

На правах рукопису

САЙДАКОВА Надія Олександрівна

УДК 614.2:616.6-036.868

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ
ПОЛІПШЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ НА УРОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

14.00.40 — урологія

14.00.33 — соціальна гігієна та організація
охорони здоров'я

Автореферат
дисертації на здобуття вченого ступеня
доктора медичних наук

Робота виконана в Укр
урології та нефрології

ЛННБ України ім.В.Стефаника



00819752 (W)

Наукові консультанти:

Заслужений діяч науки України,
лауреат Державної премії України,
академік АН України, професор

О. Ф. ВОЗІАНОВ

Заслужений діяч науки України,
лауреат Державної премії України,
професор

Л. П. ПАВЛОВА

Доктор медичних наук, професор

О. П. МІНЦЕР

Офіційні опоненти:

Заслужений діяч науки України,
лауреат Державної премії України,
професор

П. С. СЕРНЯК

Доктор медичних наук

С. П. ПАСЕЧНИКОВ

Доктор медичних наук, професор

Є. Г. ПРОЦЕК

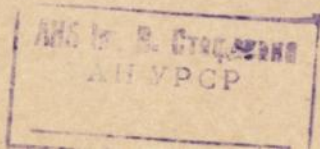
Ведучий заклад — Дніпропетровський ордена Трудового Червоного Прапора медичний інститут

Захист відбудеться « ____ » _____ 1992 р. о ____ год.
на засіданні спеціалізованої Ради (Д. 088.17.01) при Українському НДІ урології та нефрології за адресою: 252053, м. Київ-53,
вул. Ю. Коцюбинського, 9 а.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці інституту.

Автореферат розіслано « ____ » _____ 1992 р.

Вчений секретар
спеціалізованої Ради
кандидат медичних наук



М. І. БОЙКО

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Проблема удосконалення урологічної допомоги має велике народногосподарське значення. Маючи наближені до нормативної забезпеченість населення України урологічними ліжками, амбулаторними прийомами, кадрами, а також значні успіхи у галузі клінічної урології, якість та результативність лікування пацієнтів із захворюваннями нирок та сечовидільних шляхів нерідко не відповідає сучасному рівню. У той же час, матеріали щодо прогнозу захворюваності, інвалідності, смертності свідчать про їх зростання в цілому в групі захворювань урологічного профілю. В свою чергу щорічне збільшення кількості оперативних втручань веде до збільшення числа осіб, переважно працездатного віку, які становлять групу підвищеного ризику стосовно виходу на інвалідність /О.Ф.Возіанов, 1990; Д.П.Павлова, 1985, 1991; О.В.Льольо, 1991; П.С.Серняк, 1991/.

Відомо, що розвиток служби залежить як від розробки наукових принципів діагностики та лікування хворих урологічного профілю, так і від модернізації форм та принципів організації її роботи. За таких умов оптимізація медичної допомоги, раціональне використання існуючих засобів, забезпечення чіткої взаємодії різних етапів та рівнів спеціалізованої допомоги, розмежування їх функцій, наукове визначення показань до лікування на певному етапі, об'єктивна оцінка діяльності кожної лікувальної установи є основою поліпшення результатів лікування хворих урологічного профілю.

Дані літератури в той же час свідчать, що комплексних та інтегральних досліджень з питань оптимізації заходів, спрямованих на поліпшення результативності лікування, прогнозування перебігу та наслідків патологічного процесу при основних урологічних захворюваннях фактично немає, чисельні клінічні розробки, присвячені аналізу результатів лікування, мають констатуючі дані /Г.П.Колесніков, 1985; М.І.Ухаль, 1985; Ю.Я.Когут, 1987; М.Н.Малаев, 1987; М.П.Петричко, 1989; З.Р.Шодмонова, 1991, та ін./.

У зв'язку з викладеним особливої актуальності набуває дослідження принципово нових форм організації надання спеціалізованої допомоги, нових структурно-функціональних моделей, систем та технологій роботи медичних установ. Підвищеної уваги потребують диспансеризація і реабілітація, що є важливою ланкою у підвищенні якості діагностики, лікування, профілактики урологічних захворювань.

Таким чином, вибір напрямлення дослідження аргументований і буде сприяти вирішенню вказаної проблеми.

Мета дослідження: обумовлення комплексу клініко-організаційних заходів та інфраструктури системи спеціалізованої допомоги, що ґрунтуються на інтегральних показниках тяжкості стану хворих і прогнозу наслідків захворювань урологічного профілю з метою поліпшення результатів лікування.

Поставлена мета обумовила методологічні особливості роботи, які включають вивчення клініко-організаційних аспектів спеціалізованої допомоги хворим урологічного профілю з урахуванням інтегральної оцінки показників тяжкості стану, прогнозування перебігу та наслідків захворювань.

Викладені методологічні особливості визначили програму дослідження, яка потребує виконання таких завдань:

1. Вивчення стану існуючої системи надання етапної урологічної допомоги /організація, якість, ефективність/ та її оцінка.

2. Вивчення віддалених наслідків хірургічного лікування хворих урологічного профілю.

3. З'ясування ступеня задоволення потреб забезпечення медичною допомогою на таких етапах: поліклініка, стаціонар, санаторій; рівень інформованості з питань профілактики захворювань.

4. Розробка критеріїв інтегральних оцінок тяжкості стану хворих із ураженням нирок і сечовидільних шляхів.

5. Розробка засобів кількісної оцінки тяжкості стану хворих та прогнозування найближчих і віддалених результатів лікування.

6. Обґрунтування комплексу диференційованих показників для лікування хворих у медичних установах різного типу, в тому числі у санаторіях.

7. Обґрунтування найбільш доцільної форми диспансеризації та реабілітації оперованих хворих з урологічною патологією за участю фахівців усіх рангів, із використанням можливостей медичних установ, а також мотивація критеріїв розподілу хворих на групи спостереження.

8. Розробка науковообґрунтованої системи динамічного спостереження за ефективністю проведених лікувально-оздоровчих заходів.

9. Визначення ефективності заходів щодо вдосконалення медичної допомоги.

Наукова новизна результатів дослідження.

Дисертація є фундаментальним багатоплановим науковим дослідженням, що ґрунтується на узагальненні джерел інформації, які дають різнобічне уявлення про клінічні, соціальні, організаційні фактори, котрі впливають на результативність лікування хворих урологічного профілю.

Вперше тяжкість стану пацієнтів використана як базове поняття у визначенні найближчих та віддалених результатів лікування, а також нових функціонально-структурних відношень у системі спеціалізованої допомоги хворим із ураженням нирок та сечовидільних шляхів.

Практична значимість роботи.

Запропоновано засіб кількісної інтегральної оцінки тяжкості стану хворих урологічного профілю і прогнозування найближчих та віддалених наслідків лікування.

Обґрунтовано систему об'єктивізації показників для лікування хворих урологічного профілю у медичних установах різного рівня, а також санаторіях, що забезпечує оптимізацію організації спеціалізованої допомоги.

Обґрунтовано принципи та запропонована нова організаційна форма етапної диспансеризації і реабілітації оперованих хворих з урологічною патологією, що передбачає доцільність їх розподілу залежно від тяжкості стану по медичних установах різного рівня /від центральної районної лікарні до клінік профілюючих кафедр і науково-дослідного інституту /за участю фахівців усіх рангів, а також максимальне використання засобів охорони здоров'я.

Запропоновано систему динамічного спостереження за ефективністю проведених лікувально-оздоровчих заходів.

Визначена концепція диференційованого підходу до надання спеціалізованої допомоги на різних етапах та рівнях із системою динамічного спостереження за станом здоров'я пацієнтів може бути основою розробки принципів страхової медицини.

Основні положення, які виносяться на захист:

Медико-соціальна оцінка спеціалізованої урологічної допомоги населенню з обґрунтуванням комплексу клініко-організаційних заходів щодо її удосконалення, у тому числі:

- інтегральні критерії оцінки тяжкості стану пацієнтів із захворюваннями нирок та сечовивідних шляхів;

- технологія лікування та ведення хворих урологічного профілю на окремих етапах і рівнях надання допомоги, а також в умовах курорту;
- модель етапної диспансеризації та реабілітації оперованих хворих;
- система спостереження за ефективністю впливу на організм хворих лікувально-профілактичних заходів.

Результати роботи запроваджувались у практику на підставі Республіканських планів /РПВ-89, 90, 91/ на республіканському та регіональному рівнях.

За матеріалами дисертації видана така інформаційно-методична література.

