федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

**«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ**

**УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(ФГБОУ во Пспбгму им. и.п. Павлова Минздрава России)

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение (профиль Управление в здравоохранении)

Допустить к защите

зав. кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вишняков Н.И.

27 февраля 2024 года

Выпускная квалификационная работа магистра

на тему

«Организация специализированной медицинской помощи в условиях стационара пациентам с мочекаменной болезнью»

Магистр Иванова Елизавета Сергеевна

Научный руководитель, профессор, д.м.н.

Кочорова Лариса Валерьяновна

Санкт-Петербург

2024

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

**ВВЕДЕНИЕ…………………………………………………………………..………. 4**

**ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ…………………………………………..…….. 5**

**1.1. Общая характеристика медицинской организации. Структура…..…….. 6**

**1.2. Цель и задачи работы отделения………………….………………….……… 7**

**1.3. Штаты……….…………………………………………………………….…….. 8**

**1.4. Устав медицинской организации……………….……………………........... 10**

**1.5. Правила внутреннего трудового распорядка структурного подразделения медицинской организации…………………………………………….…….…..... 10**

**1.6. Оснащение отделения……………..…………………………………...……... 11**

**1.7. Урологические отделения нашего Университета…..……………….…..… 15**

**1.8. План работы отделения……...……...………………………………………... 16**

**1.9. Коечный фонд и его использование……………………………………….… 17**

**1.10. Эффективность и качество лечебной работы………….….…………....… 19**

**ГЛАВА II. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

**……………………………………………………………………………….…….…. 26**

**2.1. Характеристика базы исследования…………………………………..…..... 26**

**2.2. Методика исследования…………………………………………………........ 27**

**ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.……....... 30**

**3.1. Анализ структуры пациентов с МКБ урологического отделения №2 по результатам анкетирования……………………………………………………… 30**

**3.2. Анализ уровня удовлетворенности, оказанной медицинской помощью, по результатам анкетирования……………………………………………………… 40**

**3.3. Анализ качества проведения экстренной госпитализации по результатам анкетирования……………………………………………………………………... 43**

**3.4. Анализ качества проведения плановой госпитализации по результатам анкетирования……………………………………………………………………... 44**

**ВЫВОДЫ………………………………………………………………………….... 46**

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ……………..………………………….. 47**

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ………………………….…. 48**

**ПРИЛОЖЕНИЕ…………………………………………………………………… 58**

**ВВЕДЕНИЕ**

*Актуальность выбранной темы.* Высокое социально-экономическое значение мочекаменной болезни для здравоохранения обусловлено увеличением заболеваемости, частыми рецидивами, продолжительными сроками госпитализации и нетрудоспособности пациентов, высокой стоимостью стационарного лечения (Зубков И.В, 2020).

*Цель исследования:* изучить особенности организации, оказания и уровня удовлетворенности специализированной медицинской помощи урологического стационара.

*Задачи исследования:*

1. Изучить структуру пациентов с МКБ урологического отделения №2.

2. Провести анализ качества, оказанной медицинской помощи на урологическом отделении №2 ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова по результатам анкетирования.

3. Провести анализ результатов опроса пациентов с МКБ урологического отделения №2 ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ по удовлетворенности качеством, оказанной медицинской помощи.

*Объект исследования:* пациент с МКБ Урологического отделения №2 при ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ.

*Предмет исследования:* структурная характеристика пациентов с МКБ на базе медицинской организации.

*Практическая значимость:* результаты данного исследования можно использовать в оценке динамики качества, организованной специализированной медицинской помощи.

**ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Мочекаменная болезнь — это системное многофакторные заболевание обмена веществ, которое является результатом взаимодействия как генетических факторов, так и экологических факторов и непосредственно заболевание связано с образом жизни. По мнению большинства учёных, МКБ будет иметь дальнейшую тенденцию к росту, в связи с изменениями характера и качества питания, увеличением числа неблагоприятных экологических социальных и наследственных факторов [16].

Сегодня заболеваемость мочекаменной болезнью составляет 1-20 % в различных регионах и занимает второе место после воспалительных заболеваний мочеполовой системы. Наиболее часто возникает в возрасте 20-50 лет, но отмечаются случаи развития совершенно в любом возрасте. Мужчины в два с половиной раза уязвимее к данному заболеванию, чем женщины, однако, в последнее десятилетие гендерные различия стираются и симптомы мочекаменной болезни все чаще и чаще проявляются у женщин. Несмотря на все достижения современной науки хирургического лечения МКБ, до сих пор мочекаменная болезнь остается причиной снижения продолжительности и качества жизни [19].

Говоря о мировых тенденциях в эпидемиологии, необходимо подчеркнуть, что в последние десятилетия отмечается активный рост заболеваемости и распространенности мочекаменной болезни как среди развитых, так и в развивающихся странах. Также наблюдается увеличение количества кальций содержащих и мочекислых конкрементов [33].

Одной из особенностей течения мочекаменной болезни является рецидивный характер. В течение этого заболевания, мы знаем, что частота рецидивов находится в прямой зависимости от длительности существования заболевания или от сроков самостоятельного отхождения конкремента, а также удаления тем или иным хирургическим путем [20].

Стоит отметить, что в динамике двух последних лет, частота рецидива достигает приблизительно 11 %; когда 10 лет назад могла достигать 50-80 %, а 25 лет – 100 %. Среди женщин частота рецидивов несколько выше, нежели среди мужчин. В то же самое время надо сказать, что несмотря на высокую частоту рецидивов камнеобразования около половины пациентов имеют лишь один эпизод рецидива в жизни; 10-20 % - три и более рецидивов мочекаменной болезни [23].

Целью исследования было изучить показатели организации стационарной урологической помощи при лечении мочекаменной болезни и определить тенденции ее развития.

За период 2020–2022 гг. установлено снижение уровня госпитализации, связанное непосредственно с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в стране, а также с сокращением профильного коечного фонда, прирост среднегодовой занятости койки, оборота койки, оперативной активности, снижение средней длительности стационарного лечения, частоты повторной госпитализации, низкий процент пациентов, получивших амбулаторное лечение после стационарного [34].

**1.1. Общая характеристика медицинской организации. Структура**

На 6 этаже корпуса №54 на территории нашего университета расположено 2 урологическое отделение Научно-Исследовательского Центра Урологии, входящего в состав Научно-Исследовательского Института Хирургии и Неотложной Медицины ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Также в эту структуру входят другие подразделения отделения клинической урологии: урологическое отделение №1 (общей и неотложной урологии), онкологическое отделение №6 (андрологии и онкоурологии), 3 операционных блока и организационно-методический отдел.

Также в 54 корпусе (адрес: 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17): находится хирургическое отделение №6 (по пересадке почки), отделение функциональной диагностики №3, 3 нефрологических отделения, онкологическое отделение №2 (химиотерапии и трансплантации костного мозга), отделение реанимации и интенсивной терапии с блоком детоксикации, лаборатория клинической экспресс диагностики №2, рентгенологические кабинеты, кафедра урологии, кафедра пропедевтики внутренних болезней.

По распоряжению №658 от 01.09.2022 года (последнее за 2023 год) отделение развернуто на 25 коек круглосуточного пребывания. Пациенты располагаются в трех 5-хместых, двух 4-хместных и двух одноместных палатах. Каждая палата имеет собственный туалет и душевую кабину. Также в каждой палате предусмотрен доступ для проведения кислородотерапии. Трехразовое питание по лечебным столам, установленным лечащим врачом. Проводиться ежедневный обход лечащими врачами, раз в неделю обход профессора, ведущего специалиста по урологии и круглосуточное наблюдение дежурной службы (дежурной медицинской сестрой и врача).

**1.2. Цель и задачи работы отделения**

Целью работы отделения является обследование и лечение пациентов урологического и онкологического профилей (20 коек урологического и 5 коек онкологического профиля).

Приоритетные задачи (направления) работы отделения:

* Лечение «тяжелых» пациентов как с первичной мочекаменной болезнью, так и ее рецидивами.
* Применение современных и эффективных схем лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (аденома простаты).
* Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечения синдрома хронической тазовой боли.
* Проведение широкого спектра хирургических вмешательств на органах мужской половой системы, например, обрезание крайней плоти при фимозе, пластика короткой уздечки, микрохирургические операции при варикоцеле (операция Мармара) и так далее.

**1.3. Штаты**

По штатному расписанию на отделении предусмотрено:

Врачебные ставки: 1 ставка заведующего отделением, 3 ставки врача-уролога, 0,5 ставки врача-онколога.

Средний медицинский персонал: 1 ставка старшей медицинской сестры, 1,5 ставки процедурной медицинской сестры, 1 ставка перевязочной медицинской сестры, 7,5 ставок палатных медицинских сестер.

Младший медицинский персонал: 1 ставка сестры-хозяйки, 6 ставок санитарок.

Постоянными палатными медицинскими сестрами занято 4 ставки, остальные – студентами старших курсов медицинских ВУЗов.

Врачебный состав отделения:

Заведующий отделением – Иванов И.О., врач высшей категории, к.м.н, стаж работы более 38 лет, имеет действующий сертификат уролога, хирурга, терапевта. Разработал, внедрил и усовершенствовал методики лечения больных с мочекаменной болезнью и новообразованиями мочевого пузыря и предстательной железы.

Врач-уролог – Радомский Ю.А., врач высшей категории, стаж работы более 35 лет, имеет действующий сертификат уролога, хирурга, УЗИ диагностики. Много лет занимающийся лечением пациентов с мочекаменной болезнью, образованиями мочевого пузыря и простаты, опытный хирург, успешно оперирует пациентов, используя современное оборудование и технологии. Пункционные малоинвазивные вмешательства – приоритетная область его деятельности (нефробиопсии).

Врач-уролог – Горелов Д.С., стаж работы более 15 лет, имеет действующий сертификат уролога, хирурга. Член Российского общества урологов, Европейской ассоциации урологов (EAU).

Врач-уролог – Гелик В.А., стаж работы более 14 лет, имеет действующий сертификат уролога, терапевта. С 09.2016 года является ассистентом кафедры урологии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Министерства Здравоохранения РФ.

Врач-хирург – онкоуролог – Яковлев В.Д. (внутренний совместитель, основной сотрудник онкологического отделения №6).

На отделении также работают клинические ординаторы, находящиеся в клинической ординатуре по урологии на кафедре урологии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Министерства Здравоохранения РФ.

Средний медицинский состав отделения:

Рензина И.Н. – старшая медицинская сестра, стаж работы в клинике более 30 лет, имеет высшую квалификационную медицинскую категорию, грамотная, ответственная, опытная сотрудница отделения, пользующаяся доверием сотрудников.

Хачатурян Р.Н. – процедурная медицинская сестра, стаж работы 15 лет.

Виленская В.В. – перевязочная медицинская сестра, стаж работы 5 лет.

