

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

И. Денисов, академик РАМН, профессор, **М. Холопова**
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: mkhol@mail.ru

Проведен комплексный анализ качества медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики (ВОП) пациентам с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы, при разных ролевых моделях организации работы. Разработаны предложения по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, основанные на изменении роли ВОП с совещательной на координирующую.

Ключевые слова: врач общей практики, ролевая модель, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, инфекции мочевыделительной системы.

Воспалительные заболевания мочевыделительной системы (ВЗМС) — актуальная проблема практического здравоохранения и общей врачебной практики (ОВП). Согласно данным мировой статистики, на их долю приходится 2–6% обращений к семейным врачам [1].

Распространенность во всех возрастных группах и социальная значимость этих заболеваний, склонность к рецидивированию и хронизации обуславливают интерес исследователей к совершенствованию организации первичной медицинской помощи таким пациентам, в том числе — в условиях ОВП [4–7].

Организация ведения больных с инфекциями мочевыводящих путей (ИМП) осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 08.12.09 №966-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями». Согласно данным С.А. Замятнина [4], состояние медицинской помощи при данных заболеваниях является фактором, негативно влияющим на прогноз развития инфекций почек и мочевыводящих путей, трудоспособность и качество жизни пациентов. В научных исследованиях по проблемам качества медицинской помощи, оказанной врачами первичного звена здравоохранения пациентам с ИМП [1–3, 5, 7], выявлены: недостаточная информированность врачей и отсутствие четкой стратегии диагностики, лечения и профилактики ИМП; необходимость повышения квалификации участковых врачей, врачей-специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений, а также совершенствования организационных основ ведения больных с данными видами патологий.

Однако работы, посвященные изучению качества медицинской помощи пациентам с ВЗМС при ее оказании врачами общей практики (ВОП) в условиях частной клиники, в литературе отсутствуют. Между тем подобная информация может теоретически обосновать поиск дальнейших путей совершенствования помощи таким больным в условиях ОВП.

Нашей целью было на основе комплексного анализа организации медицинской помощи пациентам с ВЗМС, осуществляемой по принципам ОВП, разработать мероприятия по ее совершенствованию.

Базой исследования явилось ЗАО «Сеть поликлиник «Семейный доктор» (Москва). В ходе исследования использовали комплекс современных методов: библиографический, выкопировку данных из медицинской документации, статистический, социологический, экспертной оценки, сравнительного анализа. Экспертная оценка случаев оказания помощи пациентам с ВЗМС проведена с учетом ролевых моделей организации работы ВОП: координационной и консультативно-совещательной.

Для определения значимости вопросов оказания ВОП помощи пациентам с ВЗМС в частных медицинских организациях амбулаторного типа в условиях мегаполиса проведен анализ обращаемости пациентов в сеть поликлиник ЗАО «Сеть поликлиник «Семейный доктор». Уточнена доля первичных обращений больных к ВОП и к «узким» специалистам (урологу, гинекологу, хирургу и др.) по поводу данного вида патологии. Больше всего обращений — 1237 (54%) — были связаны с циститом; 26,7% составили посещения по поводу острого и хронического пиелонефрита и лишь соответственно 8 и 11% — по поводу уретрита и других болезней мочевыделительной системы, что определило целесообразность в дальнейшем акцентировать внимание на пациентах с пиелонефритом и циститом.

Доли визитов больных с циститом и пиелонефритом к ВОП составили соответственно 18,4 и 22,3%, что свидетельствует о необходимости наличия у ВОП знаний об алгоритме диагностики, лечения, профилактики и диспансерного наблюдения таких больных. Возраст больных, обратившихся за медицинской помощью по поводу цистита, в среднем составил $34,8 \pm 12,6$ года, возраст пациентов с пиелонефритом — $36,6 \pm 12,7$ года. Во всех возрастных группах частота ВЗМС была в несколько раз выше у женщин, чем у мужчин.

Анализ обращаемости пациентов с ИМП в медицинскую организацию поликлинического типа частной формы собственности в условиях мегаполиса (Москва) показал, что больше всего посещений (80%) — по поводу цистита и пиелонефрита; в первый раз пациенты с циститом и пиелонефритом чаще посещают уролога, минуя ВОП. Основная доля обращений приходится на пациентов женского пола с циститом возрастной группы 19–35 лет; высок удельный вес случаев, когда ВОП направляет больных на консультацию к «узким» специалистам — 81,6% при цистите и 64,5% — при пиелонефрите; установлена низкая медицинская активность пациентов — не все больные, направленные ВОП на консультацию к другим специалистам, следовали данной рекомендации, и значительная часть пациентов не выполняли сделанные ВОП назначения.

