

УДК 614.2:616.62-002-082:001.8

Д.Б. Соломчак

## АНАЛІЗ ОБҐРУНТОВАНOSTI ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ФОРМ ВЛАСНОСТІ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

**Мета** – проаналізувати обґрунтованість госпіталізації хворих на сечокам'яну хворобу в заклади охорони здоров'я різних рівнів і форми власності.

**Матеріали та методи.** Проведено експертні оцінки медичних карт стаціонарних хворих приватного медичного закладу (108 од.), шести центральних районних (625 од.) і обласної клінічної лікарні (157 од.).

**Результати.** Установлено, що найраціональніше організована госпіталізація хворих на уролітіаз у приватному закладі охорони здоров'я, а необґрунтована госпіталізація характерна тільки для комунальних закладів охорони здоров'я і становить п'яту частину пролікованих хворих в обласній (21,7%) та більшість (80,5%) у районних лікарнях. Показано, що необґрунтованість госпіталізації призводить до соціально-економічних збитків, оскільки такі пацієнти поступають необстежені повністю чи недостатньо, а частка необґрунтовано госпіталізованих прямо корелює з більшою тривалістю стаціонарного лікування ( $r_{xy}=0,87$ ), при тому, що 40% виписуються без верифікованого діагнозу.

**Висновки.** Потребують удосконалення організаційні технології госпіталізації хворих, насамперед у спеціалізовані хірургічні відділення вторинного рівня, доцільність існування більшості яких викликає сумніви.

**Ключові слова:** сечокам'яна хвороба, стаціонарне лікування.

### Вступ

Сечокам'яна хвороба (СКХ) належить до найпоширеніших захворювань серед урологічної патології [4]. Медико-соціальне значення проблеми СКХ пов'язане з неухильним зростанням рівня захворюваності, переважним ураженням осіб працездатного віку, високою частотою рецидивів каменеутворення та поширеністю ускладнень. Саме тому уролітіаз посідає одне з провідних місць у структурі звернень по урологічну допомогу (до 70%), у т.ч. 30–40% госпіталізованої захворюваності [3].

За прогнозами фахівців, унаслідок впровадження нових високовартісних, високоефективних технологій лікування, зокрема оперативних, соціально-економічний тягар СКХ на системи охорони здоров'я зростатиме і надалі [2]. А тому важливого значення набувають заходи раціонального використання коштів, серед яких одними з першочергових є дотримання критеріїв госпіталізації та медико-технологічних стандартів [1].

Потреба дотримання таких заходів для України з її складними економічними та політичними умовами і вкрай обмеженими ресурсами системи охорони здоров'я є особливо актуальною [1]. При цьому слід урахувувати особливості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я різних рівнів і форм власності. Адже на сьогодні в Україні, крім комунальних, існує вже досить багато приватних медичних закладів, які надають урологічну медичну допомогу.

**Мета роботи** – проаналізувати обґрунтованість госпіталізації хворих на СКХ у заклади охорони здоров'я різних рівнів і форми власності.

### Матеріали та методи

Проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих на сечокам'яну хворобу в закладах охорони здоров'я Івано-Франківської області: шести центральних районних і міських лікарень (ЦРЛ, 625 од.), обласної клінічної лікарні (ОКЛ, 157 од.) та приватного лікувально-діагностичного центру (ТзОВ, 108 од.).

Для оцінки обґрунтованості госпіталізації та повноти дотримання медико-технологічних стандартів створено експертну групу з досвідчених (середній стаж роботи за спеціальністю – 35,6 року) незалежних експертів – двох професорів і доцента кафедри урології, а також двох лікарів-урологів вищої кваліфікаційної категорії. Оскільки вітчизняні клінічні протоколи (2004 і 2007 рр.) [4, 5] застаріли, не відповідають вимогам наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 і не можуть вважатися такими, що створені на принципах доказової медицини, для досягнення консенсусу взято до уваги рекомендації клінічних настанов Американської та Європейської асоціацій урологів (2011–2015 рр.) [6, 8].

