

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК: 614.2+616-056.2+616-084+616.62-003.7

Децик О.З., Соломчак Д.Б.

Порівняльна характеристика дотримання стандартів лікування у стаціонарних хворих на сечокам'яну хворобу в закладах охорони здоров'я різного рівня і форми власностіДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна
oryna_detsyk@ukr.net

Резюме. Вступ. Хворі на уролітіаз становлять 30-40% серед усього контингенту урологічних стаціонарів.

Мета. Оцінити дотримання стандартів стаціонарного лікування хворих на уролітіаз в закладах охорони здоров'я різного рівня та форми власності.

Матеріали дослідження. Проаналізували медичні карти стаціонарних хворих приватного медичного закладу (108 од.), шести центральних районних (625 од.) й обласної клінічної лікарні (157 од.).

Методи: епідеміологічний, експертних оцінок, медико-статистичний.

Результати роботи. Стаціонарне лікування хворих на сечокам'яну хворобу не відповідає вимогам в районних закладах охорони здоров'я, більшість пацієнтів яких шпиталізовані необгрунтовано (80,5%), займаючи ліжко в середньому 11,4 дні, без оперативного втручання (90,7%), без підтвердження діагнозу (38,9%), отримуючи надмірні обстеження (23,4%) та медикаментозне лікування (7,1 лікарський засіб на одного хворого, 62,1% дублювань препаратів). Виявлені резерви удосконалення лікувально-діагностичного процесу в обласній клінічній лікарні, де середня тривалість лікування при уролітіазі становила 8,1 день, за направленням лікаря поступало лише 38,9% пацієнтів, оперативним втручанням охоплено 78,3%, необгрунтовано госпіталізованих 21,7%, призначались надмірні обстеження (11,5%) та медикаментозне лікування (6,9 лікарських засобів на одного пацієнта, 51,0% дублювань).

Найраціональніше організоване стаціонарне лікування у приватному медичному закладі, де всі пацієнти прооперовані (з часом очікування 0,3 дні), перебували на лікуванні в середньому 1,4 дні, без зайвих обстежень і з мінімальним медикаментозним навантаженням (3,8 лікарських засоби на одного хворого).

Висновки. Вимагає оптимізації система спеціалізованої хірургічної допомоги на рівні регіону.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, організація стаціонарної допомоги.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Однією з основних проблем в урології на сьогоднішній день є сечокам'яна хвороба (СКХ), яка в структурі захворювань нирок і сечовивідних шляхів посідає друге місце за поширеністю, третє – як причина смертності і четверте – як причина інвалідності внаслідок урологічної патології [6, 13, 15].

Гострий початок, здебільшого важкий перебіг при загостреннях та схильність до рецидивів спричинюють високу потребу в дорогостояртісному стаціонарному лікуванні. Статистичні дані свідчать, що хворі на уролітіаз становлять 30-40% серед усього контингенту урологічних стаціонарів та до 70% тих, що поступають в ургентному стані [4]. За прогнозами фахівців, з огляду на тенденції росту захворюваності в цілому світі та в Україні [2], а також внаслідок впровадження нових дорогостояртісних, високоефективних технологій лікування, у першу чергу, оперативних, соціально-економічний тягар СКХ на системи охорони здоров'я зростає і надалі [1]. А тому першочергового значення набувають заходи раціонального витрачання коштів: чіткі критерії госпіталізації і дотримання сучасних стандартів лікування, розроблених на принципах доказової медицини [3, 9, 10, 12, 14].

Потреба дотримання таких заходів для України з її складними економічними і політичними умовами та вкрай обмеженими ресурсами системи охорони здоров'я є особливо

актуальною.

Мета дослідження: на підставі оцінки дотримання стандартів стаціонарного лікування хворих на уролітіаз оцінити раціональність використання ресурсів в закладах охорони здоров'я різного рівня та форми власності.

Матеріал і методи дослідження

Проаналізували медичні карти стаціонарних хворих на сечокам'яну хворобу у 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 обгрунтованості шпиталізації та повноти дотримання медико-технологічних стандартів створили експертну групу із досвідчених (середній стаж роботи за спеціальністю 35,6 років) незалежних експертів – двох професорів та доцента кафедри урології, а також двох лікарів-урологів вищої кваліфікаційної категорії. Оскільки вітчизняні клінічні протоколи (2004 та 2007) [7, 8] застарілі, не відповідають вимогам наказу МОЗ України від 28.09.2012р. № 751 [5] і не можуть вважатися такими, що створені на принципах доказової медицини, для досягнення консенсусу також брались до уваги рекомендації клінічних настанов Американської та Європейської асоціації урологів (2011-2015) [9, 10, 12, 14].

