

**РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА**

***Юшко Е.И., Строцкий А.В., Пиневич Д.Л., Званец Р.Г., Ермоленко А.М.***

*Кафедра урологии Белорусского государственного медицинского университета*

*(зав. кафедрой – проф. Строцкий А.В.), Комитет по здравоохранению*

*Мингорисполкома, УЗ «29-я городская поликлиника» (гл. врач., Званец Р.Г.)*

Дальнейшее развитие, планирование и совершенствование специализированной помощи населению, в том числе и урологической - одна из важнейших задач здравоохранения. Необходимость повышения качества, доступности и эффективности помощи больным урологического профиля обусловлена прежде всего увеличением числа больных с заболеваниями почек, органов мочевыводящей системы (МВС) и мужских половых органов [1-3]. В течение 2003-2008 г.г. обращаемость населения в поликлиники г.Минска за урологической помощью ежегодно увеличивалась на 1,14%. Основные причины роста связаны с продолжающимся процессом старения населения, что приводит к увеличению в общей структуре населения удельного веса лиц пожилого и старческого возраста, неблагоприятной экологической обстановкой, значительным инфицированием населения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).

В последние десятилетия произошли существенные изменения и в структуре урологических заболеваний. Наряду с умеренным увеличением числа наиболее частых заболеваний - мочекаменной болезни, хронического пиелонефрита и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) имеется тенденция к значительному росту онкоурологической патологии, инфекций нижних мочевых путей, обусловленных ИППП, мужского бесплодия, врожденных пороков развития (ВПР) почек и органов МВС [3-7]. В тоже время социально-экономические преобразования в стране в последнее десятилетие заставляют искать и внедрять ресурсосберегающие и стационарозамещающие технологии с целью повышения эффективности использования имеющегося материального, финансового и кадрового потенциала отрасли [8,9]. Для реализации поставленных задач необходим пересмотр всей совокупности используемых программ по диагностике, лечению и диспансерному наблюдению пациентов с урологической патологией. Естественно вышеуказанные инновации возможны только после радикальной

перестройки существующих организационных схем оказания специализированной медицинской помощи населению. В первую очередь разработана концепция и стратегии коснется амбулаторного этапа. Традиционная система оказания урологической помощи, основывающаяся на наличии урологического приема на 1-1,5 ставки в каждой поликлинике, в настоящее время не позволяет осуществить возложенные на нее функции в полном объеме. Это обусловлено многими причинами, среди которых основными являются прежде всего дефицит кадров, что приводит при отсутствии физических лиц занятию части существующих ставок совместителями, которые призваны прежде всего обеспечить первичный прием больных, а не весь требуемый сегодня спектр работы. Там, где ставки оказываются занятыми, тем не менее не всегда оказывается возможным обеспечить ритмичность работы, особенно в период отпускной кампании, прохождения врачом курсов повышения квалификации, болезни врача и т.п.. Врачу, который является единственным урологом в поликлинике, трудно успеть провести прием в поликлинике, проконсультировать больных с других приемов, осуществить посещения отдельных больных на дому, произвести амбулаторные операции и в то же время обеспечить доступность в оказании урологической помощи пациентам на протяжении всего рабочего дня в поликлинике.

**Цель настоящего исследования:** на примере работы амбулаторной урологической службы Октябрьского района г.Минска за последние 10 лет обосновать преимущества оказания специализированной помощи населению в рамках амбулаторного урологического отделения и наметить пути дальнейшего совершенствования амбулаторной урологической службы.

**Материалы и методы:** В г. Минске амбулаторная урологическая помощь в системе Комитета по здравоохранению оказывается 46 врачами-урологами. Амбулаторный прием больных ведется в урологических кабинетах 22 взрослых поликлиник и 6 консультативных центрах (из них 2 по детской урологии), а также в 3 районных централизованных урологических отделениях. Первое районное амбулаторное урологическое отделение в г.Минске организовано в 1989 году на базе 19 центральной поликлиники Первомайского района. В 2004 и 2005 такие же отделения открыты соответственно в Октябрьском (29 поликлиника) и Центральном (4 поликлиника) районах. В соответствии с концепцией развития Комитета по здравоохранению г.Минска в ближайшей перспективе в рамках отдельно взятого района урологические кабинеты поликлиник будут объединены в амбулаторное урологическое отделение. Это позволит сконцентрировать урологические кадры района в рамках одного учреждения, оснастить отделение самым современным оборудованием, организовать непрерывность оказания

урологической помощи населению в течение всего года независимо от отпускной кампании, прохождения специализации одним из сотрудников и других причин и обеспечить более высокий гарантированный объем и качество специализированной помощи населению закрепленного района.

