

© Н.В.Агранович, 2013
УДК 616.61-036.12-02:616.1

Н.В. Агранович¹

ОБОСНОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

N.V. Agranovich

THE RATIONALE AND EFFECTIVENESS OF PRECAUTION AND TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASES PATIENTS IN OUT-PATIENT CONDITIONS

¹Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

РЕФЕРАТ

ЦЕЛЬ – оценить возможность и эффективность лечения больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей в амбулаторно-поликлинических условиях. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В статье представлены результаты комплексного анализа эффективности и экономичности деятельности дневного стационара поликлиники в сравнении с круглосуточным стационаром при лечении больных с заболеваниями почек. Показана необходимость активизирования и совершенствования профилактической работы в амбулаторном звене с целью снижения уровня патологии органов мочевой системы. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Изучение экономической эффективности использования стационара дневного пребывания при лечении больных с ХБП в сравнении с таковой в круглосуточном стационаре показало, что экономия денежных средств в 2012 году составила около 750 тыс. руб. Эффективность лечения при обеих формах оказания медицинской помощи была идентичной и составила $76,11 \pm 2,32$ и $78,19 \pm 2,21\%$ соответственно ($p > 0,05$). Не выявлено статистически достоверных различий между оценкой пациентами качества медицинской помощи в условиях дневного ($8,1 \pm 0,92$ балла) и круглосуточного ($8,02 \pm 0,68$ балла) стационара. Показана необходимость и целесообразность расширения сети стационаров дневного пребывания с преемственностью оказания медицинской помощи на уровне поликлиники в стационаре дневного пребывания и круглосуточном стационаре.

Ключевые слова: заболевания почек, амбулаторно-поликлиническое звено, эффективность, экономичность.

ABSTRACT

AIM OF THE STUDY – to assess the availability and effectiveness of treatment of patients with diseases of the kidneys and urinary tract in out-patient conditions. **PATIENTS AND METHODS.** The article presents the results of a comprehensive analysis of the efficiency and economy of the activities of the day hospital versus clinic 24-hour hospital in the treatment of patients with kidney disease. Shows the need to activate and improve preventive work in outpatient link to reduce pathology level in organs of the urinary system. **THE RESULTS.** Study of the cost-effectiveness of using day hospital in treatment of patients with CKD versus one in the 24-hour hospital showed that cash savings in 2012 year was about 750 thousand rub. The effectiveness of treatment with both forms of medical assistance was identical and made $76,11 \pm 2.32\%$ and $78,19 \pm 2.21\%$, respectively ($p > 0.05$). Found no reliable differences between patient's assessment of quality of medical care in the day (8.1 ± 0.92 points) and 24-hour hospital (8.02 ± 0.68 points). Shows the necessity and reasonability of day hospital network extension with continuity of medical care delivery at outpatient hospital, day hospital and 24-hour hospital.

Key words: kidney disease, outpatient unit, effectiveness, efficiency.

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье населения является индикатором социально-экономического развития и благосостояния государства, при этом высокую медико-социальную значимость имеет распространённость хронических неинфекционных заболеваний, уровень инвалидизации и смертности населения.

Статистические исследования последних лет

показали, что на фоне снижения обращаемости населения в медицинские учреждения по поводу острых заболеваний происходит рост хронической патологии, приводящей к повышению уровня временной нетрудоспособности и инвалидизации населения [1–3]. Это относится ко многим заболеваниям соматического характера, не составляют исключения и заболевания мочевыделительной системы.

Ставропольский край входит в десятку самых неблагоприятных регионов России по заболеваемости почек и мочевыводящих путей [3]. Не-

Агранович Н.В. 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310. Ставропольский государственный медицинский университет, кафедра поликлинической терапии. Тел.: (88652) 37-06-91, E-mail: naganovich@mail.ru

благоприятные климатические и экологические условия Ставропольского края, такие, как большие перепады температуры воздуха зимой и летом, повышенная ветреность, отсутствие очищенной питьевой воды и минимально благоприятных санитарно-гигиенических условий в некоторых степных и горных районах края, расположение крупных химических предприятий (бытовой химии, химических удобрений, технического углерода, урановых разработок и т.д.) способствуют росту почечной заболеваемости [4].