Отримані кількісні дані узагальнювали шляхом розрахунку середнього арифметичного (M) із стандартним відхиленням ($\pm SD$) та похибкою ($\pm m_p$) для середніх величин, якісні – частоти ознаки на 100 хворих (P) і похибки репрезентативності для відносних величин ($\pm m_p$). Оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 для відносних величин і критерію Крускал-Уолліса (Kruskal-Wallis ANOVA) для середніх [11].

Використано методи: епідеміологічний, експертних оцінок, медико-статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що абсолютна більшість ($80,5 \pm 1,6\%$) госпіталізованих з приводу СКХ у ЗОЗ вторинного рівня і п'ята частина ($21,7 \pm 3,3\%$) у ОКЛ не мали належних показів для цього. Тільки у приватному ЗОЗ всі хворі з уролітіазом відповідали критеріям шпиталізації.

Склад хворих на СКХ у порівнюваних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) не відрізнявся за статтю (приблизно порівну чоловіків і жінок у всіх медичних закладах, $p > 0,05$).

За віком дещо «молодшою» була структура хворих на СКХ у ЦРЛ, де особи до 60 років становили 77,0% проти 61,1% у ОКЛ та 65,7% у ТзОВ ($p < 0,01$).

Відповідно відрізнялись пацієнти різних ЗОЗ і за стажем хвороби. У ЦРЛ більшість хворих звертались у перші дні хвороби (80,4% проти 41,4% у ОКЛ та 35,2% у ТзОВ, $p < 0,001$). Очевидно, при більш тривалому досвіді захворювання пацієнти обирали або ОКЛ, або приватний ЗОЗ.

При аналізі шляхів поступлення у стаціонар (рис. 1) виявлено, що більшість пацієнтів ЦРЛ (63,2%) самостійно звертались за допомогою, ще 19,8% доставлені машиною екстреної медичної допомоги (ЕМД) і тільки 17,0% – за направленням лікаря-уролога, що, на наш погляд, пояснює показану вище переважуючу необгрунтованість госпіталізації.

В ОКЛ цілком закономірно частка шпиталізованих за

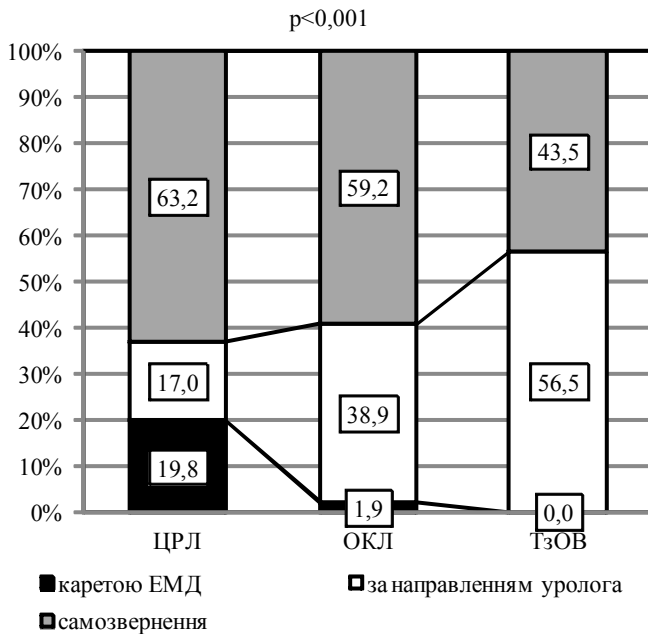


Рис. 1. Шляхи госпіталізації хворих на СКХ у порівнюваних ЗОЗ

направленням лікаря значно більша (38,5%), а через ЕМД – майже несуттєва (1,9%). Однак те, що практично 60% (59,2%) госпіталізовані внаслідок самозвернення, вказує на недотримання існуючих вимог щодо спрямування пацієнтів на третинний рівень виключно за направленням лікаря з попередніх етапів.

У приватний ЗОЗ пацієнти поступали дещо частіше за направленням лікаря (56,5%), порівняно із самозверненням (43,5%).