Для решения поставленных в данном исследовании задач нами проведено сравнение результатов работы 2-х моделей амбулаторной урологической службы Октябрьского района. Первая модель – организация урологической помощи населению через систему урологических кабинетов поликлиник №№ 3, 29, 35 в течение 1999-2003г.г. Вторая – решение тех же задач в условиях амбулаторного урологического отделения района за 2004-2008г. С этой целью нами изучены и проанализированы годовые отчеты о работе урологических кабинетов 3-й, 29-й, 35-й по количеству принятых больных, выполненных визитов на дому, диагностических исследований и манипуляций, выполненных операций, основные качественные показатели работы кабинетов за 1999-2003 г.г. в сравнении с аналогичными показателями работы амбулаторного урологического отделения района за последующие 5 лет (2004-2008). На обоих этапах исследования работало одинаковое количество врачей – 3 уролога, которые занимали 3 ставки.

#### **Результаты и их обсуждение:**

В Октябрьском районе г.Минска в течение 1999-2008г.г. в разные годы проживало 121,3  $\pm$  2,2 тыс.взрослого населения, мужчины составляли - 44,6 $\pm$ 1,3 %. В общей структуре заболеваний района урологические заболевания(болезни органов МВС у обоих полов и половой у мужчин) составили в 2003 году- 6,2 %, в 2008 году -6,9 %. Изучена первичная и общая урологическая заболеваемость за последние годы (2003 и 2008 годы) обеих моделей организации амбулаторной урологической службы. В 2003 году первичная урологическая заболеваемость составила 673 случая (553,9 на 100 тысяч населения), в 2008 году – 839 случаев (684, 9 на 100 тысяч населения). По этому показателю отмечен рост на 24,7%. Наибольший прирост первичной урологической заболеваемости отмечен по ДГПЖ (+64,5%), ВПР органов МВС (+50,2%), инфекциям мочевых путей, вследствие ИППП (+29,2%). Общая урологическая заболеваемость в 2003 году составила 2946 случаев (2424,7 на 100 тысяч населения), а в 2008 г- 3546 (2894,7 на 100 тысяч населения): рост на 20,4%. При проведении анализа первичной инвалидности вследствие урологических заболеваний ее уровень снижается и составил в 2003году- 0,3 , а в 2008 году—0,2 на 10 тысяч взрослого населения. Основные показатели работы урологической службы района в разрезе обсуждаемых двух моделей организации урологической помощи населению представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Основные показатели работы урологической службы района в течение 1999-2003 и 2004-2008 г.г.**

Критерий	Модель 1( урологические кабинеты поликлиник 1999-2003 г.г)	Модель2( амбулаторное урологическое отделение за 2004-2008 г.г)	Динамика
Пролечено пациентов	77005	93410	+21,3%
Визитов на дому	535	1781	> в 3,3 раза
Выполнено обзорных снимков органов МВС	615	835	+35,8%
Выполнено экскреторных урограмм	236	544	> в 2,3 раза
Проведено цистоскопий	307	1139	> в 3,7 раза
Прооперировано больных	405	655	+ 61,7%
Пролечено больных на койках дневного стационара	155	2311	> в 15 раз
Число пациентов, состоящих на диспансерном учете	1975	2415	+22,3%

В городской онкодиспансер урологами поликлиник района для уточнения диагноза в 2003 году направлено 96 пациентов. Онкологический диагноз подтвержден у 19 (20,1%), а поздняя стадия заболевания установлена у 11 (57,9%). Такие же показатели по выявлению онкозаболеваний урологами среди жителей района в 2008 году составили: направлено - 170 пациентов, диагноз верифицирован у 67 (39,4 %), в поздних стадиях-12 (17,9%).

В настоящее время в амбулаторном урологическом отделении Октябрьского района прием пациентов ведется в 2 смены по 5-ти дневной рабочей неделе. По субботам –приём диспансерных больных по графику ведёт один из урологов. Визиты на дому

осуществляются в рабочее время после осмотра пациента лечащим врачом, что повышает практическую значимость осмотра уролога и обеспечивает необходимую преемственность в лечении и диспансерном наблюдении.

