроса пациентов, в процентах

№	Вопросы для оценки	Удельный вес утвердительных ответов пациентов	
		Исходно	Контрольный результат
1.	Считают, что достаточно информированы о заболевании	13,7	45,7
2.	Осведомлены о составе своих мочевых камней	18,3	45,7
3.	Осведомлены и знают об уровне кислотности мочи	50,0	76,6
4.	Осведомлены о необходимости соблюдения диеты на основе метафилактики	68,7	92,4
5.	Испытывают сложности с соблюдением диеты	60,4	23,5
6.	Осведомлены о необходимости соблюдения водного режима	68,4	92,4
7.	Знают о своих факторах риска развития МКБ	66,2	92,4
8.	Обеспокоены состоянием своего здоровья	89,9	64,2

Контрольная оценка результатов организационного эксперимента позволила установить, что проведенные мероприятия по оптимизации организации ДН пациентов на основе взаимодействия МО на различных этапах оказания им медицинской помощи в целом способствуют благоприятному фону для повышения информационной доступности медицинской помощи. Если исходно только 13,7%

пациентов указывали, что они достаточно информированы о своем заболевании, то контрольный опрос показал рост этого показателя до 45,7% ($t = 4,4$; $p < 0,05$).

Повышение доступности клинико-лабораторных исследований позволило охватить значительное число пациентов исследованиями на предмет уточнения состава мочевых камней, что позволило сформировать в последующем адресные метафилактические рекомендации в каждом конкретном случае. Это подтверждается уровнем осведомленности пациентов о составе своих мочевых камней: исходно утвердительно на этот вопрос ответили 18,3% опрошенных, тогда как по результатам контрольного исследования – 45,7% ($t = 3,4$; $p < 0,05$).

Наряду с этим, существенное значение для обеспечения профилактических мер в борьбе с МКБ имеет соблюдение пациентами должного водного режима, их осведомленность об этом способствует активации самоконтроля по соблюдению указанной рекомендации. Рост показателя информированности по этому вопросу возрос с 68,4% до 92,4% среди опрошенных пациентов ($t = 2,7$; $p < 0,05$).

Одним из наиболее важных компонентов метафилактических программ является формирование и дальнейшее соблюдение пациентом индивидуальных детерминант рационов питания. В этой связи отдельно в рамках опроса у пациентов было уточнено, осведомлены ли они о необходимости соблюдения диеты на основе метафилактики: оказалось, что осведомлено по этому вопросу исходно было 68,7% пациентов, а по результатам контрольного опроса – 92,4% пациентов ($t = 2,9$; $p < 0,05$). Вместе с тем, в ряде случаев пациенты отмечали, что несмотря на полученные знания, испытывают значительные трудности в соблюдении диет, хотя доля таких больных изначально была более высока, чем по результатам контрольного опроса – 60,4% и 23,5% соответственно ($t = 3,8$; $p < 0,05$).

Несмотря на проводимые лечебно-диагностические мероприятия, а также предпринимаемые меры по оптимизации организации профилактических программ, МКБ остается заболеванием, вызывающим серьезную озабоченность пациентов состоянием своего здоровья. Несмотря на снижение этого показателя по результатам контрольного опроса, его уровень остается весьма значимым – 89,9%

и 64,2% на начальном этапе исследования и по результатам контрольного опроса соответственно ($t = 4,1$; $p < 0,05$).

Повышение качества, доступности, в том числе информационной, а также преемственности медицинской помощи при МКБ на различных этапах ее оказания, позволило наряду с прочим повысить удовлетворенность пациентов. Если в соответствии с ранее полученными данными (Глава 4) меньше половины всех пациентов (40,3%) отметили, что их ожидания от организации медицинской помощи оправдались, 18,3% указали, что остались не удовлетворены, а в 41,1% случаев пациенты затруднились с ответом, то контрольное исследование продемонстрировало следующие изменения: ожидания от организации медицинской помощи оправдались у пациентов в 72,2% случаях, не удовлетворены – 8,0%, не определились с ответом только 19,8% пациентов. При этом по результатам апробации нововведений удовлетворенность повысилась и по отдельным аспектам оказания медицинской помощи по сравнению с ранее полученными данными (Глава 4): удовлетворены качеством медицинской помощи – 82,2% (ранее 54,6 %; $t = 3,1$, $p < 0,05$), в том числе качеством диагностики – 77,2% (ранее 57,8%; $t = 4,4$, $p < 0,05$), качеством лечения – 69,3% (ранее 57,8%; $t = 2,4$, $p < 0,05$). Удовлетворены доступностью медицинской помощи 75,2% (ранее 52,9%; $t = 4,4$, $p < 0,05$), в том числе сроками ожидания медицинской помощи 76,3% (ранее 52,6%; $t = 3,6$, $p < 0,05$), доступностью консультации врача-уролога 84,2% (ранее 56,5%; $t = 3,7$, $p < 0,05$).

5.3 Повышение компетенций врачей-специалистов по вопросам оказания медицинской помощи и метафилактики мочекаменной болезни

В целях организации эффективного ДН пациентов с МКБ врачами-терапевтами-участковыми, предусматривающего объективную оценку состояния их здоровья, в том числе на основе клинико-диагностических данных, а также контроль выполнения назначений врача-уролога, было организовано их обучение.

Следует отметить, что ввиду полученной на предыдущих этапах исследования информации об активном консультировании пациентов с МКБ врачами иных специальностей (врач-эндокринолог, врач-нефролог, врач-

гастроэнтеролог, врач-ревматолог и др.), для участия к обучению были также приглашены врачи иных специальностей, осуществляющие трудовую деятельность в медицинской организации, предоставляющей ПМСП.

Для проведения обучения была разработана краткосрочная программа повышения квалификации «Выявление, основы диагностики, лечения и метафилактики МКБ у взрослого населения» (Приложение Р) в объеме 18 часов.

В программу обучения были включены следующие вопросы:

- нормативное регулирование вопросов организации оказания медицинской помощи пациентам с МКБ на основе порядка ее предоставления, стандартов и клинических рекомендаций;
- этиопатогенез формирования, развития и течения МКБ у взрослых;
- современные методики клинико-лабораторной диагностики МКБ;
- современные методики лучевой диагностики МКБ;
- основы современной консервативной терапии при МКБ;
- основы хирургического лечения МКБ;
- реабилитация пациентов с МКБ на основе применения методов метафилактики;
- организация и проведение ДН пациентов с МКБ;
- основы метафилактики МКБ, ориентированные на пациентов различных групп;
- информирование пациентов с МКБ, направленное на формирование приверженности к лечению, соблюдению принципов метафилактики, соблюдению профилактических программ.

При выборе профилей специалистов для приглашения на обучение, было учтено мнение врачей-урологов, опрошенных по вопросам организации медицинской помощи пациентам с МКБ (Глава 4), в соответствии с которым такое обучение целесообразно проводить для врачей всех клинических специальностей (49,8 на 100 опрошенных специалистов), но наибольшее значение оно имеет для подготовки врачей-терапевтов (53,2 на 100 опрошенных). Наряду с этим были использованы данные о фактическом обращении пациентов с МКБ за медицинской

помощью (Главы 3 и 4). Большинство пациентов (63,2%) отметили, что обращаются по поводу своих жалоб к врачу-терапевту, что также подтверждается распределением объемов медицинской помощи, оказанной пациентам этой группы в амбулаторно-поликлинических условиях – 151,5 случаев обращений на 100 больных с МКБ (Таблица 3.9). Наряду с этим достаточно часто пациенты с МКБ обращаются к врачу-эндокринологу – 19,7 на 100 опрошенных пациентов, врачу-нефрологу (16,2 на 100 опрошенных пациентов), врачу-гастроэнтерологу (11,4 на 100 опрошенных пациентов).

Всего в повышении квалификации по разработанной программе «Выявление, основы диагностики и лечения МКБ у взрослого населения» приняли участие 83 врача-специалиста МО, предоставляющих ПМСП. Сведения о профилях врачей-специалистов, принявших участие в обучении, представлены на Рисунке 5.4.

Наибольшую долю среди специалистов, принявших участие в обучении, составили врачи-терапевты – 80,7%. Наряду с этим обучены врачи-эндокринологи – 8,5%, врачи-гастроэнтерологи – 6,0%. Врачи прочих специальностей – 4,8%.

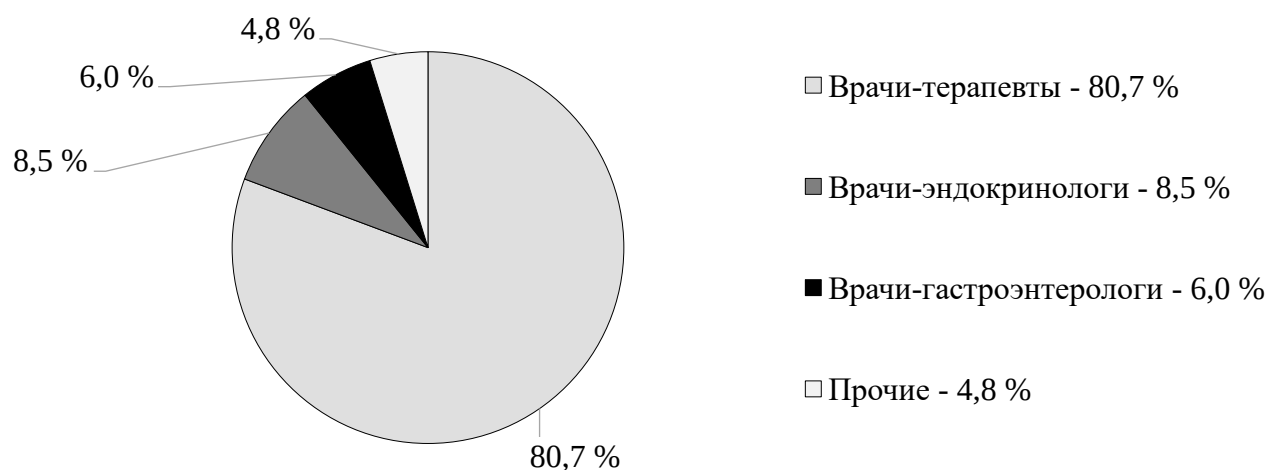


Рисунок 5.4 – Распределение профилей врачей-специалистов, принявших участие в обучении по вопросам диагностики и лечения МКБ, в процентах

Итоговые результаты подводились путем самооценки врачами-специалистами, принявшими участие в обучении, своих знаний по специально разработанной анкете (Глава 2), при этом в целях объективизации полученных

результатов анкетирования было проведено на старте реализации учебной программы и по ее итогам (Таблица 5.4).

Таблица 5.4 – Результаты самооценки врачами-специалистами знаний, полученных до и после обучения по программе «Выявление, основы диагностики и лечения МКБ у взрослого населения», в процентах

Вопрос	Результат	
	До обучения	После обучения
Считаете ли Вы, что обладаете достаточными знаниями о современных представлениях о развитии МКБ?	78,5	89,9
Считаете ли Вы свои знания о клинико-лабораторных методах диагностики МКБ достаточными?	67,5	95,5
Владете ли Вы информацией о методиках определения химического состава камней при МКБ?	62,3	96,6
Считаете ли Вы достаточными свои знания о лучевых исследованиях для диагностики МКБ?	67,5	96,6
Считаете ли Вы, что обладаете достаточными знаниями о подходах к хирургическому лечению МКБ?	50,2	89,9
Владете ли Вы достаточной информацией о схемах консервативной терапии при МКБ?	68,2	96,6
Владете ли Вы принципами организации лечения и ДН пациентов с МКБ?	62,3	98,8
Считаете ли Вы свои знания о факторах риска развития МКБ достаточными?	60,7	98,8
Владете ли Вы достаточными знаниями о метафилактике МКБ?	45,2	89,9
Осведомлены ли Вы о нормативно-правовом урегулировании предоставления медицинской помощи и принципах маршрутизации пациентов с МКБ?	24,5	82,5
Считаете ли Вы целесообразным повышение квалификации по диагностике и лечению МКБ?	14,2	68,6

Результаты оценки врачами-специалистами, принявшими участие в обучении, своих знаний существенно повысились по всем основным вопросам, включенным в программу.

Достаточную осведомленность о современных представлениях развития МКБ на старте обучения подтвердили 78,5% врачей, а после обучения – 89,9% ($t = 3,0$; $p < 0,05$). Наряду с этим врачами-специалистами отмечено повышение их знаний о клинико-лабораторных методах диагностики МКБ: достаточными их считали до обучения 67,5% опрошенных, после обучения – 95,5% опрошенных ($t = 3,2$; $p < 0,05$), в том числе о методиках определения химического состава камней – 62,3% и 96,6% опрошенных соответственно ($t = 4,1$; $p < 0,05$), а также об особенностях применения лучевых исследований для диагностики МКБ – 67,5% и 96,6% соответственно ($t = 3,6$; $p < 0,05$).

Подтверждено расширение знаний прошедших обучение врачей о подходах к хирургическому лечению МКБ, 50,2% и 89,9% соответственно ($t = 2,9$; $p < 0,05$), а также к их консервативному лечению 68,2% и 96,6% соответственно ($t = 4,0$; $p < 0,05$), к организации лечения при диспансерном наблюдении – 62,3% и 98,8% соответственно ($t = 3,5$; $p < 0,05$).

Особое внимание при организации обучения было уделено вопросам профилактической направленности при оказании медицинской помощи пациентам с МКБ. Отмечено повышение знаний специалистов о факторах риска развития МКБ, 60,7% и 98,8% соответственно ($t = 3,0$; $p < 0,05$), о принципах метафилактики МКБ, 45,2% и 89,9% соответственно ($t = 3,4$; $p < 0,05$).

С учетом заложенных принципов маршрутизации пациентов с МКБ в рамках организационного эксперимента, знания врачей повысились по этому вопросу: на старте программы осведомлены были только 24,5%, а после ее завершения – 82,5% ($t = 3,7$; $p < 0,05$). При этом полученный опыт обучения посчитали целесообразным 68,6% врачей, тогда как на старте программы его эффективность подтверждали только 14,2% опрошенных ($t = 3,9$; $p < 0,05$). Таким образом, результаты проведенного опроса подтвердили целесообразность дополнительного обучения врачей-специалистов по вопросам диагностики и лечения МКБ.

5.4. Планирование организации медицинской помощи при мочекаменной болезни при мультидисциплинарном подходе к организации диспансерного наблюдения пациентов

Важнейшей основой доступности медицинской помощи при МКБ следует считать обеспеченность пациентов медицинскими услугами соответствующего профиля в достаточном объеме, предоставляемыми бесплатно и своевременно.

Указанные условия могут быть соблюдены только при обеспечении государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основе запланированных ее объемов.

Формирование и экономическое обоснование территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, проводится в соответствии с разъяснениями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, подготовленным во исполнение подпункта «б» пункта 2 постановления Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальных программ субъектами РФ рекомендуется установить распределение МО, участвующих в реализации территориальной программы, по уровням, установленным приказом Минздрава РФ от 20.04.2018 № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения».

При этом указанными документами подчеркивается, что основой формирования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, предоставляемой на бесплатной основе, является потребность в ней населения.

Подходы к организации мультидисциплинарного ДН пациентов на основе предложенной маршрутизации, безусловно, будут сопровождаться перераспределением потоков пациентов, нуждающихся в профилактических осмотрах в рамках ДН, что потребует корректировок в отношении установления потребности пациентов с МКБ в этой медицинской помощи.

Для обоснования нормативов объема предоставления медицинской помощи на одного пациента по видам и условиям ее оказания в рамках территориальной программы ОМС определяется их потребность в объемах медицинской помощи. Для расчета указанных показателей для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются нормативы объема медицинской помощи, в том числе в рамках ДН (комплексных посещений).

При планировании объемов медицинской помощи по ДН на 2024 год следует руководствоваться приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения ДН за взрослыми»; от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними ДН, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»; от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка ДН за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

На 2024 год в Санкт-Петербурге в соответствии с указанными нормативными документами территориальный норматив объема медицинской помощи по диспансерному наблюдению включает в себя объемы медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам от 18 лет и старше, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), и не включает в себя первое посещение в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров.

Учитывая установленные нормативы, а также предложенные подходы к проведению ДН больных МКБ, сформированные на основе дифференциации маршрутизации больных при диспансерном наблюдении, проведен расчет плановых объемов медицинской помощи (комплексных посещений врачей), предоставляемой соответствующим больным в рамках Территориальной

программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

В 2022 году, по данным формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания МО» [175] в Санкт-Петербурге было зарегистрировано 34 972 больных МКБ.

Экспериментальным путем было выяснено (Таблица 5.5), что:

53,6% – пациенты с ранее установленным диагнозом МКБ, состоящие под ДН в МО, предоставляющей ПМСП, а также пациенты с МКБ, заболевание которых было выявлено в МО, предоставляющей ПМСП, в ходе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации на основе разработанных подходов к раннему выявлению МКБ (Группа «А»). Расчетное количество таких больных – 18744 человека, в том числе 5,5% из них – пациенты с МКБ с высоким риском рецидивирования – 1031 человек;

46,4% – пациенты с МКБ, выписанные из стационара, диагноз которым был установлен впервые на этапе оказания специализированной медицинской помощи; пациенты с МКБ, выписанные из стационара, диагноз которым был установлен ранее, на предыдущем этапе (Группа «Б»). Расчетное количество таких больных – 16227 человек; в том числе 3,2% из них – пациенты с МКБ с высоким риском рецидивирования – 519 человек.

Учитывая полученные в ходе исследования экспериментальные данные о фактической маршрутизации пациентов при диспансерном наблюдении по поводу МКБ, при расчете планового количества посещений врачей в рамках ДН следует принять во внимание следующее распределение.

Учитывая, что ДН при МКБ не установлено вышеуказанными приказами Минздрава РФ, в соответствии с которыми проводится планирование объемов ДН в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, предлагаемые расчетные объемы следует считать дополнительными.

Таблица 5.5 – Расчетная численность пациентов с МКБ в разрезе организации их маршрутизации при диспансерном наблюдении

Тип маршрутизации/врач-специалист	Врач-уролог		Врач-терапевт-участковый
	Число первичных посещений	Число повторных посещений	Число посещений
Группа А	15014	2249	11752
в т.ч. пациенты группы высокого риска	826	22	646
Группа Б	16227	3959	11748
в т.ч. пациенты группа высокого риска	519	127	376

При проведении расчетов также следует учитывать:

- первое посещение врача в году в рамках ДН учитывается и финансируется как профилактический медицинский осмотр, таким образом, дополнительные объемы медицинской помощи на основе проведенных расчетов следует учитывать в указанном разделе;

- пациенты Группы «Б» получают первичную консультацию врача уролога в стационаре, при выписке. Таким образом, данный объем посещений в рамках ДН следует исключить из объема планируемой амбулаторной медицинской помощи, за исключением пациентов с высоким риском рецидивирования.

Таким образом, общее количество посещений врачей пациентами с МКБ в году составляет:

1. Число первичных посещений врача-уролога рассчитывается по формуле:

$$П_{1у} = П_{1Ау} + П_{1Бру}$$

где: $П_{1у}$ – число первичных посещений врача-уролога; $П_{1Ау}$ – число первичных посещений врача-уролога пациентами с ранее установленным диагнозом МКБ, состоящими под ДН, а также пациенты с МКБ, заболевание

которых было выявлено в медицинской организации в ходе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (Группа «А»); $P_{1БРУ}$ – число первичных посещений врача-уролога пациентами, выписанными из стационара, диагноз которым был установлен впервые на этапе оказания специализированной медицинской помощи (Группа «Б», высокий риск). $15014 + 519 = 15533$ посещения

2. Число повторных посещений врача-уролога рассчитывается по формуле:

$$P_{2У} = P_{2АУ} + P_{2БУ}$$

где: $P_{2У}$ – общее число повторных посещений врача-уролога; $P_{2АУ}$ – число повторных посещений врача-уролога пациентами с ранее установленным диагнозом МКБ, состоящими под ДН, а также пациенты с МКБ, заболевание которых было выявлено в медицинской организации в ходе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (Группа «А»); $P_{2БУ}$ – число повторных посещений врача-уролога пациентами, выписанными из стационара, диагноз которым был установлен на этапе оказания специализированной медицинской помощи, либо ранее, на предыдущем этапе (Группа «Б»).

$$2249 + 3959 = 6208 \text{ посещений.}$$

3. Число посещений врача-терапевта-участкового рассчитывается по формуле:

$$P_T = P_{AT} + P_{BT}$$

где: P_T – общее число посещений врача-терапевта-участкового по поводу МКБ; P_{AT} – число посещений врача-терапевта-участкового пациентами с ранее установленным диагнозом МКБ, состоящими под ДН, а также пациенты с МКБ, заболевание которых было выявлено в медицинской организации в ходе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (Группа «А»); P_{BT} – число посещений врача-терапевта-участкового пациентами, выписанными из стационара, диагноз которым был установлен впервые на этапе оказания специализированной медицинской помощи, либо ранее, на предыдущем этапе (Группа «Б»). $11752 + 11748 = 23473$ посещения.

С учетом полученных на примере Санкт-Петербурга данных о количестве посещений, в том числе повторных, врача-уролога и врача-терапевта-участкового

в рамках ДН пациентов с МКБ (взрослое население), удовлетворяющих соответствующие потребности пациентов этого профиля при применении мультидисциплинарного подхода к его организации, указанные показатели нами были рассчитаны в целом, для возможного применения в различных субъектах Российской Федерации, которые были уточнены с учетом распространения МКБ среди населения.