Отмечается значительное увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста среди пациентов с патологией почек и мочевыводящей системы. Помимо модифицируемого фактора (возраст), у данного контингента больных все большую роль играет коморбидность (доброкачественная гиперплазия предстательной железы, простатит, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания бронхолегочной системы и т.д.) [2, 5].

Часто заболевания почек и мочевыводящих путей начинаются и длительное время протекают без выраженных клинических симптомов. Хронизация процесса на фоне малосимптомных и латентных форм заболеваний почек является самой частой причиной развития такого грозного осложнения, как терминальная хроническая почечная недостаточность, которая, в конечном итоге, подлежит лечению активными методами заместительной почечной терапии – хроническому гемодиализу и трансплантации почки. А это неизбежно сказывается на увеличении финансовых затрат на лечение.

Все перечисленные факторы приводят к значительному увеличению числа больных с хронической болезнью почек (ХБП), что требует поиска новых рациональных ресурсосберегающих форм и методов медицинского обслуживания населения.

Расширение и совершенствование стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи больным с ХБП является одним из современных прогрессивных методов и способствует повышению уровня значимости амбулаторно-поликлинической помощи и рациональному использованию коечного фонда стационаров.

Таким образом, актуальность рассматриваемой темы предполагает совершенствование активных мероприятий, направленных на снижение уровня ХБП и оценку эффективности различных форм оказания специализированной медицинской помощи больным.

Цель данного исследования: оценить возможность и эффективность лечения больных с ХБП в амбулаторно-поликлинических условиях.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Одним из наиболее эффективных и менее затратных видов стационарозамещающих технологий являются стационары дневного пребывания [6–8]. Дневные стационары – это своего рода промежуточное звено между амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью. Данная форма организации работы позволяет проводить в амбулаторных условиях диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия больным, которые до этого нуждались в госпитализации, но могли обойтись без круглосуточного медицинского наблюдения. Это в большей степени обосновывает эффективность и экономичность дневных стационаров, не снижая качества оказания медицинской помощи больным.

Оценивая эффективность и экономичность деятельности дневного стационара по сравнению с круглосуточным стационаром, нами был проведен сравнительный анализ работы дневного стационара одного из крупнейших поликлинических учреждений города Ставрополя МБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника г. Ставрополя» (КДП). КДП имеет в своей структуре дневной стационар на 23 койки: 8 терапевтических, 4 неврологических, 5 хирургических, 6 гинекологических. Объектом исследования мы выбрали дневной стационар терапевтического профиля, в котором проходили лечение больные с хроническими инфекционными заболеваниями, в том числе ХБП, в 2012 году. Распределение больных по стадиям ХБП осуществляли в соответствии с Национальными рекомендациями [9].

Пациенты стационара дневного пребывания были направлены участковыми терапевтами поликлиники для проведения планового курсового лечения при стабильном течении заболевания, не требующем круглосуточного наблюдения, проведения комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий, проведения экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решения вопроса о направлении на МСЭК.

Больные, имеющие общее тяжелое состояние, требующее круглосуточного наблюдения и введения парентеральных лекарственных препаратов, необходимости соблюдения строгого постельного режима или значительные ограничения самостоятельного передвижения или самообслуживания, в дневной стационар не направлялись.

Показатель удовлетворенности пациентов указанных учреждений качеством оказания медицинской помощи оценивался по 10-балльной

шкале анонимного опросника, который включал вопросы по качеству предоставляемых услуг, полученных пациентом в лечебном учреждении за период лечения.

