

Дзеранов Н.К.

**Единая согласованная терминология и стандарты - путь
объективизации качества и результатов лечения МКБ**

ФГУ НИИ урологии Минздравсоцразвития России



Мы оказываемся перед новыми моделями здравоохранения, которые формируются под влиянием таких принципов как эффективность, рентабельность.

"Единственное последствие правительственного вмешательства в здравоохранении – действительность того, что врачи - защитники пациента, в настоящее время имеют все меньше и меньше возможностей влиять на образ и стратегии развития современных систем здравоохранения"

УКАЗ

- ▣ «Все прожекты зело исправлены быть должны, дабы казну изрядно не разорять и отечеству ущерб не чинить.
- ▣ Кто прожекты будет абы как ляпать, того чина лишу и кнутом драть велю – в назидание потомкам»

ПЕТР-1

Мы рекомендуем, чтобы местная Национальная Ассоциация Урологии принимала активное участие в политике здравоохранения, сотрудничая, а иногда определяла стратегию, брала инициативу в решении тех проблем, которые важны в настоящий момент для их стран.

EAU - Strategy Planning Office (SFO),
H.G.Tiselius, P.Alken et al. 2008
(ЕАУ Организация по стратегиям и планированию)

В России самый высокий в мире уровень госпитализаций:

на одного человека
приходится 7,5 дня
стационарного
лечения в год,
а в Европе – 1,5 дня
максимум



Кучеренко В.З. 2006

Хирургический блок

(Данные с 1991 по 2006 годы)

- ▣ **Хирургия:**
сокращение на 23 человека - 0.01%
- ▣ **Челюстно-лицевая хирургия:**
уменьшение
на 120 человек – **13%**
- ▣ **ССХ:** увеличение
на 888 человек – **49,1%**
- ▣ **Эндоскопия:**
увеличение на 1788 - **44,1%**
- ▣ **Урология:**
увеличение на 1566 врачей **27,3%**
- ▣ Средний процент
увеличения по блоку **20%**

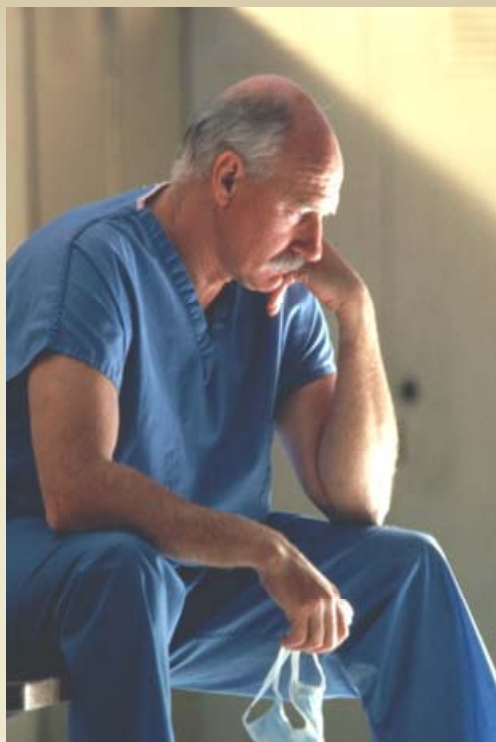


- Одно из неизбежных будущих событий для большинства медицинских специальностей – это узкая специализация, которая может привести к рассеиванию дисциплины и резкому негативному эффекту на урологию в целом.

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
(БУДУЩЕЕ УРОЛОГИИ В ЕВРОПЕ)

**Проблема,
которая
возникнет
Завтра -
результат
плохо
сделанной
работы
Сегодня**



Будущее в этих условиях

- ▣ Отсутствие единых подходов к стандартизации – множество различных стандартов, зачастую не согласованных между собой - компенсируется необязательностью их выполнения



Проблемы затрудняющие законотворчество в здравоохранении РФ

- ▣ Отсутствие унифицированного терминологического словаря специальных медицинских терминов, используемых в диагностике и лечении, которые можно было бы использовать в законодательстве.
- ▣ Отсутствие концепции совершенствования профилактической помощи в различных областях здравоохранения.
- ▣ Отсутствие профессиональной юридической службы в управлении (РОУ) и лечебных учреждениях здравоохранения.

Что делать?

- **Нам** необходимо развивать, накапливать данные, внедрять единую терминологию и согласованную методологию в повседневную урологическую практику здравоохранения РФ
- Необходимо предпринимать промежуточные шаги (рассчитывать затраты на период обследования и лечения, анализировать возможную компенсацию затрат, обсуждать критерии эффективности и т.п.)
- Если мы не будем этого делать, нам будут продолжать морочить голову - в ближайшем будущем СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ!!!!

**Медики виртуозно овладели
только искусством приписок,
которые составляют примерно
25% счетов, выставляемых учреждениями
здравоохранения страховым компаниям???**
считает гендиректор
«Росно МС» В.Гурдус



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

Кучеренко В.З.2004

Лучший выход из создавшейся ситуации
— максимальная конкретизация и оптимизация
медицинских терминов по каждому заболеванию
(в диагностике и лечении).