Для обеспечения потребности пациентов с МКБ в организации ДН на основе предложенных мультидисциплинарных подходов при расчете объемов медицинской помощи в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи необходимо предусмотреть (с учетом сохранения уровня заболеваемости МКБ на прежнем уровне):

- консультаций врача-уролога – 4,9 на 1000 населения в год, в том числе первичных консультаций – 3,5 на 1000 населения в год, повторных консультаций – 1,4 на 1000 населения в год;

- консультаций врача-терапевта-участкового – 5,3 на 1000 населения в год.

5.5. Контроль эффективности организации пациентоориентированной медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью

Проведенная оценка показала эффективность организации медицинской помощи пациентам с МКБ, прежде всего проведения ДН на основе мультидисциплинарного подхода и взаимодействия МО на отдельных этапах предоставления медицинской помощи. Это позволяет предложить использовать разработанные подходы в организации деятельности МО субъектов РФ.

Доказанная в ходе исследования достижимость роста показателей доступности, качества, преемственности медицинской помощи, информированности и удовлетворенности пациентов с МКБ ее получением также позволяет рекомендовать введение системы контрольных показателей, позволяющих в динамике добиться должного уровня оказания медицинской помощи пациентам с МКБ. Такие показатели могут быть использованы органами исполнительной власти в сфере здравоохранения федерального и регионального

уровней в целях контроля обеспечения эффективной организации медицинской помощи при МКБ у взрослого населения.

С 2025 года в РФ стартует национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», являющийся одним из новых национальных проектов России, реализация которого рассчитана до 2030 года и который является правопреемником национального проекта «Здравоохранение» [155]. Важнейшим компонентом нового национального проекта станет достижение цели по повышению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году, рост ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Ведущее направление – это реализация профилактических программ, в том числе направленных на улучшение медицинской помощи людям с серьезными недугами.

В настоящее время национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» включает проекты, нацеленные на борьбу с сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми, онкологическими и инфекционными заболеваниями, включая гепатит С, исходя из необходимости снижения их распространенности до минимума к 2030 году.

МКБ в настоящее время не является объектом нового национального проекта, однако, исходя из его установленных цели и задач, имеющих профилактическую направленность, видится целесообразным дополнить его показателями, характеризующими оказание медицинской помощи, проведение профилактических мероприятий пациентам этой группы.

Поскольку основным объектом совершенствования организации оказания медицинской помощи при МКБ, как показали результаты нашего исследования, является организация первичной медико-санитарной помощи, видится, что перечень контрольных показателей эффективности в части МКБ может быть включен в региональный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения», конкретизирующий уровень достижений в этом направлении и являющийся составной частью федерального национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

С учетом подтвержденных данных об эффективности предложенных подходов, для контроля эффективности организации медицинской помощи при МКБ могут быть применены следующие показатели:

1. В целях совершенствования учета выявленных пациентов с МКБ для планирования и реализации необходимой им медицинской помощи, в том числе на основе проактивного подхода, целесообразно введение показателя:

«Доля лиц с установленным диагнозом МКБ, сведения о которых включены в региональный реестр пациентов с МКБ государственной информационной системы в сфере здравоохранения, от числа всех пациентов с установленным диагнозом МКБ»

$$\text{МКБ}_{\text{реестр}} = \frac{З_p}{П} \times 100$$

где: $\text{МКБ}_{\text{реестр}}$ – доля пациентов с установленным диагнозом МКБ на конец отчетного периода, сведения о которых включены в реестр пациентов с МКБ, процент; $П$ – количество всех пациентов с установленным диагнозом МКБ на конец отчетного периода; $З_p$ – количество пациентов с МКБ, сведения о которых включены в реестр пациентов с МКБ государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Целевое значение показателя – не менее 95%.

2. В целях обеспечения охвата пациентов с МКБ своевременным ДН целесообразно введения следующих показателей:

2.1. «Доля лиц с установленным диагнозом МКБ, состоящих по поводу этого заболевания под ДН в отчетном периоде, от всех пациентов с установленным диагнозом МКБ на конец отчетного периода, процент»

$$\text{МКБ}_{\text{дн}} = \frac{П_{\text{дн}}}{П_{\text{все}}} \times 100$$

где: $\text{МКБ}_{\text{дн}}$ – доля пациентов с установленным диагнозом МКБ на конец отчетного периода, состоящих на диспансерном наблюдении по поводу этого заболевания, от числа всех пациентов с установленным диагнозом МКБ, процент; $П_{\text{дн}}$ – количество пациентов с МКБ, состоящих на диспансерном наблюдении на конец отчетного периода; $П_{\text{все}}$ – количество всех пациентов, имеющих

подтвержденный диагноз МКБ на конец отчетного периода. Целевое значение показателя – не менее 80%.

2.2. «Доля лиц старше 65 лет с установленным диагнозом МКБ, состоящих по поводу этого заболевания под ДН в отчетном периоде, от всех пациентов старше 65 лет с установленным диагнозом МКБ на конец отчетного периода, процент».

$$\text{МКБ}_{\text{дн65}} = \frac{\text{П}_{\text{дн65}}}{\text{П}_{\text{все65}}} \times 100$$

где: $\text{МКБ}_{\text{дн65}}$ – доля пациентов старше 65 лет с установленным диагнозом МКБ на конец отчетного периода, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу этого заболевания, от числа всех пациентов с установленным диагнозом МКБ, процент; $\text{П}_{\text{дн65}}$ – количество пациентов с МКБ старше 65 лет, состоящих на диспансерном наблюдении на конец отчетного периода; $\text{П}_{\text{все65}}$ – количество всех пациентов старше 65 лет, имеющих подтвержденный диагноз МКБ на конец отчетного периода. Целевое значение показателя – не менее 90%.

2.3. «Доля лиц с МКБ, состоящих под ДН по поводу этого заболевания, получивших в отчетном периоде консультацию врача-уролога, от всех пациентов с МКБ, состоящих на диспансерном наблюдении на конец отчетного периода, процент».

$$\text{МКБ}_{\text{пдн}} = \frac{\text{П}_y}{\text{П}} \times 100$$

где: $\text{МКБ}_{\text{пдн}}$ – доля пациентов с МКБ, состоящих под ДН и посетивших с этой целью врача-уролога, процент; П_y – количество пациентов с МКБ, состоящих на диспансерном наблюдении и посетивших с этой целью врача-уролога в отчетном периоде; П – количество пациентов, состоящих под ДН по поводу МКБ на конец отчетного периода. Целевое значение показателя – не менее 80%.

2.4. «Доля лиц с МКБ, прошедших обследование и получивших рекомендации в соответствии с индивидуальным планом метафилактики МКБ в рамках ДН, из числа впервые выявленных больных МКБ, поставленных под ДН, процент»

$$\text{МКБ}_{\text{мтф}} = \frac{\text{П}_{\text{мтф}}}{\text{П}} \times 100$$

$$\frac{\quad}{\Pi}$$

где: $МКБ_{\text{мтф}}$ – доля пациентов с МКБ, прошедших обследование и получивших рекомендации в соответствии с индивидуальным планом метафилактики МКБ от всех пациентов с МКБ, состоящих под ДН, процент; $\Pi_{\text{мтф}}$ – количество пациентов с МКБ, состоящих под ДН, прошедших обследование и получивших рекомендации в соответствии с индивидуальным планом метафилактики МКБ; Π – количество пациентов, состоящих под ДН по поводу МКБ на конец отчетного периода. Целевое значение – не менее 80%.

3. В целях контроля преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах ее предоставления целесообразно введение следующих показателей:

«Доля лиц с МКБ, состоящих под ДН и госпитализированных в стационар для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме, процент»

$$МКБ_{\text{план}} = \frac{\Pi_{\text{план}}}{\Pi_{\text{спец}}} \times 100$$

где: $МКБ_{\text{план}}$ – доля пациентов с МКБ, состоящих под ДН и госпитализированных в стационар для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме, процент; $\Pi_{\text{план}}$ – количество пациентов с МКБ, состоящих под ДН, госпитализированных в стационар для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме в отчетном периоде; $\Pi_{\text{спец}}$ – количество пациентов с МКБ, состоящих под ДН и госпитализированных в стационар в плановой и экстренной форме в отчетном периоде. Целевое значение показателя – не менее 80%.

4. В целях контроля удовлетворенности пациентов оказанной им ПМСП, как результата взаимодействия пациентов с медицинскими организациями, целесообразно введение следующего показателя:

«Доля пациентов с МКБ, посетивших МО, предоставляющую ПМСП, удовлетворенных ее оказанием, процент»

$$МКБ_{\text{удв}} = \frac{У}{\Pi} \times 100$$

где: $МКБ_{удв}$ – доля пациентов с МКБ, удовлетворенных оказанной медицинской помощью, процент; $У$ – количество пациентов с МКБ, состоящих под ДН на конец отчетного периода, удовлетворенных оказанной медицинской помощью; $П$ – количество пациентов с МКБ, состоящих под ДН на конец отчетного периода, опрошенных по вопросам удовлетворенности оказанной медицинской помощью.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить недостатки в организации медицинской помощи пациентам с МКБ на современном этапе развития системы здравоохранения, которые выражаются, прежде всего, в несовершенстве организации ДН пациентов этой группы, несоблюдении требований к доступности и качеству медицинской помощи, а также отсутствию должных условий обеспечения ее преемственности, что сопровождается неудовлетворительной информированностью пациентов, отсутствием у них приверженности к соблюдению полученных рекомендаций и своевременному получению медицинской помощи, в том числе с профилактической целью.

Заключение

Выполненное исследование, включающее анализ заболеваемости взрослого населения МКБ, а также оценку предоставления на всех этапах медицинской помощи пациентам этой группы, проведенную, в том числе, на основе анализа по этому вопросу мнения пациентов и врачей-урологов, позволило получить объективные и достоверные данные о дефектах организации медицинской помощи пациентам с МКБ, несоблюдении принципов ее преемственности, а также об обуславливающих их причинах. При этом получены достоверные сведения об ограничениях доступности медицинской помощи и факты, подтверждающие ее оказание в разрез с требованиями Стандарта и Клинических рекомендаций, что свидетельствует о ненадлежащем качестве оказываемой медицинской помощи.

Недостатки организации и предоставления медицинской помощи сопровождаются неудовлетворительной информированностью пациентов с МКБ о развитии заболевания и его осложнений, о профилактических основах и соблюдении принципов метафилактики. Комплекс вышеуказанных причин формирует стойкую неудовлетворенность пациентов МКБ медицинской помощью, ее доступностью и качеством и требует мер, направленных на создание условий гармонизации ее предоставления.

Разработанный в рамках исследования комплекс мероприятий по медико-организационному сопровождению предоставления пациентоориентированной медицинской помощи при МКБ позволяет нивелировать выявленные недостатки ее организации, создать условия повышения доступности и качества, информированности и удовлетворенности пациентов. Эффективность организационных элементов и форм взаимодействия с пациентами, разработанных и внедренных, а также механизмов контроля предоставления им медицинской помощи должного объема и качества, подтверждается результатами, подтвержденными статистически значимыми изменениями показателей (Глава 5).

Компоненты, включенные в предложенный в нашем исследовании комплекс мероприятий (Рисунок 1), представляют собой слаженную систему

взаимодополняющих мер по оптимизации предоставления медицинской помощи пациентам с МКБ.

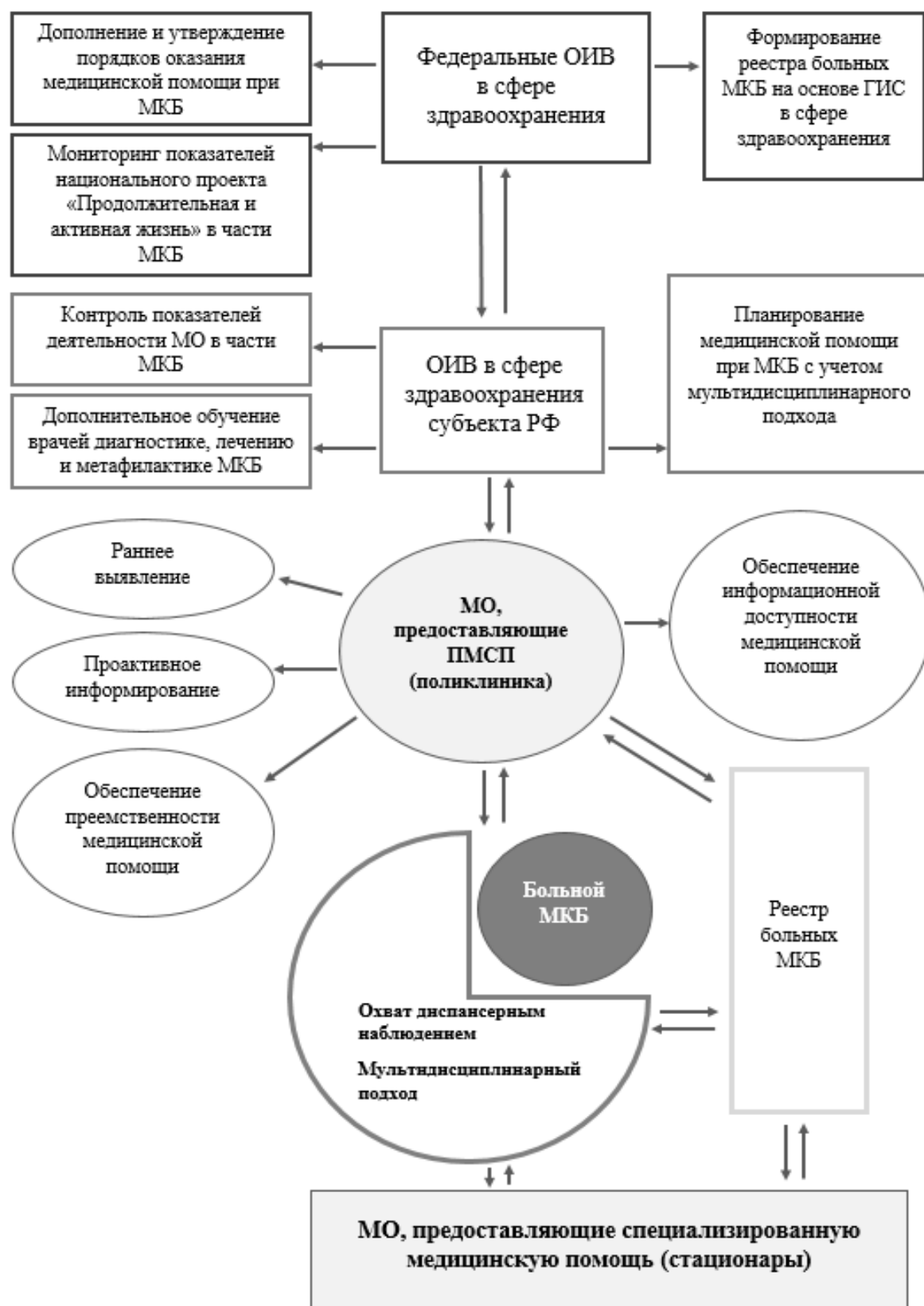


Рисунок 1 - Схема реализации мер по оптимизации предоставления медицинской помощи при МКБ

Основным вектором предложенных для реализации мер должна стать их пациентоориентированность, как целеполагающая основа совершенствования организации медицинской помощи на современном этапе развития здравоохранения в Российской Федерации, в том числе для достижения целей и задач национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». С учетом подтвержденной эффективности реализованных в рамках исследования мероприятий, принимая во внимание действующую систему законодательства в сфере здравоохранения, а также существующую организацию этапности оказания медицинской помощи в медицинских организациях различных типов, требования по реализации прав пациентов на получение доступной медицинской помощи должного объема и качества, а также по исполнению медицинскими организациями возложенных на них обязательств, видится, что в указанный комплекс должны быть включены следующие мероприятия:

- организация раннего активного выявления МКБ у пациентов в целях возможно полного охвата их диспансерным наблюдением;
- формирование единого реестра пациентов с МКБ (в перспективе – на базе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения) в целях совершенствования и корректного учета пациентов этой группы;
- организация диспансерного наблюдения пациентов на основе мультидисциплинарного подхода с участием врача-уролога и врача-терапевта;
- организация адресной маршрутизации пациентов с МКБ в рамках диспансерного наблюдения, в том числе в зависимости от установленной группы риска;
- обеспечение целевого директивного планирования медицинской помощи пациентам с МКБ и его реализация на этапе первичной медико-санитарной помощи для организации мультидисциплинарного диспансерного наблюдения с учетом адресной маршрутизации пациентов;
- тематическое дополнительное обучение врачей-специалистов, занятых в оказании медицинской помощи пациентам с МКБ, по вопросам диагностики, лечения, профилактики и метафилактики заболевания;

- обеспечение проактивного информирования пациентов о необходимости прохождения профилактических осмотров в рамках диспансерного наблюдения с единовременной записью на прием к врачу;

- информирование пациентов о рисках развития заболевания, его осложнений, формирование индивидуальных метафилактических рекомендаций;

- обеспечение контроля показателей деятельности медицинских организаций, характеризующих доступность оказываемой пациентам медицинской помощи, охват пациентов диспансерным наблюдением на основе метафилактики, обеспечение своевременной плановой госпитализации, удовлетворенности пациентов взаимодействием с медицинскими организациями.

Видится, что слаженное внедрение вышеуказанных мероприятий позволит создать условия для организации медицинской помощи пациентам с МКБ на основе пациентоориентированной модели ее предоставления.

Выводы

1. За последние 16 лет в Российской Федерации отмечен рост общей заболеваемости мочекаменной болезнью на 22,7% на фоне незначительного роста первичной заболеваемости (на 7,4%), с тенденцией ее стабилизации в отдельных регионах (Санкт-Петербург) за последние 10 лет, а также рост госпитализаций по этому поводу с 46,3% до 58,5% ($t = 4,1$, $p < 0,05$) с превалированием их экстренной формы (80,1%), что свидетельствует о несоблюдении принципов преемственности и доступности медицинской помощи и профилактики.

2. Доступность первичной медико-санитарной помощи при мочекаменной болезни ограничена, а ее полнота не обеспечивается, что формирует неудовлетворенность пациентов ее получением. Это подтверждается низким охватом пациентов диспансерным наблюдением (32,6%), консультированием врачом-урологом (17,6%), выполнением ультразвукового исследования (65,1%), вынужденной оплатой медицинской помощи (21,0%), и низкой информированностью о заболевании – 24,8%, что приводит к несоответствию полученной медицинской помощи ожиданиям (в 40,3% случаях), неудовлетворенности ее качеством и доступностью (24,3% и 35,0% соответственно).

3. Преемственность медицинской помощи при мочекаменной болезни ограничена, что подтверждается несоблюдением адресной маршрутизации пациентов и приводит к длительным срокам ожидания плановой госпитализации при наличии показаний – 68,1% случаев, ограничению доступности предварительного обследования в 10,9%, а также к вынужденному самостоятельному обращению пациентов в стационар для экстренной госпитализации в 72,7% случаях, в 53,7% из которых диагноз мочекаменной болезни устанавливается впервые.

4. Основными недостатками в организации медицинской помощи при мочекаменной болезни по мнению врачей-урологов являются: несвоевременное прохождение пациентами профилактических мероприятий – 89,4%, недостаточная активность поликлиник в их проведении – 38,7% на фоне низкой обеспеченности

врачами-урологами – 45,9% и несоблюдения пациентами рекомендаций – 52,0%, недостатки материально-технического оснащения поликлиник – 39,6%, длительные сроки ожидания медицинской помощи – 44,5%, а также недостаточное применение метафилактических подходов к лечению и профилактике 27,6%.

5. Реализация комплекса мероприятий по созданию условий предоставления преемственной доступной и качественной медицинской помощи профилактической направленности при мочекаменной болезни позволяет обеспечить:

- повышение объемов раннего выявления мочекаменной болезни по данным профилактических медицинских осмотров с 1-3% до 8,6% ($t = 4,1$, $p < 0,05$);

- повышение охвата пациентов диспансерным наблюдением с 32,6% до 89,4% ($t = 4,0$, $p < 0,05$);

- охват пациентов консультацией врача-уролога с 17,6% до 84,6% ($t = 4,0$, $p < 0,05$);

- охват пациентов ультразвуковым исследованием почек с 65,1% до 84,6% ($t = 3,6$, $p < 0,05$);

- перераспределение объемов плановых госпитализаций среди лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, с 65,1% до 85,8% ($t = 3,3$, $p < 0,05$);

- повышение доступности медицинской помощи за счет снижения случаев вынужденной ее оплаты пациентами с 21,0% до 9,5% ($t = 3,4$, $p < 0,05$) и повышения их информированности с 13,7% до 45,7% ($t = 3,4$, $p < 0,05$);

- рост удовлетворенности пациентов медицинской помощью с 40,3% до 72,2% ($t = 3,7$, $p < 0,05$);

- повышение компетенций врачей-специалистов, в том числе по метафилактике мочекаменной болезни с 45,2% до 89,9% ($t = 3,4$, $p < 0,05$).

Практические рекомендации

Федеральному органу исполнительной власти в сфере здравоохранения – Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. В целях раннего выявления мочекаменной болезни при совершенствовании нормативно-правовых документов по соответствующему профилю, предусмотреть:

- дополнительное анкетирование пациентов в целях выявления «малых анамнестических признаков мочекаменной болезни», проведение ультразвукового исследования почек для лиц старше трудоспособного возраста;

- организацию диспансерного наблюдения пациентов с мочекаменной болезнью на основе мультидисциплинарного подхода с участием врача-уролога, врача-терапевта-участкового и соблюдением принципов метафилактики.