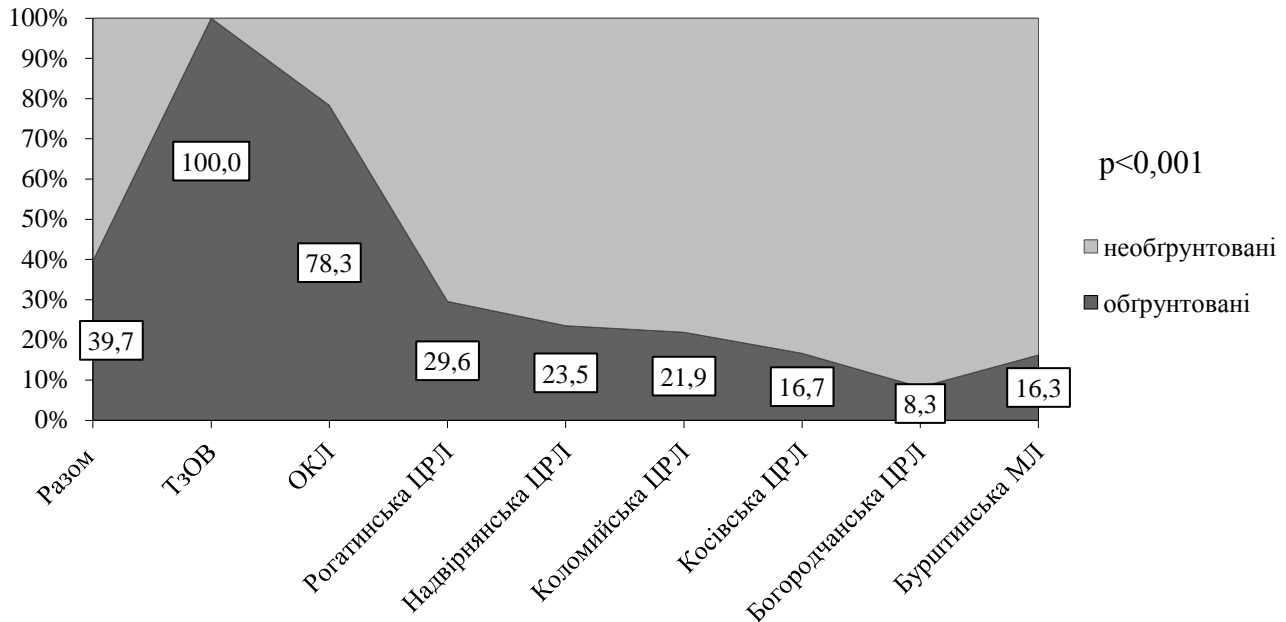
Отримані кількісні дані узагальнено шляхом розрахунку середнього арифметичного ( $M$ ) зі стандартною похибкою ( $\pm m_M$ ) для середніх величин, якісні – частоти ознаки на 100 хворих ( $P$ ) і похибки репрезентативності для відносних величин ( $\pm m_p$ ). Оцінка достовірності різниці отриманих даних проведена за допомогою критерію хі-квадрат ( $\chi^2$ ) для відносних величин і критеріїв Стьюдента ( $t$  test) та Крускал–Уолліса (Kruskal-Wallis ANOVA) для середніх [7].

Використано методи: експертних оцінок, медико-статистичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

Установлено, що тільки у 40% хворих ( $39,7 \pm 1,6\%$ ) були підстави для перебування у стаціонарі. При аналізі цих даних за місцем лікування встановлено, що

необґрунтована госпіталізація характерна тільки для комунальних закладах охорони здоров'я, оскільки у приватному всі 100% хворих на СКХ госпіталізовані відповідно до показів (рис. 1).