Экспертная оценка качества медицинской помощи проведена по 352 законченным случаям динамического наблюдения пациентов с ВЗМС за календарный год (2010) в объеме учетной формы №025/у «Амбулаторная карта па-

циента». Результаты экспертизы заносились в «Карты экспертной оценки качества оказания помощи пациентам с ВЗМС». Единицей наблюдения явился случай динамического наблюдения пациента с ВЗМС. При этом все дефекты медицинских услуг таким пациентам были сгруппированы следующим образом: диагностические, лечебные, организационно-тактические.

Данные анализа литературы и собственных исследований позволили выделить 2 ролевые модели организации работы ВОП – координационную и консультативно-совещательную, различия между которыми отражены в таблице.

Сравнивали результативность лечения и динамического наблюдения пациентов при 2 клинико-организационных моделях ведения больных: консультативно-совещательной и координационной (ВОП – координатор лечения).

При реализации ролевой модели работы ВОП как координатора лечебно-диагностического процесса частота дефектов оказания помощи была достоверно ниже ($p < 0,05$), чем при консультативно-совещательной модели: соответственно на 100 случаев – 447,5 против 570,0, в том числе по диагностическим дефектам – 77,6 против 85,7; по лечебно-профилактическим – 156,4 против 197,8; организационно-тактическим – 213,5 против 286,5.

Установлено, что при обеих ролевых моделях работы ВОП наибольшее число ошибок, допускаемых при оказании медицинских услуг пациентам с ВЗМС, носят организационно-тактический характер.

Изучено мнение потребителей медицинских услуг о частоте нарушения свойств этих услуг. По мнению пациентов, наиболее часто из расчета на 100 услуг нарушаются следующие их свойства соответственно при координационной и консультативно-совещательной роли ВОП: результативность (82,7 против 74,9 случая); межличностное взаимодействие (85,2 против 78,2 случая); удобство (77,8 против 62,4 случая); уникальность (79,0 против 71,2 случая).

Согласно данным анализа показателей результативности оказания медицинской помощи пациентам с ВЗМС, по большинству из них достоверно выше результативность работы в условиях, когда ВОП выполняет роль координатора лечебно-диагностического процесса. Так, определено, что показатель «Своевременность постановки диагноза» составил при этом 94,5 против 89,7% при консультативно-совещательной роли ВОП ($t=2,7$), «Полнота обследования по стандарту» – соответственно 93,2 и 85,6% ($t=2,8$), «Процент больных, у которых полностью реализован план диспансерного наблюдения» – 85,4 и 79,8% ($t=2,7$), «Процент

положительных эффектов от применения лекарственной терапии» – 89,8 и 83,7% ($t=1,9$), «Процент улучшения состояния пациентов после проведенного лечения» – 93,2 и 91,6% ($t=1,9$), «Частота обострений заболевания в течение года» – 2,3 и 3,4% ($t=3,1$), «Число обоснованных жалоб на низкое качество диагностики и противорецидивного лечения» – 1 против 3.

Выявлены следующие недочеты в наблюдении пациентов с ИМП, имевшие место в ряде случаев: отсутствие антибактериального лечения ИМП; нерациональный подбор эмпирической антимикробной терапии; назначение комбинаций лекарственных средств без наличия показаний к этому; отсутствие обучения пациентов и рекомендаций по профилактике последующих рецидивов; высокая частота направления больных на консультацию к специалистам при отсутствии показаний; отсутствие диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими формами заболеваний.

Данные социологического опроса позволили получить информацию о социально-демографических, гигиенических, медико-социальных характеристиках, состоянии медицинской активности и медицинской информированности пациентов с ВЗМС, проходивших лечение в условиях частной клиники у ВОП. Установлено, что основными медико-социальными проблемами таких пациентов являются: отсутствие полноценного отдыха (у 20,9% больных); беспорядочные половые связи (у 18,9% женщин и 25,4% мужчин); игнорирование врачебных назначений (у 22,6%); наличие воспалительных заболеваний других органов (у 28,7%); снижение гигиенического индекса (у 30,5% мужчин и 7,6% женщин); бесконтрольный прием гормональных препаратов (у 34,2%); избыточная масса тела (у 48,5%); нарушение принципов здорового питания (у 61,1%).

Определено, что на развитие обострений ВЗМС влияют 8 основных факторов: медико-биологические: возраст 50 лет и более (коэффициент Кульбака – 4,77); медико-социальные – семейное положение: одинокая(ий) (1,53); неполное и несвоевременное выполнение назначений врача (3,59); образ жизни: внебрачные половые связи (2,04); нарушение личной гигиены (2,30); нарушение режима питания и питьевого режима (1,73); комбинированное воздействие злоупотребления алкоголем и курение (1,47); комбинированное воздействие 2 и более вредных гигиенических факторов производственной среды (2,43).