2. В целях обеспечения преемственности медицинской помощи обеспечить введение и функционирование реестра пациентов с мочекаменной болезнью, состоящих под диспансерным наблюдением, на основе единой государственной информационной системы здравоохранения.

3. При совершенствовании контроля реализации национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» ввести дополнительные мониторинговые показатели контроля эффективности организации медицинской помощи при мочекаменной болезни:

- по оценке эффективности учета пациентов с мочекаменной болезнью на основе данных реестра пациентов этого профиля;

- по охвату пациентов с мочекаменной болезнью диспансерным наблюдением и получением профильной медицинской помощи с учетом принципов метафилактики;

- по распределению плановых и экстренных госпитализаций;

- по удовлетворенности пациентов оказанной им медицинской помощью.

4. При разработке учебно-методических программ в рамках непрерывного медицинского образования врачей-специалистов, занятых в оказании первичной

медико-санитарной помощи, предусмотреть вопросы диагностики, лечения, профилактики, метафилактики мочекаменной болезни.

Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации:

1. Для создания условий преемственности оказания медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью обеспечить взаимодействие медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, и медицинских организаций, предоставляющих специализированную медицинскую помощь по профилю «урология», на основе разработанного реестра пациентов с мочекаменной болезнью с учетом региональной структуры организации медицинской помощи.

2. При совершенствовании тарифообразования в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации учитывать необходимость организации мультидисциплинарного подхода к диспансерному наблюдению пациентов с мочекаменной болезнью.

3. Организовать на постоянной основе анализ уровня удовлетворенности пациентов с мочекаменной болезнью доступностью и качеством оказанной им медицинской помощи.

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования:

1. При расчете ресурсных затрат для финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью принимать во внимание заболеваемость пациентов этой группы, а также необходимость раннего выявления заболевания и охвата пациентов диспансерным наблюдением в объеме не менее 70%.

2. При реализации средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования предусмотреть финансирование дополнительного обучения врачей-специалистов, работающих в медицинских организациях, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, по вопросам диагностики, лечения, профилактики и метафилактики мочекаменной болезни.

Медицинским организациям:**1. Для медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь:**

- организовать раннее выявление пациентов с мочекаменной болезнью в рамках профилактических осмотров и диспансеризации взрослого населения на основе разработанных подходов;

- обеспечить диспансерное наблюдение пациентов с мочекаменной болезнью с учетом мультидисциплинарного подхода на основе метафилактики;

- организовать проактивное информирование пациентов с мочекаменной болезнью с впервые выявленным диагнозом и/или состоящих под диспансерным наблюдением, с единовременной их записью на прием к врачу или диагностические исследования в соответствии с планом-графиком, зафиксированным в реестре пациентов с мочекаменной болезнью.

2. Для медицинских организаций, предоставляющих специализированную медицинскую помощь по профилю «урология»:

- участвовать в информационном обмене с медицинскими организациями, предоставляющими первичную медико-санитарную помощь, на основе разработанного реестра пациентов с мочекаменной болезнью.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Дальнейшая научная разработка темы исследования должна быть основана на анализе отдаленных данных эффективности проведения диспансерного наблюдения пациентов с мочекаменной болезнью с учетом метафилактических подходов, полученных в перспективе после широкомасштабного применения предложенных в настоящем исследовании подходов к его организации. При этом объектом изучения должны стать результаты оценки качества оказываемой пациентам мультидисциплинарной медицинской помощи, а также результаты оценки экономического эффекта проводимых мероприятий. Характеристики оценки КМП при этом в дальнейшем при доказанном высоком уровне результативности могут быть включены в Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам этой группы. Наряду с этим обоснованная высокая экономическая эффективность проведения диспансерного наблюдения с учетом предложенных метафилактических подходов может быть проанализирована с научной точки зрения для формирования рекомендаций органам исполнительной власти в сфере здравоохранения федерального и регионального уровней по расчету стоимости программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части ее предоставления пациентам с мочекаменной болезнью. Практическая реализация предложенных подходов организации диспансерного наблюдения с учетом взаимодействия медицинских организаций различных уровней позволит в дальнейшем проанализировать произошедшие изменения структуры оказания специализированной медицинской помощи в плановой и экстренной форме, а также показателей использования коечного фонда по профилю «урология», что потребует перспективной научно-обоснованной разработки оптимальной организации этого вида медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью.

Список литературы

1. Абазова, Д.З. Влияние жесткости питьевой воды на развитие мочекаменной болезни / Д.З. Абазова, М.А. Карданов // Актуальные вопросы медицины: материалы 52-й научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, посвященной 90-летию КБГУ, Нальчик, 25 мая 2022 года. – Нальчик: ИКЦ «Эксперт», 2022. – С. 317-320.
2. Аверин, А.В. Пациентоориентированные технологии в практике многопрофильной медицинской организации / А.В. Аверин, О.А. Швардакова // Главная медицинская сестра. – 2015. – № 10. – С. 39-48.
3. Агудина, Е.А. Особенности пациентоориентированного подхода в медицинской организации / Е.А. Агудина // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века: Сборник материалов VII международной научно-практической конференции, Волгоград, 17-18 ноября 2022 года / Редколлегия: С.Ю. Соболева, Ю.В. Гапоненко, Д.С. Липов. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2023. – С. 76-78.
4. Анализ мочевых конкрементов в изучении особенностей патогенеза мочекаменной болезни / Д.Г. Лебедев, В.И. Смирнова, С.В. Лапин [и др.] // Вестник урологии. – 2021. – Т. 9, № 3. – С. 44-51.
5. Анализ операционной активности межрайонных урологических центров как Показатель модернизации урологической службы Воронежской области / И.Э. Есауленко, О.В. Золотухин, М.В. Кочетов [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2019. – № 1. – С. 82-89.
6. Анализ состава мочевого конкремента методом инфракрасной спектроскопии в популяции Европейской части России / В.И. Смирнова, Д.Г. Лебедев, С.В. Лапин [и др.] // Урология. – 2021. – № 6. – С. 20-24.
7. Анализ стереотипа питания при мочекаменной болезни / М.Ю. Просянкин, И.А. Шадеркин, О.В. Константинова [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2017. – № 1. – С. 46-51.
8. Антонова, М.О. Применение комплекса физико-химических методов для изучения мочевых камней и установления связи между ними: специальность

02.00.01 «Неорганическая химия»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата химических наук / Антонова М.О. – Москва, 2015. – 22 с.

9. Ассоциация мочекаменной болезни у пациентов с различными состояниями семейного анамнеза по уролитиазу с полиморфизмами его кандидатных генов в российской популяции / Аполихин О.И., Сивков А.В., Константинова О.В., Тупицина Т.В., Соломинский П.А., Калиниченко Д.Н. // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. - № 3. – С. 50-52.

10. Баклушина, Е.К. Современная характеристика образа жизни пациентов с мочекаменной болезнью / Е.К. Баклушина, М.С. Мигель // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2010. – Т. 15, № 3. – С. 10-13.

11. Белай, С.И. Мочекаменная болезнь: актуальность вопроса и перспективы его развития / С.И. Белай, М.А. Довбыш, И.М. Белай // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2016. – Т. 15. - № 5. – С. 19-26.

12. Белоусенко, Е.Ю. Инновационные подходы в развитии пациентоориентированной модели здравоохранения / Е.Ю. Белоусенко // ОМС в Российской Федерации. – 2018. – № 2. – С. 34-38.

13. Бова, А.А. Высокотехнологичная медицинская помощь – доступность и нерешенные вопросы / А.А. Бова, А.С. Рудой // Военная медицина. – 2018. – № 4(49). – С. 148-151.

14. Бычкова, А.Н. Влияние факторов на процесс формирования уратных мочевого камней / А.Н. Бычкова, Т.А. Жуковец, Т.М. Юрага // Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». – 2009. – Т. 11, № 2. – С. 104-105.

15. Винниченко, С.С. Возможности двухэнергетической мультисрезовой компьютерной томографии в первичной диагностике уратного уролитиаза / С. С. Винниченко, Т.Ю. Алексахина, А.Ю. Васильев // Радиология – практика. – 2018. – № 3(69). – С. 17-24.

16. Владзимирский, А.В. Телемедицина / А.В. Владзимирский, Г.С. Лебедев – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 576 с.

17. Военно-врачебная экспертиза при мочекаменной болезни в Вооруженных Силах (анализ работы за 2015-2019 гг.) / Е.В. Крюков, В.В. Протошак, М.В. Паронников [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2021. – Т.342, № 3. – С. 19-25.
18. Вощула, В. И. Мочекаменная болезнь: заболеваемость и организация оказания медицинской помощи / В.И. Вощула, М.В. Щавелева, А.А. Гресь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – № 2(51). – С. 44-48.
19. Газымов, М.М. Значение питания в метафилактике мочекаменной болезни / М.М. Газымов, Д.С. Филиппов // Актуальные вопросы клинической хирургии: Материалы XIII научной конференции хирургов Чувашской Республики, Чебоксары, 06 декабря 2018 года. – Чебоксары: Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2019. – С. 67-74.
20. Газымов, М.М. Значение питания в метафилактике мочекаменной болезни / М. М. Газымов, Д.С. Филиппов // Актуальные вопросы клинической хирургии: Материалы XIII научной конференции хирургов Чувашской Республики, Чебоксары, 06 декабря 2018 года. – Чебоксары: Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2019. – С. 67-74.
21. Геворкян, А.Р. Анализ урологической заболеваемости взрослого населения г. Москвы за 2006-2015 гг / А.Р. Геворкян // Медицина в Кузбассе. – 2017. – Т. 16, №2. – С. 49-54.
22. Гендерные аспекты развития уrolитиаза у пациентов с метаболическим синдромом / И.Д. Беспалова, В.С. Бощенко, Ю.И. Кощавцева [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2021. – Т. 20, № 4. – С. 123-130.
23. Генетические аспекты первичной гипероксалурии: эпидемиология, этиология, патогенез и клинические проявления заболевания / Т.В. Филиппова, Д.В. Светличная, В.И. Руденко [и др.] // Урология. – 2019. – № 6. – С. 125-130.
24. Давлетьярова, Д.Р. Превышение железа в питьевой воде и его влияние на развитие мочекаменной болезни / Д.Р. Давлетьярова // Естественные и медицинские науки. Студенческий научный форум: сборник статей по материалам LIX студенческой международной научно-практической конференции, Москва, 17

мая 2023 года. Том 5 (59). – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Международный центр науки и образования», 2023. – С. 10-13.

25. Двухэнергетическая компьютерная томография в диагностике мочекаменной болезни: новый метод определения химического состава мочевых камней / А.Г. Мартов, Д.А.Мазуренко, М.М.Климкова [и др.] // Урология. – 2017. – №3. – С.98-103.

26. Децик, О.З. Результаты VEN- и ABC-анализа фармакотерапии мочекаменной болезни в учреждениях здравоохранения различных форм собственности / О.З. Децик, Д.Б. Соломчак // Социальная фармация в здравоохранении. – 2017. – № 1. – С. 66-72.

27. Дубский, С.А. Компьютерно-томографическая семиотика гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита / С.А. Дубский // Материалы Съезда урологов Казахстана и II Евразийского андрологического конгресса. – Алматы, 2010. – С. 67-68.

28. Егорова, А.М. Организация комплексной профилактики мочекаменной болезни у рабочих в черной металлургии / А.М. Егорова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 40-41.

29. Егорова, А.С. Взаимосвязь развития мочекаменной болезни и жесткости питьевой воды на примере Г. Волжский Волгоградской области / А.С. Егорова, В.Г. Щербакова // Forcipe. – 2020. – Т. 3, № S1. – С. 551-552.

30. Егорова, А.С. Влияние жесткости и степени минерализации питьевой воды на возникновение мочекаменной болезни / А.С. Егорова, В.Г. Щербакова // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Волгоград, 24-27 апреля 2019 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2019. – С. 257-258.

31. Жиборев, Б.Н. Школа мочекаменной болезни: возможности метафилактики рецидивного уrolитиаза в системе амбулаторной помощи населению / Б.Н. Жиборев // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2009. – № S2. – С. 674-675.

32. Жихарева, М.А. Информационное обеспечение школы пациентов с мочекаменной болезнью с применением средств трёхмерной графики и визуализации / М.А. Жихарева // Нейрокомпьютеры и их применение: XVII Всероссийская научная конференция. Тезисы докладов, Москва, 19 марта 2019 года. – Москва: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2019. – С. 334-А.
33. Заболеваемость взрослого населения России в 2019 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: Статистические материалы. – Ч.III. – Москва, 2020. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0877/biblio05.php> (Дата обращения: 15.05.2023)
34. Заболеваемость мочекаменной болезнью в Российской Федерации (2005-2016) / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.А. Комарова [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. – № 4. – С. 4-14.
35. Значение спиральной компьютерной томографии для выявления патологии почек и мочевыводящих путей в амбулаторном лечебно-профилактическом учреждении / М.А. Котов, В.В. Щедренок, О.В. Могучая [и др.] // Лучевая диагностика и терапия. – 2017. – № 3(8). – С. 66.
36. Золотухин, О.В. Трехуровневая система оказания медицинской помощи на примере урологической службы Воронежской области: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Золотухин Олег Владимирович. – Воронеж, 2018. – 23 с.
37. Зуева, Л.Ф. Возможности двухэнергетической компьютерной томографии в идентификации уратных мочевого камней / Л.Ф. Зуева, Ф.П. Капсаргин, К.В. Симонов // Медицина и высокие технологии. – 2019. – № 1. – С. 43-48.
38. Калинин, П.С. Пациентоориентированный подход в цифровом здравоохранении / П.С. Калинин // Управление информационными ресурсами: Материалы XIX Международной научно-практической конференции, Минск, 22 марта 2023 года. – Минск: Академия управления при Президенте Республики Беларусь, 2023. – С. 337-338.

39. Камни мочевыделительной системы: классификация, строение, анализ / А.В. Кустов, А.И. Стрельников, Е.В. Лялякина [и др.] // От химии к технологии шаг за шагом. – 2021. – Т. 2, № 1. – С. 8-23.
40. Кантимеров, Д.Ф. Влияние жесткости питьевой воды на развитие мочекаменной болезни жителей города Кумертау и химический состав мочевых камней / Д.Ф. Кантимеров, С.С. Виноградова, В.А. Крыжановский // Морфология. – 2008. – Т. 133, № 2. – С. 57-58.
41. Качество жизни больных нефролитиазом / В.В. Протошак, М.В. Паронников, А.А. Сиваков, А.О. Киселев // Урологические ведомости. – 2020. – Т. 10, № 2. – С. 115-124.
42. Кислотно-основное состояние (рН) мочи: механизм регуляции и его роль в метафилактике мочекаменной болезни / Н.К. Гаджиев, В.А. Гелиг, А.В. Кутина [и др.] // Вестник урологии. – 2022. – Т. 10, № 4. – С. 120-140.
43. Клинико-экономический анализ в урологии / В.В. Протошак, И.Т. Русев, В.Ю. Тегза [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2019. – № 4(68). – С. 166-171.
44. Клиническая нефрология//Нефрология и диализ. –2015.– Т.17, № 3.– С. 293-303.
45. Клинические рекомендации «Мочекаменная болезнь» (одобрены Минздравом РФ). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_491653/ (Дата обращения: 23.06.2023).
46. Клиническое значение двухэнергетической рентгеновской компьютерной томографии в диагностике и лечении мочекаменной болезни / Л.Б. Капанадзе, С.К. Терновой, В.И. Руденко, Н.С. Серова // Урология. – 2018. – № 1. – С. 143-149.
47. Ковальчук, В.К. Медико-экологическая оценка влияния климата на заболеваемость МКБ населения Приморского края / В.К. Ковальчук // Урология. – 2004. – № 3. – С. 6-10.
48. Клюковкин К.С. Оценка информационной доступности медицинской помощи при мочекаменной болезни /К.С. Клюковкин, Л.В. Кочорова, О.М. Мосийчук// Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 29: Сборник научных трудов / Под ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Н.И. Вишнякова, - СПб, 2024. - С. 99-102.

49. Комяков, Б.К. Урология: учебник для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальности 31.05.01 "Лечебное дело" / Б.К. Комяков. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 479 с.
50. Константинова, О.В. Кристаллурия при мочекишлом и кальций оксалатном уrolитиазе / О.В. Константинова, В.А. Шадеркина // Экспериментальная и клиническая урология. – 2015. – № 2. – С. 84-87.
51. Концепция пациентоориентированного подхода как ключевой инструмент социально-экономического развития / А.М. Харисов, П.С. Селезнев, И.Д. Демина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 4. – С. 379-383.
52. Концепция пациентоориентированной модели организации медицинской помощи / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.П. Столбов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 6. – С. 418-423.
53. Коршунова, Н.В. Влияние питьевой воды на формирование мочекаменной болезни среди населения Амурской области / Н.В. Коршунова, О.А. Гнитюк, А.А. Гнитюк // Амурский медицинский журнал. – 2019. – № 3(27). – С. 54-56.
54. Кравчук, А.А. Пациентоориентированная среда: социальные координаторы, администраторы и психологи / А.А. Кравчук // Московская медицина. – 2023. – № 3(55). – С. 74-79.
55. Краснянский, С.Р. Оценка характера питания женщин страдающих мочекаменной болезнью / С.Р. Краснянский // Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвященной 100-летию со дня рождения А.З. Нечипоренко, Гродно, 21-22 апреля 2016 года. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2016. – С. 303-304.
56. Курбанова, Д.А. Клиническая эпидемиология мочекаменной болезни – современный взгляд на проблему / Д.А. Курбанова, Н.С.М. Омаров, Х.М. Омарова // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2018. – № 1(26). – С. 84-88.

57. Курбанова, Д.А. Эпидемиология и этиологические факторы риска развития мочекаменной болезни в Дагестане / Д.А. Курбанова, Н.С.М. Омаров, Х.М. Омарова // Уральский медицинский журнал. – 2017. – № 11(155). – С. 120-124.
58. Ладина, А.В. Влияние воды разной минерализации на распространение мочекаменной болезни в Крыму за 2005-2018гг / А.В. Ладина, Э.С. Сейиладжиева, С.В. Иванов // Тенденции развития науки и образования. – 2019. – № 48-6. – С. 23-26.
59. Логовой Ю.Н. Некоторые вопросы организации работы подразделений лучевой диагностики ЛПУ / Ю.Н. Логовой // Менеджер. – 2012. – № 11. – С. 18-25.
60. Лопаткина, Н.А. Схемы лечения: урология / Н.А. Лопаткина, Т.С. Перепанова. – Москва: Литера, 2006. – 33-43.
61. Лучевые методы диагностики рака почки (обзор) / В.М. Попков, Ю.Е. Никольский, М.Л. Чехонацкая [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 3. – С. 834-841.
62. Макарян, А.А. Оптимизация методов клинической реабилитации больных нефролитиазом после оперативного лечения в санаторно-курортных условиях / А.А. Макарян, И.Е. Берестецкий, И.В. Борзунов // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2015. – № 3(54). – С. 34-36.
63. Мартов, А.Г. Реабилитация пациентов после выполнения современных эндоурологических операций по поводу мочекаменной болезни / А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков // Урология. – 2018. – № 4. – С. 49-55.
64. Масальцев, А.К. Модели развития кальций-оксалатного и кальций-фосфатного уrolитиаза в условиях эксперимента / А.К. Масальцев, В.Б. Бородулин // Патогенез. – 2018. – Т. 16, № 1. – С. 11-16.
65. Медведев, Е.В. Связь содержания микроэлементов в питьевой воде с развитием мочекаменной болезни у населения Московской области / Е.В. Медведев // Медицина труда и промышленная экология. – 2007. – № 2. – С. 14-17.
66. «Медицина 4П» на примере ведения пациентов с мочекаменной болезнью / М.Ю. Просянкин, О.В. Константинова, Д.А. Войтко [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019. – № 4. – С. 19-24.

67. Медико-статистическая характеристика заболеваемости мочекаменной болезнью в Вооруженных Силах / В.В. Протощак, М.В. Паронников, Д.Н. Орлов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 341, № 11. – С. 11-18.
68. Метаболические факторы риска и формирование мочевых камней. Исследование II: влияние фосфатурии и магнийурии / С.А. Голованов, А.В. Сивков, В.В. Дрожжева, Н.В. Анохин // Экспериментальная и клиническая урология. – 2017. – № 2. – С. 40-46.
69. Метаболические факторы риска и формирование мочевых камней. Исследование III: Влияние pH мочи / С.А. Голованов, А.В. Сивков, А.М. Поликарпова [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. – № 1. – С. 84-91.
70. Метафилактика мочекаменной болезни. Часть 1. Факторы роста заболеваемости мочекаменной болезнью. Современный взгляд на механизмы камнеобразования / В.С. Саенко, М.А. Газимиев, С.В. Песегов, Ю.Г. Аляев // Урология. – 2018. – № 4. – С. 161-169.
71. Метафилактика мочекаменной болезни. Часть 2. Факторы роста заболеваемости МКБ. Современный взгляд на механизмы камнеобразования (продолжение) / В.С. Саенко, М.А. Газимиев, С.В. Песегов, Ю.Г. Аляев // Урология. – 2018. – № 6. – С. 131-138.
72. Мигель, М.С. Медико-социальные аспекты реабилитации больных с мочекаменной болезнью: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Мигель Мануэла Симба. – Москва, 2011. – 157 с.
73. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 12.11.2012 № 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология». – URL: <https://docs.cntd.ru/document/902391953> (Дата обращения: 23.06.2023).
74. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-

санитарной помощи взрослому населению». – URL: <https://base.garant.ru/70195856/> (Дата обращения: 23.06.2023).

75. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». – URL: <https://base.garant.ru/70438200/> (Дата обращения: 23.06.2023).

76. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (Дата обращения: 14.07.2023).

77. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 24.04.2018 № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». – URL: <https://docs.cntd.ru/document/557437659> (Дата обращения: 14.07.2023).

78. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 20.04.2018 № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297122/ (Дата обращения: 14.07.2023).

79. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними ДН, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297122/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdaddd518/ (Дата обращения: 14.07.2023).

80. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202006300011> (Дата обращения: 14.07.2023).

81. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 08.07.2021 № 736н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при

мочекаменной болезни (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)». – URL: <https://base.garant.ru/401565650/> (Дата обращения: 14.07.2023).

82. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». – URL: <https://base.garant.ru/404523658/> (Дата обращения: 14.07.2023).

83. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 27.04.2021 N 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». – URL: <https://base.garant.ru/401414440/> (Дата обращения: 14.07.2023).

84. Михейкина, А.Ю. Эпидемиология мочекаменной болезни в Г. Курске / А.Ю. Михейкина, М.В. Скиданчук // Биотехнология и биомедицинская инженерия: сборник научных трудов по материалам XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Курск, 24-25 декабря 2018 года / Курский государственный медицинский университет. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2018. – С. 123-125.

85. Мосийчук, О.М. Особенности заболеваемости мочекаменной болезнью в Санкт-Петербурге /О.М. Мосийчук// Материалы XXIII конгресса Российского общества урологов, 14-16 сентября 2023 года. – Москва, 2023. – С.57.

86. Мосийчук, О.М. Вопросы заболеваемости взрослого населения болезнями мочевой системы в Санкт-Петербурге /О.М. Мосийчук// Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 28: Сборник научных трудов / Под ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Н.И. Вишнякова, - СПб, 2023. – С. 66-70.

87. Мосийчук, О.М. Вопросы профилактики мочекаменной болезни /О.М. Мосийчук // Материалы Межвузовского международного конгресса «Высшая школа: научные исследования», 7 июля 2023 года. – Москва, 2023. – Т. 2. – С.11-16.

88. Мосийчук, О.М. Современное состояние кадровых ресурсов урологической службы Санкт-Петербурга / О.М. Мосийчук // Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы образования и науки», 31 июля 2023 года. – Тамбов: Научный альманах, 2023. – Т. 7-2, № 105. – С. 60-62.

89. Мосийчук, О.М. Медико-статистическая характеристика больных мочекаменной болезнью / О.М. Мосийчук // Сборник материалов научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций – 2023», 5-6 октября 2023 года. – Саратов, 2023. – С. 34-35.
90. Мосийчук, О.М. Вопросы доступности медицинской помощи при мочекаменной болезни в оценках пациентов / О.М. Мосийчук // Материалы всероссийской научно-практической интернет-конференции молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора с международным участием «Фундаментальные и прикладные аспекты анализа риска здоровью населения – 2023», 11–13 октября 2023 года. – Пермь, 2023. – С. 116-118.
91. Мосийчук, О.М. Вопросы госпитализации больных мочекаменной болезнью / О.М. Мосийчук // Материалы международной научно-практической конференции «Перспективы развития науки и образования», 30 ноября 2023 года. Тамбов: Вестник научных конференций, 2023. – Т. 11-3, № 99. – С. 85-87.
92. Мосийчук, О.М. Заболеваемость мочекаменной болезнью населения Санкт-Петербурга: тенденции и перспективы / Мосийчук О.М., Кочорова Л.В., Вишняков Н.И. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 1. – С. 419-432.
93. Мосийчук, О.М. Заболеваемость мочекаменной болезнью среди лиц старше трудоспособного возраста / О.М. Мосийчук // Материалы VII ежегодной научно-практической конференции урологов СЗФО, 12-13 апреля 2024 года. – Санкт-Петербург: Эко-Вектор, 2024. – С. 61.
94. Мосийчук, О.М. Интенсивность использования лабораторной базы стационаров в лечении пациентов с мочекаменной болезнью / О.М. Мосийчук // Сборник материалов Межвузовского международного конгресса «Высшая школа: научные исследования», 22 февраля 2024 года. – Москва, 2024. – С.158-160.
95. Мосийчук, О.М. Госпитализированная заболеваемость мочекаменной болезнью. Сборник материалов XI международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины» и «V спутникового форума по

общественному здоровью и политике здравоохранения», 27-28 марта 2024 года. – Баку, Азербайджан, 2024. – С. 88-89.

96. Мосийчук, О.М. Современное состояние метафилактики мочекаменной болезни. Сборник материалов XIII Международной научной конференции «Многопрофильная клиника XXI века. Инновации и передовой опыт, 25-26 апреля 2024 года. – Санкт-Петербург, 2024. – С. 165-168.

97. Мосийчук, О.М. Микроперкутанная нефролитотрипсия в лечении больных нефролитиазом: медицинские и организационные аспекты / О.М. Мосийчук, Н.Ю. Костенков // Урологические ведомости. – 2024. – Т. 14, № 1. – С. 89-97.

98. Мосийчук О.М. Лучевая диагностика в структуре качества медицинской помощи при мочекаменной болезни / О.М. Мосийчук, Ю.М. Ивашкин // Организационные и клинические вопросы оказания медицинской помощи: сб. науч. трудов под ред. А. С. Федонникова, М. В. Еругиной, О. В. Колоколова [и др.]; СГМУ им. В. И. Разумовского. – Саратов, 2024. – С. 139-142.

99. Мосийчук, О.М. Вопросы приверженности больных мочекаменной болезнью к профилактическим мероприятиям /О.М. Мосийчук //Материалы международной научно-практической конференции «Наука, образование, общество», 31 августа 2024 года. – Тамбов: Вестн. науч. конференций, 2024. – Т. 8-1, № 108. – С. 43-44.

100. Мосийчук, О.М. Фактическая маршрутизация больных мочекаменной болезнью для получения специализированной медицинской помощи / О.М. Мосийчук // Сборник материалов Межвузовского международного конгресса «Высшая школа: научные исследования», 5 сентября 2024 года. – Москва, 2024. – С. 142-145.

101. Мосийчук, О.М. К вопросу о реализации лечебно-диагностических мероприятий при мочекаменной болезни / О.М. Мосийчук // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации», 6 декабря 2024 года. – Иркутск, 2024. – Т. 2. – С. 215-217.

102. Мосийчук, Ю.М. Уровень информированности больных о факторах риска развития рецидивов мочекаменной болезни как критерий доступности медицинской помощи. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 1. – С. 958-970.
103. Мосийчук, О.М. Вопросы качества оказания первичной медико-санитарной помощи при мочекаменной болезни. Материалы VIII Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», 25-26 ноября 2024 года. – Донецк, 2024. – С. 607.
104. Мосийчук, О.М. Недостатки и дальнейшее развитие организации медицинской помощи при мочекаменной болезни в оценках врачей-урологов / О.М. Мосийчук, К.С. Клюковкин, Л.В. Кочорова, М.З. Булиа // Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 2. – С. 26-33.
105. Мосийчук, О.М. Избыточный вес как фактор развития мочекаменной болезни: взгляд пациента / О.М. Мосийчук, И.Л. Левченко // Сборник материалов Межвузовского международного конгресса «Высшая школа: научные исследования», 26 декабря 2024 года. – Мск: изд. Инфинити, 2024. – Т. 2. – С. 133-136.
106. Мочекаменная болезнь: организация медицинской помощи в военно-медицинских учреждениях центрального подчинения / Е.В. Крюков, А.В. Есипов, В.В. Протошак [и др.]// Военно-медицинский журнал. – 2022. – Т.343, №2. –С.4-14.
107. Мудрецова, Е.И. Изучение влияния качества питьевой воды на заболеваемость населения Тульской области мочекаменной болезнью / Е.И. Мудрецова, К.Р. Максимова, А.С. Игнаткова // Конкурс молодых учёных: сборник статей Международного научно-исследовательского конкурса, Пенза, 20 января 2020 года. – Пенза: «Наука и Просвещение», 2020. – С. 297-300.
108. Набережная, И.Б. К вопросу о повышении уровня информированности врачей о высокотехнологичной медицинской помощи / И.Б. Набережная, У.Д. Захарова // Общественное здоровье. – 2023. – № 2. – С. 41-46.

109. Нагиев, Р.Л. Организация стационарного лечения пациентов с мочекаменной болезнью в Республике Татарстан / Р.Л. Нагиев // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009. – № 1(21). – С. 52-60.
110. Назаров, Т.Х. Сравнительный анализ данных двухэнергетического компьютерного томографа и результатов минералогического исследования мочевых камней при уролитиазе / Т.Х. Назаров, И.В. Рычков, Д.Г. Лебедев, К.Е. Трубникова // Лучевая диагностика и терапия. – 2018. – № 2. – С. 54-58.
111. Неймарк, А.И. Мочекаменная болезнь. Вопросы лечения и реабилитации / А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, И.В. Каблова. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 216 с.
112. Общая картина состояния урологической службы, основных показателей деятельности, эпидемиологических процессов в Ураине (2016-2017 гг.) / Н.О. Сайдакова, О.В. Шуляк, С.П. Дмитришин [и др.] // Урология. – 2018. – Т. 22, № 3(86). – С. 6-10.
113. Омарова, Х.М. Оценка влияния качества и микроэлементного состава питьевой воды на заболеваемость мочекаменной болезнью в различных регионах Дагестана / Х.М. Омарова, И.Х. Магомедова, Э.С. Ибрагимова // Урология. – 2018. – № 6. – С. 60-65.
114. Опыт организации «Школы больного мочекаменной болезнью» для амбулаторного лечения пациентов с уролитиазом / Н.С. Барсук, Б. Н. Жиборев, Л.Е. Караушева [и др.] // Вопросы клинической урологии: Межрегиональный сборник научных трудов, посвященный 100-летию организации урологического общества в России. – Рязань: ГУП РО «Рязанская областная типография», 2007. – С. 20-21.
115. Опыт применения двухэнергетической компьютерной томографии у пациента с мочекаменной болезнью / Л.Б. Капанадзе, Н.С. Серова, В.И. Руденко, К.А. Александрова // Медицинская визуализация. – 2018. – Т. 22, № 4. – С. 59-64.
116. Организационные аспекты лечения мочекаменной болезни в условиях стационара / И.В. Зубков, Е.А. Жидкова, Ф.А. Севрюков [и др.] // Вятский медицинский вестник. – 2020. – № 4(68). – С. 57-65.

117. Организация и анализ медицинской помощи больным с мочекаменной болезнью в военно-медицинских организациях второго уровня / Е.В. Крюков, В.В. Протошак, М.В. Паронников [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 342, № 11. – С. 25-35.
118. Организация неотложной помощи детям с мочекаменной болезнью / С.В. Александров, Р.Т. Батрутдинов, А.В. Емельяненко [и др.] // Детская хирургия. – 2019. – Т. 23, № 1S1. – С. 11.
119. Организация школы для пациентов с мочекаменной болезнью / Ж.А. Васильева, О.В. Васильев, Н.В. Туркина, Г.Я. Игнатова // Медицинская сестра. – 2008. – № 2. – С. 22-23.
120. Особенности клинической картины мочекаменной болезни в зависимости от размера, локализации и химического состава конкрементов мочевого тракта у военнослужащих / Д.К. Магомедов, М.Б. Шряничникова, З.Ф. Тагожонов [и др.] // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т. 8, № 4(28). – С. 449-458.
121. Оценка жителями Российской Федерации своего здоровья и условий получения медицинской помощи / В.И. Стародубов, Л.И. Меньшикова, А.Ш. Сененко, А.В. Зубко // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 8. – С. 25-38.
122. Оценка ресурсов здравоохранения Кировской области в обеспечении населения урологической помощью при мочекаменной болезни / И.В. Зубков, Ф.А. Севрюков, Н.И. Гурвич, В.А. Фетисов // Вятский медицинский вестник. – 2019. – № 1(61). – С. 49-54.
123. Оценка связи заболеваемости населения Воронежской области с водным фактором / И.И. Механтьев, О.В. Клепиков, С.А. Куролап, Л.А. Масайлова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2021. – Т. 15, № 3. – С. 40-46.
124. Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, О.Е. Качкова [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2019. – Т. 23, № 1. – С. 104-114.

125. Пациентоориентированный подход: анализ взаимосвязи оценки пациентами результативности медицинской помощи и условий её оказания / Н.Г. Бразовская, И.А. Деев, О.С. Кобякова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65, № 5. – С. 1.
126. Пациентоцентричная модель здравоохранения. Профилактические мероприятия территориального органа Росздравнадзора как инструмент повышения качества оказания первичной медико-санитарной помощи / Н.А. Зильбер, О.Н. Воеводова, А.А. Лялина [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2023. – № 2. – С. 27-33.
127. Правительство Российской Федерации. Постановление от 28.12.2023 № 2353 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408223431/> (Дата обращения: 14.01.2024).
128. Приверженность пациентов к метафилактике мочекаменной болезни / М.Ю. Просянкин, А.В. Сивков, О.В. Константинова [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2022. - № 2. – С. 54-65.
129. Применение инфракрасной спектроскопии в диагностике мочекаменной болезни / А.С. Гордеев, О.В. Красникова, О.С. Стрельцова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6. – С. 175.
130. Применение метода ионной хроматографии в метафилактике мочекаменной болезни / Ф.П. Капсаргин, Е.В. Юсенко, Л.Ф. Зуева [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – № 2(92). – С. 41-46.
131. Применение телемедицинской веб-платформы NetHealth.ru как инструмента поддержки клинических решений в урологии / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, А.В. Владимировский [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2015. – № 3. – С. 4-11.
132. Проскурин, Е.А. Организация школы мочекаменной болезни на территории Воронежской области / Е.А. Проскурин // Сборник докладов конференции «инновационные технологии диагностики и профилактики заболеваний, стандарты

лечения, медицинское оборудование и материалы на службе здоровья нации»: Региональная научная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых, Воронеж, 28 ноября 2019 года. – Воронеж: Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, 2019. – С. 34.

133. Протошак, В.В. Качество жизни больных с уретеролитиазом / В.В. Протошак, М.В. Паронников, А.О. Киселев // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – № 4. – С. 42-49.

134. Разработка организационной модели пациентоориентированной медицины в Российской Федерации / О.Е. Качкова, Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова [и др.]. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Русайнс», 2019. – 208 с.

135. Распространенность и предикторы заболеваемости мочекаменной болезнью на примере отдельно взятого региона / О.С. Стрельцова, В.Н. Крупин, В.Ф. Лазукин [и др.] // Урологические ведомости. – 2022. – Т. 12, № 2. – С. 105-116.

136. Реабилитация больных мочекаменной болезнью после дистанционной литотрипсии на курорте / Д.М. Каскеев, А.Ч. Усупбаев, Р.У. Амираев, Р.А. Маматбеков // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2013. – № 4. – С. 23-25.

137. Реализация профилактики мочекаменной болезни в рамках первичной медико-санитарной помощи / Мосийчук О.М., Вишняков Н.И., Кочорова Л.В., Клюковкин К.С., Ивашикин Ю.М., Ротарь Р.Ю. // Медицина и организация здравоохранения. – 2024. - № 3. – С. 100-108.

138. Ренальные и экстраренальные факторы риска мочекаменной болезни у детей / Э.А. Юрьева, Е.С. Воздвиженская, Н. Н. Новикова [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – Т. 63, № 2. – С. 42-47.

139. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд, число и обеспеченность населения койками различных профилей: статистические материалы / Е.Г. Котова, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов [и др.]. – Москва: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2022. – 63 с.

140. Роль диетического питания и фитотерапии в профилактике и лечении мочекаменной болезни / Н.В. Харченко, Г.А. Анохина, И.Я. Лопух, А.И. Бойко // Здоровье мужчины. – 2012. – № 4(43). – С. 45.
141. Роль санаторно-курортного лечения в реабилитации после дистанционной ударно-волновой литотрипсии у пациентов с мочекаменной болезнью / Н.И. Калягин, Г.Ш. Насибуллина, И. Эмад, А.А. Макарян // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы III Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, III Форума медицинских и фармацевтических ВУЗов России «За качественное образование», Екатеринбург, 03-05 апреля 2018 года. Том 2. – Екатеринбург: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации», 2018. – С. 829-834.
142. Роль маркеров острого повреждения почек при проведении литотрипсии конкрементов высокой плотности / Т.Х. Назаров, Б.К. Комяков, И.В. Рычков, К.Е. Трубникова, А.И. Турсунов // Урология. – 2019. - № 1. – С. 23-27.
143. Российская Федерация. Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения: 14.07.2023).
144. Рукавкова, Е.М. Гигиеническая оценка качества питьевой воды и распространения мочекаменной болезни на территории Орловской области / Е.М. Рукавкова, Ю.А. Бурова, М.В. Храпач // Молодежные исследования сегодня: Сборник статей V Международной научно-практической конференции, Петрозаводск, 03 апреля 2023 года. – Петрозаводск: Международный центр научного партнерства «Новая Наука» (ИП Ивановская И.И.), 2023. – С. 80-83.
145. Рукавкова, Е.М. Гигиеническая оценка обеспечения населения доброкачественной питьевой водой и распространения мочекаменной болезни на территории Орловской области / Е.М. Рукавкова, Ю.Н. Клушина, Е.А. Кузьмина // Экология, рациональное природопользование и охрана окружающей среды: Материалы III Международных экологических чтений, посвященных году

экологии в России, Владикавказ, 29 марта 2017 года / Научный редактор И.А. Рудакова. – Владикавказ: Издательство «Перо», 2017. – С. 14-17.

146. Русскоязычная версия Висконсинского опросника для оценки качества жизни у пациентов с мочекаменной болезнью (Wisconsin stone-QOL (WISQOL)): результаты пилотного исследования / А.Ю. Шестаев, М.В. Паронников, В.В. Протошак [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. – Т. 34, № 2. – С. 50-57.

147. Салагай, О.О. Общественное здоровье в национальных проектах Российской Федерации / О.О. Салагай // Московская медицина. – 2021. – № 6(46). – С. 22-24.

148. Санкт-Петербург. Закон 14.12.2022 № 737-121 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2023 год и на плановый период 2024 2025 годов». – URL: <https://base.garant.ru/405985553/> (Дата обращения: 14.07.2023).

149. Санкт-Петербург. Закон 21.12.2023 № 802-170 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2024 год и на плановый период 2025 2026 годов». – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/7800202312290012> (Дата обращения: 14.07.2023).

150. Сачек, М.М. Пациентоориентированное здравоохранение / М.М. Сачек, А.В. Маймур // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2021. – № 3(108). – С. 33-44.

151. Севостьянова, О.А. Факторы и уровень заболеваемости мочекаменной болезнью населения Томской области / О.А. Севостьянова, А.К. Полиенко, В.А. Осадчий // Современные проблемы гидрогеологии, инженерной геологии и гидрогеоэкологии Евразии: Материалы Всероссийской конференции с международным участием с элементами научной школы, Томск, 23-27 ноября 2015 года / Национальный исследовательский Томский политехнический университет. – Томск: Национальный исследовательский Томский политехнический университет, 2015. – С. 546-550.

152. Сердюцкая, У.С. Состав, структура и литолиз уратных мочевых камней у пациентов Ивановской области / У.С. Сердюцкая, А.И. Стрельников // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека: Материалы V Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, Иваново, 09-11 апреля 2019 года. – Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2019. – С. 134-136.
153. Соболевская, М.С. Внедрение пациентоориентированных технологий в здравоохранении / М.С. Соболевская // Управление персоналом, социальными и бизнес-коммуникациями: методы, модели, технологии: материалы Всероссийской научно-практической конференции, Москва, 28 марта 2019 года / Государственный университет управления. – Москва: Государственный университет управления, 2019. – С. 71-72.
154. Совет при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам. Протокол от 24.12.2018 N 16. Паспорт национального проекта «Здравоохранение». – Текст: электронный. – 2018. – URL: <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 10.11.2023).
155. Современные возможности растворения уратных камней мочеточника / Ю.Г. Аляев, Н.К. Дзеранов, Л.М. Рапопорт [и др.] // Клиническая нефрология. – 2012. – № 4. – С. 63-65.
156. Современные проблемы эпидемиологии, диагностики и лечения осложнений мочекаменной болезни // Вестник проблем биологии и медицины. – 2019. – Т. 2, №. 1(149). – Р. 102-104.
157. Современные физико-химические методы и информационные технологии изучения активности камнеобразования / Г.М. Кузьмичева, П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 2. – С. 181.
158. Соломчак, Д.Б. Анализ организации хирургического лечения больных мочекаменной болезнью в учреждениях здравоохранения различных уровней и форм собственности / Д.Б. Соломчак // Урология. – 2017. – Т.21, №1(80). – С. 16-21.
159. Сравнительный анализ и оценка поликлинической работы на втором уровне оказания урологической помощи населению в регионе в рамках разработанной

- трехуровневой системы / И.Э. Есауленко, О.В. Золотухин, А.И. Авдеев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 9. – С. 31-41.
160. Стадченко, Н. Общая задача – пациентоориентированная модель / Н. Стадченко // Современные страховые технологии. – 2018. – № 5. – С. 14-17.
161. Стандартная операционная процедура «Проведение углубленной диспансеризации граждан, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»: Методические рекомендации / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, Ю.В. Якимова, Ю.С. Раковская. – Москва: ООО «Силиця-Полиграф», 2023. – 36 с.
162. Статистический сборник 2016. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2016 г. / Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава РФ. – Москва, 2016. – 139 с.
163. Стратегия развития специализированной медицинской помощи больным, страдающим мочекаменной болезнью, в Вооруженных Силах Российской Федерации / А.А. Серговец, Е.В. Крюков, В.В. Протошак [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2022. – Т. 24, № 1. – С. 91-100
164. Сулейманов, С. И. Обоснование эффективности современных методов лабораторного контроля при проведении метафилактических мероприятий у пациентов с различными формами мочекаменной болезни / С.И. Сулейманов, З.А. Кадыров, В.Ш. Рамишвили // Клиническая лабораторная диагностика. – 2018. – Т. 63, № 3. – С. 148-152.
165. Суслин, С.А. Пациентоориентированные технологии организации медицинской помощи в стационаре / С.А. Суслин, А.В. Вавилов, Р.И. Гиниятулина // Наука и инновации в медицине. – 2019. – Т. 4, № 2. – С. 48-52.
166. Тенденции в эпидемиологии и метафилактике мочекаменной болезни / Б.М. Султанов, И.В. Колесниченко, Р.М. Курбаналиев, А.Т. Адиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2017. – Т. 17, № 7. – С. 161-163.
167. Тиктинский, О.Л. Мочекаменная болезнь / О.Л. Тиктинский, В.П. Александров. – Санкт-Петербург: Питер, 2000. – 378 с.