Для оценки качества жизни (КЖ) использовали методику SF-36 Health Status Survey, которая включала показатели физического состояния (PF), эмоционального состояния (RE), ролевого функционирования – влияния физического состояния на повседневную деятельность (RP), витальности (энергичности) (VT), выраженности болевого синдрома (BP), общего состояния здоровья (GH), социального функционирования (SF), психического здоровья (MH) [10–12].

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение 2012 года в дневном стационаре терапевтического профиля было пролечено 410 человек, из них 68 – с ХБП, из них 43 женщины и 25 мужчин в возрасте от 19 до 76 лет: 19–40 лет – 14 человек, 41–60 лет – 18 человек, 60 лет и старше – 36 человек. По нозологическим формам (табл. 1) и тяжести заболевания (табл. 2) больные распределились следующим образом.

Длительность пребывания в дневном стационаре составляла от 12,3 (гломерулярные заболевания) до 20,2 дня (при уровне СКФ 60 мл/мин/1,73 м² и ниже). Нужно отметить, что 53,2% (36 чел.) составили пациенты старше 60 лет.

При анализе экономичности оказания квалифицированной медицинской помощи больным деятельность дневного стационара выгодно отличалась от круглосуточного стационара. Так, стоимость лечения одного пациента согласно «Тарифам на оплату законченного случая лечения заболевания», включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, оказанного за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного стационара, утвержденного на территории Ставропольского края», в среднем составила 585,3±23,4 руб. в день в терапевтическом стационаре. Учитывая среднюю продолжительность лечения и количество пролеченных больных, общие затраты на лечение больных в дневном стационаре МБУЗ КДП в 2012 году составили примерно 750 тыс. руб.

При такой же длительности лечения и таком же количестве пролеченных больных с аналогичной патологией стоимость лечения в круглосуточном стационаре составила бы около 1,5 млн руб. (из расчета средней стоимости 1 койко-дня в терапевтическом (нефрологическом) стационаре – 1200–1300 руб. (без проведения заместительной почечной терапии).

Таблица 1

Распределение больных дневного стационара по нозологическим формам заболеваний

Клинический диагноз	Количество больных
СД II тип, ДН. ХБП С2	13
СД II тип, ДН. ХБП С1	11
СД I тип, ДН. ХБП С2	1
Хронический пиелонефрит, обострение. ХБП С1	14
Хронический пиелонефрит, обострение. ХБП С2	9
Хронический пиелонефрит. ХБП С3а	4
ГБ III ст., Гипертензионный нефросклероз. ХБП С1	6
Аномалия развития почек (частичное /полное удвоение), хр. пиелонефрит. ХБП С2	2
МКБ. ХБП С2	6
МКБ. ХБП С3а	1
СКВ, волчаночный нефрит. ХБП С2	1

Таблица 2

Распределение больных с ХБП в дневном стационаре по уровню СКФ

Стадия ХБП	Характеристика функции почек	Уровень СКФ	Количество больных
С1	Высокая и оптимальная	>90	31
С2	Незначительно сниженная	60–89	32
С3а	Умеренно сниженная	45–59	5
С3б	Существенно сниженная	30–44	–
С4	Резко сниженная	15–29	–
С5	Терминальная почечная недостаточность	<15	–

Доля больных, выписанных со стабилизацией течения заболевания в группе, проходивших лечение в дневном стационаре КДП г. Ставрополя, составила 76,1,1±2,32%, а в группе круглосуточного нефрологического стационара городской больницы скорой медицинской помощи данный показатель составил 78,19±2,21% (p>0,05). Улучшение течения заболевания (стабилизация уровня АД, клинических и биохимических показателей крови и мочи и общего самочувствия) в результате проведенного лечения наблюдалось в 18,52±1,75 и 15,09±2,2% случаев соответственно, p>0,5. Трое больных, в связи с прогрессированием основного заболевания и с малой эффективностью консервативного лечения в дневном стационаре, для продолжения лечения и решения вопроса о более активных методах терапии были направлены в круглосуточный стационар: 1 пациент – СД I тип, ДН. ХБП С2 в эндокринологический и 2 пациента в урологический (с диагнозом: МКБ. ХБП С3а и