Методичні рекомендації: 1. Показання й протипоказання до нефректомії при туберкульозі нирок. - К., 1981.- 14 с. /у співавт./; 2. Методичні вказівки з оцінки економічної ефективності впровадження результатів наукових досліджень у практику охорони здоров'я. - К., 1987.- 35 с. /у співавт./; 3. Централізована диспансеризація оперованих хворих урологічного профілю. - К., 1988.- 16 с. /у співавт./; 4. Етапна реабілітація хворих на сечокам'яну хворобу та критерії її оцінки.- К., 1991.- 17 с. /у співавт./; 5. Діагностика, лікування й диспансерний нагляд над онкоурологічними хворими. - К., 1991.- 27 с. /у співавт./; 6. Діагностика, лікування й диспансеризація хворих на уретерогідронефроз. - К., 1991.- 24 с. /у співавт./.

Інформаційні листи: 1. Спосіб визначення рівня диспансеризації хворих з єдиною ниркою після операції на нирках і сечовивідних шляхах. - К., 1988, Вип. 10 /у співавт./; 2. Спосіб прогнозування рівня /етапу/ диспансерного спостереження за оперованими хворими. - К., 1988, Вип. 7 /у співавт./ - з проблем "Урологія та нефрологія".

Матеріали дисертаційного дослідження стали основою для підготовки та видання наказів по Дніпропетровському обласному відділу охорони здоров'я "Про централізовану диспансеризацію оперованих урологічних хворих" /№ 693 від 15.12.1986 р./, Львівському обласному відділу охорони здоров'я "Про подальше поліпшення урологічної допомоги населенню Львівської області" / № 346 від 22.05.1986 р./.

Розроблено модель етапної реабілітації хворих на сечокам'яну хворобу; систему етапної централізованої диспансеризації оперованих хворих запроваджено в таких медичних закладах і установах: у санаторіях об'єднання Трускавецькурорт, лікувальних установах Вінницької, Дніпропетровської, Кіровоградської, Луганської, Львів-

ської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Ровенської, Сумської, Черкаської областей, в Українському науково-дослідному інституті урології та нефрології, Київському міському урологічному центрі /лікарна № 14/, а також у республіканському госпіталі ІВВ у Боровлянах /Білорусія/.

Результати дисертаційної роботи використовуються в програмі навчання студентів на кафедрі урології Запорізького, Дніпропетровського, Луганського, Полтавського медичних інститутів, Київського медичного університету, а також лікарів на кафедрі інформатики й обчислювальної техніки Київського інституту вдосконалення лікарів.

Апробація роботи. Основні матеріали дисертації викладено і обговорено на УІ Всесоюзному з'їзді урологів /Суздаль, 1982/; на УІ Пленумі Всесоюзного товариства урологів /Ростов-на-Дону, 1983/; на нараді проблемної комісії з урології та нефрології МОЗ РРФСР і Пленумі правління ВНТУ /Челябінськ, 1987/; на I Республіканському з'їзді геронтологів /Дніпропетровськ, 1988/; на Всесоюзній науково-практичній конференції на тему "Сучасні проблеми організації амбулаторно-поліклінічної допомоги" /Саратов, 1988/; на ІУ конференції урологів та нефрологів Білорусії /Мінськ, 1989/; на ІУ Всесоюзному з'їзді урологів /Москва, 1990/; на ІІ з'їзді соціальних гігієністів і організаторів охорони здоров'я УРСР /Вінниця, 1990/; на ІІІ з'їзді онкологів УРСР /Донецьк, 1990/; на У з'їзді фізіотерапевтів і курортологів України /Одеса, 1991/; на ІІІ Міжнародній конференції з проблем медичних катастроф /Київ, 1991/; на науково-практичних конференціях урологів і нефрологів Дніпропетровської області /1983, 1986, 1991/ та м. Києва /1989/; на ІІ міжобласній науково-практичній конференції хірургів "Актуальні питання клінічної та експериментальної медицини" /Кривий Ріг, 1990/; на Пленумі правління ВНТУ /Ростов-на-Дону, 1992/.

Дисертація апробована на науково-практичній конференції, проведеній Українським науково-дослідним інститутом урології та нефрології 09.10.1992 р.

Зв'язок завдань дослідження з проблемним планом медичної науки.

Дисертаційна робота виконувалась відповідно до реалізації Республіканської комплексної програми "Вивчення раціональних форм організації диспансеризації населення і розробка заходів щодо її удосконалення" згідно з Державним планом економічного і соціального розвитку України /НДР РН. 69.21.01.86; № держреєстрації 0186.0060581/.

а також НДР /ВН.40.00.0031.89, № держреєстрації 0189.001.8642/, котра Експертною Радою "Хірургія" при Президії АМН СРСР /від 20 червня 1988 р., № 76/ включена в перелік пріоритетних науково-дослідних робіт на 1989-1990 рр.

Публікації з теми дисертації. За результатами дисертації опубліковано 31 наукова праця, 6 методичних рекомендацій, 2 інформаційних листа; отримано 4 посвідчення на галузеві раціоналізаторські пропозиції.

Об'єм і структура дисертації. Дисертація викладена на 350 сторінках друкованого тексту і складається з вступу, огляду літератури, семи глав власних досліджень, заключення, висновків, практичних рекомендацій, переліку літератури та 8 додатків на 48 сторінках. Праця ілюстрована 10 малюнками та 78 таблицями. Показки літератури містить 281 вітчизняних і 130 іноземних джерел.

ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Мета і завдання дослідження визначили його програмно-цільову структуру. Схема програми дослідження і кількісна характеристика фактичного матеріалу зображені на малюнку.

Різні елементи програми виконувались поетапно у різні періоди. Для збирання інформації використовували суцільний та вибірковий методи дослідження, багатоступінчастий відбір, одноразові та поточні спостереження.

На першому етапі досліджень вивчено стан системи надання допомоги хворим із ураженням нирок та сечовивідних шляхів. Виконання цього фрагменту пов'язане з необхідністю отримання основних показників якості та результатів лікування в динаміці для реального уявлення про їх тенденції при окремих нозологічних формах на різних етапах і рівнях надання допомоги, а також встановлення факторів, які впливають на ефективність лікувально-оздоровчих заходів.

Враховуючи, що в Україні щорічно виконується понад 2000 нефректотомій, тобто збільшується кількість пацієнтів з єдиною ниркою, які складають групу підвищеного ризику щодо виходу на інвалідність, за зразок моделі для реалізації завдань дослідження обрано названу категорію хворих.

Проаналізовано результати обстеження та лікування 3147 хворих, яким було виконано нефректомію внаслідок урологічних захворювань у

експерт-ні	кліні-ко-статистичні	соціо-логіч-ні	концеп-туаль-ні	варіацій-на оброб-ка спос-тережень	кореля-ційний аналіз	визначен-ня досто-вірності відмін-ностей	аналіз інфор-матив-ності	теорія прий-няття рішень	визна-чення факто-рів ризику	комп-лексна оцінка тяжкос-ті стану
------------	----------------------	----------------	-----------------	------------------------------------	----------------------	--	--------------------------	--------------------------	------------------------------	------------------------------------

Методичні прийоми та математичний аналіз матеріалів

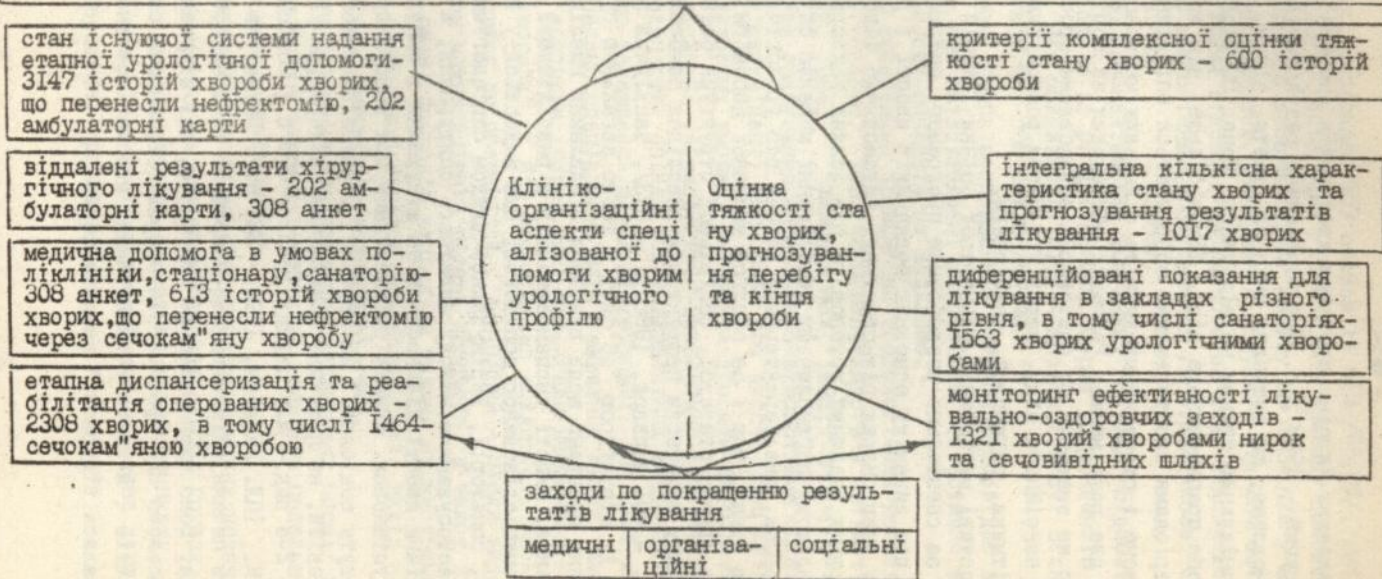


Схема програми дослідження та кількісна характеристика матеріалу.