**Рис. 1.** Обґрунтованість госпіталізації хворих на сечокам'яну хворобу в обстежених комунальних закладах охорони здоров'я Івано-Франківської області

В ОКЛ співвідношення між обґрунтованими і необґрунтованими госпіталізаціями становило 4:1, тобто кожен четвертий-п'ятий хворий ( $21,7 \pm 3,3\%$ ) тут не повинен був знаходитись. Однак найкритичніша ситуація склалася в закладах охорони здоров'я вторинного рівня, де абсолютна більшість ( $80,5 \pm 1,6\%$ ) хворих на СКХ госпіталізована необґрунтовано. При цьому відсоток необґрунтовано госпіталізованих коливався від 70,4% у Рогатинському районі (одному з найвіддаленіших від обласного центру) до 91,7% у Богородчанському (найближчому до м. Івано-Франківська). Очевидно, нераціональні методи фінансування стаціонарної допомоги залежно від зайнятості ліжка мотивують менеджмент госпіталізувати всіх хворих, які звертаються у заклади охорони здоров'я, незалежно від показань. З іншого боку, неналежне обладнання, а відповідно застарілі технології, спонукають хворих, особливо тих, які мешкають неподалік від обласного центру, звертатись для отримання якісної медичної допомоги у заклади охорони здоров'я третинного рівня.

Дві третини обстежених, незалежно від статі, віку, обґрунтованості та місця госпіталізації ( $p > 0,05$ ), були мешканцями сіл ( $63,7 \pm 1,6\%$ ), решта – міст ( $36,3 \pm 1,6\%$ ), що в цілому відображає особливості демографічного складу Івано-Франківської області, в якій сільське населення переважає над міським.

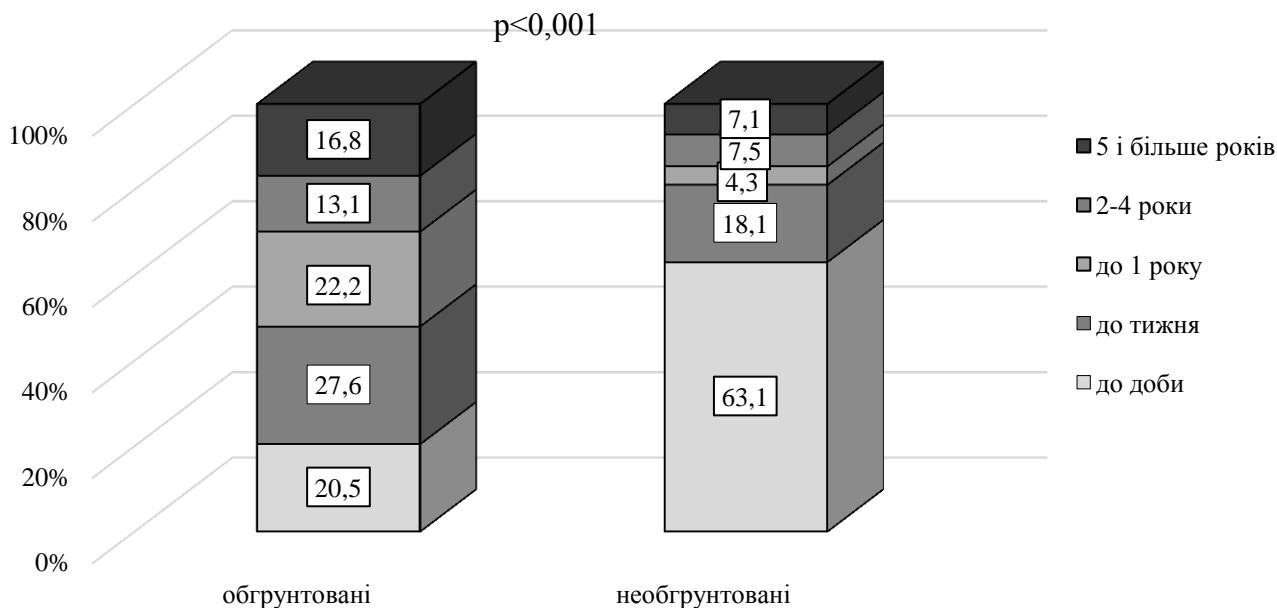
За статевим складом хворі на СКХ усіх груп порівняння практично не різнилися між собою ( $p > 0,05$ ) і

порівню представляли чоловічу ( $50,6 \pm 1,7\%$ ) та жіночу ( $49,4 \pm 1,7\%$ ) стать.