Андреева И.А. – палатная медицинская сестра, с 01.06.2022 года в декретном отпуске и отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет.

Елагина Е.В. – палатная медицинская сестра, стаж работы 16 лет.

Зубова Г.М. – палатная медицинская сестра, стаж работы 4 года.

Благодаря перечисленным медицинским сестрам, их квалификации, ответственности, взаимозаменяемости отделение работает в штатном режиме.

Младший медицинский состав отделения:

Ельшина В.А. – сестра-хозяйка, стаж работы 20 лет.

Капитонова Н.П. – санитар (буфетчица), стаж работы 10 лет.

Николаева Т.Б. – санитар (буфетчица), стаж работы 5 лет.

Батракова Т.Б. – санитар, стаж работы 25 лет.

Кошевая В.Г. – санитар, стаж работы 15 лет.

Казанская Е.А. – санитар, стаж работы 15 лет.

**1.4. Устав медицинской организации**

Университет обладает автономией, под которой понимается самостоятельность в осуществлении образовательной, медицинской, научной, административной, финансово-хозяйственной и международной деятельности.

Единоличным исполнительным органом Университета является ректор Университета Багненко Сергей Федорович, который осуществляет текущее руководство деятельностью Университета.

Медицинская деятельность Университета осуществляется на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности на базе структурных клинических подразделений Университета.

Руководителем структурного клинического подразделения назначают в соответствии с внутренним приказом ректора Университета.

**1.5. Правила внутреннего трудового распорядка структурного подразделения медицинской организации**

Документ, содержащий в себе порядок приема работников на работу, основные права и обязанности работников и работодателя, режим труда и отдыха, график работы, требования к охране труда.

Режим работы 2 урологического отделения: круглосуточно.

Для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю.

Сотрудникам ежегодно предоставляется оплачиваемый отпуск в размере 28 календарных дней. Так как отпуск коллективный, то отделение на этот период приостанавливает госпитализацию, предварительно выписав или переведя на другие отделения пациентов.

**1.6. Оснащение отделения**

В соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения и Социального Развития РФ от 12.11.2012 г. №907н об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» и Приказом Министерства Здравоохранения РФ от 19.02.2021 г. №116н об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях оснащение отделения удовлетворяет требованиям, предъявляемым к урологическим и онкологическим отделениям. Обследование и лечение пациентов проводится в соответствии с медико-экономическими стандартами [28].

Помещения отделения: кабинет заведующего отделением, кабинет старшей медицинской сестры, кабинет сестры-хозяйки, ординаторская, сестринская, чистая бельевая, грязная бельевая, санитарная комната, техническая комната, кабинет литотрипсии, перевязочный кабинет, процедурный кабинет, комната младшего медицинского персонала, буфет, столовая, кладовая старшей медицинской сестры, материальная старшей медицинской сестры, палаты, шахты (электрощитовые, водопроводные).

Кабинет врача-уролога оснащен прибором для измерения артериального давления, фонендоскопом, бактерицидным облучателем обеззараживания и (или) фильтрации воздуха, персональным компьютером с программным обеспечением (медицинской информационной системой QMS), рабочим местом врача-уролога [36].

Кабинет литотрипсии оснащен стационарной литотрипторной установкой, операционным столом, медицинской лежачей каталкой, медицинским шкафом, манипуляционным столиком, аппарат УЗИ для мягкотканых исследований с датчиками, раковиной для обработки рук, контейнером для погружения в экспозицию инструментария, раковиной для предстерилизационной обратки инструментария, дозаторами с мылом и кожным антисептиком, диспенсером с бумажными полотенцами (нон стопами), бактерицидным облучателем обеззараживания и фильтрации воздуха, контейнерами для сбора отходов класса «А» и «Б», непрокалываемым контейнером для сбора колющего и режущего (класс «Б»), столом, персональным компьютером с программным обеспечением (медицинской информационной системой QMS), стулом, укладкой экстренной профилактики парентеральных инфекций [5].

Литотрипсия — это удаление камней в почках и мочеточниках методом дробления. В процессе малоинвазивной операции, предполагающей минимальную травматизацию, конкременты разрушаются под действием ударной волны до состояния песка или мелких обломков. Продукты распада постепенно выводятся вместе с мочой, а симптомы мочекаменной болезни после литотрипсии перестают тревожить пациента [4].

На урологических отделениях подготавливают и проводят данную процедуру, а выведенные конкременты отправляются на исследования с применением световой, электронной микроскопии и иммуногистохимического исследования [37].

Подготовка заключается в проведении ряда анализов: комплексного функционального обследования почек; оценка коагулограммы; определения групповой и резус принадлежности крови; крови на Ф-50, HCV, HBsAg; общего анализа мочи; определение времени свертываемости крови по Сухареву; ультразвуковое исследование мягких тканей; компьютерной томографии места локализации конкрементов; консультация врача-анестезиолога по выбору оптимального вида седации [15].

Непосредственно литотрипсия проводиться врачом хирургом-онкоурологом, ассистирует ему операционная медицинская сестра, контролирует введение и поддержание седации пациента врач-анестезиолог [18].

Литотрипсия сопряженное с высокими рисками процедура, но является неотъемлемой частью лечения. Опасность заключается в развитии осложнений травматического характера: возникновение гематом (чаще всего паренхимы почки и стенки мочеточника), гематурия, внутренние кровотечения, обострением хронической мочевой инфекции [3].

Перевязочный кабинет оснащен медицинским перевязочным столом, медицинским шкафом, манипуляционным столиком, раковиной для обработки рук, контейнером для погружения в экспозицию инструментария, раковиной для предстерилизационной обратки инструментария, дозаторами с мылом и кожным антисептиком, диспенсером с бумажными полотенцами (нон стопами), бактерицидным облучателем обеззараживания и фильтрации воздуха, контейнерами для сбора отходов класса «А» и «Б», непрокалываемым контейнером для сбора колющего и режущего (класс «Б»), столом, стулом, укладкой экстренной профилактики парентеральных инфекций [38].

Процедурный кабинет оснащен столом для забора крови, манипуляционными столиками – 2, медицинскими шкафами – 3, медицинским холодильником для хранения лекарственных средств с отделениями для хранения эритроцитных и тромбоцитных масс, столом, стульями – 2, кушеткой, гинекологическим креслом, раковиной для обработки рук, контейнером для погружения в экспозицию инструментария, раковиной для предстерилизационной обратки инструментария, дозаторами с мылом и кожным антисептиком, диспенсером с бумажными полотенцами (нон стопами), бактерицидным облучателем обеззараживания и фильтрации воздуха, контейнерами для сбора отходов класса «А» и «Б», непрокалываемым контейнером для сбора колющего и режущего (класс «Б»), укладкой экстренной профилактики парентеральных инфекций, укладкой для оказания помощи при анафилактическом шоке [25].

Сестринский пост круглосуточного наблюдения оснащен рабочим местом медицинской сестры, прибором для измерения артериального давления, фонендоскопом, бактерицидным облучателем обеззараживания и (или) фильтрации воздуха, персональным компьютером с программным обеспечением (медицинской информационной системой QMS), бесконтактным термометром, медицинским ростомером, медицинскими весами [2].

В лечебном и диагностическом процессе отделение взаимодействует с другими подразделениями клиники и университета, прежде всего, с отделениями функциональной диагностики, эндоскопии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, операционными блоками.

Активно ведется совместная работа с онкологическим отделением №6 (андрологии и онкоурологии): проводятся самые современные виды малоинвазивных методов хирургического лечения (лапароскопические, эндоскопические, дистанционные, открытые) при онкологической, урологической, а также сочетанной патологиях, в том числе у больных, находящихся на хроническом гемодиализе.

Отделение подготавливает и направляет пациентов на проведение комплексного функционального обследования почек, радиоизотопных исследований органов мочеполовой системы (ренографии, динамической и статической сцинтиграфии), других методов исследования (например, экскреторной урографии, магнитно – резонансной томографии, ультразвуковых исследований органов брюшной полости, эхокардиографии с тканевой доплерографией, дуплексного сканирования сосудов почек).

Диагностическая лаборатория клиники оснащена многофункциональной аппаратурой последнего поколения, что позволяет специалистам точно и своевременного диагностировать самые редкие заболевания.

Комплексный подход позволяет смотреть врачам на проблему в целом, привлекая к диагностике и лечению специалистов другого профиля из подразделений университета.

Помимо оказания медицинской помощи, также в постоянном режиме на отделении ведется научная работа: исследование новых методов терапии, новых видов лекарственных препаратов и так далее.

* 1. **Урологические отделения нашего Университета**

НИЦ Урологии располагает 2 урологическими и 1 онкологическим (онкоурология) отделениями.

Урологическое отделение №2 (дистанционной литотрипсии и эндовидеохирургии) работает по двум профилям «урология» и «онкология».

Урологическое отделение №1 (общей и неотложной урологии) проводит специализированное уродинамическое и цистометрическое обследование пациентов с расстройствами мочеиспускания, для чего на отделении находится высокооснащенный уродинамический кабинет.

На отделении ведет работу ведущий специалист по урологии, профессор Аль-Шукри А.С.

Заведующая отделением: Пономарева Ю.А.

Оснащение отделения: кабинет заведующей отделением, кабинет профессора, кабинет старшей медицинской сестры, кабинет сестры-хозяйки, ординаторская, сестринская, чистая бельевая, грязная бельевая, санитарная комната, техническая комната, процедурный кабинет, перевязочный кабинет, уродинамический кабинет, буфет, материальная старшей медицинской сестры, палаты, шахты (электрощитовые, водопроводные).

Онкологическое отделение №6 (андрологии и онкоурологии) нацелено на проведение хирургических вмешательств онкоурологического профиля, а также амбулаторный прием и консультирование пациентов дневного стационара.

Заведующий отделением: Рева С.А.

Оснащение отделения: кабинет заведующего отделением, кабинет старшей медицинской сестры, ординаторская, сестринская, санитарная комната, процедурный кабинет, материальная старшей медицинской сестры, смотровой кабинет, палаты дневного стационара, шахты (электрощитовые, водопроводные).

* 1. **План работы отделения**

В 2022 году несмотря на сложную эпидемиологическую обстановку госпитализация была в полном объеме, плановые задания выполнялись.

Плановое задание на объем, оказываемой высокотехнологичной специализированной медицинской помощи (число пациентов):

- январь 2022 г. 50 человек;

- февраль 2022 г. 50 человек;

- март 2022 г. 55 человек;

- апрель 2022 г. 55 человек;

- май 2022 г. 55 человек;

- июнь 2022 г. 65 человек;

- июль 2022 г. 65 человек;

- август 2022 г. 65 человек;

- сентябрь 2022 г. 70 человек;

- октябрь 2022 г. 70 человек;

- ноябрь 2022 г. 60 человек;

- декабрь 2022 г. 60 человек.