Хронический пиелонефрит. ХБП С3а). Как видно, различия незначительны, а эффективность лечения, по-видимому, заключается не в месте пребывания пациента, а в степени тяжести пациента на момент лечения и качестве оказания ему медицинской квалифицированной помощи. Вместе с тем, анализируя данный показатель, необходимо учитывать, что более высокие показатели стабилизации течения заболевания у пациентов дневного стационара могут быть связаны с тем, что в круглосуточный специализированный стационар направляются, как правило, тяжелые больные, имеющие почечные и внепочечные осложнения или прогрессирующее течение заболевания. Дневной стационар показан больным с ХБП для выполнения профилактического или планового лечения при его стабильном течении и отсутствии осложнений.

Показатель удовлетворенности пациентов указанных учреждений качеством оказания медицинской помощи, выставленный респондентами дневного и круглосуточного стационаров, также, в среднем, не выявил статистически достоверных различий и составил $8,1 \pm 0,92$ и $8,02 \pm 0,68$ балла соответственно. Уровень удовлетворенности пациентов стационара дневного пребывания качеством медицинской помощи соответствует круглосуточному стационару.

Вместе с тем, анализ показателей качества жизни в период прохождения лечения был несколько выше у больных дневного стационара, а наибольший положительный показатель был отмечен у пожилых пациентов (табл. 3).

Это объясняется стремлением большинства пожилых пациентов быть в процессе лечения вместе с родными, близкими, друзьями, не изменять привычки условий пребывания в домашней обстановке, посильное выполнение ими привычных обязанностей (уход за детьми, родителями и т. п.) и снижение вероятности психологического

травмирования больного и членов его семьи. Данный аспект дает возможность, в первую очередь, больным пожилого и старческого возраста в период лечения более активно формировать отношение к своему состоянию с оптимистических позиций, особенно чувство «удовлетворенности жизнью», необходимого для улучшения физического и психического здоровья.

ОБСУЖДЕНИЕ

Стержнем всей системы здравоохранения, направленной на снижение заболеваемости и укрепление здоровья населения, является профилактика. И именно в амбулаторно-поликлиническом звене должна проводиться основная профилактическая работа – участковыми терапевтами, фельдшерами амбулаторий и медицинских пунктов, семейными врачами путем разъяснительной и санитарно-просветительной работы с привлечением средств массовой информации (телевидение, радио, газеты, журналы, санбюллетени и т.д.). Важность и необходимость данной работы показали результаты проведенного нами ранее исследования [13] причин позднего выявления и роста запущенных форм хронических заболеваний мочевыводящих путей среди всех слоев населения края. Они выявили, что большой прирост почечных заболеваний дают ряд модифицируемых факторов, таких как:

- невнимательное и безответственное отношение людей к своему здоровью (не обращали внимания на появившиеся признаки заболевания, ожидали прохождения симптомов и проводили самолечение по совету знакомых, «бульварной» прессы) – 59% случаев;

- незнание основных клинических симптомов патологии почек и мочевыводящих путей – 23%, преимущественно сельские жители и молодежь;

- в 18% – нежелание или невозможность оставить работу на период обследования и лечения

Таблица 3

Показатели качества жизни после лечения в круглосуточном и дневном стационаре ($X \pm m$)