медичних закладах України протягом двох років /перший період - 1977 р., другий - 1988 р./. При порівнянні результатів спостереження встановлено, що суттєвих змін за статтю, віком, місцем проживання, соціальним станом не відбулось. Понад 80 відсотків становлять особи працездатного віку. Жінок більше, ніж чоловіків, при цьому за періодами спостереження зберігається співвідношення. Зберігається воно і стосовно міських та сільських мешканців, тому, що останніх у два рази менше. Розподіл обстежених за соціальним станом показав, що не зважаючи на достовірно встановлене зростання чисельності осіб пенсійного віку, перші три місця розподіляються таким чином: робітники, службовці, пенсіонери.

На підставі матеріалів експертної оцінки історій хвороби, здійсненої за спеціально розробленою програмою, одержано попередню інформацію про динаміку основних показників якості і результатів лікування у стаціонарах різного типу, встановлено також їх різницю в межах окремих медичних установ та при деяких захворюваннях.

У подальшому поглибленому дослідженні моделлю слугувала сечокам'яна хвороба, яка характеризує власне всю урологічну патологію як за тяжкістю стану, так і за обсягом медичної допомоги.

Аналіз віково-статевої, соціальної структури осіб, що за той же період часу перенесли нефректомію внаслідок сечокам'яної хвороби /1977 р. - 401 випадок, 1988 р. - 613/, засвідчив збіг основних показників із структурою "об'єкту", тобто загальною сукупністю.

Завдання програми щодо вивчення віддалених наслідків хірургічного лікування, якості диспансеризації і реабілітації, ступеня задоволення спеціалізованою допомогою, яка надається у поліклініці, стаціонарі, санаторії, вирішувались шляхом соціологічного дослідження із застосуванням методу анкетного опитування, а також експертної оцінки якості діагностики та лікування в амбулаторно-поліклінічних установах. Анкети розроблялись при консультативній допомозі інституту соціології АН України, Республіканського будинку санітарної освіти, на підставі спеціальної літератури /Робоча книга соціолога, 2-е вид.- М.: Наука, 1983. - 478 с.; Соціологічний довідник. - К., ІПЛ. України, 1990.- 382 с./. Перевірка на якість формулювань питань здійснювалась у процесі попереднього пілотажного дослідження. Воно охоплювало 25 пацієнтів, які лікувались у клініках Українського НДІ урології та нефрології. Анкета складалась із трьох розділів і містила 94 запитання, під час постановки яких використовувалась відкрита й закрита форми.

Анкети було розіслано 587 особам із 613 /96,0%/, які перенесли нефректомію 5 років тому /1988 р./ з приводу сечокам'яної хвороби. Останнім 26 особам /4,0%/ анкету не послали у зв'язку з неточно вказаною адресою. Інформацію одержано від 254 осіб, що склало 43,3%. Такий відсоток зворотного зв'язку відповідає даним літератури при аналогічних дослідженнях /Н.О.Сайдакова, 1985, 1988; R.L.Verecken, M. Stas, 1983/.

Поглиблено проаналізовано 208 анкет /81,9%/. Відповіді 46 хворих не обробляли із різних причин. Серед респондентів жінок утричі більше, ніж чоловіків; 70,7% - мешканці міст. Вільність ставили люди віком 45 - 65 років /60,6%/.

Таким чином, група респондентів загалом відповідає загальній сукупності, бо при співставленні розподілів статистично вірогідної різниці у більшості випадків не виявлено.

Згідно із загальними принципами соціологічних досліджень /І.М.Тюльпін з співавт., 1981; О.О.Олександрів з співавт., 1982; О.В.Нікольський, 1984; Linder - Pelz, 1982; T.Martin, J.Meyers 1982/, треба поєднувати опитування населення з експертними оцінками матеріалів. Для об'єктивізації висновків про якість спеціалізованої допомоги в амбулаторних умовах, які можна зробити на підставі соціологічного дослідження та матеріалів експертизи історій хвороби, було проведено експертну оцінку 102 амбулаторних карт пацієнтів з однією ниркою, що залишилась після нефректомії. Для цієї частини програми розроблено спеціальну "Карту вивчення якості амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим, які перенесли нефректомію з приводу сечокам'яної хвороби". У ній передбачено можливість проаналізувати трьохрічний період до операції і п'ятирічний - після видалення нирки. Таким чином можна оцінити рівень допомоги, а також її результат - зміни в стані здоров'я хворих за такими параметрами, як захворюваність з тимчасовою втратою працездатності, вихід на інвалідність, смертність, наявність ускладнень тощо.

Методика відбирання /за таблицею випадкових чисел/ потрібних документів, як в цій частині досліджень, так і в подальшому, забезпечувала його репрезентативність.

Для об'єктивного висновку про роботу медичних установ порівнювались дані, одержані за однією методикою у обох групах хворих. Перша складалась з 102 пацієнтів, у котрих видалено нирку, друга /контрольна група/ - з 100, у котрих конкремент видалено хірургічним шляхом при збереженні органа.

Нові організаційні форми надання допомоги хворим, передбачені програмою дослідження, розроблялись за принципами диференційованого підходу до тяжкості стану, раціональності використання фахівців усіх рангів та матеріально-технічних засобів медичних установ /від ЦРЛ до клінік профільних кафедр та науково-дослідного інституту/.

Матеріал щодо реалізації цих завдань було розподілено на три групи:

1. Визначення й кількісна оцінка факторів ризику;
2. Відпрацювання методики комплексної оцінки тяжкості стану і прогнозування наслідків захворювання.
3. Обґрунтування концепції етапної реабілітації.

Вивчення факторів ризику проводилось шляхом аналізу 200 історій хвороби хворих на сечокам'яну хворобу з верифікованими висновками після консервативного, хірургічного, інструментального лікування, проведеного в Українському НДІ урології та нефрології у 1988 р. Склад хворих за статтю, віком, місцем проживання відповідав загальній тенденції. Так, чоловіків було 75 /37,5%, жінок - 125 /62,5%; міських жителів - 153 /76,5%, сільських - 47 /23,5%. За віком вони розподілялись таким чином: 15-19 років - 3 /1,5%, 20-29 - 16 /8,0%, 30-39 - 38 /19,0%, 40-49 - 48 /24,0%, 50-59 - 59 /29,5%, 60-69 - 33 /16,5%, 70 років і старше - 3 особи /1,5%. При цьому були представлені всі соціальні групи населення.

Відпрацювання методики комплексної оцінки тяжкості стану хворих на сечокам'яну хворобу було проведено на 376 об'єктах. Вони були розподілені на навчальну і екзаменаційну підгрупи. Першу з них склали 200, на котрих вивчались фактори ризику. Екзаменаційну підгрупу склали 175 спостережень /25 - із відділень Українського НДІ урології та нефрології і 150 - із клінік Київського медичного інституту/. Детальна характеристика цієї вибірки свідчить, що за структурою оперативних втручань, характером /принципами/ консервативних методів лікування вона ідентична навчальній. Зокрема, двобічний нефролітіаз складав 14,3% /у навчальній - 13,5%, поєднане розташування конкрементів спостерігалось відповідно у 2,3% і 3,5% випадків. Співвідношення між чоловіками і жінками, міськими і сільськими жителями тут складало 1:4,5 і 1:15. Переважна більшість пацієнтів /78,0%/ були працездатні. Деякі відмінності за статтю, віком і місцем проживання в даному випадку не мали принципового значення.