* 1. **Коечный фонд и его использование**

В таблице 1 представлены данные о канале госпитализации и количестве пациентов, проходивших лечение на урологическом отделении №2.

Таблица 1

Структура каналов госпитализации и источников финансирования

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Год** | **Профиль** | **СМП**  **(ОМС)**  **СПб** | **СМП**  **(ОМС)**  **Регионы РФ** | **СМП**  **(ОМС)** | **СМП**  **(ОМС)**  **Всего** | **ОМС-ВТ** | **ВТ** | **Платные мед услуги** | **Всего** |
| **2022** | Урология | 204 | 169 | 373 | 532 | 46 | 8 | 14 | 600 |
| % | 54,7% | 45,3% |  |
| Онкология | 50 | 43 | 93 |
| % | 53,8% | 46,2% |  |
| Другие | 46 | 20 | 66 |
| % | 69,7% | 30,3% |  |
| **2021** | - | 264 | 158 | - | 422 | 8 | 9 | 6 | 445 |
| **2020** | - | 253 | 347 | - | 600 | 10 | 12 | 24 | 646 |

За прошедший год основным источником финансирования была госпитализация по ОМС (СМП). Большая часть пациентов (по каналу госпитализации СМП) - жители Санкт-Петербурга (54,7%), иногородние пациенты – 45,3%.

Каналы госпитализации:

* направления КДЦ поликлиники №31 и других поликлиник Санкт-Петербурга, Городского урологического центра.
* направления из региональных центров.

В таблицах 2,3 и 4 представлены основные показатели, отражающие работу отделения и распределение по способу оплаты.

Таблица 2

Динамика основных показателей работы отделения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель / год** | | **2020** | **2021** | **2022** |
| **Количество пролеченных больных** | | 646 | 445 | 600 |
| **Проведено койко-дней** | **Сметной** | 8960 | - | - |
| **Фактическ.** | 9600 | 7467 | 8973 |
| **% выполнения плана** | 88,2 | 78,9 | 82,4 |
| **Работа койки** | **Сметной** | 354 | 252 | - |
| **Фактическ.** | 380 | 252 | 332 |
| **Средний койко-день** | | 17,1 | 20,4 | 16,5 |
| **Оборот койки по смете** | | 20,3 | 12,4 | 20,1 |
| **Фактич. Оборот койки** | | 21,8 | 12,4 | 20,1 |
| **Летальность** | | 0,78 | 0,45 | 0,17 |
| **Расхождение диагнозов** | | 0 | 0 | 0 |
| **Внутрибольничный гепатит** | | 0 | 0 | 0 |

Таблица 3

Исход госпитализации больных

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель / год** | **2020** | **2021** | **2022** |
| **Всего выписано** | 646 | 445 | 600 |
| **Средний койко/день** | 17,1 | 20,4 | 16,5 |
| **На работу и учебу** | 387 | 267 | 361 |
| **На амбулаторное лечение** | 259 | 178 | 235 |
| **В санаторий** | 0 | 0 | 4 |
| **Домой** | 0 | 0 | 0 |
| **Перевод в другие стационары** | 0 | 0 | 0 |
| **Умерло** | 5 | 2 | 1 |

Таблица 4

Распределение больных по виду оплаты

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Год** | **Всего выбыло**  **(стационар)** | **По виду оплаты** | | | | |
| **СМП**  **(ОМС)** | **ОМС-ВТ** | **ВТ** | **Платная госп-ия** | **Клинич.**  **апробация** |
| **2022** | 600 | 532 | 46 | 8 | 14 | 0 |
| **2021** | 445 | 422 | 8 | 9 | 6 | 0 |
| **2020** | 646 | 600 | 10 | 12 | 24 | 0 |

* 1. **Эффективность и качество лечебной работы**

За истекший год, как и ранее, преобладали пациенты урологического профиля, прежде всего с МКБ, простатитами, пиелонефритами, уретритами, циститами, в то же время отмечается увеличение числа пациентов онкологического профиля. Среди последних наиболее частыми нозологическими формами были аденома простаты, рак предстательной железы и почки. Кроме того, отмечается увеличение числа пациентов, нуждающихся в консервативном и хирургическом лечении недержания мочи как мужчины, так и женщины, что обусловлено наличием в штате отделения хирурга-онкоуролога и коек онкологического профиля (данные представлены в таблице 5).

Таблица 5

Динамика средних сроков стационарного лечения

по основным нозологическим формам

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2020** | | **2021** | | **2022** | |
| **Кол-во**  **больных** | **Средний**  **Койко-день** | **Кол-во**  **больных** | **Средний**  **Койко-день** | **Кол-во**  **больных** | **Средний**  **Койко-день** |
| **Злокачественные новообразования почки** | - | - | 4 | 12,1 | 40 | 13,4 |
| **МКБ** | 135 | 16 | 73 | 18,2 | 95 | 17,6 |
|  |
| **Воспалительные заболевания мочевого пузыря (циститы)** | 107 | 14,2 | 99 | 15,2 | 99 | 13,8 |  |
| **Воспалительные заболевания мочеиспускательного канала (уретриты)** | 59 | 14 | 28 | 15,3 | 62 | 16,6 |  |
| **Доброкачественные новообразования (аденома простаты)** | 44 | 16,3 | 22 | 14,6 | 40 | 12,4 |  |
|  |
| **Воспалительные заболевания предстательной железы (простатиты)** | 87 | 21,5 | 42 | 20,6 | 44 | 18,0 |  |
|  |
| **Злокачественные новообразования предстательной железы** | 80 | 15,5 | 55 | 14,8 | 73 | 13,5 |  |
| **Воспалительные заболевания почек (пиелонефриты)** | 6 | 10,5 | 7 | 11,6 | 12 | 13,2 |  |
| **СД с поражением почек** | 2 | 12 | 11 | 13,2 | 8 | 14,4 |  |
| **Инфекции МВС** | 12 | 12,2 | 9 | 10,3 | 3 | 7,6 |  |
| **Варикозное расширение вен семенного канатика яичка (варикоцеле)** | 8 | 16,2 | 9 | 15,2 | 14 | 11,4 |  |
| **Склероз шейки мочевого пузыря** | 11 | 15 | 18 | 13 | 23 | 10,3 |  |
| **Недержание мочи (инконтиненция)** | - | - | 7 | 11,4 | 25 | 9,3 |  |
| **Прочие** | 95 | 21 | 61 | 23,1 | 62 | 19,2 |  |
| **Всего** | 646 | - | 445 | - | 600 | - |  |

Терапия основных нозологических форм в целом не претерпела изменений.

Все больные МКБ при отсутствии противопоказаний получали нефропротективную терапию, включающую лечение ингибиторами АПФ с титрованием доз и/или блокаторами рецепторов АТ1. В структуре терапии, с учетом последних данных РКИ, в качестве нефропротективной терапии все чаще стали использоваться блокаторы SGLT2 [14].

По-прежнему широко использовалась иммуносупрессивная терапия, включающая ГКС и/или цитостатики по разным схемам, рекомендованным, как Ассоциацией Урологов России, так и международными рекомендациями [26].

Больным, страдающим онкологическими заболеваниями (злокачественные новообразования предстательной железы, почек и др.) также назначалась комбинированная иммуносупрессивная терапия (ГКС и цитостатики/генно-инженерные биологические препараты) [27].

В 2022 году потребность в таргетных препаратах была намного больше возможности обеспечения ими. Данный вид терапии при ряде заболеваний может использоваться, как препараты первой линии, в том числе для инициации терапии в условиях отделения с последующим продолжением данного вида лечения на амбулаторном этапе [31].

Пациентам с онкогематологической патологией (множественная миелома, моноклональная гаммапатия ренального значения, AL-амилоидоз и др.), как и в предыдущие годы, проводилась полихимиотерапия с использованием различных схем, по согласованию с гематологами, в том числе с применением не только ГКС, цитостатиков, но и таргетных препаратов (впервые в 2022 году начато активное применение доратамумаба).

Пациенты с инфекциями МВС, при необходимости, получали антибактериальные препараты. Предпочтение отдавалось сочетанию 2-х антибиотиков, иногда с уросептиками (фторхинолоновая группа) или антибиотик и уросептик.

Летальность.

Процент летальности в отчетном году снизился до 0,17% и является наиболее низким за последние 3 года. Вскрытие производилось всем умершим больным (1 пациент). Диагноз умершего пациента не вызывал сомнений и был подтвержден данными морфологического исследования. При вскрытии констатировано совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Причиной смерти чаще всего выступал острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, ишемический инсульт (таблица 6).

Таблица 6

Анализ патологоанатомических вскрытий

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | | **2020** | **2021** | **2022** |
| Количество больных | | 646 | 445 | 601 |
| Умерло | Всего | 5 | 2 | 1 |
| Летальность | 0,78 | 0,45 | 0,17 |
| Вскрытия | Всего | 2 | 2 | 1 |
| % | 40 | 100 | 100 |
| Расхождение диагнозов | Всего | 0 | 0 | 0 |
| % | 0 | 0 | 0 |

Анализ повторной госпитализации.

Повторно госпитализировались в основном пациенты для прохождения курсов патогенетической терапии (иммуносупрессивной, полихимиотерапии), как для ее продолжения, так и для оценки ее эффективности (таблица 7).

Таблица 7

Анализ повторной госпитализации

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Кратность госпитализации** | **2020** | **2021** | **2022** |
| Первичная | 387 | 267 | 361 |
| Повторная | 258 | 178 | 240 |

Работа КЭК.

В клинике проводится экспертиза временной нетрудоспособности. За истекший год проведено 202 ЭВН. Из 601 госпитализированных больных в листках нетрудоспособности нуждались пациента – 68,7%, на работу из них было выписано – 75,9% пациентов.

Данный факт зависит от контингента больных, числа работающих и числа пациентов, нуждающихся в продолжении иммуносупрессивной терапии на амбулаторном этапе или необходимостью адаптации больных в амбулаторных условиях. Длительность временной нетрудоспособности определяется в основном длительным нахождением на больничном листе до госпитализации, тяжестью основного заболевания и наличием осложнений. Отклонений от ориентировочных сроков госпитализации, дефектов в диагностических и лечебных мероприятиях не было [44].

На продолжение амбулаторного лечения выписывались больные, преимущественно нуждающиеся в продолжении иммуносупрессивной и полихимиотерапии [47].

Оказание платных услуг.

В 2022 году госпитализировано 14 больных по каналу «платные услуги», практически в равной степени пациенты по каналу ДМС и «наличный расчет». Несмотря на относительно невысокий процент пациентов выполнение плановых заданий по данной аспекту было в срок и в полном объеме (125% от плана). Платные консультации сотрудники отделения не проводят.