При аналізі вікового складу з'ясовано, що дві третини ( $72,8 \pm 1,5\%$ ) стаціонарних хворих на СКХ, незалежно від статі, були працездатного віку. При цьому відмічались відмінності за місцем і обґрунтованістю лікування. «Молодшим» віковим розподілом характеризувались пацієнти закладу районного рівня ( $77,0 \pm 1,7\%$  до 60 років проти  $61,6 \pm 3,9\%$  в ОКЛ та  $65,7 \pm 4,6\%$  у ТзОВ,  $p < 0,01$ ) і необґрунтовано госпіталізовані (відповідно  $76,7 \pm 1,8\%$  проти  $66,9 \pm 2,5\%$  серед обґрунтовано госпіталізованих,  $p < 0,01$ ). Очевидно групу обґрунтованих становили не стільки первинні, як повторні хворі зі значнішим стажем хвороби.

За даними рис. 2, у цілому пацієнти, які не мали достатніх підстав для стаціонарного лікування, характеризувались меншим стажем захворювання, порівняно з тими, стан яких відповідав критеріям госпіталізації.

Установлено, що переважна більшість хворих госпіталізувалися з приводу каменів сечоводів ( $69,8 \pm 1,5\%$ ). У  $17,6 \pm 1,3\%$  пацієнтів камені локалізувалися в нирках, ще у  $7,3 \pm 0,9\%$  – і в нирках, і в сечоводах, а також у деяких – у сечовому міхурі ( $1,9 \pm 0,5\%$ ). У  $3,4\%$  хворих уролітіаз був у вкрай занедбаній формі – на етапі уже кораловидного каменя ( $3,3 \pm 0,6\%$ ) і в одній пацієнтки діагностувався камінь в єдиній нирці.



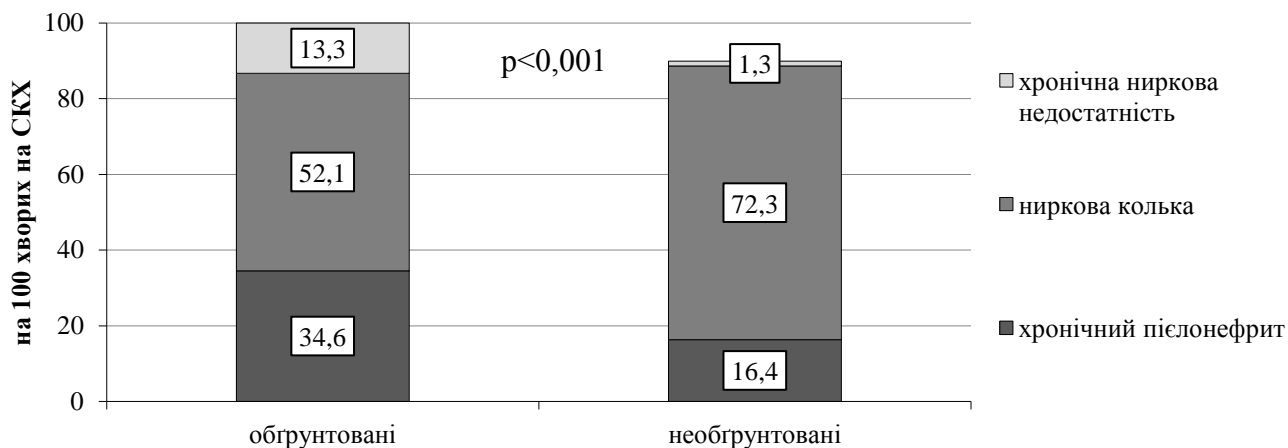
**Рис. 2.** Розподіл хворих на сечокам'яну хворобу за стажем захворювання залежно від обгрунтованості госпіталізації

Залежно від обгрунтованості госпіталізації, структура хворих різнилася за діагнозом ( $p < 0,001$ ). Так, в основній масі необгрунтоване стаціонарне лікування призначалось пацієнтам із каменями сечоводів (77,3% проти 58,4% серед групи «обгрунтованих») і жодному з каменями сечового міхура. Незначно відрізнялась у порівнюваних групах частота хворих із поєднаними каменями нирок і сечоводів (відповідно 8,2% і 5,9%). Але серед пацієнтів, які мали реальні підстави для стаціонарного лікування, удвічі частіше зустрічались камені нирок (24,9% проти 12,8% у групі «необгрунтованих») та утрічі частіше – занедбані форми уролітіазу (відповідно 6,0% проти 1,7%).