168. Титова, С.Н. Распространенность мочекаменной болезни и других заболеваний мочеполовой системы среди населения Воронежской области / С.Н. Титова, В.П. Косолапов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019. – № 75. – С. 159-167.
169. Тодоров, С.С. Этиопатогенетическая роль химического состава воды в развитии мочекаменной болезни в Ростовской области / С.С. Тодоров, Т.С. Колмакова // Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения: Материалы V межрегиональной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 19 октября 2018 года. – Ростов-на-Дону: Волгоградский институт управления – филиал ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ», 2018. – С. 119-123.
170. Трансформация здравоохранения к пациентоориентированной модели / А.М. Харисов, А.Ф. Сухотерин, П.С. Селезнев [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – № 3-4. – С. 96-104.
171. Тухватуллина, Т.Ш. Анализ зависимости заболеваний мочеполовой системы от качества воды в различных районах Удмуртской республики в 2020 г / Т.Ш. Тухватуллина, Д.В. Омелюхина, Д.А. Толмачев // Modern Science. – 2022. – № 12-2. – С. 92-95.
172. Улумбекова, Г.Э. О доступности высокотехнологичной медицинской помощи в России / Г.Э. Улумбекова // Заместитель главного врача. – 2015. – № 3(106). – С. 6-15.
173. Ульянов, Ю.А. От пациентоориентированной медицины к 4п-медицине: семантический аспект тренда / Ю.А. Ульянов, Э.М. Зарипова, Э.Н. Мингазова // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 9. – С. 26-29.
174. Федеральная служба государственной статистики. Приказ от 27.12.2022 № 985 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны

здоровья»: – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_436893/ (дата обращения: 11.10.2024).

175. Хальфин, Р.А. О критериях оценки деятельности медицинских организаций в новой пациентоориентированной системе здравоохранения / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.П. Столбов // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 4. – С. 13-16.

176. Хохлов, А.Л. Концепция пациентоориентированности в медицине и фармации / А.Л. Хохлов, Д.А. Сычев // Пациентоориентированная медицина и фармация. – 2023. – Т. 1, № 1. – С. 1-4.

177. Черненко, В.В. Повышение эффективности реабилитации у больных мочекаменной болезнью после проведения литотрипсии / В.В. Черненко, Д.В. Черненко // Урология. – 2015. – Т. 19, № 4(75). – С. 14-20.

178. Чугунова, О.Л. Основные факторы риска развития мочекаменной болезни у детей / О.Л. Чугунова, М.В. Шумихина, Л.В. Павлушкина // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2018. – Т. 97, № 5. – С. 93-103.

179. Шамансурова, Э.А. Роль pH мочи при уролитиазе у детей / Э.А. Шамансурова, Ш.А. Абдуразакова // Российский педиатрический журнал. – 2022. – Т. 3, № 1. – С. 341.

180. «Школа здоровья и активного социального долголетия» как инструмент вовлечения пациентов в заботу о своем здоровье / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, И.А. Шадеркин [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2016. – № 3. – С. 14-19.

181. Эволюция подходов в лечении мочекаменной болезни. Мультицентровой анализ работы 5 урологических отделений многопрофильных стационаров г. Москвы / С.В. Котов, С.В. Беломытцев, И.Э. Мамаев [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – Т. 13, № 5. – С. 51-59.

182. Эпидемиология мочекаменной болезни в Пермском крае: результаты 30-летнего изучения / М.И. Давидов, Д.И. Дремин, О.Е. Никонова, Т.С. Гущина // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019. – № 3. – С. 4-10.

183. Эпидемиология мочекаменной болезни в различных регионах Российской Федерации / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Т.В. Солнцева, В.А. Комарова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. – Т. 1, № 3. – С. 167-176.
184. Эпидемиология мочекаменной болезни в различных регионах Российской Федерации по данным официальной статистики / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Т.В. Солнцева [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 2. – С. 120.
185. Эпидемиология мочекаменной болезни и результаты пилотного исследования использования фиброкаликотрипсии / И.В. Зубков, В.Х. Битеев, П.Н. Коротаев [и др.] // РМЖ. – 2021. – Т. 29, № 8. – С. 7-10.
186. Эпидемиология мочекаменной болезни с учетом региональных особенностей качества питьевой воды Красноярского края / Ф.П. Капсаргин, Е.А. Алексеева, А.О. Суховерхова, Л.Ф. Зуева // Актуальные вопросы урологии: сборник научных трудов V конгресса урологов Сибири с международным участием, Красноярск, 13-14 мая 2016 года. – Красноярск: КАСС, 2016. – С. 320-324.
187. Эффективность применения импульсного низкочастотного электростатического поля в реабилитации работников плавсостава с мочекаменной болезнью на Железноводском курорте / Т.М. Симонова, Н.В. Ефименко, В.В. Настюков, А.М. Мкртчян // Медицина экстремальных ситуаций. – 2020. – Т. 22, № 1. – С. 21-27.
188. A 10-Year Retrospective Review of Nephrolithiasis in the Navy and Navy Pilots / J. Masterson, C. Phillips, N. Crum-Cianflone [et al.] // Journal of Urology. – 2017. – Vol. 198, № 2. – P. 394-400.
189. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences / C. Schoen, R. Osborn, M.M. Doty [et al.] // Health Affairs. (Millwood). – 2009. – Vol. 28, № 6. – P. 1171-1185.
190. Abdel-Halim, R.E. A review of urinary stone analysis techniques / R.E. Abdel-Halim, M.R. Abdel-Halim // Saudi Medical Journal. – 2006. – Vol. 27. – P. 1462-1467.

191. Aktualisierung der S2k-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis (AWMF Registernummer 043-025): Was ist neu? / C. Seitz, T. Bach, M. Bader [et al.] // *Urologe A*. – 2019. – Bd. 58, № 11. – P.1304-1312.
192. Aktuelle Entwicklungen und Trends in der Urologie / H.P. Schmid, P. Betschart, V. Zumstein [et al.] // *Praxis (Bern 1994)*. – 2017. – Bd. 106, № 11. – S. 583-587.
193. Arpey, N.C. How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study / N.C. Arpey, A.H. Gaglioti, M.E. Rosenbaum // *Journal of Primary Care & Community Health*. 2017. – Vol. 8, № 3. – P. 169-175.
194. Beyond Prevalence: Annual Cumulative Incidence of Kidney Stones in the United States / G. Tundo, A. Vollstedt, W. Meeks, V. Pais // *Journal of Urology*. – 2021. – Vol. 205, № 6. – P. 1704-1709.
195. Bildgebende Diagnostik bei Harnsteinen. Aktueller Stand und neue Trends / M. Thalgott, F. Kurtz, J.E. Gschwend, M. Straub // *Urologe A*. – 2015. – Bd. 54, № 7. – P. 948-955.
196. Choi, S. Urologic Diseases in Korean Military Population: a 6-year Epidemiological Review of Medical Records/ S. Choi, C. Yoon // *Journal of Korean Medical Science*. – 2017. – Vol. 32, № 1. – P. 135-142.
197. Coe, F.L. Kidney stone disease / F.L. Coe, A. Evan, E. Worcester // *Journal of Clinical Investigation*. – 2005. – Vol. 115. – P. 2598-2608.
198. Curhan, G. Epidemiology of Stone Disease / G. Curhan // *Urologic Clinics of North America*. – 2007. – Vol. 34, № 3. – P. 287-293.
199. Current Trends in Urolithiasis Treatment in Various European Health Systems / L. Durner, C. Bach, F. El Howairis Mel [et al.] // *Urologia Internationalis*. – 2016. – Vol. 96, № 2. – P. 125-131.
200. Daudon M., Lacour B., Jungers P. High prevalence of uric acid calculi in diabetic stone formers / M. Daudon, B. Lacour, P. Jungers // *Nephrology Dialysis Transplantation*. – 2005. – Vol. 20, № 2. – P. 468-469.
201. Determinants of health-related quality of life for patients after urinary lithotripsy: ureteroscopic vs. shock wave lithotripsy / S. Hamamoto, R. Uno, K. Taguchi [et al.] // *Urolithiasis*. – 2018. – Vol. 46, № 2. – P. 203-210

202. Dietary treatment of urinary risk factors for renal stone formation. A review of CLU Working Group / D. Prezioso, P. Strazzullo, T. Lotti [et al.] // *Archivio Italia di Urologia e Andrologia*. – 2015. – Vol. 87, № 2. – P. 105-120.
203. EAU Guidelines on Diagnosis and Conservative Management of Urolithiasis / C. Türk, A. Petřík, K. Sarica [et al.] // *European Urology*. – 2016. – Vol. 69, №3. – P. 468-474.
204. EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis / C. Türk, A. Petřík, K. Sarica [et al.] // *European Urology*. – 2016. – Vol. 69, № 3. – P. 475-482.
205. Fatkhi, R. A. Epidemiology of urolithiasis in the Turkestan region / R. A. Fatkhi, Sh. M. Seidiv // *Science & Healthcare*. – 2021. – Vol. 23, №. 3. – P. 139-145.
206. Fatkhi, R. A. Relationship between the prevalence of urolithiasis and water quality / R. A. Fatkhi, Sh. M. Seidiv // *Science & Healthcare*. – 2021. – Vol. 23, №5. – P. 101-108.
207. Goodrich, J. Seeing the person in the patient – The Point of Care review paper / J. Goodrich, J. Cornwell. – 2008. – 78 p.
208. Impact of urinary stone volume on computed tomography stone attenuations measured in Hounsfield units in a large group of Austrian patients with urolithiasis / B.M. Al-Ali, J. Patzak, A. Lutfi [et al.] // *Central European Journal of Urology*. – 2014. – Vol. 67, № 3. – P. 289-295.
209. Implementation of a Ureteric Colic Telemedicine Service: A Mixed Methods Quality Improvement Study / C.S.H. Ong, J. Lu, Y.Q. Tan [et al.] // *Urology*. – 2021. – Vol. 147. – P. 14-20.
210. Jichlinski, P. Urologie / P. Jichlinski // *Revue Médicale Suisse*. – 2014. – Vol. 10, № 412-413. – P. 127-129.
211. Johnson, B.H. Partnering with Patients, Residents, and Families: A Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities / B.H. Johnson, M.R. Abraham. - Bethesda Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012.
212. Jury, S.C. Data review of an ongoing telehealth programme in a tertiary paediatric hospital / S.C. Jury, A.J. Kornberg // *Journal of Telemedicine and Telecare*. – 2014. – Vol. 20, № 7. – P. 384-390.

213. Kasidas, G.P. Renal stone analysis: why and how? / G.P. Kasidas, C.T. Samuell, T.B. Weir // *Annals of Clinical Biochemistry*. – 2004. – Vol. 4, № 1. – P. 91-97.
214. Khatami, A. An improvement project within urological care / A. Khatami, K. Rosengren // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. – 2015. – Vol. 28, № 4. – P. 412-422.
215. Knoll, T. New techniques in contemporary stone management / T. Knoll // *Current Opinion in Urology*. – 2016. – Vol. 26, № 1. – P. 49.
216. Lotan, Y. Economics and cost of care of stone disease / Y. Lotan // *Advances in Chronic Kidney Disease*. – 2009. – Vol. 16. – P. 5-10.
217. Netsch, C. Nierenkelchsteine / C. Netsch, A.J. Gross // *Urologe A*. – 2013. – Bd. 52, № 8. – S. 1135-1148.
218. Patient-centred online healthcare: the way to increase access to medical care in Kazakhstan / M. Ainabekov, Y. Uteuliev, A. Tazhiyeva, S. Nurakysh // *Вестник Казахского национального медицинского университета*. – 2020. – № 4. – P. 401-403.
219. Penniston, K.L. Development of an instrument to assess the health related quality of life of kidney stone formers / K.L. Penniston, S.Y. Nakada // *Journal of Urology*. – 2013. – Vol. 189. – P. 921-930.
220. Prevalence of kidney stones in the United States / C. Scales, A. Smith, J. Hanley, C. Saigal // *European Urology*. – 2012. – Vol. 62, № 12. – P. 160-165.
221. Quality control in urinary stone analysis: results of 44 ring trials (1980-2001) / A. Hesse, R. Kruse, W.J. Geilenkeuser [et al.] // *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. – 2005. – Vol. 43. – P. 298-303.
222. Renal stone epidemiology in Rochester, Minnesota: an update / J. Lieske, L. Pena de la Vega, J. Slezak [et al.] // *Kidney International*. – 2006. – Vol. 69, №4. – P. 760-764.
223. Risk of chronic and end stage kidney disease in patients with nephrolithiasis / J. Shoag, J. Halpern, D.S. Goldfarb, B.H. Eisner // *Journal of Urology*. – 2014. – Vol. 192. – P. 1440-1445.
224. Romero, V. Kidney stones: a global picture of prevalence, incidence, and associated risk factors / V. Romero, H. Akpınar, D. Assimos // *Reviews in Urology*. – 2010. – Vol. 2, № 2-3. – P. 86-96.

225. Rove, K.O. Trends in pediatric urologic consultations in a tertiary care hospital setting / K.O. Rove, J.C. Warncke, V.M.Vemulakonda // *Journal of Pediatric Urology*. – 2018. – Vol. 14, № 1. – P. 12.e1-12.e8.
226. S2k-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis (AWMF 043/025): Kurzfassung / T. Knoll, T. Bach, U. Humke [et al.] // *Urologe A*. – 2016. – Bd. 55, № 7. – S. 904-922.
227. Sakhaee, K. Clinical review. Kidney stones 2012: pathogenesis, diagnosis and management / K. Sakhaee, N.M. Maalouf, B. Sinnott // *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. – 2012. – Vol. 97, № 6. – P. 1847-1860.
228. Schoenthaler, M. Moderne Steintherapie: Zwischen Individualisierung und Guidelines / M. Schoenthaler, M. Straub // *Urologe A*. – 2016. – Bd. 55, № 10. – S. 1289-1290.
229. Suror, D.J. Identification standards for human urinary calculus components, using crystallographic methods / D.J. Suror, S. Scheidt // *The British Journal of Urology*. – 1968. – Vol. 40. – P. 22-28.
230. Taber, J.M. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data / J.M. Taber, B. Leyva, A. Persoskie // *Journal of General Internal Medicine*. – 2015. – Vol. 30, № 3. – P. 290-297.
231. The «Acute» Stone Clinic Effect: Improving Healthcare Delivery by Reorganizing Clinical Resources / M.A. Assmus, S. De, T.D. Schuler [et al.] // *Journal of Endourology*. – 2017. – Vol. 31, № 10. – P. 1096-1100.
232. The effect of calcium channel blockers on stone regrowth and recurrence after shock wave lithotripsy / K. Sarica, Y. Inal, S. Erturhan, F. Yagci // *Urological Research*. – 2006. – Vol. 34. – P. 184-189.
233. The Impact of Stone Multiplicity on Surgical Decisions for Patients with Large Stone Burden: Results from ReSKU / S. Zetumer, S. Wiener, D.B. Bayne [et al.] // *Journal of Endourology*. – 2019. – Vol. 33, № 9. – P. 742-749.
234. The Impact of Technique Standardization on Total Operating and Fluoroscopy Times in Simple Endourological Procedures: A Prospective Study / A.E. Dellis, A.A. Skolarikos, K. Nastos [et al.] // *Journal of Endourology*. – 2018. – Vol. 32, № 8. – P. 747-752.

235. The initiation of a preoperative and postoperative telemedicine urology clinic / E.S. Park, B.H. Boedeker, J.L. Hemstreet, G.P. Hemstreet // *Studies in Health Technology and Informatics*. – 2011. – Vol. 163. – P. 425-427.
236. The ROKS Mammogram for predicting a second symptomatic stone episode / A.D. Rule, J.C. Lieske, X. Li [et al.] // *Journal of the American Society of Nephrology*. – 2014. – Vol. 25, № 12. – P. 2878-2786.
237. The Urological Association of Asia clinical guideline for urinary stone disease / K. Taguchi, S.Y. Cho, A.C. Ng [et al.] // *International Journal of Urology*. – 2019. – Vol. 26, № 7. – P. 688-709.
238. Trends in the management of urolithiasis in Latin America, Spain and Portugal: results of a survey in the Confederación Americana de Urología (CAU) / J.C. Angulo, N. Bernardo, H. Zampolli [et al.] // *Actas Urológicas Españolas (Engl Ed)*. – 2018. – Vol. 42, № 1. – P. 33-41.
239. Tzelves, L. European Association of Urology Urolithiasis Guidelines: Where Are We Going? / Tzelves L., Türk C., Skolarikos A. // *European Urology Focus*. – 2021. – Vol. 7, № 1. – P. 34-38.
240. Urinary volume, water and recurrences in idiopathic calcium nephrolithiasis: a 5-year randomized prospective study / L. Borghi, T. Meschi, F. Amato [et al.] // *Journal of Urology*. – 1996. – Vol. 155. – P. 839.
241. Using telemedicine in the care of newborn infants after discharge from a neonatal intensive care unit reduced the need of hospital visits / C. Robinson, A. Gund, B.A. Sjöqvist, K. Bry // *Acta Paediatrica*. – 2016. – Vol. 105, № 8. – P. 902-909.
242. Worcester, E.M. Clinical practice. Calcium kidney stones / E.M. Worcester, F.L. Coe // *The New England Journal of Medicine*. – 2010. – Vol. 363, № 10. – P. 954-963.
243. Zequi, S.C. The fate of some urologic innovations from the last century / S.C. Zequi // *International Brazilian Journal of Urology*. – 2017. – Vol. 43, № 5. – P. 796-797.

