

НАО «Медицинский Университет Астана»

УДК: [616-08-039.57:616]:314.1(1-21)
МПК: G16H20/00, G01N33/48

Мустафинов Даурен Дулатович

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОЙ
УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

7М10121– «Менеджмент в здравоохранении»

Магистерский проект на соискание академической степени магистра
здравоохранения

Научный руководитель: _____

к.м.н., доцент кафедры Мусаханова Акмарал Калмаханбетовна.

Официальный оппонент: _____

к.м.н., профессор РАЕ Смаилова Жанаргуль Кайыргалиевна

Нур-Султан, 2021 г.

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
ОПРЕДЕЛЕНИЕ.....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	5
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ.....	6
ВВЕДЕНИЯ.....	7
1 ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....	9
1.1 Проблемы заболеваемости урологическими заболеваниями.....	9
1.2 Проблемы и направления совершенствования урологической помощи в современных условиях.....	15
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	19
2.1 Объекты и программа исследования.....	19
2.2 Методы исследования.....	19
2.3 Дизайн исследования и статистическая обработка результатов.....	20
3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЕ.....	22
.....	22
3.1 Характеристика состояния организации диспансерного наблюдения урологических больных г. Нур-Султан по материалам социологического исследования.....	22
3.1.1 Характеристика организации урологической помощи по материалам анкетирования пациентов, обратившихся в государственные и частные АПУ г. Нур-Султан.....	23
3.2 Перспективы развития амбулаторной урологической службы по материалам опроса врачей-урологов.....	36
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	41
ВЫВОДЫ.....	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	47
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	53
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	55

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем магистерском проекте использованы ссылки на следующие стандарты:

1. ГОСТ 7.32-2001 – (Межгосударственный стандарт) Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления.

2. ГОСТ 15.101-98 – (Межгосударственный стандарт) Система разработки и постановки продукции на производство. Порядок выполнения научно-исследовательских работ.

3. ГОСТ 7.1-84 – Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила.

4. ГОСТ 7.9-95 (ИСО 214-76) – Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила.

5. ГОСТ 7.54-88 – Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Представление численных данных о свойствах веществ и материалов в научно-технических документах. Общие требования.

6. Кодекс Республики Казахстан О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.

7. Стандарт об организации оказания урологической и андрологической помощи (Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 14 августа 2015 года № 666. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 сентября 2015 года № 12049.)

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем магистерском проекте применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Аденома предстательной железы или доброкачественная гиперплазия парауретральных желез – доброкачественная опухоль, возникающая преимущественно у мужчин пожилого возраста; главными проявлениями заболевания являются затруднение мочеиспускания и недержание мочи.

Гематурия – кровь в моче.

Дизурия – расстройств акта мочеиспускания, связанная с заболеваниями нижних мочевых путей, или нарушением их иннервации.

Диурез – количество мочи, выделенное человеком за определенный промежуток времени.

Конкремент мочевого – камень мочевого.

Мочекаменная болезнь – заболевание, сопровождающееся образованием конкрементов в различных отделах мочевой системы.

Оксалаты (от греч. oxalis – щавель) – соли щавелевой кислоты, накопление в организме.

Уролитиаз – заболевание, которое сопровождается образованием конкрементов в различных отделах мочевой системы.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация

ИМП – инфекции мочевыводящих путей

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МКБ - мочекаменная болезнь

МПС - мочеполовая система

РПЖ - рак предстательной железы

РП – рак почки

РК - Республика Казахстан

ОСМС - обязательное социальное медицинское страхование

ПМСМП - первичная медико-санитарная помощь

ХБП - хроническая болезнь почек

ХПН - хроническая почечная недостаточность

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблица 1	Программа исследования	19
Рисунок 1	Половой состав пациентов урологов медицинских организаций на уровне государственных и частных амбулаторно-поликлинических организаций	26
Рисунок 2	Возрастной состав пациентов урологов медицинских организаций на уровне ПМСП	27
Рисунок 3	Возрастной состав пациентов урологов частных амбулаторно-поликлинических организаций	27
Таблица 2	Результаты социологического опроса пациентов, обратившихся к урологу в государственные и в частные амбулаторно-поликлинические учреждения г. Нур-Султан	28
Рисунок 4	Кем был направлен пациент к урологу	30
Рисунок 5	Диспансерное наблюдение за урологическими больными в медицинских организациях на уровне ПМСП	32
Рисунок 6	Диспансерное наблюдение за урологическими больными в частных медицинских организациях	32
Рисунок 7	Половой состав врачей урологов из г. Нур-Султан	37
Рисунок 8	Возрастной состав врачей урологов из г. Нур-Султан	38
Рисунок 9	Стаж работы врачей урологов из г. Нур-Султан	38
Таблица 3	Результаты социологического опроса врачей-урологов из АПО г. Нур-Султан	39
Рисунок 10	Организационно-функциональная модель амбулаторно-урологической помощи городскому населению	45

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы:

Проблема урологии является одной из важнейших в системе здравоохранения в целом. Статистика показала, что заболеваемость болезнями мочеполовой системы в Республике Казахстан растёт с каждым годом и составила 4471.9 на 100000 населения в 2018 году, из них заболеваемость городского населения стабильно выше сельского и составила 5147.0 на 100000 населения в 2018 году [1].

Среди болезней мочеполовой системы (МПС) мужчин можно выделить группу заболеваний, наиболее значимых в медико-демографическом отношении: мочекаменная болезнь (далее МКБ), пиелонефрит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы (далее ДГПЖ). В 2015 году заболеваемость мочекаменной болезнью в расчете на сто тысяч взрослого населения в целом по республике составила 76,6 % в структуре болезней мочеполовой системы [2].

У мужчин одним из самых частых заболеваний является доброкачественная гиперплазия предстательной железы и оно составляет 29,05% от общей обращаемости мужчин. Распространенность ДГПЖ по данным обращаемости прогрессивно растет с увеличением возраста: с 26 % в возрасте от 40 до 49 лет, до 76,8% в возрасте 75 лет и старше [3]. Эти нозологические единицы составляют основную часть урологических заболеваний человека. Их прогресс обеспечивается множеством различных мероприятий и требует специализированного лечения у специалистов.

Заболеваемость мочекаменной болезнью в Республике Казахстан в 2018 году составила 69,0 на 100 тыс. населения в целом, а в городе Нур-Султан данный показатель составляет 143,0 на 100 тыс. населения в целом, кроме этого, наибольший показатель по стране отмечен среди взрослого населения города Нур-Султан, который равен 203,6 на 100 тысяч взрослого населения [1]. В городе Нур-Султан разрабатывают и практически применяют клинические протоколы лечения в РК, которые уже позволяют унифицировать принципы диагностики и лечения заболеваний в различных медицинских организациях. Несмотря на внедрение в последние годы системы социального медицинского страхования, где амбулаторная помощь станет центральным звеном национального здравоохранения для предупреждения и ранней борьбы с заболеваниями (Институциональные реформы Главы Государства: 100 конкретных шагов), имеются нерешённые проблемы в организации урологической службы в РК.

Всё вышесказанное позволило определиться с темой исследования.

Цель исследования:

Оценить эффективность организации диспансерного наблюдения урологических больных на амбулаторном уровне (на примере города Нур-Султан).

Объект исследования:

Пациенты с урологическими заболеваниями в г. Нур-Султан
Специалисты здравоохранения (врачи урологи)

Предмет исследования:

Организация специализированной помощи и диспансерного наблюдения урологических пациентов на амбулаторном уровне

Задачи исследования:

1. Провести анализ проблем и перспектив развития амбулаторной урологии на основании анкетирования пациентов с урологическими заболеваниями (на примере города Нур-Султан)
2. Установить основные факторы, оказывающие влияние на эффективность диспансерного наблюдения в г. Нур-Султан, на основании интервьюирования специалистов.

Методы исследования:

1. Количественные, качественные, информационно-аналитические методы статистического анализа
2. Анкетирование пациентов с урологической патологией в г. Нур-Султан;
3. Интервьюирование специалистов-урологов

Научная новизна:

По результатам проведенного социального исследования дана сравнительная оценка полнота охвата диспансерного контроля пациентов урологической службы на уровне первичной медико-санитарной помощи и частных структурах.

Оценена доступность урологической помощи, а также полнота охвата диспансерным наблюдением двух групп пациентов

Впервые была проанализирована организация амбулаторно-поликлинической медицинской помощи при урологических заболеваниях и оценен уровень медицинской помощи по мнению потребителей медицинских услуг.

Практическая значимость:

Даны практические рекомендации по улучшению диспансеризации в амбулаторной урологии.

1. Активная ранняя диагностика заболевания, госпитализация, наблюдение за пациентами, своевременное и эффективное лечение пациентов с острыми и хроническими урологическими заболеваниями.

2. Организация регулярного наблюдения, клинической, лабораторной и инструментальной помощи, профилактики и лечения лечебно-профилактических мероприятий.

3. Тщательный отбор больных с заболеваниями почек и их направление на санаторно-курортное лечение в специализированные санатории урологического профиля.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В урологических службах на уровне ПМСП диспансерное наблюдение низкое, по сравнению с частными АПО. На уровне первичной медико-санитарной помощи и частных структур полнота охвата диспансерного контроля пациентов урологической службы существенно различается.

2. Урологи видят организационную проблему амбулаторной урологической службы, которая препятствует ее нормальной работе, из-за отсутствия экономической мотивации персонала, низкой заработной платы медицинских работников, отсутствия динамики в оснащении нового диагностического оборудования в последние годы.

Объем и структура магистерского проекта:

Магистерский проект состоит из введения, 4 разделов собственного исследования, заключения, выводов и практических рекомендаций, библиографического списка использованных источников, включающего 76 наименований. Текст изложен на 56 страницах компьютерного набора, содержащий 3 таблицы, 10 рисунков, 2 приложения.

Апробация работы:

Результаты исследования заслушаны на расширенном заседании кафедры по специальностям «Общественное здравоохранение», «Менеджмент в здравоохранении» 04.06.2021 г., на межкафедральном совещании по специальностям «Общественное здравоохранение», «Менеджмент в здравоохранении», «Сестринское дело», «Эпидемиология» по гигиеническим дисциплинам и профилактической медицине 26.10.2020 г.

По результатам исследования опубликована статья «Организационные аспекты амбулаторной урологической помощи городскому населению» в журнале Гепато – гастроэнтерологических исследований, часть 2, 18 мая 2021 года, с. 931.

1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Проблемы заболеваемости урологическими заболеваниями

Мочевыделительная система состоит из почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры. Назначение мочевыделительной системы (также называемой почечной системой) - вывод шлаков из организма и регулирование электролитов, объема крови, артериального давления и pH крови. Почки фильтруют кровь, поэтому отходы могут выходить через мочеточники в мочевой пузырь в виде мочи.

Заболевания, влияющие на мочевыделительную систему, объединены под общим термином «урологические заболевания». Эти заболевания могут возникнуть в результате генетического дефекта или приобретенного заболевания. Заболевание может возникнуть из самой мочевыделительной системы или может быть вторичным по отношению к заболеванию другой системы организма. Например, при диабете почки становятся уязвимыми для гипертонии.

Урология — это специальность, которая всегда была в авангарде инноваций и исследований, где технологии были быстро внедрены, и это помогло достичь лучших результатов для пациентов. Это одна из самых быстрорастущих хирургических специальностей, и искусственный интеллект в сочетании с большими данными играет важную роль в ее экспоненциальном движении. Научные открытия, безусловно, помогли за последние 20 лет, когда искусственный интеллект широко применялся для диагностики ведения и прогнозирования исходов урологических заболеваний и состояний.

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одними из самых частых инфекций в клинической практике во всем мире. Инфекции мочевыводящих путей - распространенная проблема со здоровьем во всем мире, которую можно разделить на неосложненные и сложные. Неосложненные инфекции включают инфекции мочевого пузыря, такие как цистит, которые наблюдаются почти исключительно у молодых женщин. Среди сексуально активных женщин заболеваемость циститом составляет 0,5 эпизода на человека в год, а рецидивы развиваются в 27–44 процентах случаев. Острый неосложненный пиелонефрит с поражением почек у женщин встречается реже, чем цистит. Мужчины менее подвержены острым неосложненным инфекциям мочевого пузыря или почек, с частотой от пяти до восьми эпизодов на 10 000 мужчин в год. Несмотря на то, что неосложненные инфекции мочевыводящих путей считаются доброкачественными, они имеют серьезные медицинские и финансовые последствия, которые оцениваются примерно в 1,6 миллиарда долларов США в год.

Все больше внимания в современном здравоохранении уделяется проблемам мужского здоровья. Сегодня каждый десятый пациент клиники - урологический. Также, проблемы репродукции человека и его семейное благополучия связаны с урологическими заболеваниями. В связи с ростом онкоурологической патологии заболевания мочеполовых путей очень актуальны

для пожилого населения [4,5]. Также проблемы производства человека и его семейные блага тесно связаны с условиями службы. В связи с ростом онкологической патологии урологические заболевания очень активны для старого счастья.

По данным Всемирной организации здравоохранения, заболевания мочеполовой системы занимают лидирующие позиции в структуре смертности экономически развитых стран и составляют 3% всех смертей [6,7]. В большинстве развитых стран мира болезни мочеполовой системы составляют 10-12% в структуре общей заболеваемости населения. Лечение данного заболевания очень затратное и часто требует применения новейших диагностических методов, методик обследования и лечения. В настоящее время проблема здоровья мужчины становится одним из наиболее важных и актуальных вопросов не только урологии, но и в правительстве многих стран СНГ и Европы. В последнее время по многим причинам вопросы мужского здоровья приобретают большую значимость: это и старение населения, и стремление к повышению качества жизни, и актуализация проблем профилактики и ранней диагностики заболеваний [8,9].

Среди болезней мочеполовой системы (МПС) можно выделить группу заболеваний, наиболее значимых в медико-демографическом отношении: мочекаменная болезнь (МКБ), хроническая почечная недостаточность, заболевания предстательной железы, хронический пиелонефрит, онкоурологические заболевания. Данные нозологические единицы составляют основную долю уронефрологических заболеваний. Их прогрессирование сопровождается значительным числом различных осложнений и требует серьезного специализированного лечения у специалистов-урологов [10].

Почечнокаменная болезнь — это кристаллический конкремент, обычно образующийся в почках. Это нарастающее урологическое нарушение здоровья человека, которым страдает около 12% населения мира. Камни в почках в основном находятся в почках. Человечество страдает мочевыми камнями на протяжении веков, начиная с 4000 г. до н.э., и это наиболее распространенное заболевание мочевыводящих путей. Профилактика рецидива почечных камней остается серьезной проблемой для здоровья человека. Предотвращение рецидива камней требует лучшего понимания механизмов, участвующих в камнеобразовании. Было высказано предположение, что камень в почках может быть системным заболеванием, связанным с метаболическим синдромом. На нефролитиаз приходится от 2 до 3% случаев терминальной почечной недостаточности, если он связан с нефрокальцинозом.

Во всем мире распространенность почечнокаменной болезни и частота рецидивов увеличиваются, а выбор эффективных лекарств ограничен. Мочекаменная болезнь поражает около 12% населения мира на определенном этапе их жизни. Он поражает всех возрастов, полов и рас, но чаще встречается у мужчин, чем у женщин в возрасте 20–49 лет. Однако частота рецидивов в течение жизни выше у мужчин, хотя заболеваемость нефролитиазом

растет среди женщин. Поэтому профилактическое лечение имеет большое значение для лечения мочекаменной болезни.

Мочекаменная болезнь (МКБ) – хроническое заболевание, которое связано с нарушением обменных процессов в организме и сопровождается образованием конкрементов в органах мочевыделительной системы [11,12].

Во всем мире заболеваемость мочекаменной болезнью составляет не менее 3% и продолжает расти. Ежегодно в развитых странах на 1 миллион населения выявляется 1500-2000 первичных камнеобразований в мочевыводящих путях. [13].

В 2010 году распространенность инфекций мочевыводящих путей в США составляла 14%. В последние годы распространенность нефролитиаза увеличилась с 3,8% до 5,2%. Мочекаменная болезнь - растущая проблема в Великобритании с распространенностью 1,2% [14,15,16]. Согласно официальной российской статистике, заболеваемость также растет. По мнению авторов, мочекаменная болезнь составляет в среднем от 30 до 50% всех госпитализаций в отделения урологии. Также стоит отметить, что рост заболеваемости во многом связан с увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста [17].

Известно, что мочекаменная болезнь часто дает рецидив. При отсутствии профилактических мер 40% пациентов сообщили о рецидиве камнеобразования в течение 3 лет. Частота рецидива первичного камня составляет 14% на 1-м году, 35% на 5-м году, а вероятность рецидива в возрасте до 10 лет составляет 52%. [18]. Среди урологических болезней, ведущих к инвалидности, МКБ часто занимает 4-е место; 76% пациентов, получивших инвалидность, имеют только одну почку; 90% людей с ограниченными возможностями - люди трудоспособного возраста. [19].

В последние годы отмечается повышение частоты сложных форм МКБ: билатеральных конкрементов почек, конкрементов единственной почки, коралловидных и односторонних множественных конкрементов, конкрементов высокой плотности [20].

В последние годы В Казахстане отмечается тенденция роста мочекаменной болезни. По данным М.К. Алчинбаева в Республике Казахстан средний показатель заболеваемости по мочекаменной болезни в 1988 г. составил 36,1 на 100000 населения, в 1990 г. – 40,0, в 2000 г. – 42,3, в 2004 г. – 43,7 на 100000 населения. По данным НЦ урологии, полученным при ежегодном анализе работы главных специалистов-урологов регионов и областей, в 2000-2015 гг. среди урологических заболеваний отмечено преобладание мочекаменной болезни -33,9%. [2].

В 2015 г. в динамике с 2013 г. стабильно более высокие показатели заболеваемости населения мочекаменной болезнью (абс. ч.) с тенденцией к нарастанию отмечены в Южно-Казахстанской, Восточно-Казахстанской областях и г.Нур-Султан [2].

Несмотря на значительные улучшения в разработке новых методов лечения мочевых камней, заболеваемость мочекаменной болезнью во всем мире растет. Многие аспекты образования камней в почках остаются

неясными. Однако несомненно, что повреждение почечных клеток, задержка кристаллов, апоптоз клеток, бляшка Рэндалла и связанные с ними ингибиторы или промоторы камней играют важную роль в образовании камней в почках. Это, по-видимому, важные цели, которые приводят к разработке новой стратегии профилактики почечнокаменной болезни и лекарств от камней в почках. Кроме того, определение новых целей лечения на основе молекулярных и клеточных изменений, связанных с камнеобразованием, поможет разработать лучшие лекарства. Более того, Лучшее понимание механизмов мочекаменной болезни, связанных с ингибиторами или промоторами камней, будет иметь решающее значение для препаратов для удаления камней. Кроме того, мы надеемся, что понимание основной патофизиологии, патогенеза и генетической основы образования камней в почках приведет к открытию новых лекарств и стратегий для лечения мочекаменной болезни в ближайшем будущем.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – необратимая утрата почкой своей функциональной способности. Развивается в результате постепенной гибели нефронов при любом прогрессирующем заболевании почек. Хроническая болезнь почек (ХБП) определяется как наличие поражения почек или расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) менее 60 мл / мин / 1,73 м², сохраняющаяся в течение 3 месяцев или более, независимо от причины. Это состояние прогрессирующей потери функции почек, что в конечном итоге приводит к необходимости заместительной почечной терапии (диализа или трансплантации). Поражение почек относится к патологическим аномалиям, предполагаемым визуализирующими исследованиями или биопсией почек, аномалиям мочевого осадка или повышенной скорости экскреции альбумина с мочой [21].

Хроническая болезнь почек (ХБП) является важным фактором заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний, и с этим заболеванием следует активно бороться для достижения цели ООН в области устойчивого развития по сокращению преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний на треть к 2030 году. Затраты на лечение ХБП выросли после 1960-х годов с появлением методов почечной замены, что сделало возможным долгосрочное применение жизненно важных, но дорогостоящих методов лечения пациентов с терминальной стадией болезни почек.

Число людей, получающих заместительную почечную терапию, превышает 2,5 миллиона и, по прогнозам, удвоится до 5,4 миллиона к 2030 году, однако во многих странах наблюдается нехватка услуг по замене почек.

Эффект ХБП также выходит далеко за рамки оказания услуг по замене почек. Крупномасштабные национальные репрезентативные программы скрининга, предпринятые в 2000-х годах в Австралии, Норвегия, и США показали, что более 10% взрослого населения имеют маркеры заболевания почек. Различные исследовательские группы изучили распространенность и смертность от ХБП в Африке. Азия, Австралия, Европа и несколько географически разбросанных развивающихся стран, и подтвердили высокую тяжесть этого заболевания. Основная причина ХБП варьируется в зависимости

от ситуации, причем наиболее частыми причинами являются гипертония и диабет. Тогда как такие факторы, как ВИЧ и воздействие токсинов или тяжелых металлов играют дополнительную роль в развивающихся странах. В некоторых регионах мира с особенно высоким бременем ХБП причина остается неизвестной. Заболеваемость ХПН в различных странах колеблется от 5 до 10 случаев, а распространенность – от 20 до 60 случаев на 100 тыс. взрослого населения с ежегодным увеличением на 10–15% [21-23].

В настоящее время известно, что хроническое воспаление способствует возникновению нескольких форм рака человека, при этом около 20% случаев рака у взрослых связаны с хроническими воспалительными состояниями, вызванными инфекционными агентами, хроническими неинфекционными воспалительными заболеваниями и другими факторами окружающей среды. Действительно, хроническое воспаление теперь рассматривается как «благоприятная характеристика» рака человека. В 2011 году рак простаты будет диагностирован примерно у 240 890 мужчин в США, и примерно 33 720 мужчин умрут от этого заболевания. Хотя уровень смертности несколько снизился за последнее десятилетие, абсолютное число мужчин с раком простаты, по прогнозам, существенно возрастет в результате старения населения. Таким образом, существует острая необходимость в лучшем понимании этиологических факторов, которые приводят к развитию рака простаты; знания, которые могут быть использованы для стратегий профилактики и лечения рака.

Воспаление предстательной железы входит в тройку самых распространенных мужских патологий и поражает около 15% в возрасте от 30 до 50 лет. Острый бактериальный простатит вызывается уропатогенами, проявляется болезненностью предстательной железы и быстро поддается лечению антибиотиками. Хронический бактериальный простатит - это подострая инфекция, которая может проявляться различными болями в области таза и симптомами мочеиспускания и характеризуется рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей. Эффективное лечение может быть трудным и требует длительной антибактериальной терапии. Небактериальный простатит и синдром хронической тазовой боли встречаются чаще, чем бактериальный простатит, и их этиология в значительной степени неизвестна [24-26].

Хронический простатит является относительно распространенным заболеванием, его частота составляет от 1,8% до 8,2%. Хронический простатит необходимо дифференцировать от других причин хронической тазовой боли, таких как интерстициальный цистит / синдром боли в мочевом пузыре и дисфункция тазового дна; рак простаты и мочевого пузыря; доброкачественная гиперплазия предстательной железы; мочекаменная болезнь; и другие причины дизурии, учащенного мочеиспускания и никтурии [27-30].

Репродуктивное здоровье будущего мужчины закладывается с маленьких лет и 70% бесплодия у мужчин развивается в детском возрасте [31]. Мировая статистика показывает, что почти каждая восьмая семья сталкивается с проблемой зачатия ребенка, а каждая шестая супружеская пара является бесплодной и одной из причин такого роста является увеличение пороков

развития и заболеваний половых органов у детей и подростков [32]. По аналитическим данным Лебедева В.В. показано, что среди мужчин с нарушениями репродуктивного здоровья 48,3% имеют эректильную дисфункцию, 33,9% – расстройство оргазма [33]. Средняя продолжительность жизни мужчин в Республике Казахстан на 10% ниже, чем у женщин [34]. При этом сексуальное здоровье является важной детерминантой качества жизни. Утрата способности к полноценной половой жизни является тяжелой психологической травмой для мужчин и одна из наиболее опасных форм скрытой инвалидности. Имеется положительная корреляционная связь эректильной дисфункции (ЭД) с ожирением, атеросклерозом, артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД). Эти заболевания мужчин отдельные авторы связывают с метаболическим синдромом [35]. Долгие годы проблема охраны здоровья мужчин в Казахстане оставалась прерогативой отдельных медицинских специальностей, представители которых не имели возможности эффективного обмена опытом. По данным Научного центра урологии им. Б.У. Джарбусынова при скрининговом исследовании мужчин в 14 областях и городах Алматы и Астана признаки эректильной дисфункции (выраженные в различной степени) были выявлены у 56,3% мужчин; признаки нарушения фертильности (выраженные в разной степени) – у 30,4% мужчин; инфекции, передающиеся половым путем, – у 42,4% мужчин [36]. Оказание специализированной уроандрологической помощи мужскому населению с учетом возрастных особенностей в нашей республике представляется весьма актуальным и одним из приоритетных направлений оздоровления нации.

1.2 Проблемы и направления совершенствования урологической помощи в современных условиях.

Термин «урологические заболевания» описывает широкий спектр состояний, связанных с фильтрацией и выводом мочи из организма. Эти заболевания могут поражать мужчин, женщин и детей всех возрастов. Мочевыделительная система усердно работает, чтобы регулировать, контролировать и устранять отходы мочи. Он включает в себя ряд движущихся частей, таких как почки, мочеточники, мочевого пузыря и уретра. Как и другие органы и системы вашего тела, мочевыделительная система может иметь проблемы. Эти проблемы или состояния обычно называют урологическими проблемами или урологическими заболеваниями [37]. Данные заболевания поражают определенные части тела. У женщин они затрагивают мочевыводящие пути. У мужчин они поражают мочевыводящие пути или репродуктивные органы.

Известно, что урологические заболевания оказывают значительное влияние на здоровье человека, являясь одной из основных причин снижения качества жизни населения с высокой вероятностью последующей инвалидизации или смертности. По прошествии Всемирного дня почки в Центре медицинской

статистики НИИОЗММ ДЗМ провели анализ деятельности урологического профиля в медицинских организациях г. Москвы за 2020 год.

Распространенность общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы в расчете на 100 тыс. чел. в г. Москве в прошлом году составила у детей (0–14 лет) 5 851,5 чел., подростков (15–17 лет) – 8 989,7 чел., взрослых – 11 393,5 чел., пожилых – 12 769,7 чел. [38,39].

Мочевыделительная система усердно работает, чтобы регулировать, контролировать и устранять отходы мочи. Он включает в себя ряд движущихся частей, таких как почки, мочеточники, мочевого пузыря и уретра. Как и другие органы и системы вашего тела, мочевыделительная система может иметь проблемы. Эти проблемы или состояния обычно называют урологическими проблемами или урологическими заболеваниями [40]. С возрастом у мужчин все более распространены медицинские и хирургические заболевания мочеполовых путей. Сами условия, если не их лечение, могут негативно повлиять на потенциал фертильности пострадавшего мужчины. Многие пожилые мужчины сохраняют желание иметь детей, поэтому очень важно понимать анатомические и физиологические нарушения, связанные с этим, чтобы правильно проконсультировать этого человека. Анализ урологической заболеваемости является обязательным условием достижения высокого уровня здоровья населения, развития здравоохранения, контроля и управления лечебно-профилактическими организациями [41]. Результаты анализа урологических заболеваний в разрезе отдельных нозологических форм урологической патологии в соответствии с требованиями современного менеджмента планирования и организации урологической помощи являются важной информационной базой [42,43].

Актуальность проблемы совершенствования урологической помощи определяется высокой распространенностью урологических заболеваний, снижением профилактических мер и государственным финансированием амбулаторных услуг, низким уровнем удовлетворенности населения данным видом медицинской помощи [44-49].

При изучении организации медицинской помощи, в том числе урологической, применяют метод экспертной оценки, обеспечивающий объективность, полноту, объективность, компетентность и достоверность решений [50-53].

Для пожилых людей актуальны заболеваемость мочеполовых систем, так как с каждым годом растет количество больных с онкоурологическими патологиями [54,55]. При урологических заболеваниях уровень госпитализации колебался от 4,6 на 1000 населения в 2000 году до 5,7 - в 2011 году [56]. В настоящее время в США наблюдается максимальный рост числа пациентов с заболеваниями мочеполовых путей [57,58]. За один год количество случаев раком предстательной железы в Европе и США достигло примерно полумиллиона. Различные причины могут привести к данной проблеме [59,60].

Проблема высокого уровня уроонкологических заболеваний, диагностируемых на последних стадиях в мире, актуальна по ряду причин:

несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью, несвоевременная диагностика и недостаток стандартизованных, диагностических и терапевтических методов [61,62]. Как мы уже говорили, особое внимание уделяется заболеваниям предстательной железы. Заболеваниями предстательной железы болеют 75% мужчин старше 50 лет. В основном рак предстательной железы является причиной смерти от рака у мужчин [63]. За последнее десятилетие рак предстательной железы выросло в два с половиной раза [64]. Как правило, причина смерти часто связана с поздней диагностикой. В частности, рак простаты - одна из основных причин смерти мужчин в мире. В целом уровень смертности среди мужчин составляет 3,2%, а среди онкобольных - 5,6%. Рак простаты превосходит рак легких [65,66].

Поздняя диагностика рака и неправильные методы лечения могут быть вызваны несколькими причинами. Во-первых, это может быть связано с отсутствием четкого диагностического алгоритма лечения онкологических больных и с нехваткой квалифицированных специалистов [66]. Наиболее частой причиной инвалидизации является заболевание почек (90,4% от всех случаев), также причинами инвалидизации являются заболевания мочевыводящих путей и заболевания предстательной железы [67,68]. Известно, что урологические заболевания - важная социальная проблема, приводящая к инвалидности. Кроме того, это заболевание приводит к сокращению продолжительности здоровой жизни и значительному экономическому ущербу [69]. Для снижения смертности необходимо организовать специальные программы для активного выявления больных и улучшить динамический мониторинг пациентов [70].

Ряд авторов отмечают, что в некоторых странах метод изучения факторов риска развития урологических заболеваний, основанный на использовании скрининга и использовании специальных диагностических тестов при оказании первичной медико-санитарной помощи, недостаточно развит [71]. Требуется оптимизация методов ранней диагностики инфекций мочевыводящих путей в клиниках [72,73]. Также, нужно активно внедрять электронные медицинские системы, предварительных консультаций. В первичной медико-санитарной помощи низкое качество медицинской помощи. Всестороннее, поэтапное лечение больных с урологическими заболеваниями и организацией их диспансеризации в клиниках не используется повсеместно [74].

Необходимо создать новый алгоритм урологического диспансерного обследования мужчин для унификации последовательности и объема обследования для раннего выявления заболеваний простаты у мужчин. В результате ухудшается удовлетворенность пациентов услугами здравоохранения и качество жизни больных.

За последнее время в урологии произошли значительные изменения. Интеграция в международное урологическое сообщество открыло неограниченный доступ к информации и современной терапии, что во многом оправдано [75]. С организационной точки зрения реформа первичной медико-санитарной помощи в Казахстане ставит проблему переориентации урологической службы на путь стремительного развития. Следовательно, оно

обеспечивает всеобщий доступ и качества помощи, совершенствования этапов лечебно-диагностического процесса, а также повышение эффективности за счет внедрения стандартов.

Основой развития является выявление способов эффективной организации урологической помощи на уровне первичного звена. Также, было выявлено, что не соблюдают стандарт оказания медицинской помощи пациентам с социально значимыми заболеваниями. Необязательно учитывать все особенности программ диагностики, лечения и диспансерного контроля для выполнения различных задач [76]. Урологические заболевания распространены среди пожилых людей и тесно связаны с качеством жизни. Однако большинство урологических заболеваний не опасны для жизни, поэтому медицинские работники легко пренебрегают ими. Пациенты также считают эти симптомы частью нормального процесса старения. Кроме того, ограниченное возмещение медицинских расходов отрицательно сказывается на ведении урологических заболеваний. Согласно отчету в США 69,3% пожилых пациентов, поступивших в гериатрические больницы длительного ухода, имели дисфункцию мочевыводящих путей. В Корее в исследовании взрослого населения (18 лет и старше) было обнаружено, что 61,4% взрослых страдают дисфункцией мочевыводящих путей, причем заболеваемость увеличивается с возрастом [70]. Урологическая помощь в западных странах во многом основан на профилактической работе. В последнее десятилетие стандарты обеспечения качества, разработанные в соответствии с ISO 9001 и 9002, получили широкое распространение в Западной Европе в области здравоохранения. По данным литературного обзора, известно в развитых странах мира урологическая служба потребляет примерно около 10% от всех финансовых ресурсов системы здравоохранения. В центрах, где занимаются по проблемами борьбы с онкоурологическими заболеваниями в год проводится несколько тысяч операций, связанных с онкологическими заболеваниями. Благодаря их работе уровень смертности от рака урологических болезней в США снизился на 42% за последние 20 лет. Во многих европейских странах национальные системы урологической помощи состоят из трех видов: частного, общественного и страхового. Обязательные программы страхования в 28 странах мира включают широкий спектр услуг, в основном по предоставлению услуг по профилактике и лечения легких случаев.

Таким образом, по результатам литературного обзора выявлено, что с каждым годом растет заболеваемость с урологическими болезнями среди мужчин. Урологические заболевания приводят снижению качество жизни пациентов и семейного благополучия. Все эти проблемы требуют правильного диагноза, чтобы гарантировать правильное лечение. Неправильное лечение нарушений мочеиспускания снижает качество жизни и может даже усугубить существующие состояния и сопутствующие заболевания в долгосрочной перспективе. Неправильное лечение нарушений мочеиспускания снижает качество жизни и может даже усугубить существующие состояния и сопутствующие заболевания в долгосрочной перспективе.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Объекты и программа исследования

Данная диссертационная работа является комплексным медико-статистическим и социально-гигиеническим исследованием. Для достижения цели и решения поставленных задач, разработана комплексная программа исследования, состоящая из двух этапов (таблица 1). Выбор объектов исследования определяется в соответствии с поставленными задачами и этапами.

Таблица 1 – Программа исследования

№	Задачи исследования	Методы	Объекты исследования
1	Установить основные факторы, оказывающие влияние на эффективность диспансерного наблюдения пациентов урологических заболеваний в г. Нур-Султан, на основании интервьюирования специалистов	Поперечное исследование. Анкетирование – интервьюирование Статистический	35 врачей-урологов больниц г. Нур-Султан
2	Провести анализ проблем и перспектив развития амбулаторной урологии на основании анкетирования пациентов с урологическими заболеваниями (на примере города Нур-Султан)	Поперечное исследование. Анкетирование – интервьюирование Статистический	220 пациентов с урологическими заболеваниями г. Нур-Султан

2.2 Методы исследования

Нами была разработана анкета на основе анализа литературных данных. В анкету были включены закрытые вопросы на казахском или русском языке, опросы проводились индивидуально. Все анкетные данные кодировались, конфиденциальность соблюдалась. В целом заполнение анкет занимало 8-10 минут. Выявленные неясности и недостатки в ответах респондентов исправлялись на месте путем проверки ответов на вопросы. Проверка анкеты на валидность и внутреннюю надежность была предварительно проверена на 10 человек.

Исследование проведено в городе Нур-Султан в период с 1 февраля по 30 марта 2020 года. В городе Нур-Султан работают 23 медицинских организаций ПСМП. Для получения репрезентативной выборки нами были случайным образом отобраны 6 ПМСП. Пациенты с урологическими заболеваниями были поделены на две группы: первая группа исследования — это застрахованные пациенты в рамках пакета ОСМС, которые лечились бесплатно. Вторую группу составляют пациенты частных медицинских организаций, получающие платное лечение.

Данное исследование было проведено путем анкетирования. Была разработана 2 анкеты, для пациентов урологических служб и для врачей урологов. Анкетирование пациентов было выполнено на двух группах пациентов, обратившихся в урологические кабинеты. В первую группу вошли пациенты, обратившиеся в ПМСП (170 анкет), вторая группа - это пациенты (50 анкет), обратившиеся в частные урологические службы. Обе выборки были репрезентативными. Пациенты анонимно заполняли анкеты после посещения уролога. Само анкета состоит из 16 вопросов и 40 подвопросов.

Вторая анкета было разработано специально для врачей урологов, для выявления основных причин оказывающие влияние на эффективность диспансерного наблюдения пациентов урологическими заболеваниями в городе Нур-Султан. Анкетирование проводилось анонимно. Опрос врачей-урологов проводился по специально разработанной анкете, которая содержала 13 вопросов и 24 подвопросов (таблица 3).

По результатам анкетирования дана описательная характеристика социологического опроса врачей-урологов г. Нур-Султан.

2.3 Дизайн исследования и статистическая обработка результатов

Дизайн – одномоментное поперечное исследование целевой выборки. В качестве целевой выборки выбраны пациенты с урологическими заболеваниями и врачи-урологи больниц г. Нур-Султан. В нашем исследовании применялись следующие методы: социологический (анкетирование и интервьюирование), статистический, аналитический.

Формирование выборки было проведено с использованием метода случайных чисел и выбора пациента с урологическими заболеваниями и врача-уролога согласно кластерной выборке: больницы отбирались случайным методом, по таблице случайных чисел.

В настоящем исследовании использовались общепринятые статистические методики, включая группировку данных, построение простых и сложных таблиц, показателей наглядности и соотношения.

Статистическая обработка данных проведена в пакете прикладных программ SPSS, 20 версии. Для графического изображения использованы пакеты SPSS, 20 версии и Microsoft Excel 2010. При анализе количественных данных, проводилась проверка на правильность распределения признака в выборке, с визуальной оценкой и применением критерия Шапиро-Уилка. В случае нормального распределения признака, среднее значение представлено

среднеарифметическим – М (Mean), с указанием 95% доверительного интервала (95% ДИ) или стандартного отклонения (SD). Если распределение признака имело характер отличный от нормального, в качестве центральной меры были использованы медианы (Me) и межквартильные интервалы (Q1;Q3). Для оценки статистической значимости различий для качественных переменных использовался критерий Пирсона (χ^2).

3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Характеристика состояния организации диспансерного наблюдения урологических больных г. Нур-Султан по материалам социологического исследования

Урологические заболевания или состояния включают инфекции мочевыводящих путей, камни в почках, проблемы мочевого пузыря и проблемы с простатой. Некоторые урологические болезни длятся недолго, а другие - длительно. Ряд урологических состояний являются доброкачественными, но их влияние на качество жизни и функцию органов значительно. Например, мужское бесплодие и недержание мочи имеют серьезные последствия для психического здоровья. С каждым годом увеличивается количество больных с заболеваниями мочеполовой системы, как во всем мире, так и в Казахстане.

По оценкам ВОЗ на заболевания почек и мочевыводящих путей приходится около 830 000 смертей ежегодно, что ставит их на 12-е место среди причин смерти (1,4 процента всех смертей) и 17-е место среди причин инвалидности. Заболевания почек и почечная недостаточность, особенно как осложнение сахарного диабета 2 типа и гипертонии, растут во всем мире и быстрее растут в развивающихся странах. Пациентам с урологическими заболеваниями необходимы долгосрочные медицинское обслуживание. В глобальном масштабе затраты на лечения таких больных резко возрастают и обычно недоступны в развивающихся странах. Достижения последнего десятилетия доказали, что меры первичной и вторичной профилактики теперь могут снизить заболеваемость мочеполовой системы.

Основная и наиболее важная цель активного наблюдения больных урологическими заболеваниями состоит в том, чтобы добиться быстрее и полного выздоровления больных с острыми заболеваниями почек, предупредить рецидивы и дальнейшее прогрессирование хронических урологических заболеваний.

В настоящее время объем и характер амбулаторной урологической помощи изучены недостаточно. Для улучшения урологической помощи необходимо проанализировать удовлетворенность населения и провести экспертную оценку состояния урологической амбулаторной помощи.

По данным исследователей известно, что во многих странах есть проблемы доступности и снижения качества урологической помощи на амбулаторном уровне, а именно диспансеризация больных.

Для решения данной проблемы нужно оптимизация организационных аспектов модели урологической помощи и управление урологической службой.

Социологический метод часто используется в современном обществе в медицинских исследованиях. Так как, помогает решать различные задачи, в том числе изучение мнений пациентов и врачей.

Социологическому методу относится анкетирование. Анкетирование— одно из основных средств конкретного исследования. Анкетирование позволяет

наиболее жестко следовать намеченному плану исследования, так как процедура «вопрос — ответ» строго регламентирована и конкретна.

Для опроса пациентов с урологическими заболеваниями и врачей урологов была разработана специальная анкета. Для снижения систематической ошибки было проведена оценка и валидизация разработанных анкет для пациентов и врачей урологов.

Для этого исследования была разработана специальная программа, определены объект исследования и методы сбора данных, разработан план работы и программа обработки данных.

Объект исследования: пациенты с урологическими заболеваниями и врачи урологи города Нур-Султан.

Предмет исследования - мнение пациентов и врачей урологов по аспектам проблемы организации амбулаторной урологической помощи.

Целью социологического исследования является изучение проблем амбулаторной урологической службы на уровне первичной медико-санитарной помощи путем определения отношения пациентов и урологов к организации урологической помощи и оценки ее оптимизации.

Для данного исследования были разработаны две анкеты. Вводной части анкеты указывается, кто проводит опрос; с какой целью проводится опрос; дается инструкция заполнения анкеты; указывает способ возврата заполненных анкет, а также гарантируется анонимность ответов. Вводная часть анкеты чаще всего располагается на титульном листе.

В социально-демографической части анкеты задавались вопросы о положении и статусе респондента (пол, возраст, социальный статус).

Анкета включала репрезентативную выборку опрошиваемых. Рентабельность опросов составила 95%.

В анкетировании участвовали 170 пациентов, обратившихся в амбулаторно-поликлинические урологические структуры и 50 респондентов, обратившихся в частные АПО, оказывающих урологическую помощь и 39 врачей-урологов из г. Нур-Султан.

3.1.1 Характеристика организации урологической помощи по материалам анкетирования пациентов, обратившихся в государственные и частные АПУ г. Нур-Султан

В современном обществе очень важно оценить удовлетворенность населения медицинской помощью. Пациенты с урологическими заболеваниями были поделены на две группы: первая группа исследования — это застрахованные пациенты в рамках пакета ОСМС, которые лечились бесплатно. Вторую группу составляют пациенты частных медицинских организаций, получающие платное лечение.

С 2020 года Казахстан перешёл на трехуровневую систему медицинского обеспечения населения: бесплатные услуги, услуги для застрахованных граждан и платные услуги. Первый уровень: ГОБМП за счет государственного бюджета для всех граждан Казахстана, оралманам и постоянно проживающим

иностранцам. Второй уровень: обслуживание в рамках пакета ОСМС для застрахованного населения, то есть участников Фонда ОМС. Третий уровень: медицинские услуги, не входящие в пакеты ГОБМП и ОСМС. Они предоставляются платно или за счет добровольного медицинского страхования.

С 1 января 2020 года начата реализация обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). Система ОСМС основана на равном доступе всех застрахованных к пакету услуг, независимо от размера взноса. При этом при обращении за помощью по ОСМС пациента не ограничивают в объеме и стоимости медицинских услуг.

Цель исследования, представленного в этой главе, - выяснить мнение урологических пациентов по ряду вопросов путем проведения опроса урологических пациентов в медицинских организациях на уровне ПМСП и в частных поликлиниках. Также узнать мнение пациентов об организации оказания медицинской помощи в различных учреждениях города Нур-Султан и, как следствие, повысить эффективность амбулаторной помощи.

Анкеты были оценены и валидированы. Опрос проводился анонимно. По результатам анкетирования определен возрастно-половой состав пациентов и дано подробное описание. Кроме того, был проведен сравнительный анализ социального статуса респондентов, причин и частоты визитов к урологу, выявлены статистически значимые различия между двумя группами. Статистическая обработка данных проведена в пакете прикладных программ SPSS, 20 версии. Для графического изображения использованы пакеты SPSS, 20 версии и Microsoft Excel 2010.

По результатам диссертационной работы во первых был определен возрастно половой состав больных урологическими заболеваниями. Кроме того, дана сравнительная характеристика распространенности разных групп пациентов по социальному статусу, причинам и частоте посещения уролога. Оценивалась доступность урологической помощи для пациентов и степень удовлетворенности их услугами в Нур-Султане. Результаты анкетирования респондентов представлены в таблице 2.



Рисунок 1 – Половой состав 2-х групп пациентов с урологическими заболеваниями

По результатам исследования, большинство опрошенных составляли пациенты мужского пола как в организациях первичной медико-санитарной помощи ($67,3 \pm 1,2\%$), так и в частных поликлиниках ($57,1 \pm 2,2\%$) (рисунок 1). Статистически значимых различий в возрастной структуре пациентов государственных и частных урологических организаций не выявлено ($p > 0,05$).

В медицинских организациях на уровне первичной медико-санитарной помощи большинство пациентов составили пациенты в возрасте 31-59 лет - $44,6 \pm 1,5\%$, далее следуют пациенты старше трудоспособного возраста (60 и старше) - $33,3 \pm 1,9\%$ и 18-30 лет. Доля группы составила $22,1 \pm 1,2\%$. Этот показатель свидетельствует о том, что урологические заболевания с возрастом обостряются. В индивидуальном АРО эти цифры были схожими: около половины пациентов составили $46,2 \pm 1,7\%$ пациентов в возрасте 31-59 лет (рис. 2.3).

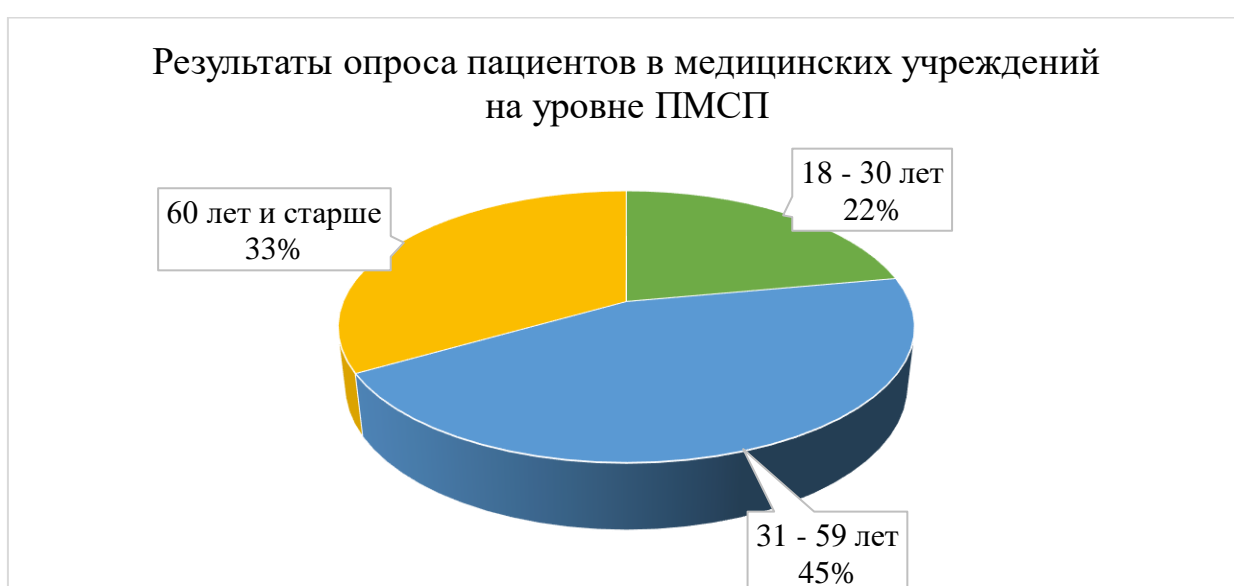


Рисунок 2 – Возрастной состав пациентов урологов медицинских организаций

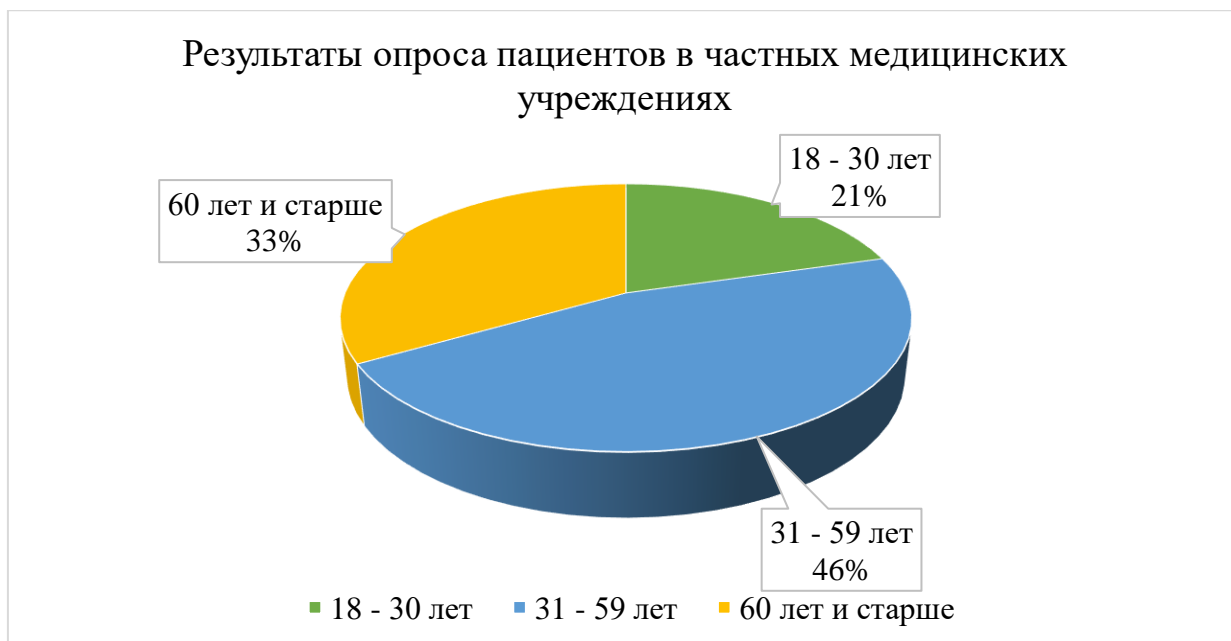


Рисунок 3 – Возрастной состав пациентов урологов частных амбулаторно-поликлинических организаций

Одним из важнейших показателей социологического опроса является уровень знаний респондентов. Потому что мы считаем, что от уровня знаний человека, заполняющего анкету, зависит точность ответов на вопросы. Между двумя группами пациентов разных амбулаторно-поликлинических учреждений не было статистически значимых различий в уровне образования. Соответственно, в медицинских организациях на уровне ПМСП пациенты с высшим образованием составили $50,2 \pm 2,3\%$, в частных АПО этот показатель был выше - $65,1 \pm 2,2\%$.

По результатам анкетирования, выявлено у $41,4 \pm 1,3\%$ респондентов есть среднее специальное образование. Пациенты со средним образованием составили $7,0 \pm 1,9\%$. В частных АПО доля пациентов со средним специальным образованием составила $26,2 \pm 1,6\%$, из них $8,7 \pm 1,8\%$ - лица со средним образованием. В АПО на уровне ПМСП были пациенты с начальным образованием. Они составили $1,4 \pm 0,7\%$. В частном АПО таких людей не было. Это может быть связано, во-первых, с тем, что образованные люди ходят в больницу добровольно, а во-вторых, поскольку у образованных людей соответственно хорошо оплачиваемая работа, они могут пойти в частное АПО.

По вопросам анкетирования был определен финансовый уровень пациентов, что является важным показателем. Потому что действия многих людей зависят от их финансового положения. Чем выше финансовое положение, тем выше уровень доступа к медицинской помощи. В медицинских организациях на уровне первичной медико-санитарной помощи $57,1 \pm 2,6\%$ респондентов оказались в «хорошем» финансовом состоянии. $24,6 \pm 2,0\%$ пациентов находились в «удовлетворительном» и $18,3 \pm 1,5\%$ - в «неудовлетворительном» финансовом состоянии.

В то же время в частном АПО - $73,5 \pm 1,7\%$ респондентов указали, что их материальное положение «хорошее». Это также показывает, что пациенты с высоким финансовым положением чаще обращаются за платными услугами. Только $26,5 \pm 2,3\%$ пациентов оценили свое материальное положение как «удовлетворительное».

Таблица 2 - Результаты социологического опроса пациентов 2-х групп, обратившихся к урологу в г. Нур-Султан

п/п	Вопросы для респондентов	Вариант ответов	Пациенты мед. организаций на уровне ПМСП (ОСМС)		Пациенты в частных медицинских организациях:	
			Абс. n=170	P±m %	Абс. n=50	P±m %
1	2	3	4	5	6	7
1	Пол?	мужской	119	67,3±1,2	28	57,1±2,2
		женский	51	32,7±3,3	22	42,9±1,2
2	Возраст?	18 - 30 лет	38	22,1±1,2	10	20,5±2,2
		31 - 59 лет	76	44,6±1,5	23	46,2±1,7
		60 лет и старше	56	33,3±1,9	17	33,3±0,8
3	Какое образование?	высшее	85	50,2±2,3	33	65,1±2,2
		среднее специальное	70	41,4±1,3	13	26,2±1,6
		среднее	12	7,0±1,9	4	8,7±1,8
		начальное	3	1,4±0,7	-	-
4	Ваше финансовое положение?	хорошее	97	57,1±2,6	37	73,5±1,7
		удовлетворительное	42	24,6±2,0	13	26,5±2,3
		Неудовлетворительное	31	18,3±1,5	-	-

Продолжение таблицы 2

5	Кто Вас направил к урологу?	ВОП	57	33,2±2,1	4	8,3±1,5
		Другой врач	55	32,5±1,6	1	1,2±0,8
		самостоятельно	58	34,3±2,2	45	90,5±1,6
6	Какой раз Вы обращаетесь на прием к урологу в течении года?	Первый	84	49,1±2,3	6	12,5±1,8
		Второй	36	21,4±2,1	11	22,1±2,2
		от 3-6	26	15,2±0,7	9	18,6±2,5
		более 6	24	14,3±1,8	24	46,8±1,5
7	Сколько времени Вы ждали приема врача?	до 15 минут	77	45,3±1,6	5	9,7±1,6
		от 15 минут до полу часа	62	36,3±2,2	-	-
		от 30 минут до часу	27	16,1±1,2	-	-
		не ожидал	4	2,3±1,8	45	90,3±1,7
8	Вы довольны организацией урологической помощи в нашем АПО?	Да	92	54,1±1,7	48	95,4±1,2
		не совсем	22	12,8±2,4	2	4,6±1,1
		нет	56	33,1±1,5	-	-
9	Как давно Вы заболели данным заболеванием?	более года	90	53,1±1,8	22	43,5±1,6
		менее года	59	34,5±2,2	19	38,6±1,4
		менее месяца	21	12,4±1,3	9	17,9±1,2
10	Вы лечили это заболевание раньше?	да лечился в поликлинике	86	50,3±1,4	32	63,9±2,1
		лечился амбулаторно и в стационаре	37	21,7±2,2	14	28,5±1,9
		нет	47	28,0±1,8	4	7,6±0,8

Продолжение таблицы 2

11	Вы довольны результатом лечения?	да	111	65,4±2,7	45	89,9±1,6
		не совсем	42	24,8±1,8	3	6,1±1,7
		не удовлетворены	17	9,8±2,1	2	4,0±0,5
12	Состоите ли Вы на «Д» учете у уролога?	Да	34	20,2±1,8	38	75,3±2,1
		Нет	115	67,4±1,4	11	21,8±1,7
		затрудняюсь ответить	21	12,4±0,6	1	2,9±0,9
13	Получали Вы санаторно-курорт. лечение по заболеванию?	Да	24	13,9±2,0	34	68,2±1,4
		Нет	146	86,1±1,5	16	31,8±1,5
14	Знаете ли Вы способы и методы профилактики Вашей болезни?	Да	89	52,4±2,1	46	92,7±1,3
		Нет	81	47,6±1,5	4	7,3±1,7
15	Диагностика и обследование были проведены в поликлинике или Вам пришлось обратиться в другие места?	Да	60	35,4±2,1	47	93,1±1,8
		пришлось обратиться	110	64,6±1,2	3	6,9±1,5
16	При обращении к урологу Вам было ли назначено лечение?	Да	137	80,7±1,4	49	97,8±0,2
		Нет	33	19,3±1,2	1	2,2±0,7

В опросе содержится актуальный вопрос о том, кто направил пациента к урологу. Данным вопросом важен тем, что для эффективного лечения той или иной болезни врачи общей практики должны тесно работать с узкими специалистами. В настоящее время пациенты должны сначала обратиться к врачу общей практики, чтобы попасть к узкому специалисту. Это связано с тем, что врач общей практики должен направить пациента к соответствующему специалисту на основании результатов его анализа. Однако, по результатам социологического исследования только $33,2 \pm 2,1\%$ опрошенных были направлены врачом общей практики к урологу, остальные $32,5 \pm 1,6\%$ - врачами других специальностей,

34,3 ± 2,2% - обратились самостоятельно. Тот факт, что 33,2 ± 2,1% пациентов с урологическими заболеваниями сначала обращаются к другим специалистам, не способствует достоверному учету заболеваний среди населения. Это связано с тем, что многие пациенты вообще не обращаются к врачу, поскольку заболевания мочевыводящих путей носят латентный и хронический характер. Поэтому, учитывая распространенность заболеваний, при которых население не обращается к урологу, можно предположить, что заболеваний мочеполовой системы выше, чем регистрируемых урологами.

В связи с высоким уровнем организации платных медицинских услуг 90,5 ± 1,6% пациентов частных АПО обращались за медицинской помощью самостоятельно. Выявлена статистически значимая разница между пациентами медицинскими организациями на уровне первичной медико-санитарной помощи и частными АПО по самообращению к урологу. Это может быть связано с высоким финансовым положением и уровнем образования людей, проходящих лечение в частных клиниках (Рисунок 4).

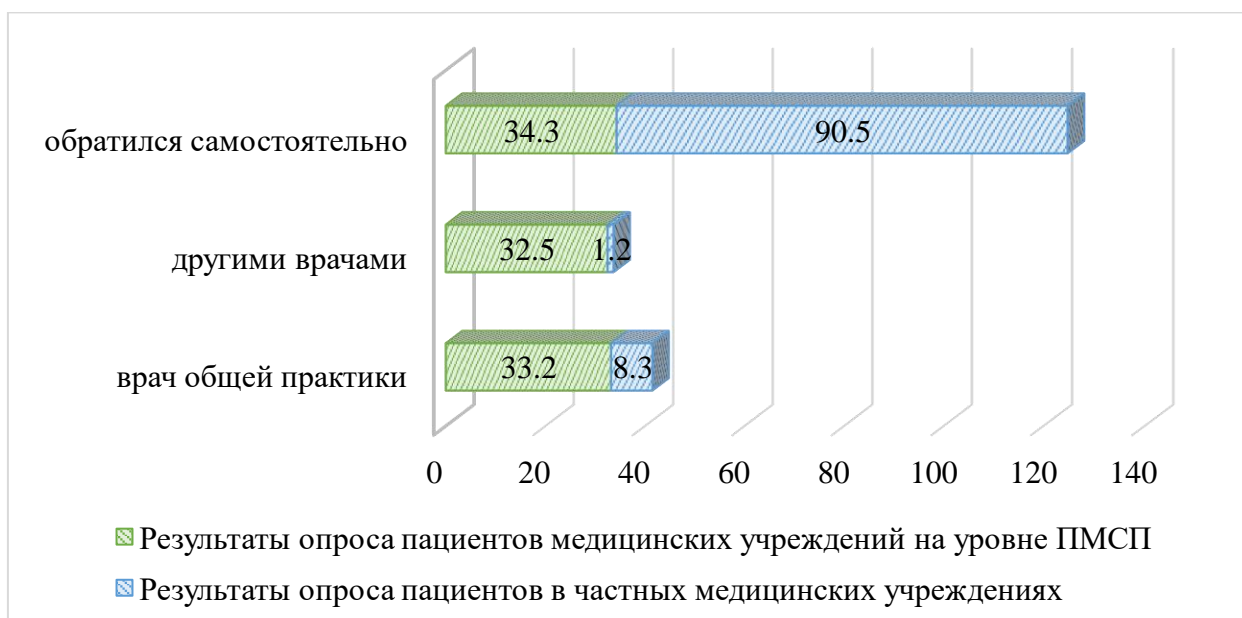


Рисунок 4 – Кем был направлен пациент к урологу

Правильная организация потока пациентов имеет большое значение, особенно при организации амбулаторной-лечебной помощи. Потому что очень важно, чтобы пациенту не приходилось долго ждать перед кабинетом врача, когда они идут в клинику. Долгое ожидание больных ложится на них дополнительным бременем. По результатам диссертации выявлены статистически значимые различия по времени ожидания перед кабинетом пациентов, пришедших к урологу на уровне медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и частных АПО ($p < 0,05$). Лишь 2,3 ± 1,8% респондентов из медицинских организаций на уровне ПМСП не стояли в очереди и обращались за немедленной медицинской помощью. Это очень низкий показатель для государственных медицинских организаций. 45,3 ± 1,6%

пациентов ждали приема врача до 15 минут. Кроме того, $36,3 \pm 2,2\%$ респондентов ждали от 15 до 30 минут. $16,1 \pm 1,2\%$ ждали приема врача более 30 минут.

Абсолютное большинство пациентов частных АПО - $90,3 \pm 1,7\%$ - не ожидали в очереди и в кабинет уролога попали сразу в назначенное время приема. Это свидетельствует об очень высоком уровне медицинского обслуживания в частных АПО. Из-за различных неожиданных случаев только $9,7 \pm 1,6\%$ пациентов ждали врача уролога 15 минут.

На основании анкетирования определен уровень удовлетворенности пациентов урологической помощью. По результатам исследования более половины пациентов ($54,1 \pm 1,7\%$) остались довольны организацией урологической помощи в медицинских учреждениях на уровне ПМСП, а в частных АПО этот показатель составил $95,4 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$). Эта разница была статистически значимой. На уровень удовлетворенности пациентов организацией урологической помощи в медицинских организациях повлияли различия в организации материально-технического, кадрового, сервисного и организация приема медицинской организации.

Известно, что многие заболевания мочевыводящих путей являются хроническими, длительными заболеваниями. По результатам анкетирования выявлено, из общего числа опрошенных больше половины - $53,1 \pm 1,8\%$ пациентов, обратившихся в медицинские учреждения на уровне ПМСП болели больше года. А треть из них $34,5 \pm 2,2\%$ - болели менее года, $12,4 \pm 1,3\%$ - менее месяца. В частных АПО, соответственно - $43,5 \pm 1,6\%$; $38,6 \pm 1,4\%$; и $17,9 \pm 1,2\%$. Но между двумя группами по времени давности заболевания не было статистически значимых различий.

Выявлено, что более половины от общего числа пациентов, обратившихся в урологическую службу на уровне первичной медико-санитарной помощи ($50,3 \pm 1,4\%$), до обращения в урологическое отделение получали амбулаторное лечение по поводу урологических заболеваний. $21,7 \pm 2,2\%$ из этих пациентов получали амбулаторное и стационарное лечение, а $28,0 \pm 1,8\%$ никогда ранее не лечились по поводу данного заболевания.

В частных АПО $63,9 \pm 2,1\%$ пациентов получали амбулаторное лечение по поводу урологических заболеваний до обращения в урологическое отделение, но эта разница не была статистически значимой. А $28,5 \pm 1,9\%$ опрошенных пациентов получали амбулаторное и стационарное лечение, а $7,6 \pm 0,8\%$ ранее не лечились по поводу урологических заболеваний.

По результатам социологического исследования $65,4 \pm 2,7\%$ опрошенных пациентов выразили полное удовлетворение результатами лечения в урологических службах на уровне первичной медико-санитарной помощи, а среди пациентов, лечившихся в частных АПО, этот показатель составил $89,9 \pm 1,6\%$, и эта разница была статистически значимой ($p < 0,05$). Объем полной неудовлетворенности лечением в урологической службе на уровне первичного звена - $24,8 \pm 1,8\%$, полностью недовольных - $9,8 \pm 2,1\%$, в частном АПО - полностью неудовлетворенных результатами лечения - $6,1 \pm 1,7\%$ и полностью.

недовольны - $4,0 \pm 0,5\%$. Уровень полной удовлетворенности результатами лечения в урологической службе может зависеть от квалификации врачей оснащенности медицинских организаций.

Следующий вопрос в опросе касался объема лечения, предоставляемого пациентам, ищущим урологическую помощь. Согласно опросу, $80,7 \pm 1,4\%$ пациентов урологической службы первичной медико-санитарной помощи и $97,8 \pm 0,2\%$ частных АПО лечились урологом. Это означает, что 20% пациентов, обратившихся в службу урологии первичной медико-санитарной помощи, не нуждаются в лечении. К урологу по разным причинам, например, разные ссылки, объяснения и т. д. Они могут подать заявку. При надлежащей организации ухода в медицинском учреждении медсестра может обслуживать таких пациентов, не отвлекая врача от приема.

Диспансерный контроль при многих хронических заболеваниях направлен на долгосрочный мониторинг, лечение и профилактику пациентов. Согласно результатам исследования, $20,2 \pm 1,8\%$ от общего числа респондентов с урологической службой на уровне первичной медико-санитарной помощи находились под диспансерным контролем, а большинство, то есть $67,4 \pm 1,4\%$, заявили, что никогда не находились под диспансерным наблюдением (Рис. 5)

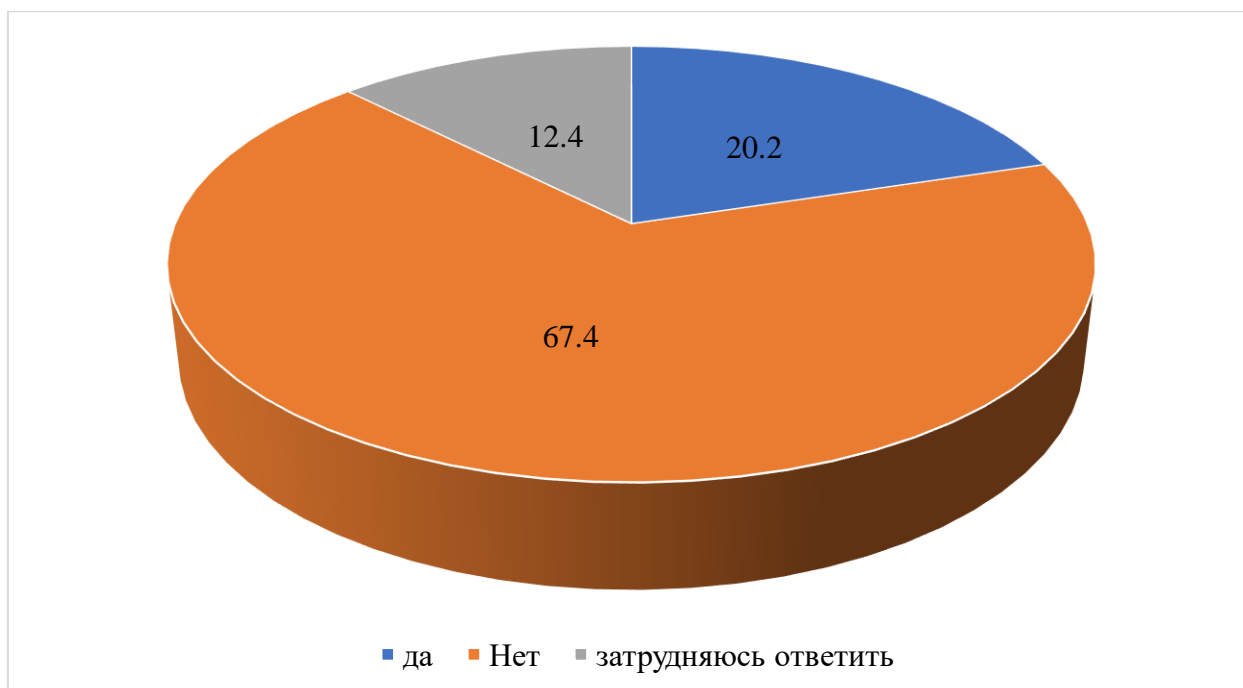


Рисунок 5 – Диспансерное наблюдение за урологическими больными в медицинских организациях на уровне ПМСП

Диспансерный контроль в специальных АПО охватывал $75,3 \pm 2,1\%$ пациентов (Рис.6). Эта разница была статистически значимой ($P < 0,05$). Поэтому на уровне первичной медико-санитарной помощи и частых структур значительно варьируется полнота охвата пациентов урологическими службами диспансерным контролем. Задача клинического обследования в амбулаторных

клиниках при заболеваниях мочевыводящих путей заключается в продолжении лечения, рекомендованного больницей, сезонной профилактике, лечении во время интеркуррентных заболеваний. Поэтому клиническое обследование при урологических заболеваниях является очень важным моментом в лечении больных. Согласно результатам опроса, это учреждение здравоохранения функции организовано на высоком уровне в специальных АПО.

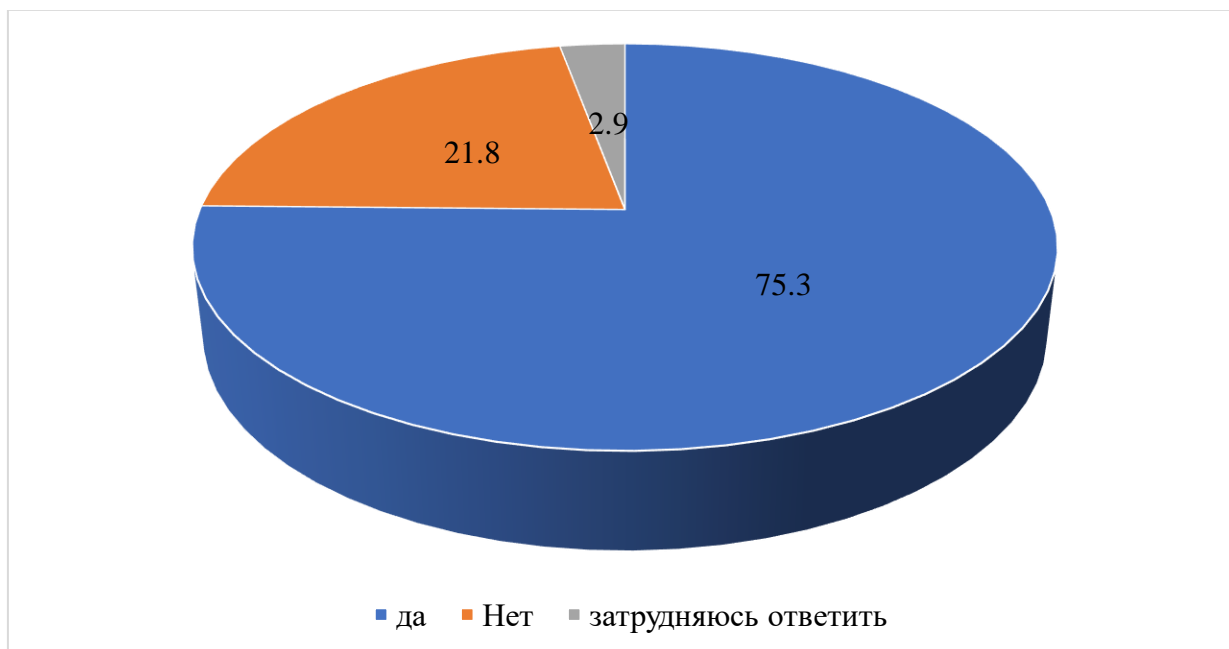


Рисунок 6 – Диспансерное наблюдение за урологическими больными в частных медицинских организациях

Важную роль в лечении урологической патологии играет санаторно-курортная реабилитация. Согласно результатам исследования, только $13,9 \pm 2,0\%$ пациентов с урологическими заболеваниями, обратившихся к урологическим услугам на уровне первичной медико-санитарной помощи, имели доступ к санаторно-курортному лечению, в то время как $68,2 \pm 1,4\%$ имели доступ к санаторно-курортному лечению в отдельных АПО. Разница между двумя группами была статистически значимой ($P < 0,05$ дек). Курс санаторно-курортного лечения гарантирует улучшение самочувствия, снижение рисков возобновления заболевания, полное или частичное восстановление полового здоровья, ослабление болевых синдромов и повышение защитных функций организма.

Профилактика любого заболевания имеет решающее значение для снижения заболеваемости и поддержания здоровья человека. Существует множество способов профилактики урологических заболеваний, и из литературы известно, что эти методы помогают снизить заболеваемость.

Важно, чтобы уролог объяснил, как предотвратить урологические заболевания при осмотре пациентов. Согласно результатам опроса, $52,4 \pm 2,1\%$ пациентов с урологическими заболеваниями находятся на уровне первичной

медико-санитарной помощи в опросе отметили, что хорошо осведомлены о вопросах профилактики урологических заболеваний, но $47,6 \pm 1,5\%$ респондентов признали, что плохо осведомлены о профилактике урологических заболеваний. В частных АПО $92,7 \pm 1,3\%$ пациентов сообщили, что они хорошо разбираются в профилактике урологических заболеваний в то время, как только $7,3 \pm 1,7\%$ признали, что они менее осведомлены ($p < 0,05$) о профилактике урологических заболеваний. Видно, что работа с пациентами в частных АПО осуществляется на высоком уровне.

Для того, чтобы обеспечить высокий уровень обслуживания в медицинских центрах, важно наличие квалифицированного персонала, а также умение грамотно организовать обслуживание, подобрав новейшее диагностические оборудование. Важное условие успеха такого заведения - высокий уровень лечения и диагностики. По результатам исследования $64,6 \pm 1,2\%$ опрошенных пациентов медицинских организаций на уровне ПМСП отметили, что не все медицинские оборудования имеются в медицинских организациях где проходили прием врача, и им пришлось потратить много времени на прохождения диагностического обследования. А пациентам частных амбулаторных клиник пришлось поехать только $6,9 \pm 1,5\%$ респондентов ($p < 0,05$).

По результатам магистерского проекта был проведен сравнительный анализ и дана полная характеристика состоянию организации урологической помощи взрослому населению города Нур-Султан в медицинских организациях на уровне ПМСП и частных урологических организациях.

Согласно результатам, на спрос пациентов урологическими услугами влияет уровень доходов пациентов и платежеспособность населения, уровень образования пациентов, а также полная обеспеченность медицинских организаций новыми медицинскими оборудованием. Большинство пациентов с высшим образованием лечатся в частных организациях, и только пятьдесят процентов пациентов с высшим образованием лечатся в организациях первичной медико-санитарной помощи.

По результатам социологического исследования только $33,2 \pm 2,1\%$ опрошенных были направлены врачом общей практики к урологу. Тот факт, что $33,2 \pm 2,1\%$ пациентов с урологическими заболеваниями сначала обращаются к другим специалистам, не способствует достоверному учету заболеваний среди населения. Поэтому, можно предположить, что заболеваний мочеполовой системы выше, чем регистрируемых урологами.

В связи с высоким уровнем организации платных медицинских услуг $90,5 \pm 1,6\%$ пациентов частных АПО обращались за медицинской помощью самостоятельно. Выявлена статистически значимая разница между пациентами медицинскими организациями на уровне первичной медико-санитарной помощи и частными амбулаториями по самообращению к урологу. Это может быть связано с высоким финансовым положением и уровнем образования людей, проходящих лечение в частных клиниках.

Абсолютное большинство пациентов частных АПО - $90,3 \pm 1,7\%$ - не ожидали в очереди и в кабинет уролога попали сразу в назначенный срок. Лишь $2,3 \pm 1,8\%$ пациентов из медицинских организаций на уровне ПМСП не стояли в очереди и обращались за немедленной медицинской помощью. Это свидетельствует об очень высоком уровне медицинского обслуживания в частном секторе.

На основании опроса определен уровень удовлетворенности пациентов урологической помощью. По результатам исследования более половины пациентов ($54,1 \pm 1,7\%$) остались довольны организацией урологической помощи в медицинских учреждениях на уровне ПМСП, а в частных АПО этот показатель составил $95,4 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$).

Выявлено, что более половины от общего числа пациентов, обратившихся в урологическую службу на уровне первичной медико-санитарной помощи ($50,3 \pm 1,4\%$), до обращения в урологическое отделение получали амбулаторное лечение по поводу урологических заболеваний. $21,7 \pm 2,2\%$ из этих пациентов получали амбулаторное и стационарное лечение, а $28,0 \pm 1,8\%$ никогда ранее не лечились по поводу данного заболевания.

В частных $63,9 \pm 2,1\%$ пациентов получали амбулаторное лечение по поводу урологических заболеваний до обращения в урологическое отделение, но эта разница не было статистически значимой. А $28,5 \pm 1,9\%$ опрошенных пациентов получали амбулаторное и стационарное лечение, а $7,6 \pm 0,8\%$ ранее не лечились по поводу урологических заболеваний.

По результатам социологического исследования $65,4 \pm 2,7\%$ опрошенных пациентов выразили полное удовлетворение результатами лечения в урологических службах на уровне первичной медико-санитарной помощи, а среди пациентов, лечившихся в частных АПО, этот показатель составил $89,9 \pm 1,6\%$, и это разница была статистически значимой ($p < 0,05$). Объем полной неудовлетворенности лечением в урологической службе на уровне первичного звена - $24,8 \pm 1,8\%$, полностью недовольных - $9,8 \pm 2,1\%$, в частном АПО - полностью неудовлетворенных результатами лечения - $6,1 \pm 1,7\%$ и полностью недовольны - $4,0 \pm 0,5\%$. Уровень полной удовлетворенности результатами лечения в урологической службе может зависеть от квалификации врачей оснащенности медицинских организаций.

Диспансерное наблюдение – это наблюдение за состоянием здоровья лиц, уже страдающих хроническими заболеваниями, в целях выявления и предупреждения осложнений, обострений заболеваний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации. Диспансерное наблюдение служить поддержкой в борьбе с болезнью или в период восстановления. По результатам исследования, $20,2 \pm 1,8\%$ от общего числа опрошенных урологической службы на уровне первичной медико-санитарной помощи находились под диспансерным контролем, а большинство, то есть $67,4 \pm 1,4\%$, уверенно заявили, что вообще не находились под диспансерным наблюдением. Диспансерным контролем в частных АПО было охвачено $75,3 \pm 2,1\%$ пациентов. Это различие было статистически значимым ($p < 0,05$).

В изучении распространенности урологических заболеваний, в налаживании учета и выявления урологических больных важная роль принадлежит активному наблюдению. В Казахстане утвержден Стандарт организации оказания урологической и андрологической помощи (Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 14 августа 2015 года № 666. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 сентября 2015 года № 12049.) Согласно данному приказу в рамках ПМСП врачи урологи должны проводить диспансеризацию пациентов с урологической и андрологической патологией.

К сожалению, по результатам данного исследования активное наблюдение больных с урологическими заболеваниями находится еще на недостаточном уровне, а иногда и вообще не проводится, что, несомненно, отрицательно сказывается на состоянии здоровья лиц, страдающих тем или иным урологическим заболеванием, состоянии их трудоспособности, течении заболевания и его исходе.

Основная и наиболее важная цель активного наблюдения больных урологического профиля состоит в том, чтобы добиться быстрее и полного выздоровления больных, предупредить рецидивы и дальнейшее прогрессирование хронических урологических заболеваний. В задачи активного наблюдения входят:

- Активное ранее диагностика заболевания, госпитализация, наблюдение за пациентами, своевременное и эффективное лечение пациентов с острыми и хроническими урологическими заболеваниями.

- Организация регулярного наблюдения, клинической, лабораторной и инструментальной помощи, профилактики и лечения лечебно-профилактических мероприятий..

- Тщательный отбор больных с заболеваниями почек и их направление на санаторно-курортное лечение в специализированные санатории урологического профиля.

По результатам исследования можно сказать, что снижение уровня организации амбулаторной помощи связано с низким выделением средств со стороны государства.

Таким образом, результаты исследования показали, что существующая система оказания урологической помощи в организациях на уровне ПМСП не адаптируется к современным потребностям больных с болезнями мочеполовой системы. По анализу результатов анкетирования двух групп пациентов урологических организаций свидетельствует о необходимости научного обоснования новой оптимизированной модели урологической помощи населению крупного города.

На данном исследовании был проведен сравнительный анализ по проблемам организации урологической помощи населению города Нур-Султан. Было получено дополнительная характеристика по многим параметрам, не отраженным в официальной статистике.

3.2 Перспективы развития амбулаторной урологической службы по материалам опроса врачей-урологов

Оценка организации медицинской помощи урологическим больным в амбулаторных организациях на уровне ПМСП является предпосылкой для внедрения рациональных управленческих мер в системе здравоохранения. С помощью социологических методов можно изучить организацию медицинской помощи.

Метод экспертной оценки — это метод экспертной оценки, позволяющий получать и анализировать мнения профессионалов экспертов.

Цель исследования - получить экспертную оценку организации оказания медицинской помощи урологическим больным в амбулаторных условиях на уровне ПМСП для двух групп урологов, провести сравнительный анализ данных и сделать на их основе выводы.

В исследовании использован метод экспертной оценки, который позволил получить и проанализировать необходимые профессиональные заключения специалистов-урологов при изучении организационных аспектов такого сложного вопроса, как деятельность амбулаторной урологической службы на уровне ПМСП.

В соответствии с целью исследования в Нур-Султане был проведен опрос медицинских специалистов по вопросам организации урологических услуг, их доступности и удовлетворенности пациентов результатами лечения. В состав экспертов входили квалифицированные урологи. Анкеты заполняли урологи анонимно. Урологи были опрошены с помощью специально разработанной анкеты, состоящей из 13 вопросов и 24 подвопросов (таблица 3).

Результаты анкетирования дана в описательной статистике социологического опроса врачей-урологов г. Нур-Султан.

По результатам социологического исследования возрастно-половой состав экспертов (таблица 3), показал, что среди врачей-урологов - $89,1 \pm 3,3\%$ составляли - мужчины и $10,9 \pm 2,6\%$ женщины (рисунок 7).

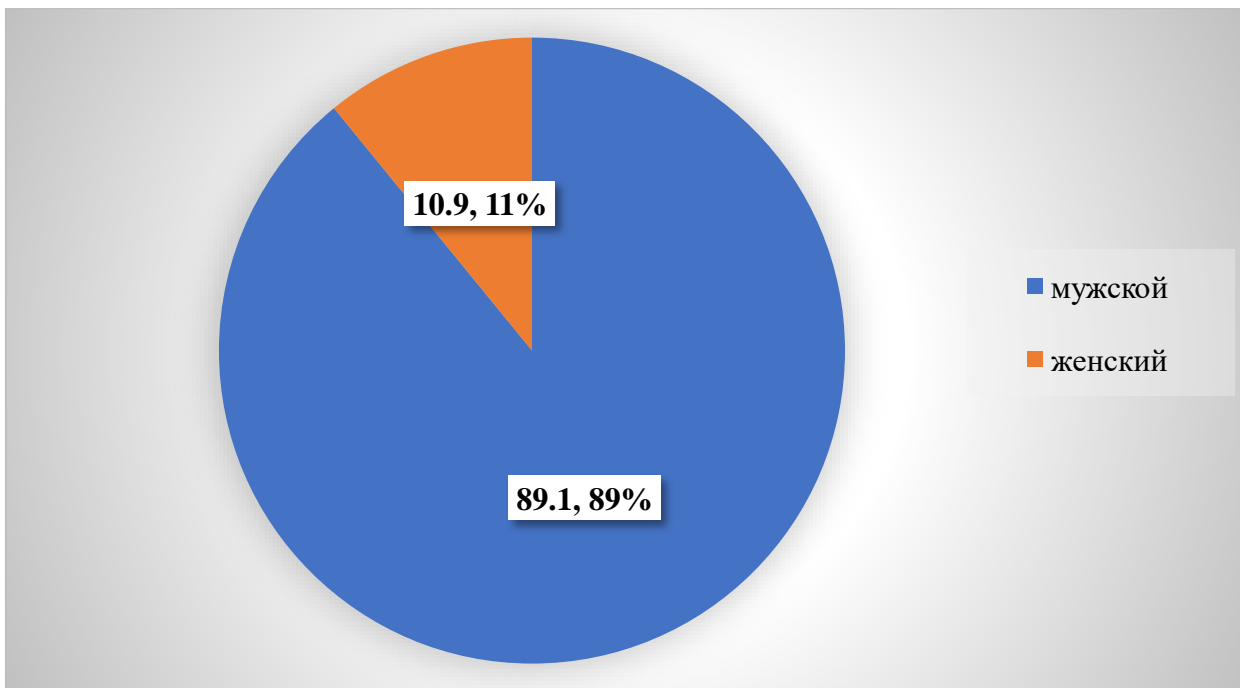


Рисунок 7 – Половой состав врачей урологов из г. Нур-Султан

По возрастному составу респонденты были представлены таким образом: в возрасте до 30 лет - $43,5 \pm 2,8\%$, от 31 до 59 лет - $55,3 \pm 3,5\%$ и 60 лет и более $1,2 \pm 0,5\%$ (рисунок 8).

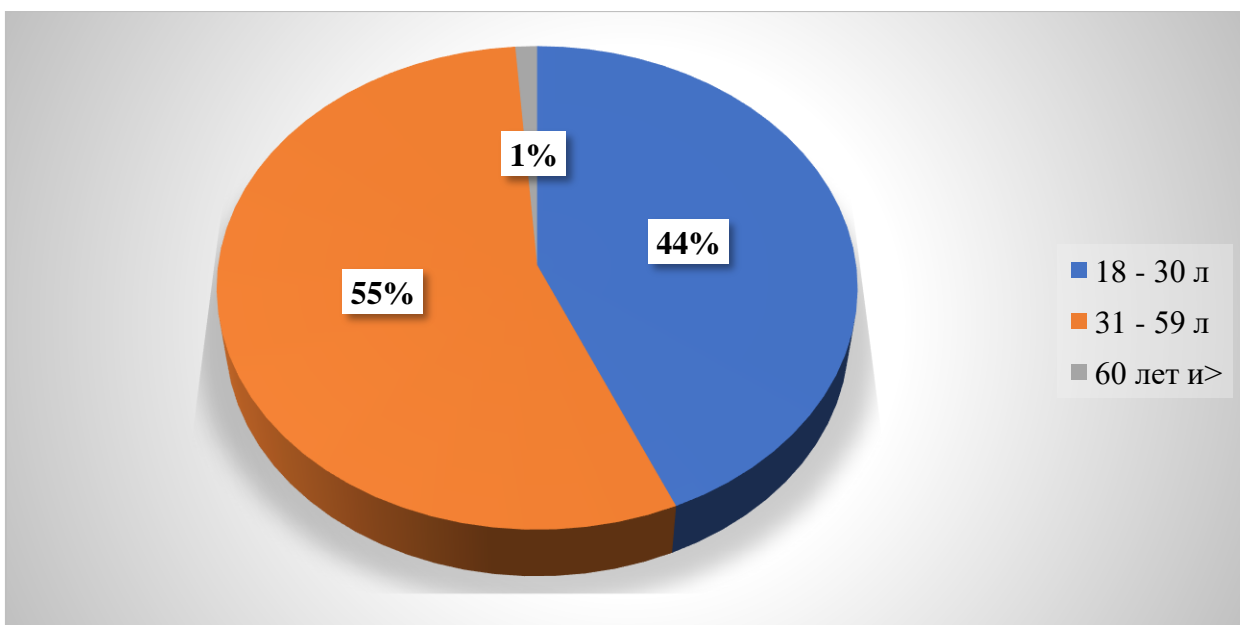


Рисунок 8 – Возрастной состав врачей урологов из г. Нур-Султан

$28,2 \pm 3,7\%$ опрошенных врачей урологов имели стаж работы до 5 лет, $58,1 \pm 5,4\%$ - от 5 до 19 лет и $13,7 \pm 2,2\%$ соответственно - более 20 лет. У всех урологов имелось высшая и первая квалификационная категория по

специальности. Две трети опрошенных имели опыт работы более 5 лет. Таким образом, можно сказать, что специалисты, участвовавшие в анкетировании были достаточно подготовленными специалистами-урологами.

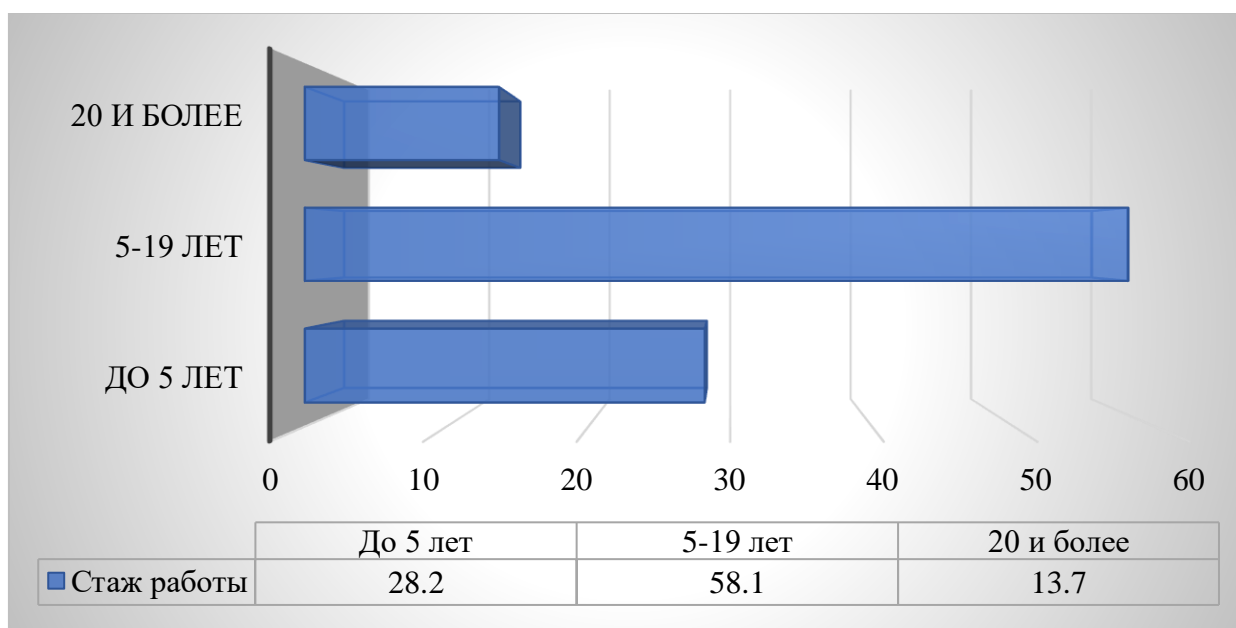


Рисунок 9 – Стаж работы врачей урологов из г. Нур-Султан

Таблица 3 - Результаты социологического опроса врачей-урологов из АПО г.Нур-Султан

п/п	Вопросы	Вариант ответов	Результаты опроса врачей урологов из г. Нур-Султан	
			Абсл n= 39	P±m %
1	2	3	4	5
1	Пол?	Мужской	31	89,1±3,3
		женский	4	10,9±2,6
2	Возраст?	18 - 30 л	15	43,5±2,8
		31 - 59 л	19	55,3±3,5
		60 лет и>	1	1,2±0,5
3	Опыт работы?	До 5 лет	10	28,2±3,7
		5-19 лет	20	58,1±5,4
		20 и более	5	13,7±2,2

Продолжение таблицы 3

4	Ваша категория по специальности?	высшая	9	26,8±6,3
		Первая	17	47,5±7,1
		вторая	9	25,7±4,3
5	У вас есть первичная специализация по урологии?	Да	35	100
		нет	0	0
6	Вы положительно оцениваете организацию мед. помощи в поликлиниках?	Да	24	67,4±5,3
		нет	11	32,6±3,9
7	Проводится ли анализ экономической эффективности в Вашей мед. организации?	Да	12	35,2±5,2
		нет	23	64,8±6,1
8	Используются ли методы современной диагностики и лечения у вас в организации?	Да	13	36,7±4,1
		нет	22	63,3±2,6
9	Есть ли динамика в оснащении новым мед. оборудованием	Да	9	25,2±4,1
		нет	25	74,8±6,5
10	Проводится ли в Вашей поликлинике статистика удовлетворенности пациентов?	Да	10	28,1±6,8
		нет	25	71,9±5,4
11	Нужны ли изменения по оптимизации обслуживания населения?	-	-	-
	Объединение разрозненных урологических кабинетов района в более крупную структуру	Да	27	78,1±3,2
		нет	8	21,9±4,5
	Оснащение современным мед. оборудованием?	Да	23	64,5±5,1
		нет	12	35,5±3,5
	Внедрение новейших лечебно – диагностических методик	Да	15	44,2±5,6
		нет	20	55,8±3,8
	Повышение качества последипломной подготовки урологов	Да	32	91,4±2,8
нет		3	8,6±3,5	
Повышение экономической мотивации персонала к труду	Да	33	93,4±2,1	
	нет	2	6,6±1,8	

Продолжение таблицы 3

12	Имеют ли место перечисленные проблемы в работе Вашей мед. организации?	-	-	-
	Отсутствие нормативной базы для развития АПО	Да	24	67,3±5,4
		нет	11	32,7±3,7
	Отсутствует ли у персонала экономическая мотивации	Да	33	93,2±3,1
		нет	2	6,8±2,3
	Низкий уровень оплаты труда мед. Работников	Да	34	97,3±2,6
		нет	1	2,7±2,1
Отсутствие адекватной системы финансирования мед. организации	Да	18	52,4±5,7	
	нет	17	47,6±4,2	
Недостаточная подготовленность руководителей поликлиники к работе в новых экономических условиях	Да	21	59,1±4,5	
	нет	14	40,9±3,2	
13	Играет ли роль в заинтересованности врачей урологов в работе следующее?	-	-	-
	материальная мотивированность	Да	33	95,1±2,1
		Нет	2	4,9±3,2
	возможность профессионального роста	Да	23	65,5±6,4
		нет	12	34,5±5,7

В результате работы были выявлены многие аспекты организации урологической помощи на амбулаторном уровне, не отраженные в официальной статистике. В то же время выявлено множество проблем этого вопроса.

В результате исследования, в котором приняли участие специалисты урологи АПО Нур-Султан, было получено обобщенное мнение урологов об организации амбулаторной урологической службы. Только $67,4 \pm 5,3\%$ врачей положительно оценили организацию урологической помощи на уровне первичного звена. Если подробно рассмотреть ответы респондентов на вопросы о состоянии урологической службы поликлиник, становится понятен мотив выбора таких респондентов.

По мнению врачей урологов города Нур султан организационными проблемами амбулаторной урологической службы является отсутствие экономической мотивации персонала к работе ($93,2 \pm 3,1\%$); низкая оплата труда медицинских работников ($97,3 \pm 2,6\%$). Больше половины опрошенных врачей считают серьезной проблемой отсутствие динамики в предоставлении нового диагностического оборудования в последние годы ($59,1 \pm 4,5$).

Более 60% респондентов сталкиваются с проблемами из-за отсутствия анализа экономической эффективности АПО ($64,8 \pm 6,1\%$); не используются

современные методы диагностики и лечения ($63,3 \pm 2,6\%$); Отсутствует нормативная база для разработки АПО ($67,3 \pm 5,4\%$); нет анализа удовлетворенности пациентов ($71,9 \pm 5,4\%$). Половина опрошенных врачей отметили недостаточную подготовленность руководителей АПО к своей работе в новых экономических условиях ($52,4 \pm 5,7\%$).

Опрос урологов выявил следующие результаты по улучшению работы амбулаторной урологической службы и повышению качества и доступности урологической помощи: повышение экономической мотивации медицинских работников к работе ($93,4 \pm 2,1\%$); организация учебных курсов для урологов ($91,4 \pm 2,8\%$); обеспечение современным диагностическим оборудованием ($64,5 \pm 5,1\%$); объединение разных урологических кабинетов района в большую структуру ($78,1 \pm 3,2\%$).

В заключение, по мнению урологов, оптимизация урологических амбулаторных услуг должна осуществляться через правовые и экономические изменения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания мочевыводящих путей - одно из самых распространенных и социально значимых заболеваний в мире. В Казахстане число больных данным заболеванием с каждым годом растет. Урологические заболевания оказывают значительное влияние на здоровье населения и увеличивают риск инвалидности или смерти. По прошествии Всемирного дня почки в Центре медицинской статистики НИИОЗММ ДЗМ провели анализ деятельности урологического профиля в медицинских организациях г. Москвы за 2020 год.

Распространенность общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы в расчете на 100 тыс. чел. в г. Москве в прошлом году составила у детей (0–14 лет) 5 851,5 чел., подростков (15–17 лет) – 8 989,7 чел., взрослых – 11 393,5 чел., пожилых – 12 769,7 чел.

Повышение качества медицинской помощи пациентам урологического профиля предполагает в первую очередь модернизацию деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, обеспечивающих основной объем лечебно-профилактических мероприятий у больных с заболеваниями органов мочеполовой системы.

Необходимость в стационарном пребывании больных с проблемами мочеполовой системы появляется при несвоевременном лечении острых и хронических заболеваний данных органов.

Согласно обзору литературы, объем и характер амбулаторной урологической помощи изучены недостаточно, анализ удовлетворенности населения не проводился, экспертная оценка состояния урологической амбулаторной помощи не проводилась.

Данное исследование проводилось на основе анкетирования пациентов с урологическими заболеваниями и врачей урологов государственных и частных АПО. Всего в опросе приняли участие 120 пациентов. Анкеты были оценены и валидированы. Опрос проводился анонимно. Анкета состояла из 16 вопросов и 40 подвопросов. По результатам анкетирования определен возрастно-половой состав пациентов и дано подробное описание. Кроме того, был проведен сравнительный анализ социального статуса респондентов, причин и частоты визитов к урологу, выявлены статистически значимые различия между двумя группами.

Опрос урологических больных показал, что более образованный пациент обращается в частные АПО за урологическими услугами, $65,1 \pm 2,2\%$ с высшим образованием против $50,2 \pm 2,3\%$ в медицинских организациях на уровне ПМСП ($p < 0,05$). Немногим более трети ($33,2 \pm 2,1\%$) обратившихся были направлены в урологические структуры на уровне ПМСП врачами общей практики, что указывает на отсутствие связи между работой этих двух специалистов. Каждый второй ($49,1 \pm 2,3\%$) пациент не лечился от урологического заболевания до обращения в урологические структуры на уровне ПМСП, а у частных пациентов этот показатель составил $12,5 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$).

По диссертационной работы было выявлено, что в частных АПО –90,3±1,7% пациентов попали на прием точно в назначенное время. В урологических структурах на уровне ПМСП 16,1±1,2% опрошенных ожидали приема врача-уролога до часа, 36,3±2,2% - до 30 минут и только 45,3±1,6% ожидали до 15 минут ($p < 0,05$). Это свидетельствует о наличии статистически значимых различий в ожидании врача между частными АПО и на уровне первичной медико-санитарной помощи ($p < 0,05$).

По результатам социологического исследования 65,4 ± 2,7% опрошенных пациентов остались довольны организацией оказания медицинской помощи в АПО на уровне ПМСП, а 95,4 ± 1,2% ($p < 0,05$) – в частных АПО. На уровне первичной медико-санитарной помощи результатами лечения полностью удовлетворены 65,4 ± 2,7% пациентов, а у пациентов частных клиник - 89,9 ± 1,6% ($p < 0,05$). 13,9 ± 2,0% пациентов АПО на уровне ПМСП и 68,2 ± 1,4% пациентов частных клиник имели доступ к санаторно-курортному лечению ($p < 0,05$).

В Республике Казахстан утвержден Стандарт об организации оказания урологической и андрологической помощи (Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 14 августа 2015 года № 666.) Согласно данному приказу в рамках ПМСП врачи урологи должны проводить диспансеризацию пациентов с урологической и андрологической патологией. Но к сожалению, по результатам данного исследования активное наблюдение больных с урологическими заболеваниями находится еще на недостаточном уровне, а иногда и вообще не проводится, что, несомненно, отрицательно сказывается на состоянии здоровья лиц, страдающих тем или иным урологическим заболеванием, состоянии их трудоспособности, течении заболевания и его исходе.

Только 20,2 ± 1,8% пациентов в исследовании находились под диспансерным контролем. Это указывает на то, что диспансерный мониторинг урологических услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи очень низкий. 67,4 ± 1,4% испытуемых вообще не находились под диспансерным контролем. Диспансерным контролем в частных поликлиниках охвачено 75,3 ± 2,1% пациентов. Это свидетельствует о наличии статистически значимых различий в охвате урологическими услугами на уровне первичной медико-санитарной помощи и отдельных структур с диспансерным контролем пациентов ($p < 0,05$).

В организационной проблеме амбулаторной урологической службы урологи видят препятствие ее нормальному функционированию из-за отсутствия экономической мотивации к работе медицинских работников (93,2 ± 3,1%); низкая оплата труда врачей (97,3 ± 2,6%). Половина респондентов считают серьезной проблемой отсутствие динамики в предоставлении нового диагностического оборудования в последние годы (59,1 ± 4,5). Более 60% урологов видят проблемы из-за отсутствия анализа экономической эффективности АПО (64,8 ± 6,1%); не используются современные методы диагностики и лечения (63,3 ± 2,6%); Отсутствует нормативная база для

разработки АРО ($67,3 \pm 5,4\%$); нет анализа удовлетворенности пациентов ($71,9 \pm 5,4\%$). Половина опрошенных отметили неготовность руководителей АПО к работе в новых экономических условиях ($52,4 \pm 5,7\%$).

Таким образом, по результатам проведенного исследования, мы предлагаем следующую модель организации амбулаторно-урологической помощи городскому населению (Рис. 10):

В данной организационно-функциональной модели обозначены:

принципы реализации амбулаторно-урологической помощи городскому населению:

- принцип приоритетности первичной профилактики и непрерывности обеспечения здоровья пациентов с урологической патологией.

- принцип целенаправленности формирования оздоровительных технологий с учетом основных индикаторов здоровья.

- принцип функциональности, медицинской и экономической эффективности и справедливости оплаты труда медработников.

функции структурных подразделений:

- МЗ РК: Строительство Специализированной профильной (урологической) городской клиники города Нур – Султан;

- региональных Управлений здравоохранения: Координация маршрута пациентов с урологической патологией;

- Специализированной профильной (урологической) республиканской клиники: Достижение положительного результата в укреплении здоровья населения и диспансеризация;

- АПО: Выполнение профилактической деятельности и своевременное направление к узким специалистам;

- и преемственность в работе и взаимодействие на всех этапах для всех структурных подразделений урологической службы РК.

алгоритм деятельности структурных подразделений урологической службы РК:

- реализация профилактических программ на основе оздоровительных технологий первичной профилактики.

- оценка эффективности лечебно-профилактической работы на основе периодического социально-гигиенического мониторинга.

- оценка эффективности мониторинга КРІ руководителей и медицинских работников организаций урологической службы.



Рис. 10. Комплексная организационная модель амбулаторно-урологической помощи городскому населению города Нур-Султан.

ВЫВОДЫ

1. Между двумя группами наблюдалась статистически значимая разница в степени удовлетворенности организацией медицинской помощи пациентам с урологическими заболеваниями. Соответственно, $65,4 \pm 2,7\%$ были в АПО на уровне ПМСП и $95,4 \pm 1,2\%$ в частных АПО ($p < 0,05$). Пациенты частных АПО были полностью удовлетворены результатами лечения ($89,9 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$)). Также наблюдалась статистически значимая разница между двумя группами пациентов по доступности санаторно-курортного лечения. Соответственно, $13,9 \pm 2,0\%$ пациентов АПО на уровне ПМСП и $68,2 \pm 1,4\%$ пациентов частных АПО имели доступ к санаторно-курортному лечению ($p < 0,05$). Диспансерный надзор за урологическими службами на уровне первичной медико-санитарной помощи очень низкий, диспансерный контроль составил $20,2 \pm 1,8\%$, а $67,4 \pm 1,4\%$ уверенно заявили, что большинство из них не находилось под диспансерным контролем. Диспансерным контролем в частных поликлиниках охвачено $75,3 \pm 2,1\%$ пациентов. Охват пациентов диспансерным наблюдением на уровне первичной медико-санитарной помощи и урологической службой в отдельных структурах существенно различается ($p < 0,05$).

2. По мнению урологов, есть несколько факторов, которые мешают нормальному функционированию амбулаторной урологической службы. Одно из них - отсутствие экономической мотивации персонала к работе ($93,2 \pm 3,1\%$); низкий уровень оплаты труда медицинских работников ($97,3 \pm 2,6\%$). Кроме того, урологи считают, что обеспеченность урологических клиник новым диагностическим оборудованием низкая ($59,1 \pm 4,5$). Более 60% респондентов сталкиваются с проблемами из-за отсутствия анализа экономической эффективности АПО ($64,8 \pm 6,1\%$); не используются современные методы диагностики и лечения ($63,3 \pm 2,6\%$); Отсутствует нормативная база для разработки АРО ($67,3 \pm 5,4\%$); нет анализа удовлетворенности пациентов ($71,9 \pm 5,4\%$). Половина опрошенных отметили неготовность руководителей АПО к работе в новых экономических условиях ($52,4 \pm 5,7\%$).

Кроме того, опрос урологов выявил следующие результаты по улучшению работы амбулаторной урологической службы и повышению качества и доступности урологической помощи: повышение экономической мотивации медицинских работников к работе ($93,4 \pm 2,1\%$); организация учебных курсов для урологов ($91,4 \pm 2,8\%$); обеспечение современным диагностическим оборудованием ($64,5 \pm 5,1\%$); объединение разных урологических кабинетов района в большую структуру ($78,1 \pm 3,2\%$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Таким образом, по результатам исследования мы разработали Комплексную организационную модель амбулаторно-урологической помощи городскому населению города Нур-Султан и предлагаем практические рекомендации по улучшению диспансеризации в амбулаторной урологии.

1. Активная ранняя диагностика заболевания, госпитализация, наблюдение за пациентами, своевременное и эффективное лечение пациентов с острыми и хроническими урологическими заболеваниями.

2. Организация регулярного наблюдения, клинической, лабораторной и инструментальной помощи, профилактики и лечения лечебно-профилактических мероприятий.

3. Тщательный отбор больных с заболеваниями почек и их направление на санаторно-курортное лечение в специализированные санатории урологического профиля.

Следует подчеркнуть, что предложенная Комплексная организационная модель амбулаторно-урологической помощи городскому населению города Нур-Султан, в которой ключевую роль играет строительство Специализированной профильной (урологической) республиканской клиники решит, как вышеуказанные проблемы, так и вопрос достижения положительного результата в укреплении урологического здоровья населения Республики Казахстан, а также возможность передачи функции диспансеризации урологических пациентов города Нур-Султан от амбулаторно-поликлинических организаций столицы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Статистический сборник МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2018 году», 2019 год, 324 стр.
2. М.К.Алчинбаев. Мочекаменная болезнь в Казахстане. Анализ ситуации и перспективы. «Урология и Нефрология» №2 2016 г., <https://bestprofi.com/document/1078756000?0>; <https://kaznmu.kz/press/>
3. Досхожаев Б.К. "Эпидемиология доброкачественной гиперплазии предстательной железы в популяции мужчин старше 40 лет в Республике Казахстан" Наука о жизни и здоровье, vol. 18, no. 2, 2012, pp. 67-69.
4. Павлов В.Н., Сафиуллин Р.И., Казихинуров А.А., Измайлов А.А., and Мустафин А.Т.. "Современные направления развития урологии" Медицинский вестник Башкортостана, vol. 2, no. 5, 2007, pp. 33-37.
5. Павлов В.Н., Коржавин Г.В., Казихинуров А.А., Сафиуллин Р.И., and Ишемгулов Р.Р.. "Достижения и перспективы урологии в республике Башкортостан" Вестник Академии наук Республики Башкортостан, vol. 17, no. 4, 2012, pp. 23-29.
6. World Health Organization (2019) Healthcare Associated Infection. FactSheet. https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf. Accessed July 2019.
7. Wagenlehner F, Wullt B, Ballarini S, Zingg D, Naber KG (2018) Social and economic burden of recurrent urinary tract infections and quality of life: a patient web-based study (GESPRIT). Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 18(1):107–117
8. Cardwell SM, Crandon JL, Nicolau DP, McClure MH, Nailor MD (2016) Epidemiology and economics of adult patients hospitalized with urinary tract infections. Hosp Pract 44(1):33–40
9. Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, Cai T, Bruyère F, Geerlings SE, Köves B, Wagenlehner F (2018) Guidelines on urological infections 2018, <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2018-large-text.pdf> Accessed June 2019.
10. Кусаинов А.М., and Булегенов Т.А.. "Медико - социальные аспекты доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Обзор литературы" Наука и здравоохранение, no. 3, 2019, pp. 30-44.
11. Лопаткин Н.А. Урология. Национальное руководство. М.: Гэотар-Медиа, 2013. С. 610–636.
12. Комяков Б.К. Урология. 2-е изд. Москва: Гэотар-Медиа, 2018. 480 с.
13. López M., Hoppe V. History, epidemiology and regional diversities of urolithiasis. Pediatr Nephrol 2010;25(1):49–59
14. Константинова О.В., Шадеркина В.А. Эпидемиологическая оценка мочекаменной болезни в амбулаторной урологической практике. Экспериментальная и клиническая урология 2015;(1):11–5

15. Romero V., Akpinar H., Assimos D.G. Kidney stones: a global picture of prevalence, incidence, and associated risk factors. *Rev Urol* 2010;12(2–3):86–96
16. Marion TE, Rivers CS, Kuerban D, Cheng CL, Fallah N, Batke J, Dvorak MF, Fisher CG, Kwon BK, Noonan VK, Street JT (2017) Previously identified common post-injury adverse events in traumatic spinal cord injury validation of existing literature and relation to selected potentially modifiable comorbidities: a prospective Canadian cohort study. *J Neurotrauma* 34(20):2883–2891
17. Аполихин О.И., Сивков А.В., Москалева Н.Г. и др. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за десятилетний период (2002–2012 гг.) по данным официальной статистики. *Экспериментальная и клиническая урология* 2014;(2):4–13.
18. Назаров Т.Х., Рычков И.В., Агагюлов М.У. Мочекаменная болезнь: актуальные проблемы почечных камней. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения* 2017;(3):89–95
19. Назаров Т.Х., Комяков Б.К., Рычков И.В. и др. Роль маркеров острого повреждения почек при проведении литотрипсии конкрементов высокой плотности. *Урология* 2019;(1):23–7.
20. Bagga H.S., Chi T., Miller J., Stoller M.L. New insights into the pathogenesis of renal calculi. *Urol Clin North Am* 2013;40(1):1–12. DOI: 10.1016/j.ucl.2012.09.006.
21. В.В. Борисов, Е.М. Шилов. Хроническая почечная недостаточность // *Урология*. 2017. №1, - С. 11-18.
22. Guenzani D, Buoli M, Carnevali GS, et al. Is there an association between severity of illness and psychiatric symptoms in patients with chronic renal failure? *Psychol Health Med* 2018;23:970–9. - [PubMed](#)
23. Yeh CY, Chen CK, Hsu HJ, et al. Prescription of psychotropic drugs in patients with chronic renal failure on hemodialysis. *Ren Fail* 2014;36:1545–9. - [PubMed](#)
24. Mao Y, Jiang XW. Effect of nursing intervention on negative emotion and quality of life in patients with chronic renal failure. *Chin Med Sci* 2018;8:97–9.
25. Guo CC, Epstein JI. Intraductal carcinoma of the prostate on needle biopsy: histologic features and clinical significance. *Mod Pathol*. 2006;19(12):1528–1535. - [PubMed](#)
26. Epstein JI, Oxley J, Ro JY, Van der Kwast T, Zhou M. Tumours of the prostate: intraductal carcinoma. In: Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter V, editors. *WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2016. pp. 164–165.
27. Tsuzuki T. Intraductal carcinoma of the prostate: a comprehensive and updated review. *Int J Urol*. 2015;22(2):140–145. - [PubMed](#)
28. Shah RB, Yoon J, Liu G, Tian W. Atypical intraductal proliferation and intraductal carcinoma of the prostate on core needle biopsy: a comparative clinicopathological and molecular study with a proposal to expand the morphological spectrum of intraductal carcinoma. *Histopathology*. 2017;71(5):693–702. - [PubMed](#)
29. Varma M. Low-grade intraductal carcinoma of the prostate: an idea whose time has not yet come. *Histopathology*. 2017;71(5):837–839. - [PubMed](#)

30. Egevad L, Delahunt B, Kristiansen G, Samaratunga H, Varma M. Contemporary prognostic indicators for prostate cancer incorporating International Society of Urological Pathology recommendations. *Pathology*. 2018;50(1):60–73. - [PubMed](#)
31. Тарусин Д.И. Охрана репродуктивного здоровья мальчиков // Практика педиатра. – 2007. – №3. – С. 39
32. Млычник Е.В., Казанская И.В., Елков А.Ю. Диагностика и лечение простатита у детей // Андрология и генитальная хирургия. – М., 2005. – №1. – С. 17-20
33. Лебедев В.В. Нарушения мужского репродуктивного здоровья и пути их профилактики: автореф. ... к.м.н.: 14.02.03. – Москва, 2012. – 24 с.
34. Касенова А. Межпереписной анализ демографической ситуации в Республике Казахстан. – Алматы, 2010. – С. 9. // www.stat.kz
35. Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П., Сидоров Д.Б., Путиловский М.А. Эректильная дисфункция: принципы диагностики и новое в медикаментозном лечении // Фармотека. – 2012. – №10. – С. 61-68
36. М.К. АЛЧИНБАЕВ, А.М. АРЫНГАЗИНА, И.Т. МУХАМЕДЖАН. МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН урология. , №12, 2014. С. 27-32
37. Добагян Е.К. Факторы и современные тенденции развития ГЧП в здравоохранении на примере зарубежного опыта. / Е.К. Добагян // Человеческий капитал и профессиональное образование № 2 (18) 2016 г. С. 75-78.
38. 1. Glybochko PV, Alyaev YuG. Russian Urology in the XXI Century. *Urology*. 2015; 5: 49. Russian (Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г. Российская урология в XXI в. //Урология. 2015. № 5. С. 49.)
39. Apolikhin OI, Sivkov AV, Beshliev DA, Solntseva TV, Komarova VA. The analysis of uronephrological morbidity in the Russian Federation for a ten year period (20022012) according to official statistics. *Experimental and clinical urology*. 2014; 2: 412. Russian (Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации за десятилетний период (2002 2012 гг.) по данным официальной статистики //Экспериментальная и клиническая урология. 2014. № 2. С. 412.)
40. Alyaev YuG. Diseases of the prostate gland. [Bolezni predstavitelnoy zhelezy]. Moscow, 2009. 58 p. Russian (Аляев Ю.Г. Болезни предстательной же лезы; под ред. Ю.Г. Аляева. М., 2009. 58 с.)
41. Kaprin AD, Starinsky VV, Petrov GV. The state of oncological assistance to the population of Russia in 2013. М.: MCRI them. P.A. Herzen; 2013. 232 p. Russian (Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году; Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2013. 232 с.)
42. Matuszkiewicz-Rowińska J, Małyszko J, Wieliczko M (2015) Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. *Arch Med Sci* 11(1):67–77

43. Геворкян Ашот Рафаэлович. "Проблемы и пути оптимизации организации амбулаторной урологической помощи городскому населению" Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, vol. 25, no. 3, 2017, pp. 167-171.
44. Сафронов А.А. К вопросу об организации амбулаторной консультативной специализированной урологической помощи. Проблемы управления здравоохранением. 2008; 1 (38): С. 51—55.
45. Геворкян Ашот Рафаэлович. "Оценка удовлетворенности урологических пациентов медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических организациях (по данным социологического опроса)" Проблемы стандартизации в здравоохранении, no. 3-4, 2017, pp. 26-33.
46. Геворкян А.Р. Проблемы и пути оптимизации организации амбулаторной урологической помощи городскому населению. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 25 (3): 167—171. DOI 10.18821/0869-866X-2017-25-3-167-171
47. Pruthi RS, Neuwahl S, Nielsen ME, et al. Recent Trends in the Urology Workforce in the United States. *Urology*. 2013;82:987–994. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)].
48. Сафронов А.А. К вопросу об организации амбулаторной консультативной специализированной урологической помощи. Проблемы управления здравоохранением. 2008; 1(38): 51—5.
49. Gonzalez CM, McKenna P. Challenges facing academic urology training programs: An impending crisis. *Urology*. 2013;81:475–479. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)].
50. Neuwahl S, Thompson K, Fraher E, et al. HPRI data tracks. Urology Workforce trends. *Bull Am Coll Surg*. 2012;97:46–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
51. Нечаев В.С., Чудинова И.Э., Нисан Б.А. К вопросу об экспертной оценке организационных аспектов государственно-частного партнерства в здравоохранении. Социальная медицина. 2012; (1): 21-3.
52. Снежкина А.В., Нюшко К.М., Зарецкий А.Р., Шагин Д.А., Садритдинова А.Ф., Федорова М.С., Гуватова З.Г., Абрамов И.С., Пудова Е.А., Алексеев Б.Ю., Дмитриев А.А., Кудрявцева А.В. [Фактор транскрипции SAP30 участвует в активации экспрессии гена NETO2 в светлоклеточной почечно-клеточной карциноме]. Мол Биол (Моск). 2018 май-июнь; 52 (3): 451-459. Русский. DOI: 10.7868 / S0026898418030072. PMID: 29989576.
53. Eriksson I, Gustafson У, Fagerstrom L, Olofsson B (2010) Prevalence and factors associated with urinary tract infections (UTIs) in very old women. *Arch Gerontol Geriatr* 50(2):132–135
54. Gardner A, Mitchell B, Beckingham W, Fasugba O (2014) A point prevalence cross sectional study of healthcare-associated urinary tract infections in six Australian hospitals. *BMJ Open* 4(7):e005099
55. New Opportunities, Distinctive Features, and the Need for Good Governance // Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships. N. У., Geneva: United Nations, 2008/

56. Aguilar-Duran S, Horcajada JP, Sorli L, Montero M, Salvadó M, Grau S, Gómez J, Knobel H (2012) Community-onset healthcare-related urinary tract infections: comparison with community and hospital acquired urinary tract infections. *J Infect* 64(5):478–483
57. Gadzinski AJ, Dimick JB, Ye Z, et al. Inpatient urological surgery at critical access hospitals in the United States. *J. Urol.* 2013;189:1475–1480. [PubMed] [Google Scholar]
58. American Urological Association . *The State of Urology Workforce and Practice in the United States 2014*. Linthicum, