

Дзеранов Н.К., Кишишев Н.Г.

## Основы преемственности между поликлиникой и стационаром для достижения конечного результата лечения МКБ

ФГУ «НИИ урологии» Минздравсоцразвития России



ФГУ НИИ урологии Министерства  
Здравоохранения и социального развития РФ

Основы преемственности между  
поликлиникой и стационаром для  
достижения конечного результата  
лечения МКБ

Проф. Дзеранов Н.К., Кишишев Н.Г.  
Сивков А.В.



**«Центр тяжести»  
медицины  
всё больше  
перемещается  
из лечебной сферы  
в сферу профилактики.**

**Медицина**  
перестает быть  
только врачеванием  
и все более  
**становится**  
**здорово-**  
**охранением**

З.И.Янушкевичус



Самым важным моментом, в настоящее время станет, переход от хирургической к лекарственной урологии, который подведет к пересмотру наших устоявшихся взглядов, адаптирует программы обучения для будущих урологов!!!

Frans MJ Debruyne, генеральный секретарь EAU

### Бюджет здравоохранения 2009 год



Аполихин О.И. 2010

## Основные предпосылки реформы здравоохранения

- 1. Утрата доверия значительной части населения к качеству первичной (амбулаторно-поликлинической) помощи.*
- 2. Экстенсивный путь развития отрасли с приоритетом строительством больничных учреждений и специализированной помощи.*
- 3. Несоответствие существующей сети ЛПУ здравоохранения экономическим возможностям как регионов, так и государства в целом.*
- 4. Низкий уровень подготовки кадров и оплаты труда медперсонала*

## В ЧЕМ ПРИЧИНА ?

- ▣ 65% диагностических и тактических ошибок приходится на **первичное звено**.
- ▣ Слабая материально-техническая база ЛПУ
- ▣ Отсутствие современных знаний по требованиям к ведению больных МКБ
- ▣ Не распространенность единых рекомендаций и не применение известных технологий.

Воробье П.А. 2006г.

По оценкам экспертов USP  
(Фармокопея США): врачебные  
ошибки постепенно приобретают  
характер эпидемии, унося ежегодно  
только в США свыше 100 тыс. жизней

Кучеренко В.3.2004

**Как и прежде в 76,3% больные  
госпитализируются с осложнением –  
Обструктивным пиелонефритом**

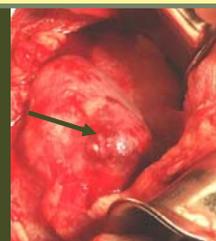
Длительность лихорадки ( до 38 ) – 182 б-х

- 1 сутки = 57 (31,3%)
- До 3 суток = 94 (51,6%)
- 3-5 и более = 31 (17,0%)

Карбункул

Это при том, что в **57,2%** больные имели МКБ в анамнезе!?  
Только в **31,4%** наблюдались в поликлинике !!!

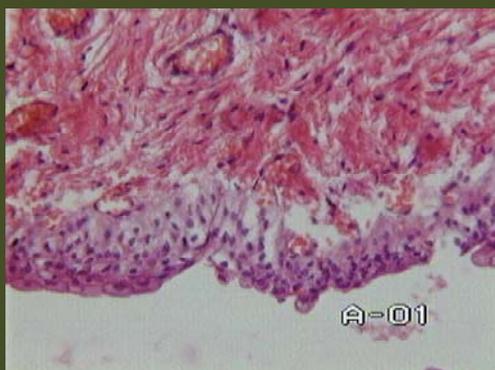
Нефрэктомия – 3,2%



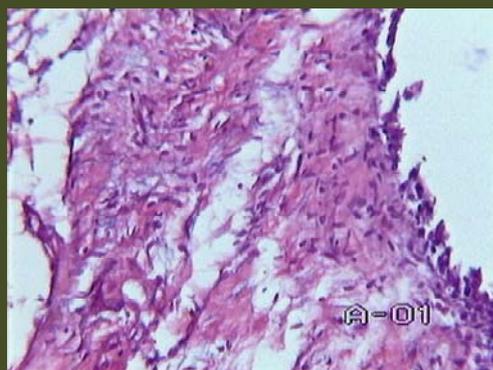
## ПОЧЕМУ?

- Отсутствие урологов в поликлинике по месту жительства – 37,8%
- Самолечение до вызова скорой помощи (прием рекламируемых препаратов!!) – 43,4%
- Отсутствие «Д» наблюдения, – 55,6%
- Длительная консервативное лечения в надежде на отхождение камня – 12,8%

## Изменение мочеточника в зависимости от длительности стояния камня

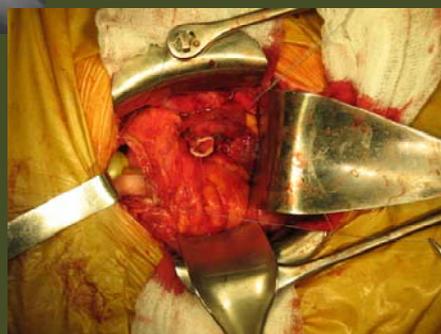
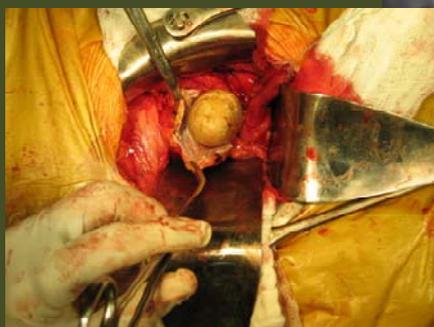