Відповідно до шляхів поступлення частки обстежених на догоспітальному етапі також суттєво відрізнялись ($p < 0,001$) і складали у ЦРЛ всього $17,0 \pm 1,5\%$, у ОКЛ – $38,9 \pm 3,9\%$ та в приватному ЗОЗ – $53,7 \pm 4,8\%$. При цьому, дотримання вимог обстеження згідно існуючих стандартів найбільш повним також було у ТзОВ – 56,9% тих, що поступили з обстеженням на догоспітальному етапі, експертами оцінені як повністю обстежені, ще 41,4% – як частково і тільки в 1,7% випадків відзначене недотримання цієї частини стандартів. Цілком протилежна картина спостерігалась у комунальних ЗОЗ. Якщо в ОКЛ стандарт обстеження при поступленні оцінювався в 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 зовсім недотриманий – сягала 17,0%.

Слід зазначити, що в приватному ЗОЗ обстеженням уже на госпітальному етапі були охоплені менше половини пацієнтів (46,3%) – тільки ті, що поступили без них у стаціонар. У комунальних ЗОЗ усім пацієнтам (100,0%) призначались лабораторні та інструментальні обстеження під час перебування у стаціонарі, незважаючи на їх наявність при поступленні. На наш погляд, це демонструє зайве дублювання обстежень та нерациональність використання коштів. Так, у ЦРЛ зроблено 162,7 загальних аналізів крові на 100 хворих, у ОКЛ – 149,0; загальних аналізів сечі відповідно – 195,0 і 114,0; дороговартісних біохімічних аналізів крові на креатинін і сечовину – 102,7 та 96,8; ультразвукових обстежень нирок та сечовивідних шляхів – 120,6 та 142,0.

У результаті, за даними експертних оцінок, у кожного десятого пацієнта ОКЛ (11,5%) та в кожного четвертого в ЦРЛ (23,4%) обсяг обстежень на госпітальному рівні визначний надмірним.

Незважаючи на встановлене, п'ята частина (19,1%) па-

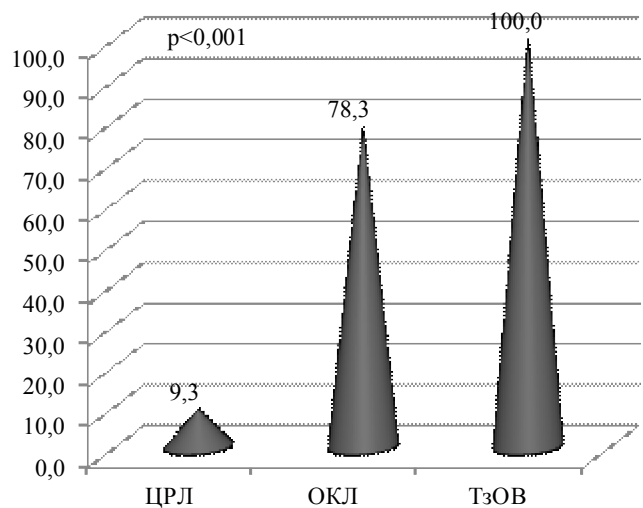


Рис. 2. Відсоток прооперованих хворих на СКХ у порівнюваних ЗОЗ

цієнтів ОКЛ були виписані без підтвердження діагнозу, а в ЦРЛ цей показник взагалі сягав майже 40% – 38,9%. У приватному ЗОЗ таких випадків не виявлено.

При аналізі дотримання стандартів лікування показано, що попри сучасні вимоги преференцій хірургічного втручання, спрямованого на видалення каменю, тільки в приватному ЗОЗ (рис. 2) всі 100% хворих на СКХ ($p < 0,001$) були прооперовані із застосуванням сучасних малоінвазивних методів: уретеролітотрипсії – 54,6%, перкутанної нефролітотрипсії – 42,6% та цистолітотрипсії – 2,8%.

У ОКЛ прооперовано більшість (рис. 2), але не всіх пацієнтів з уролітіазом – 78,3%. З них 17,2% проводився кліренс нирки (що фактично є паліативним ургентним втручанням, свідчить про пізні звернення за медичною допомогою і вимагає подальшого радикального лікування) і 5,2% – відкриті оперативні втручання, яких вже майже ніде не застосовують у розвинених країнах світу.