**ГЛАВА II. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ И МЕТОДИКА**

**ИССЛЕДОВАНИЯ**

**2.1. Характеристика базы исследования**

Исследование проводилось на базе урологического отделения №2 научно-исследовательского института хирургии и неотложной медицины Федерального Государственного Бюджетного Образовательного Учреждения Высшего Образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Урологическое отделение №2 – это современная многопрофильная клиника, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования, а также платные медицинские услуги за рамками объемов, устанавливаемых Министерством Здравоохранения РФ.

Организация в своей деятельности руководствуется Конституцией РФ, федеральными конституционными законами, актами Президента РФ, Правительства РФ, нормативными правовыми актами Министерства Здравоохранения РФ и:

* Уставом №387 от 23.06.2016 года, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации;
* Лицензией на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») №ФС-78-01-003102 от 31.05.2019 года, выданной Федеральной Службой по надзору в сфере здравоохранения;
* Лицензией на осуществление образовательной деятельности № 2353 от 30.08.2016 года, выданной Федеральной Службой по надзору в сфере образования и науки;
* Лицензией на осуществление фармацевтической деятельности № ФС-78-02-000264 от 20.01.2017 года, выданной Федеральной Службой по надзору в сфере здравоохранения.

Согласно Уставу университета, отделение оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «урология» и «онкология» взрослому населению с урологическими и онкологическими заболеваниями в стационарных условиях и условиях дневного стационара, включающую себя профилактику, диагностику, лечение урологических и онкологических заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

На сегодняшний день отделение, как ведущая лечебно – профилактическая медицинская организация, помимо оказания высококвалифицированной специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, является учебной базой для подготовки обучающихся Университета и базой научно – исследовательской работы, осуществляемой кафедрой урологии Университета и отделом урологии Института, в том числе совместно с подразделениями Университета и другими учреждениями.

Отделение оказывает экстренную и плановую медицинскую помощь.

В рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов медицинская организация проводит многие сложные операции и виды лечения жителям Российской Федерации по квоте, профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации.

* 1. **. Методика исследования**

Для выполнения поставленных целей и задач нами была разработана анкета.

В ходе исследования было проведено анкетирование респондентов, с целью выявить проблемы оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни (МКБ) и определить пути их решения, а также определить уровень удовлетворенности, оказанной медицинской помощью. В качестве респондентов выступили пациенты урологического отделения №2 научно-исследовательского института хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ.

Исследование проводилось путем социологического опроса, для которого была разработана специальная анкета.

Вопросы анкеты были поделены на пять разделов:

1. Общие вопросы (возраст, пол, социальная группа, наличие/отсутствие инвалидности, возраст выявления МКБ впервые, жалобы на данный момент и так далее).

2 и 3. Вопросы, касающиеся формы госпитализации в медицинскую организацию: отдельно для плановой и экстренной.

4. Вопросы, касающиеся проведенных ранее медицинских вмешательств в иных организациях, а также необходимость оплачивать диагностические исследования, консультации врачей-специалистов и так далее в поликлинике/стационаре.

5. Вопросы, касающиеся оценки уровня удовлетворенности, оказанной бесплатной медицинской помощью (удовлетворенность диагностикой и лечением, сроками ожидания обследования в поликлинике/стационаре, доступностью консультации врача – уролога в поликлинике/КДЦ, результатами лечения в поликлинике/стационаре).

Для анализа полученных данных, нами была разработана рабочая группировка, включающая три основные группы: возраст респондента, форма госпитализации и уровень удовлетворенности, оказанной медицинской помощи.

Все полученные данные были сгруппированы, зашифрованы и представлены в виде таблиц, для чего были рассчитаны экстенсивные и интенсивные показатели.

В целом было изучено 70 анкет респондентов.

В исследование входило: составление программы исследования в виде анкеты из 50 вопросов; сбор материала методом опроса респондентов. Была проведена группировка, шифровка и составлены таблицы.

Единица наблюдения: пациент с МКБ урологического отделения №2.

Характер наблюдения: текущий.

Метод исследования: анкетирование.

Объем исследования: 70 респондентов.

Объект исследования: пациент с МКБ Урологического отделения №2 при ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ.

**ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**3.1. Анализ структуры пациентов с МКБ урологического отделения №2 по результатам анкетирования**

В изученной группе наибольшую долю (39,6%) составили пациенты среднего возраста (31-45 лет); чуть ниже удельный вес (39,3%) лиц в возрасте от 46-65 лет; каждый пятый (12,78%) респондент относился к старшей возрастной категории (66 лет и старше); наименьшую долю (8,31%) составили пациенты молодого возраста (до 30 лет) (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Распределение по возрастным группам, %

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст респондента | Мужчины | Женщины | Итого |
| До 30 лет | 7,55 | 9,09 | 8,31 |
| 31-45 лет | 36,48 | 42,86 | 39,62 |
| 46-65 лет | 43,4 | 35,06 | 39,3 |
| 66 лет и старше | 12,58 | 12,99 | 12,78 |
| Всего | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Возрастной состав отличался среди мужчин и женщин. Так среди женщин несколько выше, чем среди мужчин, была доля респондентов молодого и среднего возрастов (53,85% и 46,77%; 53,23% и 46,77%, соответственно).

Среди пациентов в возрасте от 46-65 лет преобладали мужчины (56,1% и 43,9%, соответственно), а старшая возрастная категория (66 лет и старше) распределилась в равной степени (Таблица 3.2).

Средний возраст пациентов двух полов составил 47,6 лет.

Таблица 3.2 – Распределение по полу, %

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст респондента | Мужчины | Женщины | Итого |
| До 30 лет | 46,15 | 53,85 | 100,0 |
| 31-45 лет | 46,77 | 53,23 | 100,0 |
| 46-65 лет | 56,1 | 43,9 | 100,0 |
| 66 лет и старше | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| Всего | 50,8 | 49,2 | 100,0 |

Значительная часть (42,45%) респондентов отнесла себя к рабочей социальной группе; каждый пятый (23,74%) – пенсионер; каждый седьмой (15,83%) – не работает; значительно ниже была доля пациентов, которые являлись служащими (9,71%); и только 8,27% - были студентами высших и средних учебных заведений (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Распределение респондентов по социальной группе, %

|  |  |
| --- | --- |
| Социальная группа |  |
| Рабочий | 42,45 |
| Служащий | 9,71 |
| Не работаю | 15,83 |
| Учащийся | 8,27 |
| Пенсионер | 23,74 |
| Итого | 100,0 |

Преобладающая часть (82,4%) пациентов не имела инвалидности. Каждый девятый (10,8%) имел вторую группу инвалидности; 4,0% - третью группу; 2,9% - первую группу (Таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Распределение респондентов по группе инвалидности, %

|  |  |
| --- | --- |
| Инвалидность |  |
| Нет | 82,4 |
| 1 группа | 2,9 |
| 2 группа | 10,8 |
| 3 группа | 4,0 |
| Итого | 100,0 |

К ежегодному контролю своего состояния здоровья подходили большинство респондентов (35,61%); почти четверть (24,82%) опрошенных раз в несколько лет проходят профосмотры; каждый пятый (19,06%) обращается к врачу только в крайнем случае; при появлении на что-либо жалоб, обращается к врачу каждый шестой (16,19%) опрошенный пациент; лишь 4,32% респондентов состояло на диспансерном учете (Таблица 3.5).

Более ответственный подход к контролю своего здоровья показали мужчины (36,23%).

Таблица 3.5 – Распределение респондентов по подходу к контролю своего здоровья, %

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Мужчины | Женщины | Итого |
| Ежегодно прохожу проф. осмотры | 36,23 | 35,0 | 35,61 |
| Нерегулярно прохожу проф. осмотры | 23,91 | 25,71 | 24,82 |
| Состою на диспансерном учете | 2,17 | 6,43 | 4,32 |
| Обращаюсь к врачу сразу при наличии жалоб | 18,12 | 14,29 | 16,19 |
| Обращаюсь к врачу только в крайнем случае | 19,57 | 18,57 | 19,06 |
| Всего | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

У значительной части (85,9%) отмечалась почечная колика, сопровождаемая нестерпимыми болями, тошнотой, рвотой и кишечными коликами; почти половина (40,3%) всех опрошенных отмечала наличие примеси крови в моче; 36,3% - испытывала боль в поясничной области; у около четверти (24,5% и 24,1%) пациентов были эпизоды повышения температуры тела и озноб, а также наличие позывов к мочеиспусканию, чаще чем обычно; каждый пятый (20,9%) отмечал слабость и повышенную утомляемость; чуть меньше (18,0%) опрошенных обнаружили песок или камни в моче; каждый одиннадцатый (9,4%) отметил внезапные позывы к мочеиспусканию; лишь 5,4% респондентов не обнаружили никаких проявлений МКБ (Таблица 3.6).

Средний возраст, когда был поставлен диагноз МКБ составил 38,9 лет.

Таблица 3.6 – Распределение респондентов по проявлениям МКБ (жалобам) в течении последнего года, %

|  |  |
| --- | --- |
| Жалобы в течении последнего года | Частота на 100 опрошенных |
| Почечная колика (нестерпимые боли, тошнота, рвота, кишечные колики) | 85,9 |
| Примесь крови в моче | 40,3 |
| Умеренная боль в поясничной области | 36,3 |
| Повышение температуры тела, озноб | 24,5 |
| Позывы к мочеиспусканию чаще, чем обычно | 24,1 |
| Слабость, повышенная утомляемость | 20,9 |
| Песок/камни в моче | 18,0 |
| Внезапные позывы к мочеиспусканию | 9,4 |
| Не было никаких проявлений | 5,4 |

Многие (73,7%) пациенты были уверены, что причиной образования камней в почках является нарушение обмена веществ; каждый четвертый (27,3%) опрошенный затруднился ответить; у каждого пятого (21,6%) родственники также имели в анамнезе МКБ; в равной степени распределились пациенты, которые считали, что камни в почках образуются после перенесенных инфекционных заболеваний, приема лекарственных препаратов, а также имеют спонтанное образование (6,5%, соответственно) (Таблица 3.7).

Только 18,3% пациентов с МКБ знают химический состав своих камней.

Таблица 3.7 – Распределение респондентов по ответам об причине образования камней в почках, %

|  |  |
| --- | --- |
| Причины образования камней в почках | Частота на 100 опрошенных |
| Нарушение обмена веществ | 73,7 |
| Затрудняюсь ответить | 27,3 |
| Генетика, у родственников тоже была МКБ | 21,6 |
| Перенесенные инфекционные заболевания | 6,5 |
| Прием лекарственных препаратов | 6,5 |
| Образуются без причины | 6,5 |

Больше половины (65,1%) опрошенных пациентов не контролировала и не знала кислотность своей мочи (Рисунок 3.8).