Показатель качества жизни	Стационар больницы	Дневной стационар, КДП	p
PF	$56,7 \pm 17,6$	$67,2 \pm 15,3$	НД
RP	$30,4 \pm 25,3$	$51,4 \pm 29,4$	$< 0,005$
BP	$41,3 \pm 24,4$	$40,5 \pm 26,2$	НД
GH	$35,2 \pm 14,5$	$38,3 \pm 14,4$	НД
V	$43,3 \pm 19,8$	$68,4 \pm 18,9$	$< 0,005$
SF	$78,6 \pm 22,3$	$90,5 \pm 13,1$	$< 0,005$
RE	$42,3 \pm 24,2$	$84,4 \pm 25,0$	$< 0,005$
MH	$46,5 \pm 17,2$	$69,9 \pm 15,1$	$< 0,005$
Суммарный показатель физического здоровья	$163,6 \pm 81,8$	$211,9 \pm 40,6$	$< 0,005$
Суммарный показатель психического здоровья	$210,7 \pm 83,5$	$313,3 \pm 72,1$	$< 0,003$

Примечание. Суммарный показатель физического здоровья – (PF+RP+BP+GH); суммарный показатель психического здоровья – (V+SF+RE+MH); НД – отсутствие достоверности различий между группами.

(страх потерять работу, высокую заработную плату и др.)

Значительная доля профилактической работы в амбулаторно-поликлинических условиях приходится на диспансерный этап. Тщательный отбор и регулярное наблюдение лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, и в первую очередь, группу риска, позволит сократить не только частоту обострений заболевания, сохранить работоспособность пациентов, но и, что очень важно, отдалить диализный период. В группу повышенного риска развития ХБП для проведения диспансеризации должны быть включены:

- лица, часто болеющие острыми и хроническими воспалительными заболеваниями;
- лица, подвергающиеся токсическим (бытовым или профессиональным) воздействиям хлорированными углеводородами, органическими соединениями ртути, солями лития, хлор- и фосфорорганическими пестицидами, кадмием, бета-нафтолом и др.;
- женщины, имевшие патологию беременности в анамнезе или настоящее время;
- больные с заболеваниями, которые могут обусловить развитие ХБП (сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани, туберкулез, остеомиелит и др.);
- люди, имеющие кровных родственников, страдающих любыми заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

Лица, относящиеся к группе риска, не имеющие жалоб и клинических проявлений заболевания, должны наблюдаться участковыми терапевтами, семейными врачами или фельдшерами амбулаторий 1 раз в год. При этом должны проводиться физикальное обследование (опрос, осмотр, измерение АД) и рутинные клинические исследования (общий анализ крови и мочи). При появлении у пациентов группы риска каких-либо жалоб или подозрений на заболевание почек и мочевыводящих путей проводится более глубокое обследование с включением необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования. При необходимости обследование должно проводиться в медицинских учреждениях более высокого звена с привлечением узких специалистов. При выявлении специфических симптомов и при впервые установленном диагнозе почечного заболевания обследование и лечение больного проводится в нефрологическом отделении стационара. В дальнейшем наблюдение, плановое и профилактическое лечение этих больных может проводиться в дневном стационаре поликлинического учреждения. При прогресси-

ровании заболевания, возникновении осложнений или необходимости коррекции медикаментозной терапии или подготовки больного к началу лечения активными методами заместительной терапии больные должны быть направлены в специализированный стационар.

Важной частью профилактической работы является предупреждение перехода острого заболевания в хроническую форму. С этой целью все больные, перенесшие острый гломерулонефрит, острый пиелонефрит, а также ренальное ОПП, должны находиться на диспансерном наблюдении в течение 2 лет. Кратность и объем клинического и лабораторно-инструментального обследования определяются индивидуально в зависимости от конкретной формы заболевания, самочувствия больного и показателей предыдущего обследования.