Резкое раздражение уротелия, проявляющееся развитием очаговых пролифератов и локусов поверхностной очаговой метаплазии  
2-3 недели



Эпителий слизистой оболочки на некоторых участках полностью десквамирован, отмечается очаговая пролиферация его. Базальная мембрана резко утолщена.  
6 недель

## Сегодня еще можно встретить и такое МОСКВА!



## Что мы ждем от поликлиники?

- Максимально полно обследованного больного с полным диагнозом – для выполнения оперативного лечения.
- Проведение амбулаторного адекватного комплекса реабилитации пациента после различных операций
- Диспансерное наблюдение и осуществление метафилактики при различных метаболических нарушениях у б-х МКБ.

- Сегодня мы пропагандируем – Операцию в первый день госпитализации в урологическое отделение!
- Готовы ли сегодня поликлиники направлять подготовленных к операции больных?
  - И может ли врач за сутки провести все недостающие обследования (посев мочи, изотопные исследования), просто обстоятельно выяснить состояние больного в целом?

### Медико-экономические показатели лечения ДЛТ

	НИИ	Пол-ка
■ Предоперационный –	1.1	7.1
■ Общий к\д -	7,8	12,6
■ Дополнительные вмешательства –	4,6%	27,9%

## И ВНОВЬ О КЛАССИФИКАЦИИ !!!

■ Камни почки	N20.0
■ Камни мочеточника	N20.1
■ <u>Камни почек с камнями мочеточника</u>	<u>N20.2</u>
■ Мочевые камни не уточненные	N20.9
■ Камни мочевого пузыря	N21.0
■ Камни уретры	N21.1
■ Другие камни нижних отделов М.П.	N21.8
■ Не уточненные камни нижних отделов М.П.	N21.9
■ <u>Почечная колика</u>	<u>N23</u>

- Согласно этой классификации врачу достаточно сделать УЗИ и Обзорный снимок –  
что бы поставить ДЗ – камень почки.

Нам не обойтись без пересмотра и внесения дополнений в классификацию!

## Классификация и типов образующихся мочевых камней

- Первичный камень П
- Резидуальный камень Р
- Истинно рецидивный ИР
- Ложно рецидивный ЛР
  
- Одиночный О
- Множественные М
- Коралловидный К (К-1,К-2,К-3,К-4)
  
- Инфицированный И

## Анализ химического состава камней (инфракрасная Спектрометрия или Кристаллография)

➤ Оксалаты – 75%

- Вевелит

- Ведделит  
Са-оксалатные



➤ Фосфаты – 15%

- Брушит  
- Струвит

- Са-фосфатные

- Апатит

Инфицированные



➤ Мочекислые камни -8%

➤ Цистиновые камни – 2,%

Обязательный у каждого у каждого больного МКБ



**Биохимические исследования****Кровь** → (Обязательные) ← **Моча**

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. Са, Ураты               | -РН                   |
| 2. Креатинин               | - Лейкоциты           |
| 3. Мочевина                | - Бактериурия (посев) |
| При Са >2,60 – Паратгормон | - Соли (кристаллы)    |

При рецидивном камнеобразовании и у больных молодого  
возраста обменные нарушения обязательны!

Минералы	Моча ммоль	Кровь Ммоль/л
Натрий	<200	2,10-2,55
Калий	25-125	2,0 - 3,5
Ураты	4 - 6	3,6 - 3,8
Оксалаты	5	0,6 - 1,1
Цитраты	5	135 - 145
Фосфаты	50	21 - 31
Кальций	7 - 9	1,5 - 2,6

**1-й год каждые 3 месяца. В последующем 1 раз в 6 месяцев.**

**Кодированная компьютерная система SRIFCh**

SRIFCh – система	Коды
<b>Размеры камней S (Size)</b>	1
✓ ≤ 0,6 см S <sub>1</sub>	2
✓ > 0,6 см S <sub>2</sub>	2
<b>Инфицированность камней I (Infection)</b>	0
✓ неизвестно I <sub>x</sub>	1
✓ инфицированный I <sub>+</sub>	2
✓ неинфицированный I <sub>-</sub>	
<b>Функция почки F (Function)</b>	0
✓ неизвестно F <sub>x</sub>	1
✓ норма F <sub>1</sub>	2
✓ дефицит до 50 % F <sub>2</sub>	3
✓ дефицит > 50 % F <sub>3</sub>	
<b>Химическая структура камней Ch (Chemical structure)</b>	0
✓ неизвестно Ch <sub>x</sub>	1
✓ оксалаты Ch <sub>1</sub>	2
✓ ураты Ch <sub>2</sub>	3
✓ фосфаты Ch <sub>3</sub>	4
✓ другие Ch <sub>4</sub>	

- Данная классификация несет в себе не только максимально приближает клиницистов к форме течения Мочекаменной болезни
- Но что не менее важно определяет для любого врача комплекс необходимых исследований для постановки правильного диагноза, а следовательно и проведения адекватного индивидуальной метациклактики.