Рисунок 3.8 – Распределение ответов респондентов об осведомленности о контроле кислотности своей мочи, %

Лишь каждый шестой (17,6%) пациент регулярно наблюдался у врача-уролога по поводу МКБ (Рисунок 3.9).

Рисунок 3.9 – Распределение респондентов по осуществлению наблюдения у врача-уролога по поводу МКБ, %

До госпитализации на урологическое отделение №2 нашего университета консультацию врача-эндокринолога по поводу МКБ прошел только каждый пятый (19,7%) респондент; консультацию врача-нефролога – каждый шестой (16,2%); 11,4% - посетили врача-гастроэнтеролога; значительно ниже (5,4%) была доля пациентов, прошедших консультацию врача-ревматолога (Таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Распределение респондентов по посещенным консультациям врачей-специалистов по поводу МКБ до госпитализации на отделение, %

|  |  |
| --- | --- |
| Специальность врача | Частота на 100 опрошенных |
| Эндокринолог | 19,7 |
| Нефролог | 16,2 |
| Гастроэнтеролог | 11,4 |
| Ревматолог | 5,4 |

Поводом к госпитализации опрошенных в 52,2% случаев была впервые выявленная МКБ, в 47,8% случаев – рецидив МКБ.

При этом, больше половины (64,1%) пациентов поступили в стационар в экстренном порядке, а 35,9% - в плановом.

Обращает на себя внимание то, что среди пациентов с впервые выявленной МКБ, доля поступивших в стационар в экстренном порядке составила 83,5%, а среди тех, у кого наблюдался рецидив МКБ – только 34,9%.

Наличие в анамнезе неоднократных госпитализаций по поводу МКБ отметило более четверти (26,5%) опрошенных (Таблица 3.11).

Таблица 3.11 – Распределение респондентов по случаям госпитализации по поводу МКБ ранее, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, однажды | 19,6 |
| Да, неоднократно | 26,5 |
| Нет | 53,9 |

Каждый пятый (20,8%) респондент указал, что имели место ситуации при МКБ, когда медицинская помощь требовалась в срочном порядке (Таблица 3.12).

Таблица 3.12 – Распределение респондентов по ситуации при МКБ, когда мед. помощь нужна была срочно, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, однажды | 30,9 |
| Да, неоднократно | 20,8 |
| Нет | 48,2 |

Только 16,5% опрошенных неоднократно проводили хирургические вмешательства по поводу МКБ (Таблица 3.13).

Таблица 3.13 – Распределение респондентов по проведенным ранее хирургическим операциям по поводу МКБ, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, однажды | 22,3 |
| Да, неоднократно | 16,5 |
| Нет | 61,2 |

Почти половине (42,5%) пациентов до госпитализации не была выполнена компьютерная топография для диагностики МКБ (Таблица 3.14).

Таблица 3.14 – Распределение респондентов по проведению компьютерной томографии для диагностики МКБ до госпитализации, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, однажды | 31,7 |
| Да, неоднократно | 25,9 |
| Нет | 42,5 |

Каждому третьему (34,9%) анкетируемому до госпитализации не выполняли УЗИ для диагностики МКБ (Таблица 3.15).

Таблица 3.15 – Распределение респондентов по проведению УЗИ для диагностики МКБ до госпитализации, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, однажды | 33,1 |
| Да, неоднократно | 32,0 |
| Нет | 34,9 |

Значительной части (66,5%) пациентов до госпитализации не выполнялся анализ суточной мочи (Таблица 3.16).

Таблица 3.16 – Распределение респондентов по проведению анализа суточной мочи до госпитализации, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да | 33,5 |
| Нет | 66,5 |

31,3% респондентов не были проинформированы об необходимости соблюдать специальную диету при МКБ (Таблица 3.17).

Таблица 3.17 – Распределение респондентов по информированности об соблюдении диеты при МКБ, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, знаю | 68,7 |
| Нет, не знаю | 31,3 |

Хотя бы раз испытывал сложности в соблюдении диеты при МКБ каждый восьмой (12,6%); периодически возникали трудности у 18,7%; часто срывали диету больше четверти (29,1%) опрошенных (Таблица 3.18).

Таблица 3.18 – Распределение респондентов по сложности в соблюдении диеты при МКБ, %

|  |  |
| --- | --- |
| Нет | 39,6 |
| Часто | 29,1 |
| Периодически | 18,7 |
| Да | 12,6 |

Большинство (71,4%) пациентов не испытывало сложностей с приемом лекарств и соблюдением рекомендаций врача (Таблица 3.19).

Таблица 3.19 – Распределение респондентов по сложности с приемом лекарств/соблюдением рекомендаций врача, %

|  |  |
| --- | --- |
| Нет | 71,4 |
| Часто | 1,4 |
| Периодически | 15,7 |
| Да | 11,4 |

Только 13,7% исследуемых оценили свой уровень информированности об МКБ как высокий (Таблица 3.20).

Таблица 3.20 – Распределение респондентов по оценке уровня информированности о МКБ, %

|  |  |
| --- | --- |
| Низкий | 24,9 |
| Средний | 48,9 |
| Высокий | 13,7 |
| Затрудняюсь ответить | 12,6 |

Каждый шестой (18,7%) пациент не знал факторы риска для возникновения рецидива при МКБ, а 15,1% - не были проинформированы в целом (Таблица 3.21).

Таблица 3.21 – Распределение респондентов по информированности о рисках возникновения рецидива при МКБ, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, я знаю свои факторы риска | 23,4 |
| Да, я в целом информирован о факторах риска | 42,8 |
| Нет, я не знаю свои факторы риска | 18,7 |
| Нет, меня не информировали | 15,1 |

31,6% анкетируемых не были проинформированы о важности обильного питья для снижения риска рецидива МКБ (Таблица 3.22).

Таблица 3.22 – Распределение респондентов по информированности, что обильное питье снижает риск рецидива МКБ, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, знаю и стараюсь пить больше жидкости | 36,0 |
| Да, знаю, но пью обычное кол-во жидкости | 32,4 |
| Нет, не знаю | 31,6 |

Для половины (50,7%) пациентов предпочтительной формой предоставления информации о МКБ являлись более подробные разъяснения от врачей (Таблица 3.23).

Таблица 3.23 – Распределение респондентов по предпочтительной форме предоставления информации о МКБ, %

|  |  |
| --- | --- |
|  | Частота на 100 опрошенных |
| Более подробные разъяснения от врачей | 50,7 |
| Печатные информационные материалы | 33,1 |
| Видеоролики | 42,1 |
| Занятия в «Школе пациента с МКБ» | 0,7 |
| Иная форма (указать) | – |

Испытывали сильную тревогу о состоянии своего здоровья больше половины (53,2%) опрошенных (Таблица 3.24).

Таблица 3.24 – Распределение респондентов по уровню тревожности о состоянии здоровья, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, очень сильно тревожусь | 53,2 |
| Да, немного тревожусь | 36,7 |
| Нет, не тревожусь | 10,1 |

**3.2. Анализ уровня удовлетворенности, оказанной медицинской помощью, по результатам анкетирования**

Каждый шестой (18,3%) анкетируемый оценил, оказанную медицинскую помощь при МКБ в поликлинике, как неудовлетворительную (Таблица 3.25).

Таблица 3.25 – Распределение респондентов по оценке уровня удовлетворенности ожиданием от медицинской помощи при МКБ в поликлинике, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, ожидания оправдались | 40,3 |
| Нет, ожидания не оправдались | 18,3 |
| Затрудняюсь ответить | 41,4 |

Обращает на себя внимание то, что остались неудовлетворены, оказанной медицинской помощью при МКБ в больнице, лишь 2,9% пациентов (Таблица 3.26).

Таблица 3.26 – Распределение респондентов по оценке уровня удовлетворенности ожиданием от медицинской помощи при МКБ в больнице, %

|  |  |
| --- | --- |
| Да, ожидания оправдались | 72,7 |
| Нет, ожидания не оправдались | 2,9 |
| Затрудняюсь ответить | 24,4 |

Каждому пятому (22,0%) исследуемому хотя бы раз приходилось оплачивать диагностические исследования, назначенные врачом поликлиники; каждому шестому (16,6%) – консультации врачей-специалистов, назначенные врачом поликлиники; 20,8% - лабораторные исследования, назначенные врачом поликлиники. Стоит отметить, что, находясь в стационаре, значительно ниже доля тех, кто оплачивал диагностические и лабораторные исследования (9,7% и 7.2%, соответственно) (Таблица 3.27).

Таблица 3.27 – Распределение респондентов по экономической доступности медицинской помощи при МКБ, %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вам приходилось оплачивать при МКБ: | Да, часто | Да, редко | Нет | Затруднились ответить |
| Диагностические исследования, назначенные врачом поликлиники | 9,4 | 12,6 | 62,6 | 15,5 |
| Консультации врачей-специалистов, назначенные врачом поликлиники | 5,8 | 10,8 | 68,0 | 15,5 |
| Лабораторные исследования, назначенные врачом поликлиники | 6,8 | 14,0 | 64,4 | 14,7 |
| Диагностические исследования в стационаре | 1,4 | 8,3 | 89,9 | 0,4 |
| Лабораторные исследования в стационаре | 1,8 | 5,4 | 92,4 | 0,4 |

Обращает на себя внимание то, что пациенты стационара более удовлетворены, оказанной медицинской помощью, чем те, кто проходили лечение в поликлинике (23,3% и 55,6%, соответственно). Половина (52,2%) анкетируемых довольна разъяснениями врачей по вопросам МКБ; 47,0% - доступностью информации о МКБ и профилактике рецидивов МКБ (Таблица 3.28).

Таблица 3.28 – Распределение респондентов по уровню удовлетворенности качеством, оказанной медицинской помощи, %

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Удовлетворены ли Вы: | Да | Скорее, да | Скорее, нет | Нет | Затруднились ответить |
| Диагностикой и лечением в поликлинике | 21,6 | 36,2 | 21,6 | 8,2 | 12,5 |
| Сроками ожидания обследования в поликлинике | 22,0 | 30,6 | 22,8 | 12,1 | 12,5 |
| Доступностью врача-уролога в поликлинике/КДЦ | 27,2 | 29,3 | 16,8 | 14,7 | 12,1 |
| Результатами лечения в поликлинике | 23,3 | 33,2 | 19,4 | 10,3 | 13,8 |
| Диагностикой и лечением в больнице | 52,6 | 35,3 | 3,9 | 1,3 | 6,5 |
| Результатами лечения в больнице | 55,6 | 29,7 | 4,3 | 0,9 | 9,5 |
| Разъяснениями врачей по вопросам МКБ | 52,2 | 29,3 | 10,8 | 2,6 | 5,2 |
| Доступностью информации о МКБ, профилактике рецидивов МКБ | 47,0 | 27,2 | 13,8 | 4,3 | 7,8 |

**3.3. Анализ качества проведения экстренной госпитализации по результатам анкетирования**

Были госпитализированы по скорой медицинской помощи 74,0% пациентов; четверть (25,9%) опрошенных сами приехали в приемное отделение стационара (Таблица 3.29).