У системі реабілітації хворих на сечокам'яну хворобу, як відомо, істотне значення надається санаторно-курортному фактору. Об'єктивізація критеріїв відбору на лікування в умовах курорту здійснювалась на підставі вивчення 200 історій хвороби і санаторно-курортних карт пацієнтів /оперованих, неоперованих/, які в 1988 році лікувались на курорті Трускавець - у провідній оздоровниці для хворих урологічного профілю. За даними Г.М.Стародуб /1964/, щорічно тут лікуються 90-92% хворих згаданого профілю. Базовими закладами були типові за оснащенням санаторії: "Трускавець", "Каштан", "Берізка". Віковий склад хворих цієї групи відповідає показникам генеральної сукупності. Особи працездатного віку складали 80,0%. Звертають на себе увагу два фактори: серед тих, хто лікувався на курорті, чоловіків у 1,5 разу більше, ніж жінок, міських жителів - у 4 рази більше, ніж сільських.

Відпрацювання методики щодо відбирання хворих на санаторно-курортне лікування, оцінки ефективності впливу цього фактору здійснювалось на тому ж контингенті /навчальна вибірка/ і хворих, що лікувались у відділенні реабілітації з приводу сечокам'яної хвороби /Сходниця, Львівська область/.

Таким чином, об'єктом спостереження служили 300 осіб, що пройшли програму реабілітаційних заходів із використанням курортного фактору.

При розробці нової організаційної системи динамічного етапного спостереження за урологічними хворими визначальним моментом був вибір методологічного підходу /принципово єдиного/ для встановлення рівня спостереження в кожному конкретному випадку, регламентації взаємовідносин і спадкоємності між ієрархічними ланцюгами урологічної служби, а також ефективності використання запропонованої форми лікарського спостереження.

Адаптація методики комплексної оцінки тяжкості стану хворих, що виправдала себе при застосуванні в групі пацієнтів з сечокам'яною хворобою, до принципів сучасної системи етапної диспансеризації проведена на великому клінічному матеріалі. Він був розділений на три групи:

I. Обчислення факторів ризику.

II. Відпрацювання методики комплексної оцінки тяжкості стану хворих з урологічною патологією та прогнозу наслідків захворювання.

III. Відпрацювання системи етапної централізованої диспансеризації.

Передбачалось максимально залучити до диспансеризації працівників медичних закладів /обласних лікарень, профільних кафедр, курсів медвузів, інститутів удосконалення, науково-дослідних інститутів/, які раніше не займалися цією роботою. Таке завдання, в свою чергу, вимагало суворішого обґрунтування базових закладів. Враховували те, що окремі наслідки лікування, особливо хірургічного, залежать від рівня спеціалізованої допомоги, що визначався переважно кваліфікацією фахівців та матеріально-технічними можливостями закладу. Відібрано найбільш типові і висококваліфіковані: клінічні бази Українського НДІ урології та нефрології, кафедр урології Київського медичного університету, доцентського курсу урології Полтавського медичного інституту, Київський міський урологічний центр, міська лікарня м. Миколаєва, обласні лікарні Волинської, Вінницької, Львівської, Одеської та Черкаської областей.

Для визначення факторів ризику проаналізували 200 історій хвороби пацієнтів, прооперованих у відділеннях Українського НДІ урології та нефрології в 1987 році. Враховуючи те, що наслідки оперативних втручань на єдиній нирці, як правило, менш сприятливі, ніж у пацієнтів з двома нирками /А.Я.Питиль, М.А.Гришин, 1973; О.В.Люлько, 1982; В.Р.Лепенін, 1985; В.С.Дзюрак, В.В.Черненко, 1987; Ц.К.Боржівський, 1990; О.Ф.Возіанов, 1991/, 100 з них склали групу хворих з однією ниркою. Треба зазначити, що структура спостережень, загалом, відображала загальну структуру оперативних втручань, виконуваних в інституті. В ній представлені найпоширеніші захворювання /сечокам'яна хвороба, аденома переміхурової залози, запальні захворювання/. Існує також достатня кількість даних для аналізу більш складної патології, яка відповідає рівню базового закладу /наприклад, гідронефроз, вазоренально гіпертензія/. Дещо вища питома вага хворих на нефролітіаз обумовлена необхідністю забезпечення достовірності вибірки, зокрема для пацієнтів з єдиною ниркою /їх кількість досягала 50% від загального числа оперованих/. Зазначимо також, що згадана вибірка відображає обсяг основних оперативних втручань при урологічних захворюваннях. Склад хворих за статтю і віком відповідає загальній тенденції.

Відпрацювання методики комплексної оцінки тяжкості стану цієї категорії хворих проведено на 342 спостереженнях. Хворі були поділені на дві підгрупи - навчальну та екзаменаційну. У першій з них /200 випадків/ вивчалися фактори ризику. Екзаменаційну підгрупу склали 142 спостереження /95- із відділень Українського НДІ урології та нефрології і 47 - із клініки урології Київського медичного університету/.

Було застосовано різні методичні підходи. На окремих етапах дослідження використовували метод типологічного відбору. З числа хворих, що лікувались та перенесли хірургічне втручання з приводу урологічної патології, було відібрано пацієнтів, у яких проводили обстеження за розширеною клінічною, соціально-гігієнічною та соціологічною програмою з урахуванням маршруту надання їм спеціалізованої допомоги: поліклініка - стаціонар - поліклініка - санаторно-курортне лікування. Чисельність кожної з груп визначалась з урахуванням репрезентативності статистичних показників і необхідності встановлення найбільш важливих у медико-соціальному аспекті взаємозв'язків між ознаками, що вивчались. При цьому враховувалась якість організації і ефективність медичної допомоги в поліклініці, особливо при проведенні диспансерного спостереження, та стаціонарі.

Використовували також соціально-гігієнічні методи дослідження для клінічної характеристики різних контингентів хворих, аналізу якості організації та надання медичної допомоги, диспансеризації, визначення найбільш вірогідних факторів ризику.

Соціологічний метод /анкетне опитування/ використовували з метою вивчення думки хворих про якість організації та задоволення спеціалізованою медичною допомогою на окремих етапах її надання: в умовах поліклініки, стаціонару, курорту. Для оцінки роботи амбулаторно-поліклінічних закладів виділяли диспансерну частину їх діяльності.

Метод експертних оцінок використовували для характеристики повноти, якості обстеження, лікування та диспансерного нагляду, етапності їх проведення, відповідності вибору тактики ведення хворих до особливостей патологічного процесу, а також оцінки значення факторів ризику.

Статистичний аналіз даних проводився за кількома напрямками. Основна обробка результатів була зв'язана з дослідженням центральної тенденції варіаційних рядів, показників розкиду розрахунків для визначення достовірності відмінностей. Зокрема, обчислювались: середньо-арифметична величина \bar{X} , математичне очікування M , дисперсія D , середньо-арифметичне відхилення σ , середнє стандартне відхилення m , відсоткова погрішність $m\%$. Достовірність відмінностей оцінювалась за допомогою параметричного критерію Фішера-Стьюдента t .

Наступний етап обчислень був присвячений визначенню взаємозв'язку показників. Переважно використовувався коефіцієнт лінійної кореляції К.Пірсона.

Частина обробки була присвячена виявленню факторів, що впливають на процес, який вивчається. З цією метою використовували дисперсійний аналіз /не більше трифакторного комплексу/.

Використовувались інформаційні підходи. Це було обумовлено тим, що при обробці результатів досліджень з великим числом параметрів виникла потреба в скороченні опису вимірюваної інформації з метою тримання даних, які легко інтерпретуються. Зазначимо, що безпосередній /візуальний/ аналіз матриць даних великого обсягу був неможливим. При цьому нові ознаки вибирались із числа вихідних як найбільш інформативні, або будувались за якимось іншим правилом /наприклад, за допомогою лінійних комбінацій вихідних ознак/.

Для визначення прогностичної значимості клінічної інформації використовували два методи. Методика розрахунку О.П.Мінцера з співавт. /1980/ ґрунтується на відомому критерії Стьюдента. Суть її полягає в порівнянні частоти несприятливого наслідку у хворих при наявності досліджуваної ознаки P_I з середньою частотою несприятливого наслідку у всіх хворих, що обстежувались за даним показником P_0 .

$$P = \frac{P_I - P_0}{\sqrt{m_1 + m_0}}$$

де P - питома вага ознаки,

m_1, m_0 - погрішності величин P_I та P_0 .

Інформативність ознак та симптомів паралельно розраховувались за стратегією Байеса.