#### Преимущества электронного паспорта здоровья гражданина РФ:

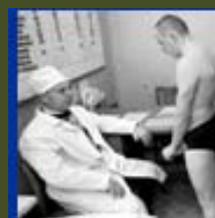
- Хранение всех медицинских данных пациентов на персональных картах доступных для чтения и записи во всех ЛПУ области;
- Персональный подход к здоровью пациента – эффективный путь к обеспечению здоровья нации;
- Эффективная профилактика тяжелых и опасных заболеваний;
- Стойки телемедицины обеспечат возможность экспресс-консультаций;



**Нет препятствий для создания паспорта  
больного МКБ !**

## Стратегия вторичной профилактики

- ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ диспансеризация населения, включая диспансеризацию школьников
- Обеспечение преемственности ведения пациента в системе **ДЕТСКИЙ ВРАЧ – ВЗРОСЛЫЙ ВРАЧ**



### «О лицензировании отдельных видов деятельности» ФЗ № 128 (8 августа 2001 г.)

**Лицензия** – специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при **обязательном** соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю.

Статья 2. Основные понятия.

М.В. Авксентьева 2004

Однако наши пациенты, минуя первичное звено - поликлинику, напрямую идут в стационар!

. В Москве до половины госпитализаций идет мимо первичной сети. До 30% случаев госпитализации специалисты относят к необоснованным  
Это огромные потери!

Доказано, что на уровне первичного звена, без обращения в стационар, можно лечить до 70 - 80% заболеваний!

Весь мир на этом экономит, всячески укрепляя первичное звено. У пока больше разговоров, а уровень госпитализации – самый высокий в мире!

И.Д.Денисов 2004

### **Нынешний участковый врач не может эффективно выполнять функцию организатора маршрута пациента.**

Однако, он никогда не станет центральной фигурой в здравоохранении, если пациенты, да и стационарные урологи, будут его игнорировать. Этот разорванный круг необходимо восстановить!.



Попасть на плановую госпитализацию и получить специализированную консультативную помощь (исследование, или лечение) у специалиста можно будет только по направлению врача первичного звена.

А если б-й нарушаете это положение, то платите из собственного кармана



И.Н.Денисов 2004

## ЧТО ЖДЕ ПОЛИКЛИНИКА ОТ СТАЦИОНАРА?

Выписка сегодня ;

1. Проведено 2 сеанса ДЛТ с положительным эффектом.
2. Проведена Перкутанная нефролитолапексия
3. Выполнена Пиелонефролитотомия справа

Достаточна ли эта информация для оценки результата и определения последующего метафилактики ?

Рекомендации; Наблюдение урологом по месту жительства  
Уросептики, Канефрон, Пролит и т.д.????

## EAU

- Одно из неизбежных будущих событий для большинства медицинских специальностей – это узкая специализация, которая может привести к рассеиванию дисциплины и резкому негативному эффекту на урологию в целом.

Члены EAU Board:

F DEBRUYNE (Генеральный секретарь), D ACKERMANN, L BOCCON-GIBOD, BORKOWSKI, Г CARMIGNANI, CHAPPLE, D FROHNEBERG, JJ MATTELAER, P PUPPO, SCHULMAN, R VELA



Последнее время все чаще больные выписываются на амбулаторное наблюдение и лечение с дренажами - от стента до уретрального катетера.

При этом амбулаторным врачам не дается четких разъяснений и рекомендаций по ведению больных, конкретных сроков удаления дренажей или повторной госпитализации

Как следствие в 19,4% случаях больные поступают экстренно

Острым пиелонефритом – 17,6%

Выпадение(нефункционирующий) – 4,2%

Рефлюкс – 9,3%

Инкрустация – 1,5%

Миграция в мочеточник – 0,9%



## В оценке конечного результата лечения МКБ надо решить вопрос

Выработать концепцию уровня и объема  
проведения реабилитации и метафилактики, без  
чего конечный результат лечение б-х МКБ  
обречено на неудачу!

Стационар или Поликлиника



**Лучший выход** из создавшейся ситуации  
– максимально согласованная конкретизация  
медицинской помощи по каждому  
заболеванию **НА КАЖДОМ ЭТАПЕ!**

**Стандарты** дают четкий ответ на вопрос,  
за что пациент не должен платить  
и устанавливают требования  
к результатам лечения



## Что дает стандартизация ?

- Защита прав пациента и врача (нормативная, законная)
- Преимущество в оказании медицинской помощи, обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи в любом ЛПУ
- Основа для финансирования (затратность, механизмы расчетов)
- Основа для управления качеством

- Сотрудничество и преимущество с поликлиническим урологом, педиатром смежными специалистами -, вот определяющий фактор влияющий на **конечный результат лечения**

### Мочекаменной болезни!

Пациенты, находившиеся под наблюдением и лечением



Пациенты, не находившиеся под наблюдением