Приложение А

**Карта изучения заболеваемости мочекаменной болезнью в субъектах
Российской Федерации**

1. Год _____

2. ФО (отметить)

Российская Федерация	Сибирский	Дальневосточный
Центральный	Приволжский	Уральский
Северо-Западный	Южный	Северо-Кавказский

3. Наименование субъекта РФ _____

4. Показатели заболеваемости

Показатель	Значение показателя
Заболеваемость (грубый на 100 000 насел.) всего	
Болезни мочеполовой системы всего, в т.ч.:	
из них:	
гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника	
почечная недостаточность	
мочекаменная болезнь	
другие болезни мочевой системы	
Заболеваемость (стандартизованный на 100 000 населения, мировой стандарт) всего	
Болезни мочеполовой системы всего, в т.ч.:	
из них: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника	
почечная недостаточность	
мочекаменная болезнь	
другие болезни мочевой системы	

Приложение Б

**Карта изучения динамики заболеваемости мочекаменной болезнью
в Санкт-Петербурге**

1. Наименование медицинской организации _____

2. Год _____ 3. Численность обслуживаемого населения _____

4. Сведения о заболевании

Заболевание	Значение	
	Количество зарегистрированных больных	Показатель заболеваемости на 100 тыс. прикрепленного населения
Болезни мочеполовой системы всего		
из них: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника		
почечная недостаточность		
мочекаменная болезнь		
другие болезни мочевой системы		

Приложение В

Карта изучения госпитализированной заболеваемости мочекаменной болезнью в Санкт-Петербурге

1. Наименование мед. организации _____ 2. Год _____ 3. Численность
пролеченных _____ 4. Число урологических коек _____

Наименование болезни	№ строки	Выписано пациентов			Проведено выписанными койко-дней	Умерло				
		Всего	из них доставленных экстренно	из них пациентов, доставленных СМП		Всего	Из них			
							проведено патолого-анатомических вскрытий	из них установлено расхождений диагнозов	проведено суд.-медицинских вскрытий	из них установлено расхождений диагнозов
Болезни мочеполовой системы	15.0									
из них: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника	15.1									
почечная недостаточность	15.2									
мочекаменная болезнь	15.3									
другие болезни мочевой системы	15.4									

Приложение Д

**Карта оценки объемов медицинской помощи, предоставляемой при
мочекаменной болезни в Санкт-Петербурге**

1. Наименование медицинской организации _____

2. Год _____ 3. Тип медицинской организации: 1. АПУ 2. Стационар

4. Сведения о медицинской помощи

	Код диагноза по МКБ-10	Кол-во случаев оказания медицинской помощи
Болезни мочеполовой системы всего, в т.ч.:		
из них: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника		
почечная недостаточность		
мочекаменная болезнь		
другие болезни мочевой системы		

Приложение Ж

Карта пациента стационара с мочекаменной болезнью

№	Вопрос	Вариант ответа	Вписать, обвести № варианта ответа
1	Наименование стационара		×
2	Даты госпитализации	указать в формате «дд.мм.гг – дд.мм.гг»	
3	Проведено койко-дней	указать число проведенных койко-дней	
4	Пол	М	1
		Ж	2
5	Возраст	указать число полных лет	
6	Социальная группа	рабочий	1
		служащий	2
		не работает	3
		учащийся	4
		пенсионер	5
		нет сведений	6
7	Инвалидность	нет	1
		1 группы	2
		2 группы	3
		3 группы	4
		нет сведений	5
8	Длительность заболевания	впервые выявлено при данной госпитализации	1
		1-2 года	2
		3-5 года	3
		6-10 лет	4
		11 лет и более	5
		нет сведений	6
9	Амбулаторное наблюдение (по данным анамнеза)	регулярное наблюдение	1
		нерегулярное, при возникновении жалоб	2
		не наблюдается	3
		нет сведений	4
10	Форма госпитализации	плановая	1
		экстренная	2
11	Кто направил в стационар	самостоятельное обращение	1
		скорая помощь	2
		поликлиника	3
		перевод из другого стационара	4
		иной вариант	5
12	Повод к госпитализации по поводу МКБ	первичная	1
		рецидив	2
13	Наличие у больного жалоб (м.б.несколько вариантов ответа)	бессимптомное течение	1
		умеренная боль в поясничной области	2
		почечная колика	3
		микрогематурия	4
		макрогематурия	5
		периодическая лихорадка с ознобом	6
		учащенное мочеиспускание	7
		тошнота, рвота	8
		иные проявления (указать)	9
14	Рентгеноконтрастность камней	рентгеноконтрастные	1
		слаборентгеноконтрастные	2
		рентген неконтрастные	3

№	Вопрос	Вариант ответа	Вписать, обвести № варианта ответа	
15	Этиология камнеобразования	метаболические	1	
		инфекционные	2	
		генетически обусловленные	3	
		прием лекарственных препаратов	4	
		идеопатические	5	
		нет сведений	6	
16	Локализация камней (м.б.несколько вариантов ответа)	верхняя группа чашек	1	
		средняя группа чашек	2	
		нижняя группа чашек	3	
		лоханка	4	
		верхняя треть мочеточника	5	
		средняя треть мочеточника	6	
		нижняя треть мочеточника	7	
17	Размер камней	мелкие камни (менее 1 см.)	1	
		средние камни (1-2 см.)	2	
		крупные камни (более 2 см.)	3	
18	Группа риска рецидива	низкий риск рецидива	1	
		высокий риск рецидива	2	
		нет сведений	3	
19	Сопутствующая патология (м.б.несколько вариантов ответа)	сердечно-сосудистой системы	1	
		желудочно-кишечного тракта	2	
		эндокринной системы	3	
		онкология	4	
		дыхательной системы	5	
		иные заболевания мочеполовой системы (указать)	6 _____	
		иные (указать)	7 _____	
20	Осмотр и лабораторное обследование в стационаре (м.б.несколько вариантов ответа)	физикальное обследование	1	
		клинический анализ крови	2	
		общий анализ мочи	3	
		биохимический (общетерапевтический) анализ крови	4	
		анализ минерального состава мочевых камней	5	
		микробиологическое исследование мочи с оценкой чувствительности к А/Б	6	
		коагулограмма	7	
		консультации специалистов (указать)	8 _____	
		оценка объема суточной мочи	9	
21	Инструментальное обследование в стационаре (м.б.несколько вариантов ответа)	УЗИ почек	указать дату(ы) проведен ия в формате «ДД.мм»	
		обзорная урография		
		в/в урография		
		ретроградная уретеропиелография		
		спиральная компьютерная томография без контрастного усиления		
		компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием		
		КТ-урография		
		антеградная пиелоуретерография		
		иные инструментальные исследования (указать)		
22		медикаментозная литокинетическая терапия	1	

№	Вопрос	Вариант ответа	Вписать, обвести № варианта ответа
	Консервативное лечение (м.б.несколько вариантов ответа)	пероральный хемолиз (литолиз)	2
		дренирование мочевых путей	3
		антибактериальная терапия	4
23	Оперативное лечение (м.б.несколько вариантов ответа)	гибкая уретерореноскопия	указать дату(ы) проведен ия в формате «дд.мм»
		дистанционная ударно-волновая литотрипсия	
		контактная уретеролитотрипсия/литоэкстракция	
		использование страховой струны-проводника	
		антеградная перкутанная уретеролитотрипсия	
		лапароскопическая уретеролитотомия	
		лапароскопическая пиелолитотомия	
		установка катетера-стента	
		перкутанная нефролитотрипсия с литоэкстракцией (нефролитолапаксия)	
		трансстомальная ретроградная нефроуретеролитотрипсия	
		чрескожная пункционная нефростомия	
		нефрэктомия	
24	Дата(ы) операции	указать в формате «дд.мм, дд.мм»	
25	Результат госпитализации (м.б.несколько вариантов ответа)	восстановление оттока мочи из почки	1
		отсутствие признаков системного воспаления	2
		отсутствие воспаления верхних мочевых путей	3
		болевого синдром купирован	4
		отсутствие риска осложнений МКБ	5
		выписан с улучшением	6
		Иные результаты (указать)	7 _____
26	Рекомендации (м.б.несколько вариантов ответа)	наблюдение уролога	1
		наблюдение хирурга	2
		консультация врача-специалиста (указать)	3 _____
		медицинская реабилитация	4
		санаторно-курортное лечение	5
		противорецидивная терапия	6
		соблюдение питьевого режима	7
		контроль объема суточного диуреза	
		ограничение потребления соли	8
		ограничение потребления белка	9
		сбалансированное питание	10
		доп. обследование для выявления метаболических нарушений (ионизированный кальций, мочевая кислота, фосфора, витамина Д в крови, биохимия суточной мочи, уровень паратиреоидного гормона в крови)	11
		контрольное УЗИ	12
		контрольная обзорная урография	13
		контрольный анализ суточной мочи	14

Приложение 3

Анкета пациента стационара с мочекаменной болезнью

Уважаемый пациент! Просим Вас ответить на все вопросы анкеты! Ваше участие поможет выявить проблемы оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни и определить пути их решения!

Спасибо!

Блок А

№	Вопрос	Вариант ответа	выбор ответа (вписать, обвести)
1	Пол	М	1
		Ж	2
2	Возраст	указать число полных лет	
3	Социальная группа	рабочий	1
		служащий	2
		не работаю	3
		учащийся	4
		пенсионер	5
4	Инвалидность	нет	1
		1 группы	2
		2 группы	3
		3 группы	4
5	В каком возрасте у Вас выявлена МКБ	указать число полных лет	
6	Каков Ваш подход к контролю здоровья	ежегодно прохожу проф. осмотры	1
		нерегулярно прохожу проф. осмотры	2
		состою на диспансерном учете (указать по какому заболеванию и у какого врача)	3 _____
		обращаюсь к врачу сразу при жалобах	4
		обращаюсь к врачу в крайнем случае	5
7	Какие проявления МКБ (жалобы) у Вас были в течении последнего года (м.б. несколько вариантов ответа)	не было никаких проявлений	1
		умеренная боль в поясничной области	2
		почечная колика (нестерпимые боли, тошнота, рвота, кишечные колики)	3
		примесь крови в моче	4
		повышение температуры тела, озноб	5
		позывы к мочеиспусканию чаще, чем обычно	6
		внезапные позывы к мочеиспусканию	7
		слабость, повышенная утомляемость	8
		песок/камни в моче	9
8	Что Вы считаете причиной образования у Вас камней в почках	нарушение обмена веществ	1
		перенесенные инфекционные заболевания	2
		генетика, у родственников была МКБ	3
		прием лекарственных препаратов	4
		образуются без причины	5
		затрудняюсь ответить	6
9	Знаете ли Вы химический состав своих камней	да	1
		нет	2
10	Знаете ли Вы pH своей мочи (кислотность)	да, знаю и регулярно контролирую	1
		нет, не контролирую, но знаю что нужно	2
		нет	3
11	Наблюдение у врача-уролога по поводу МКБ	регулярно наблюдаюсь	1
		наблюдаюсь не регулярно, если есть жалобы	2
		не наблюдаюсь	3

№	Вопрос	Вариант ответа	выбор ответа (вписать, обвести)
12	Вы были до госпит-и на консультации врачей-специалистов по поводу МКБ	эндокринолога	
		ревматолога	2
		нефролога	3
		гастроэнтеролога	4
13	Повод к госпитализации	впервые выявлена МКБ	1
		рецидив МКБ	2
14	Форма госпитализации	плановая	1
		экстренная	2
15	Были ли у Вас ранее госпитализации по поводу МКБ	да, однажды	1
		да, неоднократно	2
		нет	3
16	Бывали ли у Вас ситуации при МКБ, когда мед. помощь нужна была срочно?	да, однажды	1
		да, неоднократно	2
		нет	3
17	Были ли у Вас ранее хирургич. операции по поводу МКБ	да, однажды	1
		да, неоднократно	2
		нет	3
18	Делали ли Вам до госпитализации КТ для диагн. МКБ?	да, однажды	1
		да, неоднократно	2
		нет	3
19	Делали ли Вам до госпитализации УЗИ для диагн. МКБ?	да, однажды	1
		да, неоднократно	2
		нет	3
20	Делали ли Вам до госпитализации анализ сут. мочи?	да	1
		нет	2
21	Знаете ли Вы, о диете при МКБ?	да	
		нет	
22	Испытываете ли Вы обычно сложности с соблюдением диеты?	нет	1
		часто	2
		периодически	3
		да	4
23	Испытываете ли Вы обычно сложности с приемом лекарств/соблюдением р-ций?	нет	1
		часто	2
		периодически	3
		да	4
24	Оцените Ваш уровень информир-ти о МКБ	низкий	1
		средний	2
		высокий	3
		затрудняюсь ответить	4
25	Знаете ли Вы о рисках возникновения рецидива при МКБ?	да, я знаю свои факторы риска	1
		да, я в целом информирован о факторах риска	2
		нет, я не знаю свои факторы риска	3
		нет, меня не информировали	4
26	Знаете ли Вы, что обильное питье снижает риск рецидива МКБ?	да, знаю и стараюсь пить больше жидкости	1
		да, знаю, но пью обычное кол-во жидкости	2
		нет, не знаю	3
27	Какая форма предоставления информации о МКБ для вас предпочтит-на (м.б.неск-ко вар. отв.)	более подробные разъяснения от врачей	1
		печатные информационные материалы	2
		видеоролики	3
		занятия в «Школе пациента с МКБ»	4
		иная форма (указать)	5

№	Вопрос	Вариант ответа	выбор ответа (вписать, обвести)
28	Вы обеспокоены состоянием Вашего здоровья?	да, очень сильно	1
		да, немного	2
		нет	3
29	Оправдались ли Ваши ожидания от мед. помощи при МКБ в поликлинике?	да	1
		нет	2
		затрудняюсь ответить	3
30	Оправдались ли Ваши ожидания от помощи при МКБ в больнице?	да	1
		нет	2
		затрудняюсь ответить	3
31	Вам приходилось оплачивать при МКБ диагностические исследования, назначенные врачом поликлиники?	да, часто	1
		да, редко	2
		нет	3
32	Вам приходилось оплачивать при МКБ консультации врачей-специалистов, назначенные врачом поликлиники?	да, часто	1
		да, редко	2
		нет	3
33	Вам приходилось оплачивать при МКБ лабораторные исследования, назначенные врачом поликлиники?	да, часто	1
		да, редко	2
		нет	3
34	Вам приходилось оплачивать при МКБ диагностические исследования в больнице?	да, часто	1
		да, редко	2
		нет	3
35	Вам приходилось оплачивать при МКБ лабораторные исследования в стационаре?	да, часто	1
		да, редко	2
		нет	3

Блок Б: Оцените Вашу удовлетворенность бесплатной медицинской помощью при МКБ

№	Вопрос	выбор ответа (обвести № варианта)				
33	Удовлетворены ли Вы:	да	скорее, да	скорее, нет	нет	затруд. ответить
33.1	диагностикой и лечением в поликлинике	1	2	3	4	5
33.2	сроками ожидания обследования в поликлинике	1	2	3	4	5
33.3	доступностью врача-уролога в поликлинике/КДЦ	1	2	3	4	5
33.4	результатами лечения в поликлинике	1	2	3	4	5
33.5	диагностикой и лечением в больнице	1	2	3	4	5
33.6	результатами лечения в больнице	1	2	3	4	5
33.7	разъяснениями врачей по вопросам МКБ	1	2	3	4	5
33.8	доступностью информации о МКБ, профилактике рецидивов МКБ	1	2	3	4	5

Блок В: Ответьте на вопросы, если Вы госпитализированы экстренно

№	Вопрос	Вариант ответа	выбор ответа (вписать, обвести)
34	Как была организована госпитализация	сам вызвал (мне вызвали) «скорую» домой	1
		сам вызвал (мне вызвали) «скорую» на работу / на улицу	2
		я вызвал врача из поликлиники, а он вызвал «скорую»	3
		сам поехал в приемное отделение больницы	4
35	Сколько времени Вы ожидали приезда «скорой»	около 20 минут	1
		около 40 минут	2
		около 1 часа	3
36	Сколько времени Вы провели в приемном отделении больницы	около 1 часа	1
		около 2 часов	2
		3 часа и более	3

Блок Г: Ответьте на вопросы, если Вы госпитализированы планово

№	Вопрос	Вариант ответа	выбор ответа (вписать, обвести № варианта)
37	Сколько дней после назначения врача Вы ожидали госпитализации	около недели	1
		около 2 недель	2
		около 1 месяца	3
		около 2 месяцев	4
		3 месяца и более	5
38	Как Вы оцениваете доступность обследования перед госпитализацией	высокая	1
		средняя	2
		низкая	3
39	Какие обследования перед госпитализацией вызвали наибольшие трудности	лабораторные анализы	1
		УЗИ	2
		рентгеновское обследование	3
		ЭКГ	4
		консультации специалистов	5
40	Вам предложили выбор стационара для госпитализации	да	1
		нет, хотя я просил об этом	2
		нет, я не знал, что это возможно	3

Приложение К

Анкета изучения мнения врача-уролога об организации медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью

*Уважаемый коллега! Просим Вас объективно ответить на вопросы анкеты.
Большое спасибо!*

1. Возраст (лет) _____ 2. Пол: М / Ж 3. Должность _____
4. Стаж работы по специальности «урология» (лет): _____
5. Основное место работы: 1. АПУ (поликлиника, КДЦ и т.п.) 2. Стационар (гор. больница, федеральная клиника и т.п.) 3. Иное _____
6. Научная степень: 1. к.м.н. 2. д.м.н. 3. нет
7. Квалификационная категория: 0. высшая 1. первая 2. вторая 3. нет
8. Проф. подготовка по специальности «урология»: 1. интернатура 2. ординатура 3. первичная специализация или проф. переподготовка
9. Совмещаете ли Вы основную работу с работой в иных медицинских организациях? 1. Нет 2. Да, с работой в государственном АПУ 3. Да, с работой в государственном стационаре 4. Да, с работой в коммерческой мед. организации 5. Да, с преподавательской и/или научной деятельностью 6. Иное _____
10. Ваша нагрузка на основной работе врача-уролога АПУ: 1. 1 ставка 2. 1,5 ставки 3. 2 ставки 4. 0,5 ставки 5. Иное _____
11. Среднее кол-во больных, одновременно курируемых Вами на основной работе в стационаре (пропустить, если вы не работаете в стац-е): Установлено ____ Фактически ____ Было бы оптимально ____
12. Какова доля среди Ваших пациентов больных с МКБ? 1. Менее 10% 2. Около 25% 3. Около половины 4. Более половины 5. Почти три четверти 6. Иное _____
13. Оцените организацию лечения пациентов с МКБ в целом: 1. Отлично 2. Хорошо 3. Удовлетворительно 4. Плохо 5. Очень плохо 0. Затрудняюсь ответить
14. Оцените (по шкале от 1 до 5) медицинскую помощь больным с МКБ на различных этапах (впишите оценку): 1. Первичная медико-санитарная помощь (участковый врач) _____ 2. Первичная специализ-я медико-санитарная помощь (уролог поликлиники, КДЦ, АКО стационара) _____ 3. Специализированная медицинская помощь (врач-уролог стационара) _____
15. Каковы основные причины недостаточно эффективного лечения больных с МКБ на амбулаторном этапе (можно выбрать несколько вариантов ответа): 1. Больные не обращаются к врачу, не проходят своевременно диспансеризацию, для раннего выявления МКБ 2. Не проводится (проводится бессистемно) активное диспансерное наблюдение больных 3. Длительные сроки ожидания диагностических исследований 4. Трудно получить консультацию уролога на амбулаторном этапе, в поликлиниках не хватает урологов 5. Врачи в поликлиниках не назначают необходимого обследования 6. В поликлиниках не хватает оборудования для обследования больных МКБ (укажите какого) 7. Недостаточная квалификация врачей поликлиник в части диагностики и организации медицинской помощи больным МКБ 8. Длительные сроки ожидания плановой госпитализации 9. Несоблюдение пациентами рекомендаций врача 10. Прочее _____
16. Укажите диагностические возможности, которых Вам «не хватает» при наблюдении больных с МКБ (можно выбрать несколько вариантов ответа): 1. УЗИ 2. Рентгеновские методы 3. КТ 4. МРТ 5. ПЭТ 6. Определение химического состава камней 7. Определение pH мочи 8. Консультации других специалистов (указать) _____ 9. Иное _____
17. Укажите лечебные возможности, которых Вам «не хватает» при наблюдении больных с МКБ (можно выбрать несколько вариантов ответа): 1. Дневной стационар 2. Психотерапия 3. Диетология 4. Восстановительное лечение 6. Физиотерапия 7. Санаторно-курортное лечение 8. Стационарное лечение 9. Иное _____

18. Укажите иные возможности, которых Вам «не хватает» при наблюдении больных с МКБ 1. Подробные информационные материалы по МКБ для больных 2. Школа больных МКБ 3. Регистр (база данных) больных с данными о лечении на всех этапах 4. Иное _____ 0. Затрудняюсь ответить

19. Что Вы считаете наиболее важным в процессе оказания медицинской помощи больными МКБ (можно выбрать несколько вариантов ответа): 1. Своевременную диагностику 2. Полную диагностику 3. Адекватное лечение 4. Своевременное начало лечения 5. Включение в программу диспансеризации УЗИ мочевого системы 6. Полноценное динамическое наблюдение 7. Преемственность на разных этапах оказания помощи 8. Максимальное предотвращение острых ситуаций (почечной колики и т.п.) 9. Максимальное вовлечение больного (полноценное информирование, формирование ответственности за здоровье, приверженности к лечению) 10. Участие пациента в «школах здоровья» по МКБ 11. Плановая госпитализация в необходимый срок 12. Психотерапевтическая помощь 13. Реабилитация, восстановительное лечение 10. Санаторно-курортное лечение 0. Затрудняюсь ответить

20. Среди Ваших пациентов с МКБ, какова доля тех, кто регулярно наблюдается у врача (состоит под диспансерным наблюдением в поликлинике)? 1. Менее 10% 2. Около 25% 3. Около половины 4. Более половины 5. Почти три четверти 6. Иное _____

21. У какого специалиста, по Вашему мнению, может состоять в поликлинике под диспансерным наблюдением больной МКБ (можно выбрать несколько вариантов ответа)? 1. Уролог 2. Хирург 3. ВОП 4. Терапевт 5. Иной специалист _____

22. Нужно ли проведение циклов повышения квалификации для врачей поликлиник по диагностике, лечению, метафилактике МКБ? 1. Да, для терапевтов и ВОП 2. Да, для хирургов 3. Да, для всех врачей-клиницистов поликлиник 4. Да, для врачей лучевой диагностики 5. Да, для врачей лаборантов 6. Нет 0. Затрудняюсь ответить

23. Как Вы оцениваете информирование пациентов врачами об особенностях течения МКБ, необходимости регулярного диспансерного наблюдения? 1. Полное, активное 2. Не полное, только ответы на вопросы, если они есть у больного 3. Разъяснения давать некогда, только разъяснения по назначениям 0. Затрудн. ответить

24. Требуется ли, по Вашему мнению, внесение изменений в порядки/методические рекомендации по лечению больных МКБ? 1. Да, нужно их усовершенствовать 2. Нет 0. Затрудняюсь ответить

25. Считаете ли Вы необходимым внедрение электронного регистра больных МКБ? 1. Да 2. Нет 0. Затрудняюсь ответить

26. Каков на Ваш взгляд уровень применения подходов метафилактики МКБ в практической работе врачей в настоящее время? 1. Высокий 2. Средний 3. Низкий 4. Крайне низкий 5. Эти подходы не применяются на практике при оказании помощи по ОМС

27. Какие, по Вашему мнению, необходимы меры по проведению метафилактики МКБ? (можно выбрать несколько вариантов ответа): 1. Обучение врачей урологов 2. Обучение врачей первичного звена 3. Включение (уточнение) метафилактики МКБ в порядки и стандарты оказания медицинской помощи 4. Информационная работа с больными 5. Обязательные периодические консультации специалиста по метафилактике при наблюдении больных МКБ 6. Иные меры _____

Спасибо за участие в опросе!