Обробку даних проводили на І ВМ РС АТ за допомогою пакету програм, розроблених на кафедрі інформатики та обчислювальної техніки Київського інституту вдосконалення лікарів /зав. каф. проф. О.П.Мінцер/.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи результати обстеження та лікування 3147 хворих, в яких була видалена нирка внаслідок урологічних захворювань /у 1977 р. - 1425, у 1988 - 1722/, встановлено, що за десятирічний період у структурі нефректомії не відбулось істотних змін. Перші три місця, як і раніше, належать відповідно: сечокам'яній хворобі /35,9 \pm 1,9%/ , злоякісним новоутворенням /30,5 \pm 2,0%/ , туберкульозу /11,0 \pm 2,3%/ . При цьому достовірно встановлене зростання кількості нефректомії при сечокам'яній хворобі /з 28,4 \pm 2,2% до 35,9 \pm 1,9%/ та зниження їх при туберкульозі /з 21,5 \pm 2,3% до 11,0 \pm 2,3%/ . У першому випадку це відбувається за рахунок росту захворюваності, в другому - її знижен-

ня. Гідронефроз, що поступився четвертим місцем запальним захворюванням, посів п'яте, а травми як причина нефректомії - останнє, сьоме.

Розподіл нефректомії за типами стаціонарів свідчить про певне збільшення кількості операцій у обласних стаціонарах: /з 36,0[±]2,1% до 49,9[±]1,7%/. Несприятливим фактором залишається значний процент нефректомії у центральних районних лікарнях /1977 р. - 8,6[±]2,5%; 1988 р. - 4,7[±]-2,4%, p > 0,05/. При цьому в окремих областях він досягає 25% і більше.

Давчи характеристику якості та результатам лікування хворих, варто зазначити, що незалежно від типу стаціонарів, простежується тенденція до збільшення кількості випадків екстреної госпіталізації хворих /з 15,5[±]0,9% до 17,8[±]0,9%/, які потрапили до урологічного відділення з ускладненим перебігом захворювання, у важкому стані. Одночасно встановлено достовірний ріст кількості випадків безпідставного видалення нирки /з 11,2[±]0,9% до 18,2[±]0,9%/, післяопераційних ускладнень /на 18%/, а також нефректомії, проведених унаслідок ускладнення попереднього хірургічного втручання /з 21,2[±]0,9% до 36,3[±]0,7%/.

Спостерігались відмінності щодо результатів лікування як у межах окремих медичних закладів, так і при різних нозологічних формах. Найбільш несприятливими вони виявились у хворих на сечокам'яну хворобу. Основні їх показники наведено в табл. I.

Таблиця I.

Деякі показники якості та наслідків лікування хворих на сечокам'яну хворобу.

Показники		Періоди спостереження		P
		перший	другий	
Госпіталізація	екстрена	18,2	16,5	>0,05
	повторна	19,3	24,5	<0,05
	несвочасна	27,2	35,3	<0,05
Розбіжність діагнозів	направляє з клінічним	5,0	16,8	<0,05
	клінічного із закладом	4,0	13,1	<0,05
Невиконання діагностичного мінімуму дослідження	в амбулаторних умовах	61,1	83,3	<0,05
	у стаціонарі	23,2	39,6	<0,05
Післяопераційні ускладнення		14,1	31,3	<0,05
Нефректомія внаслідок ускладнення хірургічного втручання		25,0	46,0	<0,05

Під час дослідження було виявлено зростання кількості необгрунтованих та ситуаційних нефректомії. У цих випадках в 24% випадків

хірург не справився з технічними труднощами, найчастіше при кораловидному нефролітіазі, в 16,9% випадків - через кровотечу. Обстеження на догоспітальному етапі зводились загалом до виконання загальноклінічних аналізів крові та сечі, які не можуть дати повного уявлення про стан хворого. В лікувальних установах практично не визначаються обмінний баланс, специфічні зміни складу сечі, не ідентифікується конкремент, у більшості спостережень не встановлюється різновид сечової інфекції. Цим ігнорується значення згаданих показників при лікуванні, профілактиці та метафілактиці. Значна кількість післяопераційних ускладнень та нефректомій, виконаних унаслідок ускладнень хірургічного втручання свідчать про незадовільні наслідки лікування.

Найбільше помилок припустилися при лікуванні та діагностиці кораловидного нефролітіазу, внаслідок чого нирка видалалась в 42,2[±]2,6% випадків, а також каменів сечоводу /II,1[±]3,8%/. Зазначимо, що при каменях сечоводу орган видалали достовірно частіше при виявленні конкременту в нижній і середній його третинах.

За кількістю несприятливих наслідків виділяються центральні районні та міські територіальні лікарні.

Якість та ефективність ведення хворого на догоспітальному етапі вивчалась протягом трьох років у двох груп пацієнтів: тих, що перенесли нефректомію, та тих, у кого вдалось зберегти орган після лікування з приводу сечокам'яної хвороби.

Для характеристики диспансеризації використовували класичну методику експертної оцінки з розрахунком узагальненого індексу /який дорівнює 1,0/, котрий об'єднує такі основні показники: вчасність охоплення спостереженням, його систематичність, дотримання технології проведення диспансеризації, повнота обстеження, правильність діагностики, повнота медикаментозного та немедикаментозного лікування, адекватність хірургічного лікування, комплексність оздоровлення.

Встановлено, що величина індексу загалом по закладах низька і складає лише 0,24 та 0,29 відповідно за групами спостереження. Було відзначено коливання показника від 0,15 - 0,19 в ЦРЛ до 0,33-0,39 в урологічному центрі.

У процесі виконання роботи виявлено фактори, що впливають на якість та результативність динамічного спостереження. Це стать, вік, місце проживання, тяжкість захворювання, своєчасність охоплення спостереженням, його систематичність та тривалість, дотримання

технології проведення диспансеризації, повнота обстеження, правильність діагностики основного захворювання, повнота медикаментозного та немедикаментозного лікування, облік ускладнень та супровідної патології при проведенні лікувально-оздоровчих заходів, хірургічне лікування, тип лікувально-профілактичного закладу, що здійснює спостереження. Встановлено, що головним питанням, що характеризує ефективність диспансеризації, є її залежність від тяжкості стану пацієнтів та типу закладу, під наглядом якого вони перебувають.

Період реабілітації вивчено протягом п'яти років. Цей термін багато авторів /І.С.Бедний, 1964; Д.І.Бородін, Л.Г.Матрос, 1985, та інші/ визнають за мінімальний для цих показників. Відвідуваність амбулаторно-поліклінічних закладів після операції достовірно відрізняється від такої до операції. Більше відвідувань в першій групі пацієнтів після операції пов'язано з підвищеною увагою лікарів до пацієнтів з єдиною ниркою та самих пацієнтів. Частота відвідувань з лікувальною метою, особливо в перший рік після операції, свідчить про тяжкість їх стану. В наступні роки формується контингент і частота відвідувань залежить від особливостей перебігу захворювання. Збільшення їх через п'ять років пояснюється виявленням різних ускладнень. Про це свідчать показники захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Показники летальності, інвалідності вірогідно вищі в перші три роки у хворих з єдиною ниркою. Частота розвитку пієлонефриту в обох групах збільшується з роками і тільки через чотири - п'ять років це збільшення стає достовірно вищим у пацієнтів першої групи. Значно частіше у них розвивається і ХНН. За рахунок частоти виникнення пієлонефриту, його загострень, а також рецидиву захворювання число повторних госпіталізацій та повторних операцій вище у хворих після органозберігаючих операцій. Працездатність знижується у 50% хворих після нефректомії і в 38 - 40% - після органозберігаючих операцій, тобто різниця не вірогідна.

Сказане вище є підставою для оцінки віддалених наслідків хірургічного лікування, котрі не можна вважати задовільними ні після нефректомії, ні після органозберігаючих операцій.

Загальним недоліком у діяльності поліклінічних відділень усіх типів лікарень є низький лікувально-діагностичний рівень. Об'єм обстеження в переважній більшості мінімальний і не гарантує своєчасності виявлення початкового функціонального виснаження функції нирки та її захворювання. Перевага надається лікувальним засобам, рідше використовуються можливості

вторинної профілактики. Так,

АН УРСР

щорічно санаторно-курортним лікуванням скористувались лише 4-5% хворих після нефректомії та 13-18% - після органозберігаючих операцій.