Практично у всіх госпіталізованих хворих СКХ супроводжувалась якимось ускладненням (93,9±0,8 випадку на 100 обстежених). Найчастіше причиною

госпіталізації була ниркова колька (64,3±1,6%). У кожного четвертого (23,6±1,4%) був супутній діагноз хронічного пієлонефриту, у 6,1±0,8% – хронічної ниркової недостатності.

Серед пацієнтів, обгрунтовано госпіталізованих у стаціонар, поширеність ускладнень була значнішою ( $p < 0,001$ ), ніж серед необгрунтовано пролікованих: 100,0±5,3 випадку на 100 хворих із СКХ проти 89,9±1,3 випадку (рис. 3). Однак швидше за все серед хворих, які необгрунтовано надійшли на стаціонарне лікування, відмічалася штучна гіпердіагностика цих ускладнень, особливо ниркової кольки (72,3 випадку на 100 необгрунтовано госпіталізованих), з метою виправдання стаціонарного лікування. Адже, крім їх вказання, жодного іншого клініко-лабораторного критерію госпіталізації в пацієнтів із цієї групи не було.



**Рис. 3.** Частота і структура ускладнень при сечокам'яній хворобі залежно від обгрунтованості госпіталізації

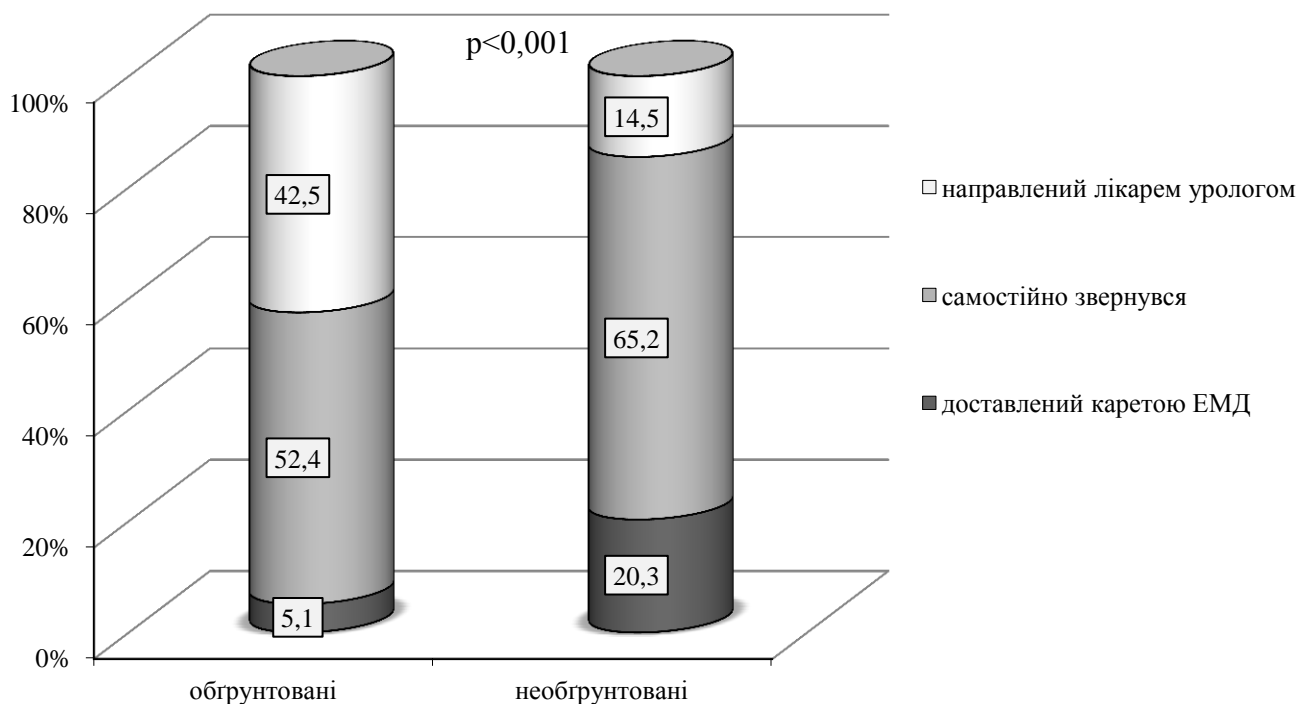
З іншого боку, найменший показник частоти ускладнень відмічався у приватному закладі охорони здоров'я:  $88,0 \pm 3,1$  на 100 стаціонарних хворих на СКХ проти  $93,8 \pm 1,0$  у ЦРЛ та  $98,7 \pm 0,9$  в ОКЛ ( $p < 0,001$ ), також за рахунок головним чином ниркової кольки ( $32,4 \pm 4,5$  випадку на 100 хворих проти  $70,7 \pm 1,8$  у ЦРЛ і  $60,5 \pm 3,9$  у ОКЛ), очевидно внаслідок того, що в приватні заклади переважно надходили планові хворі з метою оперативного лікування.