Приложение Л

**Дополнительный блок «Раннее выявление мочекаменной болезни» к анкете
для граждан на выявление хронических неинфекционных заболеваний,
факторов риска их развития**

Уважаемый Пациент!

Мочекаменная болезнь – это опасное хроническое заболевание, которое может потребовать хирургического вмешательства, а также привести к угрожающим жизни ситуациям. Раннее выявление мочекаменной болезни позволяет своевременно начать лечение, предотвратить нежелательные осложнения.

Просим Вас заполнить анкету по раннему выявлению симптомов мочекаменной болезни и в случае необходимости пройти дополнительное диагностическое обследование по назначению врача. Желаем Вам здоровья!

№	Вопрос	Ответ
1	Фамилия, имя, отчество	
2	Дата рождения, Возраст (число полных лет)	
3	Место заполнения анкеты: Профилактический осмотр Диспансеризация Иное	
4	Специальность врача, у которого Вы наблюдаетесь по основному заболеванию	
5	Выявлялась ли у Ваших близких родственников мочекаменная болезнь? (укажите степень родства в случае положительного ответа)	
6	Испытываете ли Вы периодически острую боль в поясничной области с тошнотой, рвотой?	
7	Испытываете ли Вы учащенное мочеиспускание?	
8	Были ли у Вас эпизоды окрашивания мочи в розовый или красный цвет?	
9	Было ли у Вас отмечено ранее наличие эритроцитов в анализе мочи?	
10	Когда-либо в жизни у Вас подозревали (устанавливали диагноз) заболевания? Гиперпаратиреоз (повышенный уровень паратгормона) Метаболический синдром Заболевания желудочно-кишечного тракта (болезнь Крона, синдром мальабсорбции, удаление части тонкой кишки, бандажирование желудка)	
11	Принимаете ли Вы лекарства или пищевые добавки? Кальций Витамин D Аскорбиновая кислота в большой дозировке (более 40 мг. в сутки)	
12	Когда-либо в жизни у Вас находили камни в почках при обследовании (УЗИ, рентген)?	
13	Когда-либо в жизни у вас была инфекция мочевых путей (в анализе мочи определялись лейкоциты, сдвиг pH, бактерии)?	

Приложение М

Порядок организации медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения пациентов (взрослое население) при мочекаменной болезни на основе мультидисциплинарного подхода

1. Настоящий порядок организации медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения пациентов с МКБ (взрослое население) при мочекаменной болезни на основе мультидисциплинарного подхода (далее – Порядок) определяет взаимодействие СПб ГБУЗ «Городская больница № ...» (далее – Больница) и СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № ...» (далее – Поликлиника) в целях организации эффективного диспансерного наблюдения пациентов с МКБ.

2. Настоящий Порядок устанавливает правила организации медицинской помощи при диспансерном наблюдении взрослого населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи в Поликлинике при мочекаменной болезни (далее – МКБ).

3. Основными принципами организации диспансерного наблюдения при МКБ являются:

- раннее выявление пациентов с МКБ;
- полнота охвата пациентов с МКБ диспансерным наблюдением;
- ежегодное проведение профилактических мероприятий пациентам с МКБ, состоящим на диспансерном наблюдении на основе Клинических рекомендаций «Мочекаменная болезнь»;
- удовлетворенность пациентов с МКБ, состоящих на диспансерном наблюдении, оказанной им медицинской помощью.

4. Формирование потоков пациентов с МКБ при организации диспансерного наблюдения.

При формировании потоков пациентов с МКБ учитываются пути выявления заболевания:

Группа «А»:

- пациенты с ранее установленным диагнозом МКБ, состоящие под ДН в Поликлинике;
- пациенты с МКБ, заболевание которых было выявлено в Поликлинике в ходе профилактических осмотров и диспансеризации в порядке разработанного подхода к раннему выявлению МКБ.

Группа «Б»:

- пациенты с МКБ, выписанные из стационара, диагноз которым был установлен впервые на этапе оказания специализированной медицинской помощи;
- пациенты с МКБ, выписанные из стационара, диагноз которым был установлен на этапе, предшествующем оказанию специализированной медицинской помощи.

5. Сведения о пациентах с МКБ аккумулируются в «Едином реестре пациентов с МКБ» на бумажном носителе и в электронном виде. Ведение «Единого реестра пациентов с МКБ» обеспечивается во взаимодействии Больницы и Поликлиники. В «Единый реестр пациентов с МКБ» включаются сведения о пациентах с соответствующим диагнозом, получающих на постоянной основе первичную медико-санитарную помощь в Поликлинике.

Перечень и состав данных для включения в реестр – Приложение 1.

Доступ к сведениям о пациентах, содержащихся в Едином реестре обеспечивается для ответственных лиц Больницы и Поликлиники.

Ответственные лица Больницы и Поликлиники обеспечивают:

- поддержание актуальности сведений, содержащихся в реестре пациентов;
- корректировку и поддержание актуальных списков пациентов, своевременное включение и исключение сведений в реестр / из реестра;
- организацию получения информированного добровольного согласия пациентов на передачу данных в реестр.

6. Организация мультидисциплинарного диспансерного наблюдения пациентов, включенных в группу «А».

Диспансерное наблюдение пациентов, включенных в группу «А», осуществляют совместно врач-уролог и врач-терапевт-участковый.

Формирование плана диспансерного наблюдения (обследования, лечения, метафилактические рекомендации) обеспечивается врачом-урологом Поликлиники, ежегодно.

Повторное ежегодное консультирование пациентов в целях контроля реализации плана диспансерного наблюдения осуществляется врачом-терапевтом-участковым.

Повторное консультирование врачом-урологом осуществляется при наличии показаний при клинически значимых изменениях в здоровье пациента, либо по рекомендации врача-уролога, либо врача-терапевта-участкового.

Сроки проведения профилактических мероприятий в рамках диспансерного наблюдения пациентов группы «А»:

- консультация врача-уролога для постановки на диспансерное наблюдение для пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом МКБ реализуется в течение 3 рабочих дней с момента его установления;
- консультация врача-уролога с профилактической целью в рамках диспансерного наблюдения пациентов с ранее установленным диагнозом МКБ реализуется в течение 6 месяцев с даты последнего посещения пациентом Поликлиники по поводу МКБ.

7. Организация мультидисциплинарного диспансерного наблюдения пациентов, включенных в группу «Б» осуществляется при взаимодействии Больницы и Поликлиники.

Врач-уролог Больницы формирует план диспансерного наблюдения пациента (обследования, лечения, метафилактические рекомендации) при выписке пациента из Больницы.

Для дальнейшей организации диспансерного наблюдения сведения о пациентах, получивших специализированную медицинскую помощь, передаются Больницей в Поликлинику по выделенным защищенным каналам связи медико-информационных систем, а также на бумажных носителях в течение 5 рабочих дней.

Повторное ежегодное консультирование пациентов осуществляется врачом-терапевтом участковым Поликлиники для контроля выполнения назначений врача-уролога Больницы.

Повторное консультирование врачом-урологом Поликлиники осуществляется при наличии показаний при клинически значимых изменениях в здоровье пациента, либо по рекомендации врача-терапевта-участкового.

8. Организация диспансерного наблюдения пациентов группы высокого риска.

Отнесение пациентов к группе высокого риска осуществлялось в соответствии с Клиническими рекомендациями «Мочекаменная болезнь»: пациенты с ранним началом МКБ в детском и подростковом возрасте, семейным анамнезом заболевания, рецидивным уролитиазом, двумя и более мочевыми камнями, единственной почкой, хронической болезнью почек, с верифицированными камнями, содержащими брушит, мочекислыми и инфекционными камнями, имеющие заболевания, связанные с камнеобразованием (гиперпаратиреоз, метаболический синдром, повышенный уровень витамина Д, минеральное нарушение костной ткани, саркоидоз, нефрокальциноз, поликистозная болезнь почек, желудочно-кишечные заболевания, повреждения спинного мозга, нейрогенный мочевой пузырь), генетически обусловленным камнеобразованием (цистинурия, муковисцероз и др.), анатомическими аномалиями, связанными с образованием камней, а также пациенты, подверженные воздействию экологических и профессиональных факторов (хроническое воздействие свинца, кадмия и др.).

Осуществление диспансерного наблюдения пациентов, отнесенных в группу высокого риска, осуществляется единолично врачом-уролога.

9. Осуществление учета медицинской помощи, оказанной пациентам с МКБ в рамках диспансерного наблюдения.

Учет медицинской помощи, в том числе проведенных профилактических осмотров врачами-специалистами, предоставленных диагностических и лабораторных исследований проводится ответственным лицом Поликлиники путем внесения соответствующих сведений в «Единый реестр пациентов с МКБ» в соответствии с установленным составом и перечнем данных – Приложение 1.

10. Обеспечение информирования пациентов с МКБ при проведении диспансерного наблюдения. В целях обеспечения доступности медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения обеспечивается проактивное информирование пациента о необходимости прохождения профилактического осмотра с единовременной предварительной записью на прием к врачу, проведение лабораторного и/или диагностического исследования.

Координация реализации проактивного информирования осуществляется ответственным лицом Поликлиники.

Предварительная запись для проведения профилактического осмотра, лабораторного и/или диагностического исследования осуществляется в сроки, установленные программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи для оказания плановой медицинской помощи (срок ожидания не более 14 календарных дней).

В целях реализации проактивного информирования пациентов с единовременной записью на прием к врачу, проведение лабораторного и/или диагностического исследования в установленные сроки в

расписании соответствующих врачей-специалистов и клинико-диагностических служб выделяются временные слоты для приема пациентов с МКБ, нуждающихся в профилактическом осмотре в рамках диспансерного наблюдения.

Результаты профилактических мероприятий, проведенных пациентам с МКБ в рамках диспансерного наблюдения, доводятся до пациентов лечащим врачом (врач-терапевт-участковый, врач-уролог) путем предоставления разъяснений, а также путем изложения соответствующих сведений в «Памятке о самоконтроле состояния здоровья», выдаваемой пациенту на руки.

11. Контроль организации диспансерного наблюдения пациентов с МКБ.

Контроль эффективности организации диспансерного наблюдения проводится Поликлиникой по следующим направлениям:

- Оценка охвата пациентов с МКБ диспансерным наблюдением (доля лиц с установленным диагнозом МКБ, состоящих по этому поводу на диспансерном наблюдении в отчетном периоде, от всех пациентов с установленным диагнозом МКБ на конец отчетного периода, процент, целевой показатель – не менее 80%);
- Оценка охвата пациентов с МКБ, состоящих на диспансерном наблюдении, консультированием врачом-урологом (доля лиц с МКБ, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу этого заболевания, получивших в отчетном периоде консультацию врача-уролога, от всех пациентов с МКБ, состоящих на диспансерном наблюдении на конец отчетного периода, процент, целевой показатель – не менее 80%);
- Оценка соблюдения преемственности оказания медицинской помощи пациентам с МКБ (доля лиц с МКБ, состоящих под диспансерным наблюдением и госпитализированных в стационар для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме, процент, целевой показатель – не менее 80%);
- Оценка удовлетворенности пациентов с МКБ оказанной медицинской помощью (доля пациентов с МКБ, посетивших Поликлинику, удовлетворенных оказанием медицинской помощью, процент, целевой показатель – не менее 80%).

12. Результаты контроля организации диспансерного наблюдения пациентов с МКБ используются Поликлиникой и Больницей в целях разработки и последующей реализации управленческих решений, направленных на повышении доступности и качества медицинской помощи пациентам с МКБ в рамках организации и проведения их диспансерного наблюдения.

Приложение 1

Состав сведений для включения в «Единый реестр пациентов с МКБ»:

- общие сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество, дата рождения, прикрепление к поликлинике, контактные телефоны;
- сведения о диагнозе: основной, сопутствующий, осложнения, дата установления, дата изменения, даты возникновения рецидивов;
- сведения о лабораторной диагностике: дата, наименование, результат исследования;
- сведения о лучевой диагностике: дата, наименование, результат исследования;
- сведения о проведении ДН: плановые сроки реализации лечебно-диагностических мероприятий, фактические сроки их реализации, результаты конкретных лечебно-диагностических мероприятий;
- сведения об оказанной специализированной медицинской помощи: даты госпитализаций, проведенное оперативное лечение, медикаментозная терапия, рекомендации;
- сведения о планируемой специализированной медицинской помощи: сроки госпитализации, ее цель, рекомендации по клинико-диагностическим мероприятиям на догоспитальном этапе, планируемые и фактические сроки их проведения, результаты;
- сведения о назначенной медикаментозной терапии: наименование лекарственных препаратов, их дозировки, частота, кратность и период применения;
- сведения о проведении метафилактики;
- сведения о проактивном информировании пациента о необходимости прохождения профилактического осмотра, лечебно-диагностических мероприятий: дата, результат.

Приложение Н

Состав сведений реестра больных мочекаменной болезнью

Документ определяет состав сведений, включаемых в реестр больных МКБ на разных уровнях оказания им медицинской помощи. В реестр больных МКБ включаются сведения при установленном диагнозе: N20 Камни почки и мочеточника; N21 Камни нижних отделов мочевых путей; N22 Камни мочевых путей при болезнях, классифицированных в других рубриках; N23 Почечная колика неуточненная.

Субъекты внесения сведений врачами на разных этапах оказания медицинской помощи больному МКБ:

1. Врач-терапевт, врач-уролог, врач-специалист поликлиники/КДЦ/АКО стационара (МО, осуществляющая оказание ПМСП по территориально-участковому признаку).
2. Врач-рентгенолог.
3. Врач лабораторной диагностики.
4. Врач функциональной диагностики.
5. Врач-уролог стационара (МО, осуществляющей оказание специализированной медицинской помощи).
6. Врач-организатор здравоохранения.

Состав сведений реестра:

- общие сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество, дата рождения, прикрепление к поликлинике, контактные телефоны;
- сведения о диагнозе: основной, сопутствующий, осложнения, дата установления, дата изменения, даты возникновения рецидивов;
- сведения о лабораторной диагностике: дата, наименование, результат исследования;
- сведения о лучевой диагностике: дата, наименование, результат исследования;
- сведения о проведении ДН: плановые сроки реализации лечебно-диагностических мероприятий, фактические сроки их реализации, результаты конкретных лечебно-диагностических мероприятий;
- сведения об оказанной специализированной медицинской помощи: даты госпитализаций, проведенное оперативное лечение, медикаментозная терапия, рекомендации;
- сведения о планируемой специализированной медицинской помощи: сроки госпитализации, ее цель, рекомендации по клинико-диагностическим мероприятиям на догоспитальном этапе, планируемые и фактические сроки их проведения, результаты;
- сведения о назначенной медикаментозной терапии: наименование лекарственных препаратов, их дозировки, частота, кратность и период применения;
- сведения о проведении метафилактически;
- сведения о проактивном информировании пациента о необходимости прохождения профилактического осмотра, лечебно-диагностических мероприятий: дата, результат.

Приложение П**Тетрадь пациента. Мочекаменная болезнь**

Сведения о пациенте

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения: _____ Контактный телефон пациента: _____

Место работы (учебы): _____

Медицинская организация, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи («базовая» поликлиника) _____

Фамилия, имя, отчество врача, ведущего диспансерное наблюдение пациента в «базовой» поликлинике _____

Контактный телефон и ФИО доверенного лица пациента (в случае необходимости экстренной связи при ухудшении состояния пациента) _____

Важная информация о мочекаменной болезни.

Мочекаменная болезнь (МКБ) – это хроническое системное заболевание, являющееся следствием метаболических нарушений и/или влияния факторов внешней среды и проявляющееся образованием камней в верхних мочевых путях (почка, мочеточник).

В ряде случаев камни почек не вызывают никаких неприятных ощущений. Они называются бессимптомными камнями и выявляются случайно при ультразвуковом и рентгенологическом обследовании. Однако, при их попадании в мочеточник и блокировке оттока мочи из почки может развиться острая, непереносимая боль в поясничной области - почечная колика. Почечная колика вызвана внезапным повышением давления в мочевых путях и стенке мочеточника. Боль приходит волнами и не уменьшается при изменении положения тела и может сопровождаться тошнотой, рвотой, окрашиванием мочи кровью и лихорадкой. Почечная колика является чрезвычайной ситуацией, и требует немедленной медицинской помощи. Камни, которые не блокируют мочеточник, могут вызывать периодические тупые боли в боку и также требуют медицинского обследования.

Причины камнеобразования могут быть различными:

- Метаболические;
- Инфекционные;
- Генетически обусловленные;
- Вызванные приемом лекарственных препаратов;
- Идиопатические (не известные).

Проявления МКБ зависят от степени и уровня обструкции мочевых путей камнем, а также наличия или отсутствия воспаления мочевыводящих путей и почки. При камнях почек и мочеточника, не вызывающих обструкцию верхних мочевыводящих путей, болезнь может протекать бессимптомно.

Основными проявлениями МКБ (вне почечной колики) являются:

- боль в поясничной области на стороне локализации камня;
- микро- и макрогематурия (наличие крови в моче);
- периодическая лихорадка с ознобом;
- тошнота, рвота;
- учащенное мочеиспускание при локализации камня в нижней трети мочеточника.

Диагноз МКБ устанавливается на основании сбора анамнеза, жалоб пациента, данных лабораторных и инструментальных исследований.

Наиболее надежным критерием установки диагноза является визуализация конкрементов при помощи компьютерной томографии.

Важной информацией, которая может помочь врачу в установлении диагноза МКБ является:

- семейный анамнез (наличие МКБ у родственников);
- сведения о сопутствующих заболеваниях;

- сведения о приеме лекарственных препаратов, способствующих развитию МКБ (в моче кристаллизуются: Аллопуринол, Амоксициллин, Цефтриаксон, Фторхинолоны, Эфедрин, Индинавир, Сульфаниламиды, Триамтерен (в составе препарата Гидрохлортиазид + Триамтерен), Зонисамид. Создают условия для камнеобразования: Ацетазоламид, Аллопуринол, Аскорбиновая кислота, Препараты кальция, Фуросемид, Слабительные средства, Эргокальциферол, Топирамат);
- сведения о ранее выполнявшихся операциях (на органах мочевой системы, желудочно-кишечном тракте, включая бариатрические операции);
- сведения о воспалительных заболеваниях мочевой системы, желудочно-кишечного тракта и эпизоды камневыделения в анамнезе.

Стратификация МКБ по химическому составу камня:

Химический состав	Название минерала	Частота встречаемости
Кальция Оксалат Моногидрат	Вевеллит	60 - 70%
Кальция Оксалат Дигидрат	Ведделит	10 - 15%
Мочевая кислота	Урицит	10%
Дигидрат мочевой кислоты	Урицит	2 - 5%
Урат аммония		0.5 - 1%
Карбонат апатит	Далит	5%
Кальция гидрогенфосфат	Брушит	1%
Магния-аммония фосфат	Струвит	5 - 10%
Цистин	Цистин	0.5%

Стратификация МКБ по рентген контрастности камня:

Рентген контрастные	Слабо рентген контрастные	Рентген неконтрастные
Кальций оксалат моногидрат	Магний аммоний фосфат	Мочевая кислота
Кальция оксалат дигидрат	Апатит	Урат аммония
Кальция фосфат	Цистин	Ксантин
		2.8 Дигидроксиадинин
		Лекарственные камни

Врачебный осмотр для выявления МКБ включает пальпацию поясничной области и живота с целью выявления локализации боли и дифференциального диагноза с заболеваниями органов брюшной полости.

Основные методы лабораторного диагностического обследования при МКБ:

- общий (клинический) анализ крови (уровень лейкоцитов, СОЭ) с целью определения наличия и выраженности воспалительной реакции организма.
- общий (клинический) анализ мочи с целью выявления косвенных признаков инфекции мочевых путей (лейкоциты и бактерии в моче) и крови в моче.
- анализ крови биохимический (исследование уровня креатинина в крови) с целью уточнения почечной функции (наличие признаков почечной недостаточности).
- анализ минерального состава мочевых камней в случае самостоятельного отхождения камня или после его активного удаления с целью определения дальнейшей тактики диагностики, лечения и выбора оптимального метода метафилактики в амбулаторном порядке. При рецидиве камнеобразования необходимо выполнение повторного анализа минерального состава мочевого камня.
- микробиологическое исследование мочи на бактериальные патогены с определением чувствительности к антибиотикам для выявления бактериурии перед выполнением плановой операции с целью профилактики и выбора эффективного метода лечения инфекционных осложнений.
- коагулограмму (исследование системы свертывания крови) при планировании оперативного вмешательства с целью определения рисков развития кровотечения и профилактики осложнений.

Основные методы инструментального диагностического обследования при МКБ:

- мультиспиральная компьютерная томография почек и мочевыводящих путей без контрастного усиления с целью визуализации камней мочевых путей, определения их локализации, размеров, плотности и количества.

- УЗИ почек и мочевыводящих путей и/или обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) пациентам с рентгенопозитивными камнями мочевых путей в качестве метода диагностического контроля отхождения камня или выявления резидуальных конкрементов в послеоперационном периоде.

Иные диагностические исследования проводятся в конкретной клинической ситуации в соответствии с состоянием пациента.

Основные методы лечения при МКБ:

- поведенческая терапия (немедикаментозное лечение в целях улучшения отхождения камня – физическая активность в виде прыжков, ходьбы по лестнице и т.п., половые контакты);

- медикаментозная литокинетическая (камнеизгоняющая) терапия;

- дистанционная и трансуретральная уретеролитотрипсия (дробление камней с помощью специального аппарата, без хирургического вмешательства, в целях облегчения их отхождения);

- хирургическое лечение (удаление камней при хирургической операции).

Современная клиническая практика лечения МКБ включает в себя множество вариантов оперативных методик избавления пациентов от камней мочевых путей при возможной их равнозначной эффективности конечного результата. Однако, у каждой из операций имеются различия в частоте рисков развития осложнений, времени избавления от камня и степени ее инвазивности. Зачастую, выбор операции зависит от предпочтений врача, что приводит к отсутствию осведомленности пациента о плюсах и минусах той или иной операции. Необходимым является подробное информирование пациента обо всех существующих методах лечения МКБ и их осложнениях.

Метафилактика МКБ. Это комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение рецидива заболевания после удаления камня оперативным путем, либо после его самостоятельного отхождения.

Образование камней в почках является результатом метаболических нарушений в виде гиперэкскреции с мочой комплекса камнеобразующих веществ, сдвигов рН мочи, низкого диуреза, сбоя гормональной регуляции и т.д. Системность поражения организма в том числе подтверждается высоким риском рецидивирования мочекаменной болезни, так до 50% пациентов в течение 5 лет и 75% в течение 20 лет, отмечают повторное камнеобразование даже после полного удаления камней. Метафилактика в зависимости от типа литогенных нарушений и применяемой терапии позволяет снизить риск рецидива камнеобразования в среднем примерно на 50%, что влечет за собой снижение на 41% вероятности госпитализации и на 23% вероятности оперативного вмешательства по поводу мочекаменной болезни.

Диспансерное наблюдение при МКБ. Диспансерное наблюдение проводится за фиксированными камнями почек в случае отсутствия данных за нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей, болевого синдрома, выраженных изменений в общем анализе мочи, и других показаний к оперативному удалению мочевых камней при условии проведения метафилактики. Контроль эффективности диетических интервенций и медикаментозной терапии проводится не реже одного раза в 6 месяцев.

Диспансерное наблюдение проводится на основе: анализа крови (исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня мочевой кислоты в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня магния в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня хлоридов в крови, исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови, исследование уровня паратиреоидного гормона в крови, исследование уровня общего кальция в крови + исследование уровня альбумина в крови или исследование уровня ионизированного кальция в крови) и суточной мочи (исследование уровня кальция в моче, исследование уровня мочевой кислоты в моче, исследование уровня натрия в

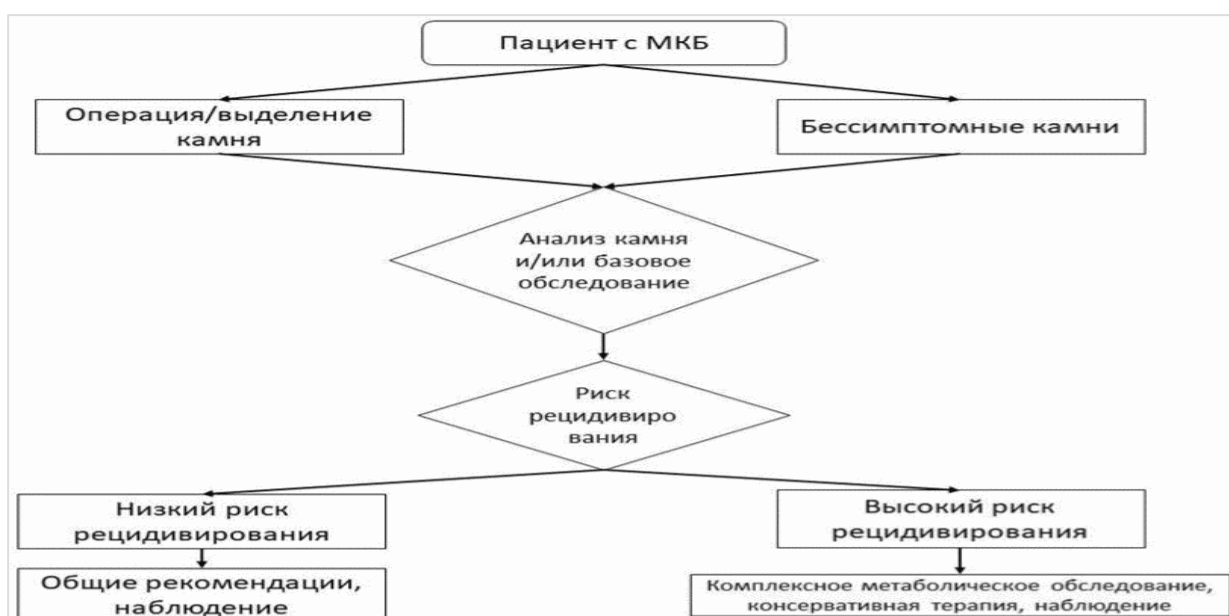
моче, исследование уровня хлоридов в моче, исследование уровня калия в моче, исследование уровня фосфора в моче, исследование уровня креатинина в моче), общего (клинического) анализа мочи, микробиологического (культурального) исследования мочи на бактериальные патогены с определением чувствительности к антибиотикам и определение концентрации водородных ионов мочи (рН-метрия мочи) непосредственно после мочеиспускания при помощи тест-полосок на основе сухой химии или рН-метров.

Всем пациентам с МКБ, относящимся к высокой группе риска рецидива, рекомендуется находиться под наблюдением врача-уролога в течение всей жизни.

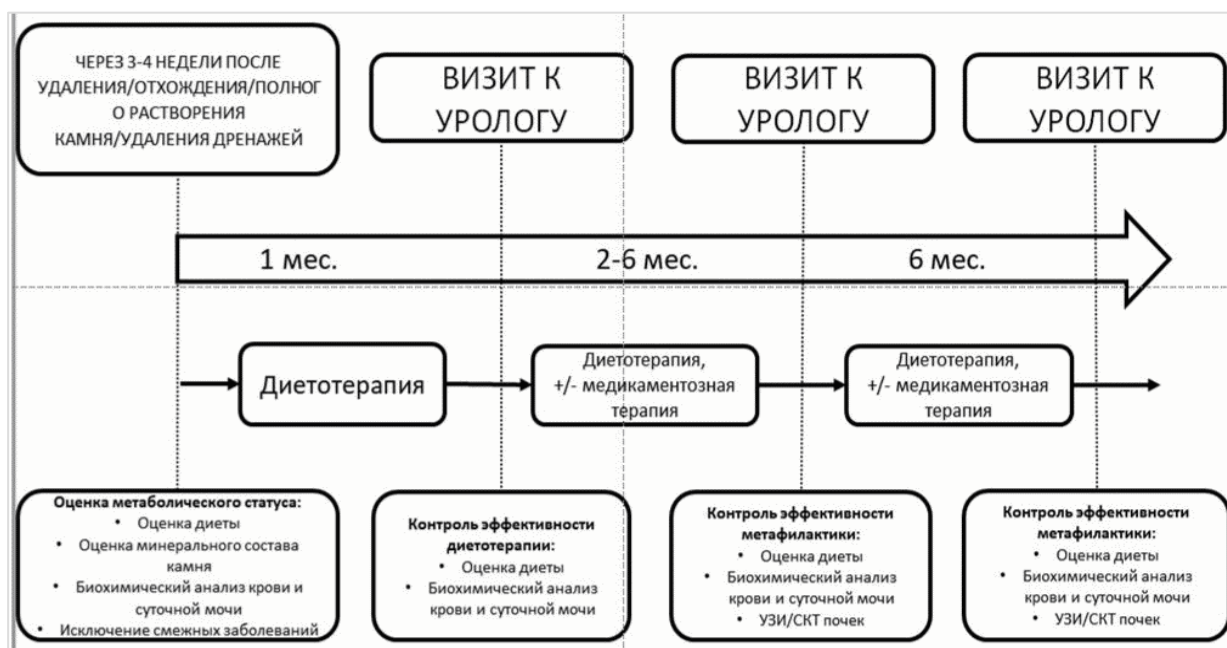
Всем пациентам с МКБ, перенесшим оперативное вмешательство в анамнезе, без наличия резидуальных фрагментов, и не относящимся к высокой группе риска рецидива, рекомендуется находиться под наблюдением врача-уролога в течение 5 лет.

Рекомендуется всем пациентам с МКБ, находящимся под наблюдением врача-уролога, ежегодно выполнять УЗИ почек для оценки состояния верхних мочевых путей.

Алгоритм профилактики и метафилактики МКБ:



Алгоритм метафилактики МКБ:



Сведения о факторах риска камнеобразования у пациента:

Факторы камнеобразования	Отметка о наличии
Общие факторы	
Раннее начало мочекаменной болезни (дети, подростки)	
Семейный анамнез мочекаменной болезни	
Рецидивный уролитиаз	
Два и более мочевого камня	
Единственная почка	
Хроническая болезнь почек (ХБП)	
По типу камней	
Камни, содержащие брусит ($\text{CaHPO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$)	
Мочекислые камни	
Инфекционные камни	
Заболевания, связанные с камнеобразованием	
Гиперпаратиреоз	
Метаболический синдром	
Повышенный уровень витамина D	
Минеральное нарушение костной ткани	
Саркоидоз	
Нефрокальциноз	
Поликистозная болезнь почек (ПКД)	
Желудочно-кишечные заболевания (шунтирование тощей и подвздошной кишки, резекция кишечника, болезнь Крона, нарушения всасывания, кишечная гипероксалурия после отведения мочи, экзокринная недостаточность поджелудочной железы, деривация мочи) и бариатрическая хирургия	
Повреждение спинного мозга, нейрогенный мочевой пузырь	
Генетически обусловленное камнеобразование	
Цистинурия (тип A, B и AB)	
Первичная гипероксалурия (PH)	
Ацидоз почечных канальцев (RTA) I типа	
2,8-дигидроксиаденинурия	
Ксантинурия	
Синдром Леша-Найхана	
Муковисцидоз	
Образование камней, вызванное лекарственными препаратами	
Указать наименование препаратов:	
Анатомические аномалии, связанные с образованием камней	
Медуллярная губчатая почка (трубчатая эктазия)	
Обструкция мочеточниково-лоханочного сегмента	
Дивертикул чашечки, киста чашечки	
Стриктура мочеточника	
Пузырно-мочеточниково-почечный рефлюкс	
Подковообразная почка	
Уретероцеле	
Экологические и профессиональные факторы	
Хроническое воздействие свинца и кадмия	
Жаркий климат	

Результаты дополнительного обследования пациента с высоким риском камнеобразования:

Обследование	Дата проведения и результат		
Определение уровня в крови:			
креатинина			
мочевины			
общего кальция			
альбумина			
глюкозы			
ионизированного кальция			
неорганического фосфора			
общего магния в сыворотке крови			
натрия			
калия			
хлоридов			
мочевой кислоты			
25-ОН витамина Д			
паратиреоидного гормона			
Определение уровня в суточной моче:			
креатинина			
солей мочевой кислоты			
солей щавелевой кислоты			
солей лимонной кислоты			
фосфата			
фторида			
сульфата			
нитрата			
хлорида			
магния			
калия			
кальция			
натрия			
аммония			
фосфора			
определение концентрации водородных ионов (рН) мочи непосредственно после мочеиспускания при помощи тест-полосок на основе сухой химии или рН-метров (несколько раз в день, несколько дней)			
Общий (клинический) анализ мочи			
микробиологическое исследование мочи			
Анализ минерального состава мочевых камней			
выполнение теста с кислотной нагрузкой у пациентов с кальций-фосфатными и/или кальций-оксалатными мочевыми камнями			
генетическое тестирование на наличие мутаций в генах AGXT, GRHPR, HOGA (при выявлении гипероксалурии > 1,0 ммоль/сут.)			

Рекомендации пациентам с МКБ по соблюдению диеты

- поддержание суточного диуреза в объеме 2 - 2,5 литра;

При соблюдении питьевого режима делать акцент на объем диуреза, который должен составлять не менее 2,5 литров в сутки для адекватной вторичной профилактики камнеобразования. Исключение составляют пациенты с хронической сердечной недостаточностью в связи с риском развития осложнений. Потребление жидкости должно осуществляться равномерно. При возможности осуществления мониторинга относительная плотность мочи, свидетельствующая об адекватном уровне потребления жидкости, должна быть не более 1010.

- потребление с пищей кальция в диапазоне 1000 - 1200 мг в сутки;

- ограничение потребления соли до 3 - 5 грамм в сутки;

- увеличить потребление овощей и фруктов;

- ограничение потребления белка до 0,8 - 1 г на 1 кг массы тела в сутки;

- коррекция массы тела;

- соблюдать пропорции в потреблении белка: 20-25% - животный немолочный белок, 30-35% - молочный животный белок, 40-50% - растительный белок;

Наибольшее содержание белка в 100 граммов продукта отмечается в мясе (17 - 25 г). В 100 мл молока содержится от 1 до 3,5 г, в молочных продуктах от 3,7 до 25,8 г, в грибах, бобовых культурах, орехах и кукурузе от 1,2 до 26,3 г. Наименьшее содержание белка отмечается в овощах и фруктах: от 0,7 до 4,2 г на 100 г продукта.

При мочекислых камнях следует ограничить потребление богатых пуринами продуктов:

- высокобелковые продукты: красное мясо и дичь, субпродукты, рыба и морепродукты;

- пивные и пищевые дрожжи, соевые бобы и мука;

- петрушка, шпинат, нори.

При кальций-оксалатных камнях следует ограничить потребление богатых пуринами продуктов:

- какао, кофе, шоколад, черный чай;

- бобовые, баклажаны, морковь, свекла, петрушка, зеленый перец, шпинат, щавель, сельдерей, помидоры, малина, инжир;

- орехи, сыр, жирный творог;

- гречка, соевая мука, сдобное тесто.

При инфекционных и кальций-фосфатных камнях следует ограничить потребление богатых пуринами продуктов:

- молочные и кисломолочные продукты;

Натуральные соки (фруктовые, овощные, ягодные);

- картофель, овощные закуски, маринады, копчения, соленья, консервы;

- алкогольные напитки.

Форма дневника питания пациента с МКБ

Дата _____ Вес (кг) _____

Прием пищи, жидкости (указать: завтрак, обед, ужин, перекус)	Время и место приема пищи	Наименование продуктов, блюд, включая напитки, соусы, хлеб	Количество каждого продукта, блюда (в шт., примерный вес)	Примечания (было ли чувство голода до приема пищи, хороший ли был аппетит, пришло ли насыщение)

Программа обучения «Выявление, основы диагностики, лечения и метафилактики мочекаменной болезни у взрослого населения»

Введение.

Недостаточный охват медицинскими осмотрами пациентов с МКБ (не более 32,6%) в Санкт-Петербурге сопряжен с ограничениями доступности профильной медицинской помощи. Отмечается низкая обеспеченность поликлиник врачами-урологами, что приводит к ограничениям в возможностях получения пациентами соответствующих медицинских услуг (45,9 на 100 опрошенных врачей-урологов указали на это при опросе). Также пациенты испытывают препятствия в получении медицинской помощи врача-уролога в КДЦ и в АКО стационаров. Неудовлетворительная обеспеченность поликлиник врачами-урологами приводит к вынужденному длительному ожиданию пациентами необходимой медицинской помощи или ее получению на возмездной основе. В 16,6% случаев пациенты оплачивают консультации врача-уролога за счет собственных средств, удовлетворены доступностью консультаций врача-уролога не более 27,2% пациентов поликлиник. Кроме того, это приводит к тому, что больные МКБ вынуждены обращаться за помощью к врачам иных специальностей, прежде всего, к врачу-терапевту (63,2% случаев). При ведущей роли врача-уролога, установленной Минздравом РФ нормативами, в частности «Стандартом медицинской помощи взрослым при МКБ», а также Клиническими рекомендациями «Мочекаменная болезнь», целесообразным, учитывая ограничения кадровых ресурсов, является внедрение мультидисциплинарного подхода к проведению ДН, что, в свою очередь требует повышения квалификации врачей первичного звена.

Продолжительность обучения: 18 часов.

План обучения:

№	Тема	Содержание
1.	Вступительное анкетирование	Заполнение анкеты для оценки полноты знаний по вопросам лечения и профилактики МКБ.
2.	Нормативное регулирование вопросов организации оказания медицинской помощи при МКБ на основе порядка ее предоставления, стандартов и клинических рекомендаций.	Основы законодательства об охране здоровья граждан и ОМС. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Порядки и стандарты оказания медицинской помощи. Маршрутизация пациентов с МКБ при оказании ПМСП.
3.	Этиопатогенез, развитие и течение МКБ у взрослых.	Основы этиопатогенеза уролитиаза. Основные классификации заболеваний. Факторы риска камнеобразования, степени их выраженности.
4.	Современные методики клинико-лабораторной диагностики МКБ.	Основные методы лабораторной диагностики МКБ. Интерпретация результатов, построение заключений. Особенности и порядок направления пациентов на лабораторную диагностику МКБ.

№	Тема	Содержание
5.	Современные методики лучевой диагностики МКБ.	Основные методы лучевой диагностики МКБ. Интерпретация лучевых изображений, построение заключений. Особенности и порядок направления пациентов на лучевые исследования при МКБ. Постановка клиницистом диагностической задачи. Типичные ошибки при организации и проведении лучевых исследований для выявления МКБ.
6.	Основы современной консервативной терапии при МКБ.	Медикаментозная, литокINETическая, литолитическая терапия при МКБ. Диетотерапия при МКБ. Назначение лечебно-оздоровительного режима при МКБ. Значимость соблюдения здорового образа жизни при МКБ.
7.	Основы хирургического лечения при МКБ.	Основные методы хирургического лечения МКБ. Выбор метода хирургического лечения. Ведение больных в послеоперационном периоде. Диспансерное наблюдение после проведенного хирургического лечения.
8.	Организация и проведение ДН пациентов с МКБ.	Диспансерное динамическое наблюдение пациентов с МКБ. Профилактика рецидивов камнеобразования. Факторы риска рецидива.
9.	Основы метафилактики МКБ.	Понятие метафилактики МКБ. Мультидисциплинарные подходы к проведению метафилактики МКБ. График консультирования больных врачами-специалистами в рамках проведения метафилактики МКБ, с учетом моделей пациентов на основе этиологии камнеобразования.
10.	Информирование пациентов с МКБ, направленное на формирование приверженности к лечению, соблюдению принципов метафилактики, участию в профилактических программах.	Подходы к информационному сопровождению больных. Индивидуальное и публичное информирование. Мотивационные установки больных к своевременному контролю своего здоровья. Роль лечащего врача в формировании приверженности больного к лечению и регулярному динамическому наблюдению.
11.	Практическое занятие.	Модель пациента. Дифференциальная диагностика. Постановка диагноза и формирование плана лечения и диспансерного наблюдения.
12.	Итоговое тестирование.	Итоговое теоретическое тестирование.
13.	Итоговое анкетирование.	Заполнение анкеты для оценки полноты знаний по вопросам лечения и профилактики МКБ.

Приложение С

Анкета самооценки знаний врачей об организации и оказании медицинской помощи при мочекаменной болезни

Уважаемый коллега! В целях повышения охвата больных МКБ полноценным диспансерным наблюдением организовано обучение врачей первичного звена основам лечения и профилактики МКБ, участником которого Вы являетесь. Просим Вас в начале программы обучения и по ее завершении ответить на вопросы. Заранее благодарим!

Укажите Вашу специальность:

Укажите Ваш стаж работы по специальности:

Укажите медицинскую организацию – место Вашей работы:

Вопрос (выберите и впишите ответ: да, нет)	На начало обучения	На конец обучения
Считаете ли Вы, что обладаете достаточными знаниями о современных представлениях о развитии МКБ?		
Считаете ли Вы свои знания о клинико-лабораторных методах диагностики МКБ достаточными?		
Владете ли Вы информацией о методиках определения химического состава камней при МКБ?		
Считаете ли Вы достаточными свои знания о лучевых исследованиях для диагностики МКБ?		
Считаете ли Вы, что обладаете достаточными знаниями о подходах к хирургическому лечению МКБ?		
Владете ли Вы достаточной информацией о схемах консервативной терапии при МКБ?		
Владете ли Вы принципами организации лечения и ДН пациентов с МКБ?		
Считаете ли Вы свои знания о факторах риска развития МКБ достаточными?		
Владете ли Вы достаточными знаниями о метафилактике МКБ?		
Осведомлены ли Вы о нормативно-правовом урегулировании предоставления медицинской помощи и принципах маршрутизации пациентов с МКБ?		
Считаете ли Вы целесообразным повышение квалификации по диагностике и лечению МКБ?		

Приложение Т**Анкета пациента с мочекаменной болезнью, состоящего под диспансерным наблюдением на основе усовершенствованного порядка его проведения**

Уважаемый пациент!

В рамках совершенствования порядка диспансерного наблюдения при мочекаменной болезни (МКБ) просим Вас ответить на несколько вопросов!

Благодарим за участие в опросе!

№	Вопросы для оценки	Ответ: укажите да, нет
1.	Считаете ли Вы, что достаточно информированы о заболевании МКБ?	
2.	Осведомлены ли Вы о составе своих мочевых камней?	
3.	Осведомлены ли Вы об уровне кислотности своей мочи?	
4.	Осведомлены ли Вы о необходимости соблюдения диеты?	
5.	Осведомлены ли Вы о принципах метафилактики МКБ?	
6.	Испытываете ли Вы сложности с соблюдением диеты?	
7.	Осведомлены ли Вы о необходимости соблюдения водного режима?	
8.	Знаете ли Вы о своих факторах риска развития МКБ?	
9.	Обеспокоены ли Вы состоянием своего здоровья?	