Як видно на рис. 2, у ЦРЛ прооперовано всього 9,3% хворих на СКХ. Причому більшість із цих операцій (58,6%) – екстракорпоральна ударно хвильова дистанційна літотрипсія (ЕУХДЛТ), відповідне обладнання для проведення якої є тільки в м. Івано-Франківську у недержавному ЗОЗ. Тому стаціонарне лікування з цього приводу в розглянутих закладах охорони здоров'я свідчить про те, що хворі оперувались не в них, а шпиталізувались у до- та післяопераційному періоді і отримували фактично тільки медикаментозне лікування. Непрямим підтвердженням сказаному є те, що в приватному ЗОЗ пацієнти пересічно тільки $0,3 \pm 0,04$ дні очікували на операцію, в ОКЛ – $1,9 \pm 0,52$ дні, а в ЦРЛ – аж $5,3 \pm 0,84$ дні.

Встановлено, що в комунальних закладах охорони здоров'я, порівняно із приватним (рис. 3), пересічному хворому на СКХ в середньому призначали майже вдвічі більше різноманітних лікарських засобів (ЛЗ): 5-9 найменувань або в середньому ($M \pm m$) – $7,1 \pm 0,1$ ЛЗ в ЦРЛ і $6,9 \pm 0,2$ ЛЗ в ОКЛ. У ЗОЗ недержавної форми власності відповідні коефіцієнти становили 3-5 найменувань, або $3,8 \pm 0,1$ ЛЗ у середньому на одного пацієнта ($p < 0,001$).

Причому в приватному ЗОЗ хворим на СКХ призначали в основному знеболювальні (91,7%) та антибіотики (100,0%) і рідко спазмолітики (11,1%).

Натомість у комунальних ЗОЗ улюбленими ЛЗ були знеболювальні (83,4% призначень в ОКЛ та 71,5% в ЦРЛ) і спазмолітики (71,3% та 92,8% відповідно). При цьому знеболювальні приблизно в половині випадків призначали по

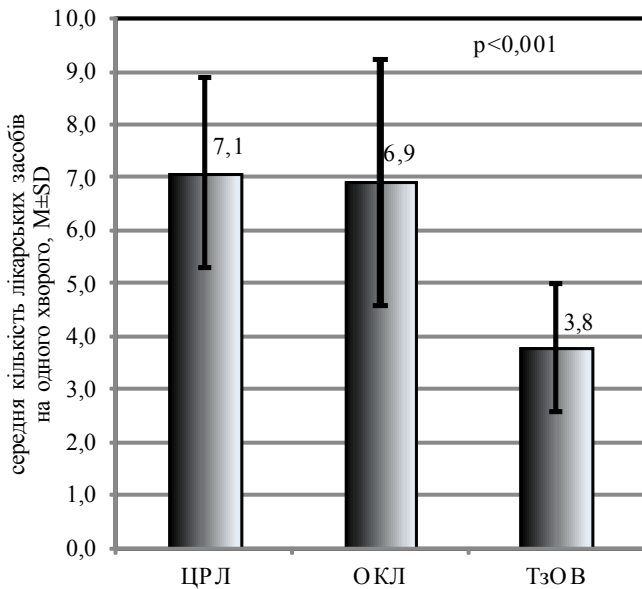


Рис. 3. Середнє число лікарських засобів, що призначаються при стаціонарному лікуванні СКХ у порівнюваних ЗОЗ

два і більше ЛЗ з групи (40,9% в ОКЛ та 57,9% в ЦРЛ), а спазмолітики – ще частіше (61,6% та 84,5% відповідно). Мало того, у 69,1% випадків в ЦРЛ і 63,1% в ОКЛ проти спорадичних 8,3% у ТзОВ ($p < 0,001$) спазмолітики призначалися хворим на СКХ разом із знеболювальними. Антибіотики призначали 89,2% хворих на СКХ у ОКЛ і 38,2% у ЦРЛ.

Решта груп ЛЗ, які не містяться в протоколах та клінічних настановах для стаціонарного етапу лікування СКХ, у приватному ЗОЗ не застосовувались. Разом з тим, уросептики, щодо яких немає доказів їх ефективності при інфекційних ускладненнях уролітіазу, призначались спорадично в ОКЛ (4,5%) та майже половині таких пацієнтів у ЦРЛ (42,4%), причому майже кожному десятому з них (8,7%) – по два і більше відповідних препаратів.

Більшості хворих на СКХ у районних ЗОЗ (76,8%) і половині – в ОКЛ (50,3%) давали фітопрепарати, які зазвичай застосовують після стаціонарного лікування довготривалими курсами з метою метафілактики рецидивів. Причому по одному препарату з цієї групи отримували 56,9% відповідних пацієнтів ЦРЛ та 82,3% в ОКЛ, а в решті випадків спостерігалось призначення двох і більше фітопрепаратів.