При аналізі шляхів госпіталізації у стаціонар виявлено, що більшість ( $60,1 \pm 1,6\%$ ) пацієнтів надходили унаслідок самостійного звернення в лікарню. За направленням лікаря-уролога амбулаторного закладу госпіталізувався лише кожен четвертий ( $25,6 \pm 1,5\%$ ), а ургентно, каретою екстреної медичної допомоги (ЕМД) –  $14,3 \pm 1,2\%$  хворих на СКХ.

Розподіл шляхів госпіталізації також відрізнявся залежно від місця лікування та обґрунтованості госпіталізації. Так, у ЦРЛ більшість ( $63,2\%$ ) пацієнтів

самостійно звертались по допомогу, ще  $19,8\%$  доставлені машиною ЕМД і тільки  $17,0\%$  – за направленням лікаря-уролога. В ОКЛ цілком закономірно частка госпіталізованих за направленням лікаря була значно більшою ( $38,5\%$ ), а через ЕМД – майже несуттєвою ( $1,9\%$ ). Однак те, що практично  $60\%$  ( $59,2\%$ ) госпіталізовані внаслідок самозвернення, вказало на недотримання існуючих вимог щодо спрямування пацієнтів на третинний рівень виключно за направленням лікаря з попередніх етапів. У приватний заклад охорони здоров'я пацієнти надходили тільки планово і при цьому дещо частіше за направленням лікаря ( $56,5\%$ ) порівняно із самозверненням ( $43,5\%$ ).

Логічно, що серед хворих, які необґрунтовано знаходились на стаціонарному лікуванні (рис. 4), госпіталізовані за направленням лікаря зустрічались майже утричі рідше, ніж у групі обґрунтовано госпіталізованих, –  $14,5 \pm 1,5\%$  проти  $42,5 \pm 2,6\%$  ( $p < 0,001$ ).



**Рис. 4.** Порівняльна характеристика шляхів поступлення у стаціонар хворих на сечокам'яну хворобу залежно від обґрунтованості госпіталізації

Однак те, що кожен шостий-сьомий недоцільно госпіталізований пацієнт мав таке направлення і ще  $20,3\%$  надійшли ургентно каретою ЕМД (тобто після огляду мінімум фельдшера), свідчить про порушення організаційних технологій відбору пацієнтів на стаціонарне лікування.