Матеріали соціологічного дослідження досить близькі до експертного висновку. Так, 67,6% респондентів вказали на відсутність диспансерного нагляду до операції, після неї число позитивних відповідей збільшилось в три рази. Формальний характер диспансеризації, недоліки в організації роботи поліклінік /віддалення закладу - 24,3%, неточність роботи реєстратури - 16,7%, нераціональний час прийому - 5,7%, недоброчиєливість медперсоналу /4,2%/, недовіра до кваліфікації лікарів /7,1%/ є головними причинами незадовільної роботи поліклінік. Це відзначили 70% опитуваних. Майже половина пацієнтів незадоволена й рівнем санітарно-освітньої роботи щодо надання рекомендацій з дієтичного харчування /21,3%/, використання лікарських трав /16,8%/, мінеральних вод /28%/. З вказаних причин 77,5% респондентів при появі ознак захворювання не звертаються до лікаря, займаються самолікуванням, використовуючи при цьому лікарські препарати /52%/, рослини /62%/, мінеральні води /68%/.

Меш критичне ставлення до стаціонарної /18,2%/ та санаторно-курортної /16,2%/ допомоги. Причини незадоволення в даному випадку зводились до неухважності медперсоналу, відсутності медикаментів та відповідного харчування. В умовах санаторію не лікувались 46% опитуваних до операції та 24,7% - після неї.

В зв'язку з викладеним стало можливим запропонувати нову концепцію організації роботи урологічної служби. В її основі повинні лежати такі три фактори: інтегральна оцінка тяжкості стану хворого, моніторинг інтегральної оцінки тяжкості стану хворого, матриця порогів для прийняття рішень.

Нами вивчена прогностична важливість клінічних показників при всіх нозологічних формах, що вимагають хірургічного лікування, та окремо для хворих на сечочам'яну хворобу і хворих з єдиною ниркою. Визначено інформативність понад 200 ознак. Серед них вибрано найважливіші, що складають базу системи прийняття рішень. Більшість отриманих показників цінності клінічної інформації відповідає загальноприйнятим уявленням і узгоджуються з даними О.Ф.Возіанова /1984, 1990, 1991/; П.С.Серняка /1985/; О.В.Льолько /1990/; Ц.К.Боржівського /1991/; В.С.Дзюрака, В.В.Черненко /1991/. Основні ознаки ідентичні. Це - стан уродинаміки, функціональний стан нирок, наявність інфекції сечових шляхів. Із суб'єктивних скарг найбільш

інформативними є скарги на больовий синдром та дизуричні явища. Дещо несподіваною виявилась відносно низька прогностична значимість виду оперативного втручання. Треба врахувати, що сумарна оцінка тяжкості стану як фактору ризику більш суттєва. Вперше таким же чином окреслено значення стану соціального статусу як фактора ризику щодо несприятливого наслідку лікування.

Для встановлення тяжкості стану бали прогностичної значимості ознак, виявлених при обстеженні пацієнта, підсумовують і таким чином отримується інтегральна кількісна величина.

Внаслідок численних досліджень показано, що для всіх нозологічних форм існує загальна ζ - подібна логістична закономірність: залежність вірогідності несприятливого прогнозу від суми балів ризику. Характер логістичної залежності дозволяє виділити 4 - 5 ступенів ризику, а отже, об'єктивно розподілити хворих за тяжкістю стану. Нижня полога частина до зростання кривої відповідає першій сходинці, верхня полога частина кривої після крутого зростання - останній, п'ятій. Крива крутого зростання ділиться на рівні діапозони - в нашій роботі на три відповідно до трьох сходинок.

За допомогою запропонованої шкали цінності ознак, характерних для тієї чи іншої нозологічної форми, стає можливим скоротити час обстеження, звести до мінімуму число діагностичних помилок, індивідуалізувати вибір методу лікування та місця його проведення, а в подальшому - передбачити рівень лікарського нагляду.

Практичне значення показника тяжкості стану може бути подвійним. В одному варіанті прогнозується наслідок лікування, а в другому - оцінюється віддалений прогноз.

Ступені ризику з відповідними сумами балів для оцінки тяжкості стану пацієнтів при прогнозуванні найближчого та віддаленого наслідків лікування хворих на сечокам'яну хворобу наведені в табл.2.

Таблиця 2.

Оцінка тяжкості стану та ризику несприятливого наслідку лікування хворих на сечокам'яну хворобу

Мета прог- нозування	Ступені ризику									
	I		II		III		IV		V	
	а ^x	б ^{xx}	а	б	а	б	а	б	а	б
близьких наслідків	-10	20	-10/-0	20-30	0-/+10/	31-60	10-/+30/	61-90	+30	90
віддалених наслідків	-20	5	-20/-	5-30	0-/+20/	31-60	20-/+30/	61-90	+30	90

а^x - сума балів

б^{xx} - вірогідність несприятливого наслідку, %.

На підставі кількісних оцінок тяжкості стану хворих та можливостей врахування вірогідності результатів лікування будується принцип системи обґрунтування спеціалізованої етапної медичної допомоги.

Новий принцип системи диференційованої медичної допомоги має такий вигляд. Пацієнтам з першим ступенем тяжкості стану спеціалізовану допомогу доцільно надавати на рівні центральних районних та міських територіальних лікарень, тобто за місцем проживання; з II-III ступенем - на рівні міського урологічного центру, обласної лікарні; IV-V - у клініках профільних кафедр медінститутів, інститутів удосконалення лікарів, науково-дослідних інститутів.

Суворий розподіл хворих на групи дає можливість обґрунтувати та передбачити для кожної з них індивідуальний комплекс лікувальних заходів. У випадку показання до стаціонарного лікування треба дотримуватись зазначеного розподілу, особливо при необхідності хірургічного втручання. Найбільшої уваги щодо цього вимагають пацієнти з IV-V ступенем ризику. Провідна роль у наданні їм спеціалізованої допомоги належить фахівцям профільних кафедр та НДІ. За умови обов'язкового консультативного спостереження цими фахівцями здійснюється корекція планів реабілітації, вирішується питання про вид та місце надання допомоги. При наявності показань до хірургічного лікування визначається час його проведення та об'єм. За винятком термінових втручань таких пацієнтів слід оперувати у вказаних закладах. Розрахунки показали, що на кожному з рівнів спостереженню підлягають відповідно 9,5, 70,5 та 20,0%.

Вирахований при кожному відвіданні /або в інший час/ інтегральний коефіцієнт дозволяє характеризувати динаміку стану та судити про ефективність лікувально-оздоровчих закладів.

У межах запропонованої концепції п'ятирівневої оцінки тяжкості стану визначаються показання до санаторно-курортного лікування хворих на сечокам'яну хворобу. Найбільша доцільність такого лікування встановлена для пацієнтів з III, дещо меншою мірою з II ступенем тяжкості. Вплив санаторно-курортного фактору значніший при використанні його протягом перших шести місяців після хірургічного видалення конкременту, або самостійного його виходу.

Запропоновану систему кількісного визначення тяжкості стану легко пристосувати і для оцінки ефективності санаторно-курортного лікування. Зменшення коефіцієнту після лікування мінімум як на один ступінь свідчить про його позитивний вплив, збільшення - про негативний.

Більш детальне кількісне визначення дійовості санаторно-курортного лікування запропоновано при використанні даних динаміки клінічних показників після лікування в умовах курорту. Для цього складено карту, що містить 13 факторів, прогностична значимість котрих прорахована. Принцип роботи з нею аналогічний, різниця полягає лише в тому, що показник розраховують одноразово /після проведеного лікування/. Аналогічно виділено і п'ять ступенів результативності. Ефективність лікування оцінюється позитивно, коли коефіцієнт може бути віднесений до I - III рівнів, до IV - V - вона признається низькою.

З урахуванням принципу універсальності визначення тяжкості патологічного процесу за допомогою інтегрального коефіцієнту, класифікації хворих за тяжкістю стану запропонована нова організаційна форма етапної диспансеризації та реабілітації. Передбачено диференційоване /залежно від ступеня вираженості патологічного процесу/ спостереження за оперованими хворими фахівців усіх медичних закладів. Вперше в систему динамічного лікарського нагляду включено фахівців усіх лікувальних закладів - від центральної районної лікарні до кафедр вузів та НДІ.

Виділено такі етапи:

республіканський центр /Український НДІ урології та нефрології/; клініки профільних кафедр, курсів медвузів, інститутів удосконалення лікарів; обласні лікарні; міські урологічні центри; медико-санітарні частини, міські, центральні районні лікарні.

Передбачено також залучення медичних працівників територіальних, у тому числі сільських лікарських дільниць, фельдшерсько-акушерських пунктів.

Модель диспансеризації апробована на групі хворих, що перенесли хірургічне лікування /884 хворих/, реабілітації - на хворих на сечокам'яну хворобу /1464 пацієнтів/. Пацієнтів було розподілено на три групи: для вивчення і вирахування факторів ризику, відпрацювання методики комплексної оцінки тяжкості стану хворих і прогнозу наслідків захворювань, а також розробки системи етапної диспансеризації і реабілітації.