Основная масса пациентов в целом удовлетворены состоянием медицинского информирования. Считают уровень медицинского информирования хорошим 26,34% пациен-

Характеристика ролевых моделей организации работы ВОП

Характеристика	Модель организации работы ВОП	
	координационная	консультативно-совещательная
Кто проводит первичный прием	ВОП	Врач-специалист
Характер сбора анамнеза	Комплексный	Патоцентричный (односторонний)
Кто составляет план обследования	ВОП	Врач-специалист
Кто назначает консультации	ВОП	Врач-специалист
Кто составляет план лечения и реабилитации	ВОП	Врач-специалист
Кто организует динамическое наблюдение (диспансеризацию)	ВОП	Врач-специалист
Кто оценивает результаты лечения, корректирует их	ВОП	Врач-специалист
Чья документация основная	ВОП	Врача-специалиста

тов, удовлетворительным — 68,53%, недостаточным — 5,13%. Вместе с тем 50,12% пациентов указали на необходимость повысить доступность и наглядность медицинского информирования, перевести его в современные формы (электронные носители, фильмы). Эти данные составили теоретическую основу разработки комплекса предложений по сохранению и укреплению здоровья пациентов с ВЗМС.

Разработана и апробирована организационно-функциональная модель деятельности ВОП по наблюдению таких пациентов при координирующей роли ВОП, которая предусматривает этапную реализацию 2 направлений:

- повышение медицинской активности и информированности пациентов, оценку риска развития обострений заболевания в течение календарного года;
- повышение качества диагностики, лечения и реабилитации пациентов с ВЗМС, включающее в себя: улучшение подготовки медицинских кадров; внедрение технологии работы по принципу координирующей роли ВОП; обеспечение преемственности между ВОП и «узкими» специалистами; оценку результативности деятельности ВОП по наблюдению пациентов с ВЗМС.

Проведенное исследование показало, что реализация организационной модели деятельности ВОП, при которой он является координатором лечебно-диагностического процесса, обеспечивает более высокую результативность работы, в том числе — за счет показателей «Своевременность постановки диагноза» (94,5 против 89,7%), «Полнота обследования по стандарту» (93,2 против 85,6%), «Процент больных, у которых полностью реализован план диспансерного наблюдения» (85,4 против 79,8%), «Процент положительных эффектов от применения лекарственной терапии» (89,8 против 83,7%), «Процент улучшения состояния пациентов после проведенного лечения» (93,2 против 91,6%), «Частота обострений заболевания в течение года» (2,3 против 3,4%).

Предложенный комплекс медико-организационных мероприятий по наблюдению пациентов с ВЗМС, основанный на принципе координирующей роли ВОП и предусматривающий этапную реализацию 2 направлений, обеспечивает достижение медико-социальной эффективности такого на-

блюдения благодаря повышению объема и улучшению качества медицинских услуг, повышению удовлетворенности пациентов оказанными услугами, экономии средств и может быть рекомендован к внедрению в других медицинских организациях.

Литература

1. Агаларова Л.С. Качество медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами в городских поликлиниках // Обществ. здоровье и здравоохранение. — 2008; 1: 35–9.
2. Миралиев С.Р., Зарипов С.З. Роль врача общей практики в организации лечебной и профилактической помощи // Казанский мед. журн. — 2009; 4: 620–3.
3. Денисов И.Н. Развитие общей врачебной практики в России: состояние, проблемы и перспективы // Здравоохранение. — 2010; 9: 155–64.
4. Зайцев А.В., Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В. Универсальный подход к профилактике и лечению различных видов инфекций мочевыводящих путей // Consilium Medicum. — 2008; 10 (4): 94–7.
5. Замятин С.А., Новиков А.И., Елисеенко А.Г. Анализ состояния качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга // 1-й съезд Белорусской ассоциации урологов. Сб. тр. / Минск, 2008; с. 227–28.
6. Рафальский В.В., Шевелев А.Н., Довгань Е.В. и др. Лечение острого неосложненного цистита и острого пиелонефрита у женщин. Обновленное рук-во IDSA/ESCMID // Справ. поликлинич. врача. — 2011; 6: 14–9.
7. Черниенко Е.И. Развитие и совершенствование общей врачебной практики как один из инструментов усиления медицинской профилактической деятельности // Пробл. управл. здравоохранением. — 2009; 5: 74–9.

QUALITY OF MEDICAL CARE PROVIDED BY A GENERAL PRACTITIONER TO PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE URINARY TRACT

Academician of the Russian Academy of Medical Sciences, Professor, I. Denisov; M. Kholopova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The authors have made a comprehensive analysis of the quality of medical care provided by general practitioners (GPs) to patients with inflammatory diseases of the urinary tract, by using different role models for organizing their work. Proposals based on changing the role of GPs from advisory to coordinating have been worked out to improve a therapeutic and diagnostic process.

Key words: general practitioner, role model, inflammatory diseases of the urinary tract, urinary tract infections.