Изучение работы амбулаторного урологического отделения за 5 лет работы показало, что работа в новых условиях требует от урологов больших знаний и больших затрат времени для выполнения служебных обязанностей. В первую очередь это относится к ведению пациентов в условиях дневного стационара (в 2008 году пролечено 462 пациента, ими проведено 4234 к/дня) и активному участию урологов (что абсолютно правильно!) во всеобщей диспансеризации мужского населения. Естественно это требует пересмотра нормативов функциональных нагрузок врача-уролога с учетом происшедших перемен, т.к по разработанным ранее нормативным документам в бюджете расхода рабочего времени врача-уролога затраты на вышеуказанные виды деятельности не предусмотрены. В какой то мере это же относится и к амбулаторной хирургии в урологии.

Таким образом, проведенный анализ и сравнение результатов деятельности в Октябрьском районе урологических кабинетов в поликлиниках, которые в последующем были объединены в районное урологическое отделение для обслуживания этих же поликлиник показало более высокую эффективность последнего, как по количественным, так и по качественным показателям работы. Оценка результатов работы урологической службы района с учетом проведенной реорганизации подтверждает целесообразность дальнейшего развития этого направления амбулаторной урологии в других районах г.Минска. Если говорить о других регионах РБ, то такая реорганизация по нашему мнению оправдана при наличии соответствующей материально-технической базы и количестве урологических ставок 3 и более. Ресурс отделений амбулаторной урологии: диспансеризация, клиническая и трудовая реабилитация пациентов с целью повышения качества и продолжительности их жизни.

В соответствии с планом развития специализированной урологической помощи в г.Минске продолжается разработка и внедрение усовершенствованных медицинских стандартов в амбулаторную урологию, которые позволяют унифицировать подходы к диагностике и лечению урологических заболеваний у детей и взрослых начиная от урологического кабинета поликлиники и заканчивая крупными клиническими центрами. Вместе с тем следует отметить, что с учетом проведенного исследования и данных литературы многие вопросы остаются мало разрешенными или их практическая реализация только начинается. Приводим некоторые из проблемных вопросов современной урологии, которые организаторы здравоохранения, ученые и практические врачи будут с нашей точки зрения рассматривать в ближайшие годы.

Сохраняющаяся тенденция демографического развития, а именно падение рождаемости и продолжающийся процесс старения населения резко изменили и продолжают изменять возрастную структуру населения: ежегодно увеличивается удельный вес людей пожилого и старческого возраста. Это проявляется увеличением распространенности в первую очередь ДГПЖ и онкоурологических заболеваний, а также мочекаменной болезни и неспецифических воспалительных заболеваний почек и органов МВС. Следует иметь в виду, что урологические заболевания в структуре первичной инвалидности занимают до 4%. Однако полной реабилитации у пациентов этой группы удается достичь только у 1,2-2,0% , что в 2,5-3 раза ниже чем при большинстве других заболеваний [3]. Это еще раз подтверждает известную истину – урологические заболевания часто приводят к снижению качества жизни, инвалидности, создают ряд проблем социального и экономического характера. Поэтому в ближайшие годы урологическая служба должна быть готова к значительному увеличению этой категории пациентов. Ситуация существенно усложнится, а нагрузка на урологов увеличится если в законодательном порядке в число обязательных будет введено ежегодное пальцевое ректальное исследование и определение уровня простато специфического антигена крови у мужчин старше 50 лет. На сегодняшний день в г.Минске специализированные доврачебные урологические кабинеты успешно работают только в единичных поликлиниках, не все фельдшера или медицинские сестры этих кабинетов прошли должную подготовку. Поэтому можно предположить, что на начальном этапе важного и нужного нового направления в работе урологов значительная дополнительная нагрузка ляжет на плечи амбулаторной урологической службы.

Проблема бесплодного брака в настоящее время остается особенно актуальной, так как число бездетных пар с каждым годом увеличивается [4,10]. На сегодняшний день более 10-15% супружеских пар во всем мире имеют проблемы с наступлением беременности в естественном цикле. Необходимо также отметить, что в последние годы отмечается неуклонный рост доли мужского фактора в бесплодном браке, которая сегодня с учетом «сочетанного бесплодия» составляет не менее 30-50% [4,11,12]. Известно, что если число бесплодных браков в стране превышает показатель 15%, то население страны будет постоянно уменьшаться т.к. оставшиеся здоровые семьи с учетом современных показателей рождаемости не смогут обеспечить естественное воспроизводство [6]. В доступной нам литературе данных о проценте бесплодных пар в РБ мы не встретили. В России этот показатель превышает критический уровень и по данным за 2009 г. составляет 17,4% [12]. С нашей точки зрения работа в этом направлении должна начинаться с активного выявления таких семей, их регистрации, организации реальной

преимущества и параллелизма в обследовании и лечение таких пациентов урологами и акушер-гинекологами, создания условий для исследования спермограмм, уровня половых гормонов, ИППП и др. в каждом амбулаторном урологическом отделении.