Зрозуміло, що тільки ті пацієнти, які надходили за направленням лікаря-уролога, мали при собі результати клініко-лабораторних та інструментальних обстежень. Однак проведена експертна оцінка відповідності їх

переліку існуючим стандартам показала, що лише в кожного п'ятого такого пацієнта ( $19,1 \pm 2,6\%$ ) нормативи були дотримані повністю. У більшості ( $71,1 \pm 3,0\%$ ) повнота догоспітального обстеження оцінена як виконана частково, а у кожного десятого ( $9,8 \pm 2,0\%$ ) – як повністю недотримана. При цьому найбільш відповідав нормативам показник у приватному закладі, де  $56,9\%$  госпіталізованих у ТзОВ з обстеженням на догоспітальному етапі експертами оцінено як повністю обстежені, ще  $41,4\%$  – як частково і тільки в  $1,7\%$

випадків відзначено недотримання цієї частини стандартів. Цілком протилежна картина спостерігалась у комунальних закладах. Якщо в ОКЛ стандарт обстеження при надходженні оцінювався у 16,4% як дотриманий повністю, у 78,7% – частково і у 4,9% – недотриманий, то в ЦРЛ повністю обстежених не було взагалі, а частка тих, у кого він був абсолютно недотриманий, – сягала 17,0%.

Суттєва різниця в аналізованих показниках встановлена залежно від обґрунтованості госпіталізації. У жодного з числа госпіталізованих за направленням лікаря без належних показів і лише у 29,3% серед обґрунтовано пролікованих пацієнтів догоспітальні обстеження повністю відповідали стандартам. І навпаки, практично в кожного четвертого недоцільно госпіталізованого (23,1%), а також у декількох пацієнтів із числа обґрунтовано госпіталізованих (2,7%) ці обстеження зовсім не відповідали існуючим нормативам.

Доведено, що необґрунтованість госпіталізації супроводжується вищою середньою тривалістю лікування –  $11,0 \pm 0,15$  дня проти  $7,5 \pm 0,30$  дня серед обґрунтовано пролікованих ( $r_{xy} = 0,87 \pm 0,20$ ;  $p < 0,001$ ). Сумарно цей показник становив  $9,6 \pm 0,16$  дня і був найкоротшим у ТзОВ –  $1,4 \pm 0,07$  дня проти  $8,1 \pm 0,34$  дня в ОКЛ і  $11,4 \pm 0,14$  дня в ЦРЛ ( $p < 0,001$ ). При цьому п'ята частина ( $19,1 \pm 3,1\%$ ) пацієнтів ОКЛ були виписані без підтвердження діагнозу, а у ЦРЛ цей показник взагалі сягав  $38,9 \pm 1,9\%$  ( $p < 0,001$ ). У приватному закладі таких випадків не було. Відповідно серед необґрунтовано госпіталізованих, попри вказану значну тривалість перебування у стаціонарі, трохи менше половини ( $41,2 \pm 2,1\%$ ) були виписані без підтвердження діагнозу

(проти  $14,7 \pm 1,9\%$  серед обґрунтовано госпіталізованих,  $p < 0,001$ ).

## Висновки

Установлено, що найраціональніше організована госпіталізація хворих на уролітіаз у приватному закладі охорони здоров'я, а необґрунтована госпіталізація характерна тільки для комунальних закладів і становить п'яту частину пролікованих хворих в ОКЛ (21,7%) і більшість (80,5%) у ЦРЛ.

Показано, що необґрунтованість госпіталізації призводить до соціально-економічних збитків, оскільки такі пацієнти надходять необстежені повністю чи недостатньо, а частка необґрунтовано госпіталізованих прямо корелює з більшою тривалістю стаціонарного лікування ( $r_{xy} = 0,87$ ), при тому, що 40% виписуються без верифікованого діагнозу.

Основні характеристики необґрунтовано госпіталізованих: молодші за віком (76,7% до 60 років), із незначним стажем захворювання (81,2% хворіли один чи декілька днів) на камені сечоводів (77,3%), що супроводжуються нирковою колькою (72,3%), які самостійно звертаються (65,2%) чи доставлені каретою ЕМД (20,3%), вказують на недосконалість організаційних технологій госпіталізації хворих, насамперед у спеціалізовані хірургічні відділення вторинного рівня, доцільність існування більшості яких викликає сумніви.

**Перспективи подальших досліджень** полягають в обґрунтуванні та розробці моделі удосконалення існуючої системи спеціалізованої урологічної допомоги.