Враховуючи особливості захворювання єдиної нирки, окремо виділена така категорія хворих. Принциповий підхід до розподілу хворих за рівнем спостереження зберігається.

Розраховано об'єми зайнятості фахівців на рівні ЦРЛ, територіальних міських поліклінік /для хворих з першим ступенем тяжкості стану/, обласних консультативних поліклінік та міських урологічних

центрів /з ІІ - ІІІ ступенем/, клінік профільних кафедр та НДІ /ІУ - У/. Вони відповідно дорівнюють 40, 26 та 34%. Це дає можливість раціонально розподілити потенціал наукових та практичних підрозділів.

Тривалість спостереження регламентується тяжкістю стану хворих. При цьому пропонують три варіанти дій: 1/ підвищення рівня спостереження при зростанні показника тяжкості стану хвори; 2/ зниження рівня спостереження або його припинення при зменшенні показника тяжкості стану; 3/ продовження спостереження зі зміною його тактики при збереженні початкової тяжкості стану.

Динаміка та співставлення кількісних критеріїв оцінки стану пацієнтів становлять собою базові поняття в оптимізації системи урологічної допомоги. Запропонована інформаційно-кількісна технологія ведення хворих урологічного профілю. За своєю суттю вона складається, як мінімум, з чотирьох блоків: 1/ загальнооцінювальний; 2/ диспансеризація оперованих хворих; 3/ диспансеризація неоперованих хворих; 4/ санаторно-курортне лікування.

Складено алгоритми ведення хворих та прийняття рішень при диспансеризації, котрі сприяють запровадженню у практику нових організаційних форм.

Використання на практиці етапного диференційованого лікарського спостереження забезпечує медичну, соціальну та економічну ефективність. Встановлено вірогідне зниження кількості випадків рецидивів захворювання /з $15,5 \pm 2,5\%$ до $6,9 \pm 1,1\%$ /, повторної госпіталізації /з $73,3 \pm 3,1\%$ до $45,8 \pm 2,2\%$ / та операцій /з $6,0 \pm 1,6\%$ до $2,4 \pm 0,7\%$ /, скорочення періоду соціальної реадaptaції /з 60 до 40 діб/. Збільшилась питома вага пацієнтів, задоволених медичною допомогою /з $25,6 \pm 2,5\%$ до $92,9 \pm 1,1\%$ /, що позитивно вплинуло на дотримання строків чергових відвідувань. Спостерігається тенденція до зниження смертності та інвалідності. Запропонована евристична модель економічної ефективності з урахуванням усіх елементів та видів фінансування дасть можливість у разі потреби вираховувати конкретні дані.

Таким чином, комплексна оцінка, що включає інтеграцію клінічних, соціальних та організаційних аспектів урологічної допомоги населенню з урахуванням показників тяжкості стану пацієнтів та прогнозу наслідків захворювань, дозволила нам вперше виявити фактори, які суттєво впливають на наслідки лікування хворих. Це фактори як медико-соціального, так і клінічного плану. Завдяки цьому стало можливим вироблення конкретних заходів для нового підходу до оцінки результативності лікування, диспансеризації, реабілітації на всіх рівнях медичної допомоги.

В И С Н О В К И

1. Комплексна оцінка, що включає в себе інтеграцію клінічних, соціальних та організаційних аспектів урологічної допомоги населенню з врахуванням показників тяжкості стану та наслідків захворювання, забезпечила досить повну інформацію про резерви поліпшення наслідків лікування хворих з урологічною патологією.

2. Запропонована нова технологія обробки даних клінічної інформації, яка ґрунтується на взаємозв'язку визначених ознак, дозволяє прогнозувати близькі та віддалені наслідки лікування, а також вибирати варіанти тактики лікування та подальшого спостереження.

3. До факторів, що знижують результативність лікування, належать: недотримання етапного об'єму обстеження та лікування за типами медичних закладів, низький рівень послідовності між поліклінікою та стаціонаром, відсутність об'єктивних критеріїв комплексної оцінки тяжкості стану та неадекватний розподіл хворих по стаціонарах різного рівня, відсутність прогнозу перебігу та наслідків хвороби, динамічного спостереження за зміною стану здоров'я.

4. При соціологічному дослідженні в 70% випадків виявлене незадоволення пацієнтів роботою поліклінік відноситься за рахунок недоліків її організації; порушення термінів огляду пацієнтів /79,5%/, невиконання призначень та рекомендацій /82%/.

Невдоволення медичною допомогою в умовах стаціонару виявлено в 18,2% випадків і пояснюється відсутністю медикаментів /9,3%/, належного харчування /9%/, недостатньою увагою медперсоналу /4,7%/, недовірою до фахівців /4,7%/.

5. Запропонований узагальнений критерій оцінки якості диспансеризації дозволяє оцінити її ефективність на всіх етапах медичної допомоги.

Колівання показника від 0,15 за місцем проживання до 0,33 в міському урологічному центрі та обласній консультативній поліклініці /при максимальному його значенні 1,0/ свідчить про низький рівень диспансеризації.

6. За останні десять років у 1,2 рази збільшилась кількість нефректомії, встановлена тенденція до зростання числа випадків термінової госпіталізації /з $15,5 \pm 0,9\%$ до $17,8 \pm 0,9\%$, необґрунтованого

видалення нирки /з II,2 \pm 0,9% до 16,2 \pm 0,9%; $p < 0,05$ /, у 4 рази збільшилось число післяопераційних ускладнень, на 18% - кількість нефректомій, виконаних унаслідок ускладнень хірургічного втручання.

7. При використанні як критеріїв оцінки наслідків лікування показників післяопераційної летальності, частоти післяопераційних ускладнень, рецидивів захворювання, повторних операцій, летальності, інвалідності встановлено такі закономірності.

Показники летальності та інвалідності вірогідно вищі в перші три роки у хворих з єдиною ниркою, що залишилась після нефректомії; пієлонефрит, ХНН частіше розвивається через чотири - п'ять років. Рецидиви захворювання частіше виникають у хворих у перші роки після органозберігаючих операцій. Вони ж стають причиною повторної госпіталізації, операцій, розвитку пієлонефриту та ХНН. Показники захворюваності з тимчасовою втратою працездатності вищі на першому та п'ятому роках після нефректомії. Працездатність хворих після хірургічного лікування знижується в 38 - 50% випадків.

8. Запропонована методика комплексної оцінки тяжкості стану пацієнтів ґрунтується на підсумованій кількісній характеристиці прогностичної важливості клінічних ознак. Вона дає можливість у не менш ніж 80% випадків об'єктивно прогнозувати наслідки лікування та оптимізувати тактику ведення хворих.

9. Запропоновано новий підхід до етапного обстеження та лікування хворих, в основі якого лежать три положення: інтегральна оцінка тяжкості стану пацієнтів, моніторинг інтегральної оцінки тяжкості стану, шкала порогів для прийняття рішень.

10. Запропоновано принципово нову організаційну форму етапного диспансерного спостереження за хворими, особливо після хірургічного лікування, яка здійснюється фахівцями всіх лікувальних закладів /від ЦРЛ до клінік профільних кафедр та НДІ/.

Тяжкість стану пацієнта лежить в основі диференційного підходу до вибору комплексу лікувально-оздоровчих заходів, встановлення рівня спостереження та передбачає конкордантність функціонуючих окремих закладів.

II. Встановлено диференційовані показання до санаторно-курортного лікування з урахуванням тяжкості стану пацієнта. Найбільш доцільне призначення цього виду допомоги хворим з II - III ступенем тяжкості у перші шість місяців після видалення конкременту.

12. Запропоновано та опробовано систему диференційного лікарського нагляду за оперованими хворими. Вона дозволила знизити частоту рецидивів захворювання /з 15,5[±]2,5% до 6,9[±]1,1%/, число повторних госпіталізацій /з 72,3[±]3,1% до 45,8[±]2,2%/, повторних операцій /з 6,0[±]1,6% до 2,4[±]0,7%/, тривалість соціальної реабілітації /з 60 до 40 діб/, а також збільшити тилому вагу пацієнтів, задоволених медичною допомогою /з 25,6[±]2,5% до 92,9[±]1,1%/.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Рекомендується запропонований інтегральний коефіцієнт оцінки тяжкості стану пацієнтів використовувати як один із критеріїв при встановленні типу лікувально-профілактичного закладу для надання спеціалізованої допомоги, особливо хірургічного лікування /М.Р. "Діагностика, лікування та диспансеризація хворих на уретерогідронефроз", "Діагностика, лікування та диспансерне спостереження за онкологічними хворими"/.

2. Доцільно динамічне спостереження та реабілітаційні заходи щодо хворих з I ступенем тяжкості проводити за місцем проживання /на рівні ЦРЛ та територіальних медичних об'єднань/, з II - III - в обласних лікарнях та міських урологічних центрах, з IV - V - в клініках профільних кафедр та НДІ /М.Р. "Централізована диспансеризація оперованих хворих урологічного профілю", "Етапна реабілітація хворих на сечокам'яну хворобу та критерії її оцінки"/.

3. Під час відбору пацієнтів для санаторно-курортного лікування рекомендується враховувати його найбільшу доцільність для хворих з II - III ступенями тяжкості стану в перші шість місяців після видалення конкременту /М.Р. "Етапна реабілітація хворих на сечокам'яну хворобу та критерії її оцінки"/.

4. При запровадженні страхової медичної прогностична характеристика тяжкості стану пацієнтів може бути використана для визначення страхового внеску.

5. Моніторинг тяжкості стану пацієнтів рекомендується проводити в усіх лікувально-профілактичних підрозділах, а також при організації служби сімейного лікаря.

6. Рекомендується оцінювати ефективність здійснюваних лікувально-профілактичних заходів за динамікою показника тяжкості стану пацієнтів. Стійке зменшення показника /позитивний тренд/ свідчить про правильність вибору тактики та доцільність її продовження, при стабілізації показника, а тим паче його збільшенні /негативний тренд/ треба змінити лікарські призначення.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ПО ТЕМІ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Шляхи зниження нефректомії при туберкульозі //УІ Всеросійський з'їзд урологів: Тези допов.. - М., 1982.- с. 367-368 /в співавт./.
2. Аналіз лікарських помилок при нефректомії//Перша науково-практична конференція з регіональної комплексно-цільової програми "Здоров'я". - Дніпропетровськ, 1983. - с. 106-107 /в співавт./.
3. Нефректомія при травмах нирок //УІ Пленум Всесоюзного наукового товариства урологів: Тези допов. - Ростов-на-Дону, 1983. - с. 10-11 /в співавт./.
4. Якість надання медичної допомоги в амбулаторних умовах та фактори, що впливають на неї //Урологія. - Вип. ІВ. - Київ: "Здоров'я", 1984. - с. 99-100 /в співавт./.
5. Про резерви зменшення числа нефректомії при травмах нирки //Нарада проблемної комісії з уронефрології МОЗ РРФСР та Пленуму управління ВНІУ: Тези допов..- Челябінськ, 1987. - с. 10-11 /в співавт./.
6. Розвиток урологічної допомоги в УРСР за роки Радянської влади //Охорона здоров'я та медична наука в Українській РСР. - Київ: Здоров'я, 1987. - Том І. - с. 203-232 /в співавт./.
7. Про нефректомії при запальних захворюваннях нирок //УІ конференція лікарів з актуальних питань клінічної медицини: Тези допов. - Дніпропетровськ, 1988. - с. 170-171 /в співавт./.
8. Вікові аспекти сечокам'яної хвороби //І Республіканський з'їзд геронтологів: Тези допов..- Дніпропетровськ, 1988. - с.51-52 /в співавт./.
9. Організація диспансерного нагляду за оперованими урологічними хворими //Сучасні проблеми організації амбулаторно-поліклінічної допомоги: Матеріали Всесоюзної науково-практичної конференції.- Саратов, 1988. - с. 135-136 /в співавт./.

10. Оптимізація управління хірургічною допомогою хворим в УРСР // IУ конференція урологів та нефрологів Білорусії: Тези допов.. - Мінськ, 1989. - с. 17-18 /в співавт./.

11. Алгоритм тактики хірургічного лікування урологічних хворих //Клінічна хірургія. - 1989. - № 12. - с. 13-15 /в співавт./.

12. Про методичні підходи централізованої диспансеризації оперованих хворих в амбулаторно-поліклінічних умовах //Актуальні проблеми амбулаторно-поліклінічної допомоги на сучасному етапі: Тези допов.. - Київ, 1989. - с. 101-103 /в співавт./.

13. Методичний підхід до оцінки ефективності лікування хворих із захворюваннями нирок та сечовивідних шляхів на різних етапах //Актуальні питання клінічної та експериментальної медицини: Тези допов.. - Ш міжбласної науково-практичної конференції хірургів. - Кривий Ріг, 1990. - с. 53-56.

14. Про методику вибору оптимального варіанту лікування хворих на сечокам'яну хворобу //Там же . - с. 56-57.

15. Основні показники урологічної та нефрологічної допомоги в УРСР за 1989 рік //Київ, 1990. - 61 с. /в співавт./.

16. Особливості організаційних форм диспансеризації в урології //Урологія. - Вип. 24. - Київ: Здоров'я, 1986. - с. 3-7 /в співавт./.

17. Методологічний підхід до оптимізації лікування хворих на сечокам'яну хворобу //Матеріали IУ Всесоюзного з'їзду урологів. - М., 1990. - с. III-III2.

18. Методологічні аспекти диспансеризації урологічних хворих //Врачебное дело. - 1990. - № 3. - с. 119-121.

19. Роль санаторно-курортного лікування у вдосконаленні профілактичної направленості урологічної допомоги населенню //Матеріали II з'їзду соціальних гігієністів та організаторів охорони здоров'я УРСР. - Київ, 1990. - том I.- с. 70-72 /в співавт./.

20. Обґрунтування централізованої диспансеризації онкологічних хворих //УШ з'їзд онкологів УРСР: Тези допов..- Донецьк, 1990.- с. 42-43 /в співавт./.

21. Актуальні питання поліпшення віддалених результатів лікування сечокам'яної хвороби //Урологія. - Вип. 25. - Київ; Здоров'я, 1991. - с. 3-7 /в співавт./.

22. Об'єктивізація вибору профілактичних заходів до хворих урологічного профілю в умовах стаціонару //Соціальна гігієна, організація охорони здоров'я та історія медицини. - Вип. 22. - Київ: Здоров'я, 1991. - с. 53-56 /в співавт./.

23. Основні показники урологічної та нефрологічної допомоги на Україні за 1990 рік //Київ, 1991. - 68 с. /в співавт./.

24. Санаторно-курортний фактор в реабілітації хворих на сечокам'яну хворобу //У з'їзд фізіотерапевтів та курортологів України: Тези допов.. - Одеса, 1991. - с. 194-195 /в співавт./.

25. Методична основа етапної централізованої диспансеризації урологічних хворих //Штання клінічної та експериментальної урології, нефрології, андрології: Тези допов. науково-практичної конференції. - Дніпропетровськ, 1991. - с. 3-4 /в співавт./.

26. Шляхи поліпшення результативності санаторно-курортного лікування нефролітіазу //Там же . - с. 14-15 /в співавт./.

27. Методичний підхід до визначення обґрунтування ефективності санаторно-курортного лікування хворих на сечокам'яну хворобу //Там же . - с. 15-16.

28. Значення соціологічної інформації у вдосконаленні допомоги хворим на сечокам'яну хворобу //Там же . - с. 16-18.

29. Організаційні етапи моделі централізованої диспансеризації урологічних хворих //III Міжнародна конференція з проблем медичних катастроф: Тези допов.. - Київ, 1991. - с. 109-110.

30. Раціональне харчування - основа оптимального способу життя хворих на нефролітіаз //Пленум Правління ВНТУ: Тези допов.. - Ростов-на-Дону, 1992. - с. 15-16 /в співавт./.

31. Етапна реабілітація хворих на сечокам'яну хворобу //Пленум Правління ВНТУ: Тези допов.. - Ростов-на-Дону, 1992. - с.23-25.

РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКІ /ТАЛУЗЬВІ/ ПРОПОЗИЦІЇ

1. Спосіб визначення рівня диспансеризації хворих з єдиною ниркою після операції на нирках та сечовивідних шляхах: Посвідчення про раціоналізаторську пропозицію №720, 1988, МОЗ УРСР /в співавт./.

2. Спосіб прогнозування рівня диспансерного нагляду оперованих хворих: Посвідчення про раціоналізаторську пропозицію №721, 1988, МОЗ УРСР /в співавт./.

3. Спосіб прогнозування кінця перебігу сечокам'яної хвороби: Посвідчення про раціоналізаторську пропозицію № 1137, 1990, МОЗ УРСР /в співавт./.

4. Спосіб визначення рівня подання медичної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу: Посвідчення про раціоналізаторську пропозицію № 1138; 1990, МОЗ УРСР /в співавт./.

968909

АВ 26.117