

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗНАЧЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИ- КАЦИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

АПОЛИХИН О.И., СИВКОВ А.В., ДЗЕРАНОВ Н.К., КАКОРИНА Е.П., КЕШИШЕВ Н.Г.
НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ
(Москва)

В мировой практике общепризнанной считается лишь только одна клинико-статистическая классификация мочекаменной болезни, которая представлена в международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10). В МКБ-10 мочекаменная болезнь находится в классе «болезни мочеполовой системы», в которой отдельно для уролитиаза выделена целая рубрика с кодами N20-N23, под названием «мочекаменная болезнь». Согласно этой классификации, абсолютно закономерным является, к примеру, при коралловидном нефролитиазе или чашечных камнях написание в медицинской документации одного «общего» клинико-статистического диагноза – камень почки с кодом N20.0. Понятно, что речь может идти о разных состояниях, при которых обследование и лечение пациентов значительно отличается. Особенно важно, что не в каждом урологическом отделении возможно адекватное лечение этих клинических ситуаций. Таким образом, использование МКБ-10 для постановки клинического диагноза мочекаменной болезни является неправильным. Учитывая отсутствие других нормативных документов, регламентирующих правильную постановку диагноза при уролитиазе, каждое лечебное учреждение, а иногда и каждый уролог формулирует клинический диагноз в произвольной форме. При этом, все эти «разные диагнозы» объединяет обычно один статистический код (камни почек – N20.0., камни мочеточников – N20.1. и т. д.). Т.е. формируется система, когда множество нестандартизированных клинических диагнозов объединяют общие статистические коды, взятые из МКБ-10. Очевидно, что трактовка диагнозов с использованием МКБ-10, в настоящее время, не позволяет обеспечить единство и сопоставимость информации о мочекаменной болезни в системе здравоохранения страны. Решение этих проблем возможно путем создания на базе МКБ-10, новой клинико-статистической классификации мочекаменной болезни, которая бы учитывала основные современные принципы постановки клинического диагноза и отвечала требованиям медицинской статистики. Настоящая работа рассматривает целесообразность включения в предлагаемую классификацию критерия «локализация и размеры камней почек».

Нами разработана единая клинико-статистическая классификация мочекаменной болезни («Урология»

№ 6, 2008 год). Для оценки медико-экономического значения и целесообразности включения в классификацию критерия «локализация и размеры камней почек», нами были отобраны 90 пациентов с лоханочными и коралловидными камнями: группа I (30 человек) – больные с лоханочными камнями ≤ 2 см в диаметре, группа II (30 человек) – больные с лоханочными камнями > 2 см в диаметре, группа III (30 человек) – больные с коралловидным нефролитиазом K4. Критерии отбора больных были следующими: одностороннее расположение камней, первичные, неинфицированные оксалатные камни с дефицитом функции почки $\leq 50\%$. Средний возраст больных I группы составил $43,1 \pm 1,3$ лет, II группы – $44,2 \pm 1,1$ лет, III группы – $44,6 \pm 1,2$ лет. Критериями, по которым проводился сравнительный анализ трех изучаемых групп, были: методы обследования, медикаментозного и хирургического лечения больных, средняя длительность пребывания больного на койке, средняя стоимость лечения.

Сравнительный анализ методов обследования показал наличие достоверной разницы, прежде всего, по рентгенологическим методам исследованиям (обзорная уrogramма, компьютерная томография, антеградная пиелография и т.д.). Так, с увеличением размеров конкрементов ЧЛС, уменьшилась потребность в обзорной и экскреторной урографии, и, наоборот, увеличилась необходимость в компьютерной томографии, антеградной пиелографии. Все эти изменения напрямую связаны с видом хирургического лечения, так как для выполнения высокотехнологичных оперативных вмешательств во второй и третьей группах необходимо иметь максимально полную и достоверную информацию о размерах и конфигурации камней.

ДЛТ, как монотерапия, использовалась только в I и во II группах. С увеличением размеров камней ЧЛС было отмечено уменьшение положительного эффекта от ДЛТ, поэтому и число ДЛТ во II группе, по сравнению с I, достоверно уменьшилось на 71,4%. В III группе ДЛТ не проводилась. Результатом уменьшения числа ДЛТ во II группе, в сравнении с I, явилось, более чем двукратное, статистически достоверное увеличение числа ПНЛЛ. В III группе количество ПНЛЛ несколько уменьшилось, за счет выполнения открытых оперативных вмешательств. Вероятность использования нескольких методов лечения (ком-

бинированное лечение) увеличилось при размерах камней ЧЛС более 2 см в диаметре, что связанно с повышенным риском появления резидуальных камней после ПНЛП или открытых оперативных вмешательств. Этим и обусловлено увеличение случаев комбинированного лечения в III группе.

Сравнительный анализ медикаментозного лечения в трех группах показал превалирование средней дозы антибактериальных препаратов, а также длительности их назначения в III группе при сравнении со II и I группами. Карбапенемы использовались только в III группе, в которой выполнялось большинство сложных оперативных вмешательств (секционная нефролитотомия, пиелонефролитотомия и т.д.) с длительным реанимационным и послеоперационным периодом.

Анализ полученных результатов по средней длительности пребывания больного на койке показал, что разница между группой I и группой II, группой II и группой III, группой I и группой III по данному показателю статистически достоверна и составляет 38,7%, 27,9%, 77,3% соответственно.

Анализ различий между группами по средней стоимости методов обследования, хирургического лечения, медикаментозного лечения и пребывания больных на койке, показал наличие достоверной разницы ($p<0.05$) по всем параметрам, кроме хирургического лечения. На основании этих данных определена средняя общая стоимость лечения больного, для каждой группы. Разница между группами по средней общей стоимости статистически достоверна ($p<0.05$).

Проведенный сравнительный клинико-экономический анализ пациентов с лоханочными и коралловидными камнями почек показал наличие достоверных различий применяемых методов диагностики и лечения этих больных. Кроме выявленных клинических особенностей, немаловажными являются и экономические аспекты, демонстрирующие достоверность разницы общей стоимости лечения больных в трех группах. Полученные результаты подтверждают необходимость учета критерия «локализация и размеры камней почек» в новой клинико-статистической классификации мочекаменной болезни.