Не дивно, що, за висновком експертів, стаціонарне лікування хворих на СКХ повністю відповідало стандартам у всіх 100% пацієнтів приватного ЗОЗ, у 40,1% в ОКЛ і тільки у 8,5% в ЦРЛ. Ще 5,1% медичних карт стаціонарного хворого в ОКЛ і 22,2% в ЦРЛ були оцінені як такі, що частково відповідають сучасним стандартам. Слід зазначити, що лише в ЦРЛ були пацієнти (7,2%), лікування яких визнано зовсім не відповідним до вимог. З іншого боку, 51,0% пацієнтів ОКЛ та 62,1% у районних ЗОЗ отримували надмірне лікування.

Встановлено, що загалом середня тривалість лікування (рис. 4) одного хворого на СКХ ($M \pm m$) найкоротшою була в ТзОВ – $1,4 \pm 0,07$ дні, в той час, як у ОКЛ – $8,1 \pm 0,34$ дні і в ЦРЛ – $11,4 \pm 0,14$ днів ($p < 0,001$).

Висновки

Показано, що практично зовсім не відповідає сучасним клінічним настановам стаціонарне лікування хворих на сечокам'яну хворобу в районних закладах охорони здоров'я, більшість пацієнтів яких шпиталізовані необгрунтовано

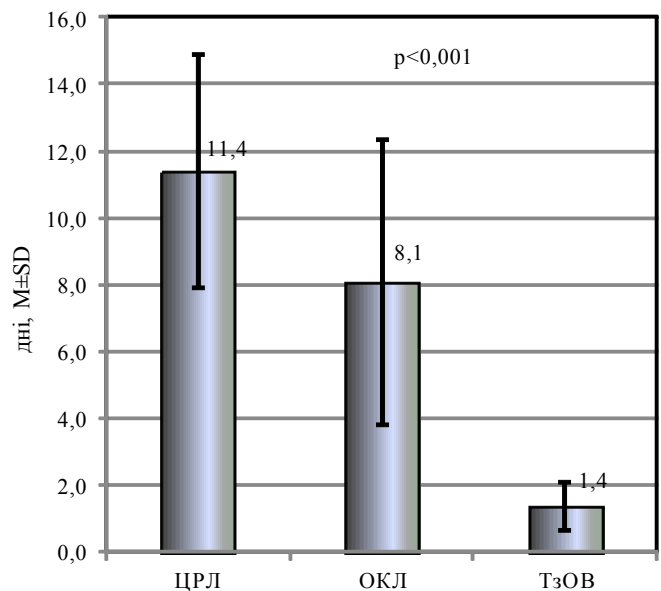


Рис. 4. Середня тривалість стаціонарного лікування одного хворого на СКХ у порівнюваних ЗОЗ

(80,5%), займаючи ліжко в середньому 11,4 дні, без оперативного втручання (90,7%), без підтвердження діагнозу (38,9%), отримуючи надмірні обстеження (23,4%) та медикаментозне лікування (7,1 лікарський засіб на одного хворого, 62,1% дублювань препаратів).

Виявлені значні резерви удосконалення лікувально-діагностичного процесу в обласній клінічній лікарні, де середня тривалість перебування пацієнта з уролітіазом становила 8,1 день, за направленням лікаря поступало лише 38,9% пацієнтів, оперативним втручанням охоплено 78,3% (з них 22,2% застарілі та паліативні технології, на операцію очікували 1,9 днів), необгрунтовано госпіталізованих 21,7%, у 19,1% діагноз не підтверджено, призначались надмірні обстеження (11,5%) та медикаментозне лікування (6,9 лікарських засобів на одного пацієнта, 51,0% дублювань).

Встановлено, що найраціональніше організоване стаціонарне лікування хворих на сечокам'яну хворобу у закладі охорони здоров'я недержавної форми власності, де всі пацієнти прооперовані (з часом очікування 0,3 дні), перебували на лікуванні в середньому 1,4 дні, без зайвих обстежень і з мінімальним медикаментозним навантаженням (3,8 лікарських засоби на одного хворого).

Вимагає оптимізації система спеціалізованої хірургічної допомоги на рівні регіону, зокрема щодо доцільності утримання урологічних ліжок у більшості стаціонарів районного рівня та в напрямі удосконалення системи управління якістю її надання.

Перспективи подальшого розвитку у цьому напрямі полягатимуть в розробці пропозицій удосконалення ефективності системи спеціалізованої (урологічної) медичної допомоги на принципах раціонального використання коштів.