Наименее изученными на сегодняшний день являются вопросы, связанные с задачами и возможностями пренатальной и неонатальной урологии, а также их влиянию на структуру выявляемой урологической патологии в различные возрастные периоды. В популяции на каждую 1 000 новорожденных у 40-50 выявляются различные врожденные и наследственные заболевания [5], а среди них удельный вес ВПР МВС составляет 26-28% [13]. Возможные последствия имеющихся поражений почек у части детей значимы настолько, что их своевременное выявление имеет большое как медицинское, так и социальное значение. Доказано, что экономические затраты общества на лечение, реабилитацию и пожизненное содержание детей с ВПР органов МВС и других систем во много раз превышают расходы на своевременную пренатальную диагностику пороков и их профилактику. В связи с этим в медицинскую практику все шире внедряется понятие «плод – как пациент». В то же время многие аспекты функционирования новых разделов детской урологии только разрабатываются. В частности, в республике отсутствует централизованный регистр пренатально выявленных ВПР МВС, подлежащих диспансерному наблюдению, раннему родоразрешению или раннему хирургическому лечению в постнатальном периоде, не налажена преемственность по хранению и использованию информации о результатах проведенных исследований на этапах плод–новорожденный–ребенок грудного возраста, многие вопросы комиссионного консультирования новорожденных с ВПР находятся в стадии изучения. Пренатальная ультразвуковая диагностика в г.Минске проводится с 1996 года, ежегодно за период 2003-2008 г.г рождается 130-150 детей с пренатально установленным ВПР МВС. По ходу беременности эти плоды включены в группу пренатального диспансерного наблюдения. По итоговым результатам наблюдения за обсуждаемой группой нами впервые в республике разработана программа пренатального консультирования детским урологом беременных женщин у плодов которых формируется (или подозревается) ВПР МВС. В нем определен круг вопросов, возлагаемых на детского уролога в процессе реализации программы консультирования плодов. В послеродовом периоде из новорожденных с пренатально установленными ВПР МВС и с аномалиями выявленными в роддоме формируется группа постнатального диспансерного наблюдения. По материалам исследований этой группы нами разработан диагностический тест для объективной оценки клинического состояния новорожденных с ВПР МВС, а также классификация для разделения новорожденных с аномалиями почек и органов МВС на 4 однородные

клинико-функциональные группы. Обе разработки нами используются с целью своевременного отбора новорожденных нуждающихся в переводе в специализированный стационар для оперативного лечения, дообследования или назначения профилактического курса антибактериального лечения при выписке из роддома.

Одна из основных организационных проблем дальнейшего развития урологической помощи населению в РБ – отсутствие государственной концепции и стратегии дальнейшей модернизации урологической службы с планированием на перспективу в 5 и более лет. Причин тому много. Основные из них: стремительное развитие всех медицинских специальностей, что затрудняет долгосрочное планирование, экономический кризис, отсутствие государственного (не на общественных началах) организационно-методического центра, занимающегося проблемами мужского здоровья и урологии и т.д. Тем не менее важно понимать, что тем, кто планирует развитие любой из самостоятельных специальностей необходимо четко знать и определить стратегию, заложенную в директивно-распорядительных документах государства и отрасли. Это позволит сэкономить ресурсы и избежать многих ошибок, замедляющих поступательное развитие.

Нуждается в серьезном совершенствовании система, обеспечивающая преемственность в работе между медицинскими учреждениями разного уровня, начиная от семейного врача и завершая главными специалистами и статистическим управлением МЗ, а главное сохранение и своевременная передача информации о каждом пациенте как в амбулаторную карту поликлиники по месту жительства так и в учреждения куда он направляется для дальнейшего обследования и лечения [14]. Необходима дальнейшая модернизация статистического учета по разделам, регистрирующим урологические заболевания, что в том числе подразумевает включение ряда новых критериев, отражающих мужское здоровье. В настоящее время большая часть урологических заболеваний в официальной отчетности не выделяются и относятся к 14-му классу «Болезни почек и мочевых путей». В связи с этим при планировании развития урологической службы, составлении данных по эпидемиологии большинства урологических заболеваний трудно найти ответы на многие вопросы или составить представление об урологическом здоровье населения разных возрастных и гендерных групп. Модернизация учета и регистрации урологических заболеваний позволит рационально использовать ресурсы государственного здравоохранения, вывести на новый уровень диспансеризацию и реабилитацию в урологии.