ВЫВОДЫ

Всё вышеизложенное позволяет сделать вывод, что на современном этапе в условиях мегаполиса необходимо и целесообразно развивать практику дневных стационаров, как эффективную форму организации оказания медицинской помощи больным. Безусловно, это не означает подмену круглосуточных специализированных стационаров дневными. В ряде случаев для больных с ХБП показано только стационарное лечение, обусловленное тяжестью состояния больного, прогрессированием основного заболевания, наличием почечных и внепочечных осложнений, остро возникшим заболеванием почек, а также обследование при впервые установленном диагнозе почечной патологии. Вместе с тем, большинство хронических заболеваний почек и мочевыводящих путей, протекающих стабильно с медленным прогрессированием, не требующих постоянного круглосуточного наблюдения и частой коррекции проводимой терапии, целесообразно проводить амбулаторно, в частности в условиях стационара дневного пребывания. Это позволит обеспечить регулярный контроль заболевания и получение квалифицированной медицинской помощи большему количеству больных с ХБП. Кроме того, учитывая значительный рост патологии почек, в последние годы без увеличения коечного фонда обеспечить постоянное наблюдение всех больных с ХБП в условиях круглосуточного стационара не реально. Это создает увеличение очередности на госпитализацию и лишает возможности своевременно её получить тем пациентам, которым, безусловно, требуется стационарная помощь.

Рациональное использование стационарза-

щающих технологий, таких как дневные стационары, – эффективный путь расширения объема и доступности лечебно-профилактической помощи больным с ХБП в амбулаторно-поликлинических условиях.

Кроме того, перемещение части объемов медицинской помощи на уровень дневных стационаров позволит более рационально использовать дорогостоящий коечный фонд больниц, не снижая при этом качества лечения.

Правильная организация и активное проведение программы по профилактике, раннему выявлению в амбулаторно-поликлинических условиях, а также своевременное лечение заболеваний почек и мочевыводящих путей позволит уменьшить численность запущенных форм заболеваний, отсрочить диализный период лечения этих больных и, тем самым, снизить не только процент временной нетрудоспособности и инвалидизации населения, но и финансовые затраты на лечение больных в дальнейшем при помощи методов заместительной почечной терапии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Овчаров ВК, Агранович НВ, Анисимов ИН. Состояние и перспективы развития нефрологической помощи в Ставропольском крае. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 2005; 3: 39-43
2. Батюшин ММ, Повилайтите ПЕ. Инфекции мочевых путей. Клиническая нефрология. Элиста, 2009; 420-424
3. Основные показатели здоровья и здравоохранения

Российской Федерации. (Статистические материалы). М., 2009; 31

4. Агранович НВ, Козаченко ОА, Соловьева НБ. Изучение вероятности развития и диагностики заболевания почек. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 2006; 4: 16-19

5. Агранович НВ, Кнышова СА. Особенности течения хронического пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста. *Медицинский вестник Северного Кавказа* 2011; 3: 45-49

6. Бальзамова ЛА, Калининская АА, Нилова АГ, Королев ОП. Эффективность деятельности дневных стационаров в поликлинике. *Главный врач* 2005; 7: 44-48

7. Калининская АА, Стукалев АФ, Аликова ТТ. Стационар-замещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности. *Здравоохранение Российской Федерации* 2008; 6: 5-8

8. Щепин ОП, Какорина ЕП, Флек ВО. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения. МЦФЭР, М., 2006; 408 с

9. Смирнов АВ, Добронравов ВА, Каюков ИГ и др. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Национальные рекомендации. *Нефрология* 2012; 16(1): 89-115

10. Белова АН. Шкалы тесты и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей и научных работников / Под редакцией АН Беловой, ОИ Щепетовой. Антидор, М., 2002: 439 с

11. Шило ВЮ, Горин АА, Денисов АЮ. Трудовая реабилитация пациентов на программном гемодиализе. *Нефрология и диализ* 2002; 4: 274-276

12. Бабарыкина ЕВ, Васильева ЛМ, Смирнова ВА, Добронравов ИА. Качество жизни и выживаемость больных молодого возраста, находящихся на лечении хроническим гемодиализом. *Нефрология* 2003; 7: 41-45

13. Агранович НВ, Редько ЮП, Ермолаева НЮ. Влияние работы амбулаторно-поликлинического звена в новых условиях на качество оказания специализированной помощи больным с патологией почек. *Вестник медицины* 2006; 5: 5-8

Поступила в редакцию 19.06.2013 г.

Принята в печать 04.09.2013 г.