Таблица 3.29 – Распределение респондентов по организации госпитализации, %

| Сам вызвал (мне вызвали) «скорую» домой | 35,5 |
| --- | --- |
| Сам вызвал (мне вызвали) «скорую» на работу / на улицу | 22,3 |
| Я вызвал врача из поликлиники, а он вызвал «скорую» | 16,2 |
| Сам поехал в приемное отделение больницы | 25,9 |

Те, кто вызывали скорую медицинскую помощь, и ожидали приезда бригады больше часа был каждый четвертый (26,8%) анкетируемый (Таблица 3.30).

Таблица 3.30 – Распределение респондентов по времени ожидания приезда скорой помощи, %

| Около 20 минут | 33,5 |
| --- | --- |
| Около 40 минут | 39,6 |
| Около 1 часа | 26,8 |

В приемном отделении стационара провел больше 3 часов каждый пятый (18,2%) пациент (Таблица 3.31).

Таблица 3.31 – Распределение респондентов по времени, проведенном в приемном отделении стационара, %

| Около 1 часа | 34,4 |
| --- | --- |
| Около 2 часов | 47,4 |
| 3 часа и более | 18,2 |

**3.4. Анализ качества проведения плановой госпитализации по результатам анкетирования**

Только 1,7% пациентов ожидали плановую госпитализацию более трех месяцев (Таблица 3.32).

Таблица 3.32 – Распределение респондентов по количеству дней ожидания госпитализации после назначения врача, %

| Около недели | 38,7 |
| --- | --- |
| Около 2 недель | 29,4 |
| Около 1 месяца | 18,5 |
| Около 2 месяцев | 11,8 |
| 3 месяца и более | 1,7 |

Лишь каждый третий (36,1%) оценили уровень доступности обследования перед госпитализацией как высокий (Таблица 3.33).

Таблица 3.33 – Распределение респондентов по оценке уровня доступности обследования перед госпитализацией, %

| Высокая | 36,1 |
| --- | --- |
| Средняя | 52,9 |
| Низкая | 10,9 |

У большинства (65,3%) опрошенных перед госпитализацией возникли сложности с прохождением консультаций у специалистов; почти у половины (44,1%) – лабораторными анализами; в равной степени распределись те, у кого были сложности с прохождением УЗИ-исследований и рентгена (27,9%, соответственно); и 23,5% - с ЭКГ (Таблица 3.34).

Таблица 3.34 – Распределение респондентов по обследованиям, которые перед госпитализацией вызвали наибольшие трудности, %

|  | Частота на 100 опрошенных |
| --- | --- |
| Лабораторные анализы | 44,1 |
| УЗИ | 27,9 |
| Рентгеновское обследование | 27,9 |
| ЭКГ | 23,5 |
| Консультации специалистов | 65,3 |

Каждый пятый (22,6%) анкетируемый не знал о том, что может выбрать стационар для госпитализации; только 8,4% было отказано в выборе стационара (Таблица 3.35).

Таблица 3.35 – Распределение респондентов по наличию выбора стационара для госпитализации, %

| Да | 68,9 |
| --- | --- |
| Нет, хотя я просил об этом | 8,4 |
| Нет, я не знал, что это возможно | 22,6 |

**ВЫВОДЫ**

Проведенное нами исследование позволило охарактеризовать контингент пациентов с МКБ, поступающих в стационар: средний возраст пациентов 47,6 лет, состав – без значимых гендерных различий. В структуре нозологических форм МКБ ведущие места занимают конкременты почек, мочеточников и почечная колика.

Отсутствие преемственности медицинской помощи выражается в дублировании значимого числа обследований при плановых госпитализациях, что существенно увеличивает их сроки и повышает потребление ресурсоемкой специализированной медицинской помощи.

После проведенного оперативного лечения пациенты, несмотря на получение адресной рекомендации о необходимости диспансерного наблюдения не могут ее реализовать ввиду ограничений доступности медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, что, таким образом не обеспечивает снижение риска рецидива заболевания.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Проведенный анализ организации лечебного процесса для пациентов с МКБ в условиях стационара показал, что повышение качества и эффективности использования дорогостоящей стационарной урологической помощи, в том числе увеличение доли плановых госпитализаций, целесообразно проводить путем следующих реорганизационных мероприятий:

1) увеличить численность и мощность дневных стационаров урологической медицинской помощи;

2) внедрить проведение диагностических манипуляций перед госпитализацией и части реабилитационных мероприятий после выписки в условиях дневных стационаров урологической медицинской помощи;

3) внедрить стандарты метафилактики МКБ на амбулаторном этапе;

4) повышать оперативную активность;

5) активно внедрять передовые методы эндохирургии МКБ, позволяющих снизить частоту осложнений, повторных госпитализаций и сроки стационарного лечения.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абазова, Д. З. Влияние жесткости питьевой воды на развитие мочекаменной болезни [Электронный ресурс] / Д. З. Абазова, М. А. Карданов // Актуальные вопросы медицины : материалы 52-й научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, посвященной 90-летию КБГУ, Нальчик, 25 мая 2022 года. – Нальчик: ИКЦ «Эксперт», 2022 – С. 317-320. – Режим доступа: https://www.elibrary.ru/ip\_restricted.asp?rpage=https%3A%2F%2Fwww%2Eelibrary%2Eru%2Fitem%2Easp%3Fid%3D49303397, частный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

2. Агудина, Е. А. Особенности пациентоориентированного подхода в медицинской организации [Электронный ресурс] / Е. А. Агудина // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века: Сборник материалов VII международной научно-практической конференции, Волгоград, 17-18 ноября 2022 года / Редколлегия: С.Ю. Соболева, Ю.В. Гапоненко, Д.С. Липов. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2023 – С. 76-78. – Режим доступа: https://www.volgmed.ru/uploads/files/2023-10/186885 sbornik\_materialov\_vii\_konferentsii\_menedzhment\_v\_zdravookhranenii\_2023.pdf, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

3. Алиев, М. Х. Современные проблемы эпидемиологии, диагностики и лечения осложнений мочекаменной болезни [Электронный ресурс] / М. Х. Алиев, Е. А. Мусеибов // Вестник проблем биологии и медицины. –  2019 – Т. 2,  No. 1(149). – P. 102- 104. – Режим доступа:  https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-problemy-epidemiologii-diagnostiki-i-lecheniya-oslozhneniy-mochekamennoy bolezni/viewer, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

4. Арбузов, И. В. Интегральный критерий оценки эффективности лечения мочекаменной болезни методом литотрипсии [Электронный ресурс] / И. В. Арбузов, И.В. Феофилов, С.А. Рахимов [и др.] // Вестник урологии. – 2022. – №4(10). – С. 5-11. – Режим доступа: https://www.urovest.ru/jour/article/view/614/423, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

5. Бразовская, Н. Г. Пациентоориентированный подход: анализ взаимосвязи оценки пациентами результативности медицинской помощи и условий её оказания [Электронный ресурс] / Н. Г. Бразовская, И. А. Деев, О. С. Кобякова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019 – Т. 65, № 5 – С. 1. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/patsientoorientirovannyy-podhod-analiz-vzaimosvyazi-otsenki-patsientami-rezultativnosti-meditsinskoy-pomoschi-i-usloviy-eyo/viewer, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

6. Беспалова, И. Д. Гендерные аспекты развития уролитиаза у пациентов с метаболическим синдромом [Электронный ресурс] / И. Д. Беспалова, В. С. Бощенко, Ю. И. Кощавцева [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2021 – Т. 20, № 4 – С. 123-130. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-aspekty-razvitiya-urolitiaza-u-patsientov-s-metabolicheskim-sindromom/viewer, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

7. Гаджиев, Н. К. Кислотно-основное состояние (pH) мочи: механизм регуляции и его роль в метафилактике мочекаменной болезни [Электронный ресурс] / Н. К. Гаджиев, В. А. Гелиг, А. В. Кутина [и др.] // Вестник урологии. – 2022 – Т. 10, № 4 – С. 120 - 140. – Режим доступа: https://www.urovest.ru/jour/article/view/619?locale=ru\_RU, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

8. Гордецов, А. С. Применение инфракрасной спектроскопии в диагностике мочекаменной болезни [Электронный ресурс] / А. С. Гордецов, О. В. Красникова, О. С. Стрельцова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020 – № 6 – С. 175. – Режим доступа: https://science-education.ru/ru/article/view?id=30420, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

9. Давидов, М. И. Эпидемиология мочекаменной болезни в Пермском крае: результаты 30-летнего изучения [Электронный ресурс] / М. И. Давидов, Д. И. Дремин, О. Е. Никонова, Т. С. Гущина // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019 – № 3 – С. 4 - 10. – Режим доступа:  https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiyamochekamennoy-bolezniv- permskom-krae-rezultaty-30-letnego-izucheniya/viewer, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

10. Давлетьярова, Д. Р. Превышение железа в питьевой воде и его влияние на развитие мочекаменной болезни [Электронный ресурс] / Д. Р. Давлетьярова // Естественные и медицинские науки. Студенческий научный форум: сборник статей по материалам LIX студенческой международной научно-практической конференции, Москва, 17 мая 2023 года. Том 5 (59). – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Международный центр науки и образования», 2023 – С. 10 – 13. – Режим доступа: https://nauchforum.ru/archive/SNF\_nature/5%2859%29.pdf, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

11. Егорова, А. М. Организация комплексной профилактики мочекаменной болезни у рабочих в черной металлургии [Электронный ресурс] / А. М. Егорова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009 – №2 – С. 40-41. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/faktory-riska-vozniknoveniya-alimentarno-zavisimyh-zabolevaniy-u-otdelnyh-grupp-rabotnikov-metallurgicheskogo-proizvodstva-i/viewer, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

12. Егорова, А. С. Взаимосвязь развития мочекаменной болезни и жесткости питьевой воды на примере Г. Волжский Волгоградской области [Электронный ресурс] / А. С. Егорова, В. Г. Щербакова // Forcipe. – 2020 – Т. 3, № S1. – С. 551-552. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-razvitiya-mochekamennoy-bolezni-i-zhestkosti-pitievoy-vody-na-primere-g-volzhskiy-volgogradskoy-oblasti/viewer, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