## Література

1. Лехан В. М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах: позитивні результати, проблеми та можливі шляхи їх вирішення / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 67–86.
2. Нові можливості медикаментозної терапії, що сприяє відходженню каменів при сечокам'яній хворобі / І. М. Антонян, О. І. Зеленський, В. В. Мегера [та ін.] // Здоров'я чоловіка. – 2015. – № 2 (53). – С. 53–60.
3. Особливості сучасного лікування пацієнтів із сечокам'яною хворобою в Трускавці / І. А. Деркач, Я. В. Фецяк, О. Б. Прийма [та ін.] // Здоров'я чоловіка. – 2015. – № 2 (53). – С. 156–157.
4. Урологія. Діючі протоколи надання медичної допомоги : науково-методичне видання / за ред. д.мед.н., проф. С. П. Пасечнікова. – Київ : ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. – 626 с.
5. Урологія. Клінічний протокол надання медичної допомоги: «Рекомендації з діагностики, лікування уролітіазу» // Про удосконалення надання урологічної допомоги населенню України : наказ МОЗ України від 15.06.2007 р. № 330 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20070615\\_330.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070615_330.html). – Назва з екрана.
6. EAU Guidelines on urolithiasis / C. Türk, T. Knoll, A. Petrik [et al.] – European Association of Urology, 2015. – 71 p.
7. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam : Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.
8. Surgical Management of Stones: Endourological Society Guideline / D. Assimos, A. Krambeck, N. L. Miller [et al.]. – American Urological Association, 2016. – 50 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.12.2016 р.

**Анализ обоснованности госпитализации больных мочекаменной болезнью в учреждениях здравоохранения различных форм собственности***Д.Б. Соломчак*

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», г. Ивано-Франковск, Украина

**Цель** – проанализировать обоснованность госпитализации больных мочекаменной болезнью в учреждения здравоохранения различных уровней и форм собственности.

**Материалы и методы.** Проведены экспертные оценки медицинских карт стационарных больных частного медицинского учреждения (108 ед.), шести центральных районных (625 ед.) и областной клинической больницы (157 ед.).

**Результаты.** Установлено, что наиболее рационально организована госпитализация больных уролитиазом в частном учреждении здравоохранения, а необоснованная госпитализация характерна только для коммунальных учреждений здравоохранения и составляет пятую часть пролеченных больных в областной (21,7%) и большинство (80,5%) в районных больницах. Показано, что необоснованность госпитализации приводит к социально-экономическому ущербу, поскольку такие пациенты поступают необследованные полностью или недостаточно, а доля необоснованно госпитализированных прямо коррелирует с большей продолжительностью стационарного лечения ( $r_{xy}=0,87$ ), при том, что 40% выписываются без верифицированного диагноза.

**Выводы.** Требуют совершенствования организационные технологии госпитализации больных, в первую очередь, в специализированные хирургические отделения вторичного уровня, целесообразность существования большинства которых вызывает сомнения.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, стационарное лечение.

**Analysis of the validity of hospitalization of patients with urolithiasis in health care facilities of different ownership***D.B. Solomchak*

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Purpose** – to analyze the validity of patients with urolithiasis admission in health care facilities of different ownership.

**Materials and methods.** It was conducted peer review of inpatients' medical records in private health facility (108 units), six central district (625 units) and the regional (157 units) hospitals.

**Results.** It was proved that the most rational hospitalization of patients with urolithiasis is organized in a private healthcare facility. The unreasonable hospitalization is typical only for public healthcare settings and makes one fifth of patients treated in the regional hospital (21.7%) and the majority (80.5%) in district ones. It was shown that unreasonable hospitalization leads to social and economic losses, because such patients are admitted either unexamined completely or partially and the rate of unreasonable hospitalized directly correlated by longer length stay in hospital ( $r_{xy}=0.87$ ), despite the fact that 40% are discharged without a verified diagnosis.

**Conclusions.** Organization technologies of hospitalization require improving, especially in secondary specialized surgical departments, the validity of the existence most of which is doubtful.

**Key words:** urolithiasis, inpatient treatment.

**Відомості про автора**

Соломчак Дмитро Богданович – к.мед.н., доц., доцент кафедри урології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.