Таким образом для своевременного выявления урологических заболеваний и их рационального последующего лечения рекомендуем продолжить реформирование



урологической службы г.Минска. Опыт, накопленный нами, может использоваться при организации амбулаторных урологических отделений в других регионах страны.

**Выводы:**

1. Существующие урологические кабинеты поликлиник крупных городов не соответствуют требованиям времени. В городах, где на амбулаторный урологический прием выделяется 3 и более ставки, их целесообразно объединить в более совершенные межполиклинические (районные) амбулаторные урологические отделения. Это позволяет обеспечить стабильный двухсменный прием пациентов, тем самым улучшив доступность специализированной урологической помощи населению. При этом происходит концентрация сил и средств при минимальных материальных затратах.

2. В связи с постоянным техническим переоснащением поликлиник, повышением квалификации амбулаторных урологов и с целью повышения эффективности использования имеющегося материального, финансового и кадрового потенциала неизбежно постепенное сокращение объемов специализированной дорогостоящей стационарной урологической помощи с внедрением стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий в поликлиниках.

3. С учетом создания дневных стационаров поликлиник, более широкого использования стационарозамещающих технологий, активного участия урологов в выявлении, лечении и диспансеризации пациентов урологического профиля необходим пересмотр нормативов функциональной нагрузки врача-уролога поликлиники.

оооооспециализированной урологической помощи населению, активного участия урологической службы в обеспечении демографической безопасности страны необходимо разработать концепцию и стратегию дальнейшей модернизации урологической службы с планированием на отдаленную перспективу в регионе и в целом по Республике.

**Литература :**

- 1.Вайнберг З.С. Клиническая урология для врача поликлиники. – М. : Медпрактика, 2000. – 322 с.
- 2.Комяков Б.К. Организация урологической помощи в Санкт-Петербурге // Амбулаторная хирургия. – 2003. – № 4. – С. 3-4.
3. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Состояние и перспективы развития урологической помощи в Российской Федерации // Материалы X Рос. съезда урологов. – М., 2002. – С. 5–26.
4. Тер-Аванесов Г. В. Мужское бесплодие: этиопатогенез, диагностика и лечение. – М., 2007. – 114 с.

5. Баранов В. С. Научные и практические аспекты пренатальной диагностики // Вестн. Рос. АМН. – 2003. – № 10. – С. 8–13.
6. Кулаков В. И., Леонов Б. В., Кузмичев Л. Н. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. – М.: МИА, 2005. – 592 с.
7. Рафальский В.В., Королев С.В., Ходневич Л.В. Подходы к рациональному выбору antimикробных препаратов в андрологии // Мужское здоровье. –Кисловодск, 2007. – С. 96–102.
8. Марков А.А. Научное обоснование совершенствования модели амбулаторной урологической службы в г. Москве : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Федер. бюро мед.-соц. экспертизы. – М., 2008. – 31 с.
9. Сажин В.П., Комов Ю.А., Ионов А.В. и др. Амбулаторная урология: опыт, проблемы и поиски решений //Амбулаторная хирургия. – 2003. – № 4. – С. 7–9.
10. Божедомов В.А., Теодорович О.В. Эпидемиология и причины аутоиммунного мужского бесплодия // Урология. – 2005. – № 1. – С. 35–44.
11. Григорян В.А., Чалый М.Е. Снижение фертильности мужчин в XX веке // Врачебное сословие. – 2008. – № 2. – С. 8–11.
12. Камалов А.А., Аполихин О.И., Буров В.Н. и др. Мужское бесплодие на стыке специальностей // Материалы Пленума Правления Рос. об-ва урологов. – Н. Новгород, 2009. – С. 419-423.
13. Адаменко О. Б., Халепа З. А., Котова Л. Ю. Пренатальная ультразвуковая диагностика врожденных аномалий мочевыделительной системы //Детская хирургия. – 2006. – № 1. – С. 13–16.
14. Журавлев В.И., Баженов И.В., Зырянов А.В. Цель и задачи кабинетов мужского здоровья // Материалы Пленума Правления Рос. об-ва урологов. – Н. Новгород, 2009. – С. 404–410.