А протоколы дадут четкий ответ на вопрос,
за что страховая компания или пациент
должны платить
и устанавливают требования
к результатам лечения



Современные тенденции совершенствования медицинской помощи в международной практике:

- ▣ Разработка и внедрение клинических руководств, протоколов, алгоритмов в повседневную медицинскую практику
- ▣ Переход от неформализованного экспертного мнения к формализованным оценкам и медицине, основанной на доказательствах
- ▣ Использование методов экономического анализа для выбора оптимальных технологий (анализ “затраты - эффективность”, “минимизация затрат” и т.п.)

Почему мы отказались от ДЛТ при коралловидных камнях у взрослых (до 2 мес. = **49,7%**)

Больная П. 41

Длительность

Лечения **3,5 мес!!!!**

Сеансов ДЛТ - 6

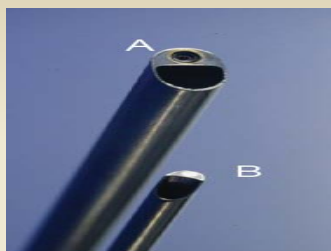
Сеансов КУЛ - 3

ЧПНС – 1

Стент - 2



Эндоскопические операции в лечении Коралловидных камней



1-й этап = ПНЛ
+ 2 сеанса ДЛТ слева

2-й этап = ПНЛ справа
Общий срок лечения – **34 дня**



О единой терминологии (стандартизации) в оказании медицинской помощи

- «...Здесь дело идет о хирургии во врачебном кабинете. Подлежит обсуждению: какой больной, оператор, помощники, какие инструменты, свет; где и как; какие предметы и как; где тело больного; где инструменты; место, время и способ ...»

Гиппократ «О врачебном кабинете»

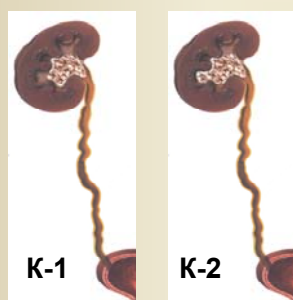
В основе научной и практической медицины лежит классификация МКБ-10

■ Камни почки	N20.0
■ Камни мочеточника	N20.1
■ Камни почек с камнями мочеточника	N20.2
■ 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
■ Почечная колика	N23

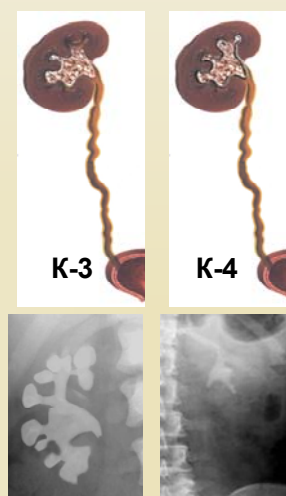
- До сих пор не существует общепринятой классификации КК, позволяющей определить процент эффективности и процент осложнений при том или ином оперативном методе.

(Segura J.W. et al 2006).

Полные КК



Неполные КК



НО, разве только размер камня определяет метод?

▣ Факторы дополняющие выбор метода лечения

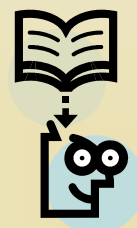
- ▣ Ф – функция почек (N, >25%, >75%, 75и выше)
- ▣ И – инфекция мочевых путей (-,+)
- ▣ Х – химический состав и стадия КК.
- ▣ У – состояние уродинамики верхних мочевых путей
- ▣ П – почечная недостаточность (Комп.Имтер. Термин)



Диагноз – как полная клиническая форма заболевания

В онкологии ДЗ: Рак простаты - T2vNxM1G-3 дает онкологам представление о стадии течения заболевания и во многих случаях предопределяет выбор тактики лечения.

Что же мешает урологам применять классификацию которая максимально полно отображала бы клиническое течение МКБ ?



Согласованная терминология диагноза МКБ.

Д.З.сегодня – Камень правой почки? (иногда ХП)



Д.З.завтра – Клинически незначимый, резидуальный, одиночный (до 1,0 см.) уратный, не инфицированный камень нижней чашечки, нормально функционирующей правой почки.

Первая публикация о терминологии

- Даже с названием болезни мы применяем разную терминологию –Нефролитиаз, Уролитиаз,
Мочекаменная болезнь!

- Камень чашечки почки	}	(Нефролитиаз)
- Камень лоханки почки		
- Камень мочеточника		(Уретеролитиаз)
- Камень мочевого пузыря		(Цистолитиаз)
- Камень уретры		(Уретролитиаз)

Аляев Ю.Г.
Асламазов Э.Г.
2004

Согласованная терминология при внедрении любого метода



- 1984г.(Эдинбург) – Совещание всех специалистов по вопросам стандартизации терминов (литотрипсии).
- 1986г. Публичное обсуждение в журнале Brit.J.Urol.
- 1989г. Обсуждение на 12-с Всемирном конгрессе по эндоурологии и ДЛТ (Сент-Луисе), позволило достичь единого понимания и утверждения процесса и результатов лечения.



▣ Название операции при ДЛТ сегодня:

- Дистанционная литотрипсия камня правой почки.
- Ударно-волновое дробление камня почки
- Экстракорпоральная литотрипсия камня почки
- Пьезоэлектрическая литотрипсия

А почему не:

Дистанционная каликолитотрипсия (слева)

Дистанционная пиелолитотрипсия (справа)

Дистанционная уретеролитотрипсия в\з справа

Дистанционная цистолитотрипсия

Применение ДЛТ без дополнительных вмешательств это –

Дистанционная монолитотрипсия.

Предварительная катетеризация или ПН является **комбинированным** методом (Стент + ДЛТ, ПН+ДЛТ)

Эндоскопические операции

- Перкутанное удаление камня почки
- Перкутанная контактная нефролитотрипсия
- Перкутанная эндоскопическая нефролитолапаксия
- Чрескожная нефролитотрипсия и литоэкстракция

А ведь можно:

Перкутанная пиелолитотрипсия и экстракция

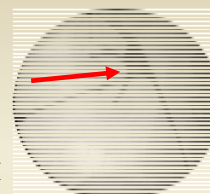
Перкутанная каликолитотрипсия (экстракция)

Перкутанная пело-каликолитотрипсия

Перкутанная уретеролитотрипсия(экстракция) в в\з

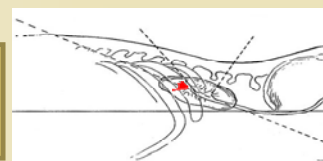
Согласованная Терминология КУЛЛ и ПНЛЛ (монотерапия)

Выписка сегодня: Проведена перкутанная нефролитолапаксия с хорошим эффектом.



- **Литотриптеры** используемые для дробления
- **Время операции и наркоза** при КУЛЛ и ПНЛЛ
- **Количество пункций и доступ** (под УЗИ, Ренгеном)
- **Сложности, неудачи и осложнения** при операции и после нее – кровотечение, ранения, атака, затек и т.д..
- **Способ и длительность п\о дренирования.**
- **Результат операции:** Полная фрагментация и удаление камня, частичное (какое), камень не удален.

В 19-23% случаях(К-3,К-4) - метод
Комбинированный ПНЛЛ и КУЛЛ + ДЛТ



Как классифицировать осложнения?

- ▣ Конечные результаты оперативных методов остаются ограниченными разногласиями относительно того, как определять осложнения и классифицировать их тяжесть.
- ▣ Необходимость разработки классификации осложнений при различных операциях не вызывает сомнений так как подходы к их лечению варьируют среди врачей, больниц и в разных регионах.
 - ▣ Например; Карбункул почки может лечиться антибиотиками (**3-5дней**), с (без) дренированием или открытой операцией с применением эфферентных методов (**18-20дней**)?
 - ▣ А гриф осложнений «**О.Пиелонефрит**» ?

Можно обсудить такую классификацию

- ▣ **1-я категория** – Отклонения п\о не требующие хирургического, эндоскопического, вмешательств, методов детоксикации. (кроме анальгетики, спазмолитики и др).
- ▣ **2-я категория** – Требуют применения гемотрансфузии, парентерального питания, антибактериальной терапии и др.
- ▣ **3-я категория** – Необходимо оперативное, эндоскопическое, вмешательства, эфферентные методы
- ▣ 3а) без наркоза, 3 б) под общей анестезией
- ▣ **4-я категория** – Жизнеугрожающие осложнения требующие интенсивной терапии, реанимации
- ▣ 4а) – дисфункция 1-го органа 4б) – полиорганная недост.
- ▣ **5-я категория** – Смерть больного

- ▣ Неприятный этап в лечении, но может иметь место при любом методе и у любого самого опытного врача, влияющий на эффективность метода и затратность самого лечения.
- ▣ Но мы должны, в рамках РОУ, решить и этот вопрос. Выработать и утвердить единую согласованную классификацию с позиции защиты не только прав пациента, но самого врача.

Что считать законченным случаем?

- Нужны ли повторные дробления фрагментов в чашечке 3-4мм.? Один врач считает нужно - другой нет.
- Выписка больного со стентом на амбулаторное лечение и хорошо разрушенным камнем
 - законченный случай?
- Оставшийся (после удаления коралловидного камня) в изолированной чашечке камень - является ли основанием считать результат лечения неудовлетворительным?
- ПНЛЛ+ ДЛТ одна операция или отдельные?

Выписной эпикриз как преемственность, так и повышение квалификации амбулаторного врача

- ▣ Мы утверждаем - удаление камня не является методом лечения.
- ▣ Но без знаний особенностей стационарного лечения, с учетом ликвидированных (и не ликвидированных) осложнений и четких рекомендаций, невозможно сегодня амбулаторному урологу выработать адекватную реабилитацию и метафилактику.



**Бесполезно
говорить:
«Мы делаем всё,
что можем».**

**Надо
делать то,
что
необходимо**

ЧЕРЧИЛЛЬ (Churchill)
Уинстон Леонард Спенсер