Література

1. Вошула В.І. Метафілактика мочекаменной болезни / В.І. Вошула // Здоровье мужчины. – 2015. – №1(52). – С. 4-8.
2. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, С.П. Дмитришин // Здоровье мужчины. – 2010. – № 2 (33). – С. 17-24.
3. Нові можливості медикаментозної терапії, що сприяє відходженню каменів при сечокам'яній хворобі / І.М. Антонян,

О.І. Зеленський, В.В. Мегера і співавт. // Здоров'є мужчини. – 2015. – №2 (53). – С. 53-60.

4. Особливості сучасного лікування пацієнтів із сечокам'яною хворобою в Трускавці / І.А. Деркач, Я.В. Фецяк, О.Б. Прийма і співавт. // Здоров'є мужчини. – 2015. – №2(53). – С. 156-157.

5. Про створення та впровадження медико-технологічних стандартів та нормативів у галузі охорони здоров'я. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012р. №751. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html

6. Толочко В.М. Фармакоеконімічні аспекти сечокам'яної хвороби / В.М. Толочко, Т.І. Єрмоленко // Вісник фармації. – 2009. – №2(58). – С. 71-74.

7. Урологія. Діючі протоколи надання медичної допомоги : Науково-методичне видання / За редакцією д.мед.н., професора С.П. Пасечнікова. — К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. — 626 с.

8. Урологія. Рекомендації з діагностики, лікування уролітіазу : Клінічний протокол надання медичної допомоги // Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.06.2007р. №330 «Про удосконалення надання урологічної допомоги населенню України». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070615_330.html

9. EAU Guidelines on urolithiasis / С.Тьрк, Т. Кнолл, А. Петрик et al. – European Association of Urology, 2011. – 104 p.

10. EAU Guidelines on urolithiasis / С.Тьрк, Т. Кнолл, А. Петрик et al. - European Association of Urology, 2015. – 71 p.

11. 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.

12. Medical management of kidney stones: AUA guideline / M.S. Pearle, D.S. Goldfarb, D.G. Assimos et al. - American Urological Association, 2014. – 26 p.

13. Pathophysiology-based treatment of urolithiasis / T. Yasui, A. Okada, S. Namamoto et al. // Int J Urol. – 2016. – [Англ. мова]. – Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27539983>.

14. Surgical Management of Stones: Endourological Society Guideline / D. Assimos, A. Krambeck, N.L. Miller et al. – American Urological Association, 2016. – 50 p.

15. The new epidemiology of nephrolithiasis / J. Shoag, G.E. Tashian, D.S. Goldfarb, V.H. Eisner // Adv. Chronic Kidney Dis. – 2015.

– Vol. 22(4). – P.273-278.

O.Z. Detsyk, D.B. Solomchak

Comparative Characteristics of the Treatment Standards Compliance of Inpatients with Urolithiasis in Different Levels and Ownership Health Care Facilities

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

Abstract. Aim: to evaluate the hospital care standards compliance in patients with urolithiasis in health care facilities of different levels and ownership.

Materials: It was analyzed inpatients' medical cards in private health facility (108 units), six central district hospitals (625 units) and the regional hospital (157 units).

Methods: epidemiological, peer review, biostatistical.

Results. It was shown that inpatient treatment of urolithiasis in district hospitals practically does not meet modern clinical guidelines, most patients are hospitalized unnecessarily (80.5%), occupying a bed in an average of 11.4 days without surgery (90.7%), without confirmation of diagnosis (38.9%) receiving excessive examination (23.4%) and medication (7.1 drug per patient, 62.1% backup drugs).

It was founded the significant reserves of diagnostic and treatment process improving in the regional hospital. There were registered: the average length of staying of patient with urolithiasis was 8.1 days; according to doctor's recommendation comes only 38.9% of patients; surgery reached 78.3% (including 22.2% obsolete and palliative technology, operation waiting 1.9 days); unnecessarily hospitalized 21.7%; in 19.1% diagnosis not confirmed; appointed excessive examinations (11.5%) and medication (6.9 drugs per one patient, 51.0% backup).

It was revealed the most corresponded to standards inpatient treatment of urolithiasis in health care facility of private ownership, where all patients were operated (with a waiting time of 0.3 days), were treated in average 1.4 days, without unnecessary examinations and with minimal drug load (3,8 drugs per patient).

Conclusion. System of specialized surgical care at the regional level requires optimization.

Key words: urolithiasis, hospital care management.

Надійшла 22.05.2017

Завершено рецензування 12.06.2017

Прийнято до друку 12.06.2017