13. Егорова, А. С. Влияние жесткости и степени минерализации питьевой воды на возникновение мочекаменной болезни [Электронный ресурс] / А. С. Егорова, В. Г. Щербакова // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Волгоград, 24-27 апреля 2019 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2019 – С. 257-258. – Режим доступа: https://old.volgmed.ru/uploads/files/20194/109721- programma\_pervogo\_vserossijskogo\_foruma\_consilium\_medicum.pdf, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

14. Заболеваемость взрослого населения России в 2019 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: Статистические материалы [Электронный ресурс]. – Ч. III. – Москва, 2020 – Режим доступа: http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0877/biblio05.php, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

15. Зильбер, Н. А. Пациентоцентричная модель здравоохранения. Профилактические мероприятия территориального органа Росздравнадзора как инструмент повышения качества оказания первичной медико-санитарной помощи [Электронный ресурс] / Н. А. Зильбер, О. Н. Воеводова, А. А. Лялина [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2023 – № 2 – С. 27-33. – Режим доступа: https://www.fgu.ru/upload/iblock/d28/yz40oprsm6v77pw2jhoxf2vdgc7k87k5.pdf, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

16. Зубков, И. В. Организационные аспекты лечения мочекаменной болезни в условиях стационара [Электронный ресурс] / И.В. Зубков, Е.А. Жидкова, Ф.А. Севрюкова [и др.] // Вятский медицинский вестник. – 2020. – №4(68). – С. 57-64. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsionnye-aspekty-lecheniya mochekamennoy- bolezni- v- usloviyah- statsionara/viewer, свободный. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

17. Зуева, Л. Ф. Возможности двухэнергетической компьютерной томографии

в идентификации уратных мочевых камней [Электронный ресурс] / Л. Ф. Зуева, Ф. П. Капсаргин, К. В. Симонов // Медицина и высокие технологии. – 2019 – № 1 – С. 43-48. – Режим доступа: https://urologyjournal.ru/ru/archive/article/35147, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

18. Калинин, П. С. Пациентоориентированный подход в цифровом здравоохранении [Электронный ресурс] / П. С. Калинин // Управление информационными ресурсами: Материалы XIX Международной научно-практической конференции, Минск, 22 марта 2023 года. – Минск: Академия управления при Президенте Республики Беларусь, 2023 – С. 337- 338. – Режим доступа:  https://www.files.pimunn.ru/kafedr/pmnmo/2023sbornik.pdf, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

19. Клинические рекомендации [Текст]: МКБ: конкременты, образующиеся в почках // Ассоциация урологов России. – Москва. – 2021. – С. 15-24. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

20. Клинические рекомендации [Текст]: Осложнения МКБ // Ассоциация урологов России. – Москва. – 2021. – С. 51-62. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

21. Клюка, И. В. Клиническое значение литотрипсии [Текст] / И. В. Клюка, В. В. Сизонов // Ассоциация урологов России. – Москва. – 2020. – С. 35-41. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

22. Коршунова, Н. В. Влияние питьевой воды на формирование мочекаменной болезни среди населения Амурской области [Электронный ресурс] / Н. В. Коршунова, О. А. Гнитюк, А. А. Гнитюк // Амурский медицинский журнал. – 2019 – № 3(27). – С. 54-56. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-pitievoy-vody-na-formirovanie-mochekamennoy-bolezni-sredi-naseleniya-amurskoy-oblasti/viewer, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

23. Котова, Е. Г. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд, число и обеспеченность населения койками различных профилей: статистические материалы [Электронный ресурс] / Е. Г. Котова, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов [и др.]. – Москва: Центральный научно-исследовательский центр – С. 63 - 67. – Режим доступа:  https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2022.pdf, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

24. Котов, С. В. Эволюция подходов в лечении мочекаменной болезни. Мультицентровой анализ работы 5 урологических отделений многопрофильных стационаров г. Москвы [Электронный ресурс] / С. В. Котов, С. В. Беломытцев, И. Э. Мамаев [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020 – Т. 13, № 5 – С. 51-59. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/evolyutsiya-podhodov-v-lechenii-mochekamennoy-bolezni-multitsentrovoy-analiz-raboty-5-urologicheskih-otdeleniy-mnogoprofilnyh/viewer, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

25. Кравчук, А. А. Пациентоориентированная среда: социальные координаторы, администраторы и психологи [Электронный ресурс] / А. А. Кравчук // Московская медицина. – 2023 – № 3(55). – С. 74- 79. – Режим доступа:  https://niioz.ru/upload/iblock/5f8/5f83b2a60662941dd210bd5c5d0392f7.pdf, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

26. Кустов, А. В. Камни мочевыделительной системы: классификация, строение, анализ [Текст] / А. В. Кустов, А. И. Стрельников, Е. В. Лялякина [и др.] // От химии к технологии шаг за шагом. – 2021 – Т. 2, № 1 – С. 8-23. Дата обращения: 15 декабря 2023 г.

27. Лебедев, Д. Г. Анализ мочевых конкрементов в изучении особенностей патогенеза мочекаменной болезни [Электронный ресурс] / Д. Г. Лебедев, В. И. Смирнова, С. В. Лапин [и др.] // Вестник урологии. – 2021 – Т. 9, № 3 – С. 44-51. – Режим доступа: https://www.urovest.ru/jour/article/view/472/339, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

28. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 12 ноября 2012 года N 907н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» (с изменениями на 21 февраля 2020 года). – Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/902391953, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

29. Набережная, И.Б. К вопросу о повышении уровня информированности

врачей о высокотехнологичной медицинской помощи [Электронный ресурс] / И.Б. Набережная, У.Д. Захарова // Общественное здоровье. – 2023 – № 2 – С. 41-46. – Режим доступа: https://ph.elpub.ru/jour/article/view/106/76, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

30. Просянников, О. В. «Медицина 4П» на примере ведения пациентов с мочекаменной болезнью [Электронный ресурс] / М. Ю. Просянников, О. В. Константинова, Д. А. Войтко [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019 – № 4 – С. 19-24. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/meditsina-4p-na-primere-vedeniya-patsientov-s-mochekamennoy-boleznyu/viewer, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

31. Протощак, В. В. Клинико-экономический анализ в урологии [Текст] / В. В. Протощак, И. Т. Русев, В. Ю. Тегза [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2019 – № 4(68). – С. 166-171. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

32. Протощак, М. В. Качество жизни больных нефролитиазом [Электронный ресурс] / В. В. Протощак, М. В. Паронников, А. А. Сиваков, А. О. Киселев // Урологические ведомости. – 2020 – Т. 10, № 2 – С. 115-124. – Режим доступа: file:///C:/Users/%D0%95%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%B0/Downloads/34126-67161-1-PB.pdf, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

33. Салагай, О. О. Общественное здоровье в национальных проектах Российской Федерации [Электронный ресурс] / О. О. Салагай // Московская медицина. – 2021 – № 6(46). – С. 22 - 24. – Режим доступа:  https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya- meditsina/2023/8/1230549482023081007, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

34. Стародубов, В. И. Оценка жителями Российской Федерации своего здоровья и условий получения медицинской помощи [Электронный ресурс] / В. И. Стародубов, Л. И. Меньшикова, А. Ш. Сененко, А. В. Зубко // Менеджер здравоохранения. – 2022 – № 8 – С. 25-38. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-zhitelyami-rossiyskoy-federatsii-svoego-zdorovya-i-usloviy-polucheniya-meditsinskoy-pomoschi/viewer, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

35. Стрельцова, О. С. Распространенность и предикторы заболеваемости мочекаменной болезнью на примере отдельно взятого региона [Электронный ресурс] / О. С. Стрельцова, В. Н. Крупин, В. Ф. Лазукин [и др.] // Урологические ведомости. – 2022 – Т. 12, № 2 – С. 105-116. – Режим доступа: https://www.rscf.ru/prjcard\_int?21-15-00371, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

36. Суслин, С. А. Пациентоориентированные технологии организации медицинской помощи в стационаре [Электронный ресурс] / С. А. Суслин, А. В. Вавилов, Р. И. Гиннятулина // Наука и инновации в медицине. – 2019 – Т. 4, № 2 – С. 48- 52. – Режим доступа: https://innoscience.ru/2500- 1388/article/view/43767/ru\_RU, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

37. Трусов П.В. Лечение камней почек: стандарты и инновации [Электронный ресурс] / П.В. Трусов, А.А. Гусев // Вестник урологии. – 2019. - №2(7). – С. 93-106. – Режим доступа: https://www.urovest.ru/jour/article/view/257/209, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

38. Ульянов, Ю. А. От пациентоориентированной медицины к 4п- медицине: семантический аспект тренда [Электронный ресурс] / Ю. А. Ульянов, Э. М. Зарипова, Э. Н. Мингазова // Менеджер здравоохранения. – 2020 – № 9 – С. 26-29. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/ot-patsientoorientirovannoy-meditsiny-k-4p-meditsine-semanticheskiy-aspekt-trenda/viewer, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

39. Хальфин, Р. А. Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты [Электронный ресурс] / Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова, О. Е. Качкова [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2019 – Т. 23, № 1 – С. 104-114. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/patsientoorientirovannaya-meditsina-predposylki-k-transformatsii-i-komponenty/viewer, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

40. Харисов, А. М. Концепция пациентоориентированного подхода как ключевой инструмент социально-экономического развития [Электронный ресурс] / А. М. Харисов, П. С. Селезнев, И. Д. Демина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019 – Т. 27, № 4 – С. 379-383. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptsiya-patsientoorientirovannogo-podhoda-kak-klyuchevoy-instrument-sotsialno-ekonomicheskogo-razvitiya/viewer, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

41. Хохлов, А. Л. Концепция пациентоориентированности в медицине и фармации [Электронный ресурс] / А. Л. Хохлов, Д. А. Сычев // Пациентоориентированная медицина и фармация. – 2023 – Т. 1, № 1 – С. 1-4. – Режим доступа: https://www.patient-oriented.ru/jour/article/view/5, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

42. Шестаев, А. Ю. Русскоязычная версия Bисконсинского опросника для оценки качества жизни у пациентов с мочекаменной болезнью (Wisconsin stone-QOL (WISQOL)): результаты пилотного исследования [Электронный ресурс] / А.Ю. Шестаев, М.В. Паронников, В.В. Протощак [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018 – Т. 34, № 2 – С. 50-57. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/russkoyazychnaya-versiya-biskonsinskogo-oprosnika-dlya-otsenki-kachestva-zhizni-u-patsientov-s-mochekamennoy-boleznyu-wisconsin-stone/viewer, свободный. Дата обращения: 22 декабря 2023 г.

43. Aktualisierung der S2k-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis (AWMF Registernummer 043-025): Was ist neu? [Electronic resource] / C. Seitz, T. Bach, M. Bader [et al.] // Urologe A. – 2019 – Bd. 58, № 11 – P.1304-1312. – Режим доступа:  https://register.awmf.org/assets/guidelines/043025l\_S2k\_Diagnostik\_Therapie\_Metaphylaxe\_Urolithiasis\_2019-07\_1.pdf, свободный. Дата обращения: 23 декабря 2023 г.

44. Beyond Prevalence: Annual Cumulative Incidence of Kidney Stones in the United States [Electronic resource] / G. Tundo, A. Vollstedt, W. Meeks, V. Pais // Journal of Urology – 2021 – Vol. 205, № 6 – P. 1704 - 1709. –  Режим доступа: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33502240/, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

45. Fatkhi, R. A. Epidemiology of urolithiasis in the Turkestan region [Electronic resource] / R. A. Fatkhi, Sh. M. Seidinov // Science & Healthcare. – 2021 – Vol. 23, No. 3 – P. 139-145. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiology-of-urolithiasis-in-the-turkestan-region/viewer, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

46. Implementation of a Ureteric Colic Telemedicine Service: A Mixed Methods Quality Improvement Study [Electronic resource] / C.S.H. Ong, J. Lu, Y.Q. Tan [et al.] // Urology. – 2021 – Vol. 147 – P. 14- 20. – Режим доступа:  https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090429520312668, свободный. Дата обращения: 25 декабря 2023 г.

47. Krane M.D., Robert J. Comprehensive Clinical Urology (6th edition) [Text] // ELSEVIER saunders. – Philadelphia. – 2019. – vol. 6. – pp. 71-78. Дата обращения: 22 декабря 2023 г.

48. The Impact of Stone Multiplicity on Surgical Decisions for Patients with Large Stone Burden: Results from ReSKU [Electronic resource] / S. Zetumer, S. Wiener, D.B. Bayne [et al.] // Journal of Endourology. – 2019 – Vol. 33, № 9 – P. 742-749. – Режим доступа: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31044624/, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

49. The Urological Association of Asia clinical guideline for urinary stone disease [Electronic resource] / K. Taguchi, S.Y. Cho, A.C. Ng [et al.] // International Journal of Urology. – 2019 – Vol. 26, № 7 – P. 688-709. – Режим доступа: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31016804/, свободный. Дата обращения: 20 декабря 2023 г.

50. Tzelves, L. European Association of Urology Urolithiasis Guidelines: Where Are We Going? [Electronic resource] / Tzelves L., Türk C., Skolarikos A. // European Urology Focus. – 2021 – Vol. 7, № 1 – P. 34-38. – Режим доступа: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33011151/, свободный. Дата обращения: 27 декабря 2023 г.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

Анкета пациента стационара с мочекаменной болезнью (МКБ).

Уважаемый респондент! Приглашаем Вас принять участие в анкетировании. Ваши ответы помогут выявить проблемы оказания медицинской помощи при мочекаменной болезни (МКБ) и определить пути их решения. Спасибо!

*1. Пол:*

М Ж

*2. Возраст (указать число полных лет):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*3. Социальная группа:*

Рабочий Служащий Не работаю Учащийся Пенсионер

*4. Инвалидность:*

Нет 1 группы 2 группы 3 группы

*5. В каком возрасте у Вас выявлена МКБ (указать число полных лет):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*6. Каков Ваш подход к контролю здоровья:*

Ежегодно прохожу проф. осмотры

Нерегулярно прохожу проф. осмотры

Состою на диспансерном учете (указать по какому заболеванию и у какого врача) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обращаюсь к врачу сразу при наличии жалоб

Обращаюсь к врачу только в крайнем случае

*7. Какие проявления МКБ (жалобы) у Вас были в течении последнего года:*

Не было никаких проявлений

Умеренная боль в поясничной области

Почечная колика (нестерпимые боли, тошнота, рвота, кишечные колики)

Примесь крови в моче

Повышение температуры тела, озноб

Позывы к мочеиспусканию чаще, чем обычно

Внезапные позывы к мочеиспусканию

Слабость, повышенная утомляемость

Песок/камни в моче

*8. Что Вы считаете причиной образования у Вас камней в почках:*

Нарушение обмена веществ

Перенесенные инфекционные заболевания

Генетика, у родственников тоже была МКБ

Прием лекарственных препаратов

Образуются без причины

Затрудняюсь ответить

Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*9. Знаете ли Вы химический состав своих камней в почках:*

Да Нет

*10. Знаете ли Вы рН своей мочи (кислотность):*

Да, знаю и регулярно контролирую

Нет, не контролирую, но знаю, что нужно

Нет

*11. Наблюдение у врача-уролога по поводу МКБ:*

Регулярно наблюдаюсь

Наблюдаюсь не регулярно, если есть жалобы

Не наблюдаюсь

*12. Вы были до госпитализаций на консультации врачей-специалистов по поводу МКБ:*

Эндокринолога

Ревматолога

Нефролога

Гастроэнтеролога

Онколога

Хирурга

Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*13. Повод к последней Вашей госпитализации в стационар:*

Впервые выявлена МКБ Рецидив МКБ

*14. Форма госпитализации:*

Плановая Экстренная

Ответьте на вопросы, если Вы были госпитализированы в **ЭКСТРЕННОМ** порядке (то есть обращение в медицинскую организацию по скорой медицинской помощи или при самостоятельном обращении гражданина по экстренным показаниям (при состояниях, угрожающих жизни).

*15. Как была организация госпитализация:*

Сам вызвал (мне вызвали) «скорую» домой

Сам вызвал (мне вызвали) «скорую» на работу/ на улицу

Я вызвал врача из поликлиники, а он вызвал «скорую»

Сам поехал в приемное отделение больницы

*16. Сколько времени Вы ожидали приезда «скорой»:*

Около 20 минут Около 40 минут Около 1 часа

*17. Сколько времени Вы провели в приемном отделении больницы:*

Около 1 часа Около 2 часов 3 часа и более

Ответьте на вопросы, если Вы были госпитализированы в **ПЛАНОВОМ** порядке (то есть госпитализация с целью проведения диагностики и лечения, требующие круглосуточного медицинского наблюдения).

*18. Сколько дней после назначения врача Вы ожидали госпитализации:*

Около недели

Около 2 недель

Около 1 месяца

Около 2 месяцев

3 месяца и более

*19. Как Вы оцениваете доступность обследования перед госпитализацией:*

Высокая Средняя Низкая

*20. Какие обследования перед госпитализацией вызвали наибольшие трудности:*

Лабораторные анализы

УЗИ

Рентгеновское обследование

ЭКГ

Консультации специалистов

Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*21. Вам предложили выбор стационара для госпитализации:*

Да

Нет, хотя я просил об этом

Нет, я не знаю, что это возможно

*22. Были ли у Вас ранее госпитализации по поводу МКБ:*

Да, однажды Да, неоднократно Нет

*23. Бывали ли у Вас ситуации при МКБ, когда мед. помощь нужна была срочно:*

Да, однажды Да, неоднократно Нет

*24. Был ли у Вас ранее хирургические операции по поводу МКБ:*

Да, однажды Да, неоднократно Нет

*25. Делали ли Вам до госпитализации компьютерную томографию для диагностики МКБ:*

Да, однажды Да, неоднократно Нет

*26. Делали ли Вам до госпитализации УЗИ для диагностики МКБ:*

Да, однажды Да, неоднократно Нет

*27. Делали ли Вам до госпитализации анализ суточной мочи:*

Да Нет

*28. Знаете ли Вы, что при МКБ следует соблюдать диету:*

Да Нет

*29. Испытываете ли Вы обычно сложности с соблюдением диеты:*

Нет Часто Периодически Да

*30. Испытываете ли Вы обычно сложности с приемом лекарств /соблюдением рекомендаций врача:*

Нет Часто Периодически Да

*31. Оцените Ваш уровень информированности о МКБ:*

Низкий Средний Высокий Затрудняюсь ответить

*32. Знаете ли Вы о рисках возникновения рецидива при МКБ:*

Да, я знаю свои факторы риска

Да, я в целом информирован о факторах риска

Нет, я не знаю свои факторы риска

Нет, меня не информировали

*33. Знаете ли Вы, что обильное питье снижает риск рецидива МКБ:*

Да, знаю и стараюсь пить больше жидкости

Да, знаю, но пью обычное кол-во жидкости

Нет, не знаю

*34. Какая форма предоставления информации о МКБ для Вас предпочтительна:*

Более подробные разъяснения от врачей

Печатные информационные материалы

Видеоролики

Занятия в "Школе пациента с МКБ"

Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*35. Вы обеспокоены состоянием Вашего здоровья:*

Да, очень сильно Да, немного Нет

*36. Оправдались ли Ваши ожидания от мед. помощи при МКБ в поликлинике:*

Да Нет Затрудняюсь ответить

*37. Оправдались ли Ваши ожидания от мед. помощи при МКБ в больнице:*

Да Нет Затрудняюсь ответить

*38. Вам приходилось оплачивать при МКБ диагностические исследования, назначенные врачом поликлиники:*

Да, часто Да, редко Нет

*39. Вам приходилось оплачивать при МКБ консультации врачей-специалистов, назначенные врачом поликлиники:*

Да, часто Да, редко Нет

*40. Вам приходилось оплачивать при МКБ лабораторные исследования, назначенные врачом поликлиники:*

Да, часто Да, редко Нет

*41. Вам приходилось оплачивать при МКБ диагностические исследования в стационаре:*

Да, часто Да, редко Нет

*42. Вам приходилось оплачивать при МКБ лабораторные исследования в стационаре:*

Да, часто Да, редко Нет

*43. Удовлетворены ли Вы: диагностикой и лечением в Вашей поликлинике:*

Да Скорее, да Скорее, нет Нет Затрудняюсь ответить

*44. Удовлетворены ли Вы: сроками ожидания обследования в Вашей поликлинике:*

Да Скорее, да Скорее, нет Нет Затрудняюсь ответить

*45. Удовлетворены ли Вы: доступностью консультации врача-уролога в Вашей поликлинике / КДЦ:*

Да Скорее, да Скорее, нет Нет Затрудняюсь ответить

*46. Удовлетворены ли Вы: результатами лечения в Вашей поликлинике:*

Да Скорее, да Скорее, нет Нет Затрудняюсь ответить

*47. Удовлетворены ли Вы: диагностикой и лечением в больнице, куда Вас последний раз госпитализировали:*

Да Скорее, да Скорее, нет Нет Затрудняюсь ответить

*48. Удовлетворены ли Вы: результатами лечения в Вашей поликлинике:*

Да Скорее, да Скорее, нет Нет Затрудняюсь ответить

*49. Удовлетворены ли Вы: разъяснениями врачей по вопросам МКБ:*

Да Скорее, да Скорее, нет Нет Затрудняюсь ответить

*50. Удовлетворены ли Вы: доступностью информации о МКБ, профилактике рецидивов МКБ:*

Да Скорее, да Скорее, нет Нет Затрудняюсь ответить

.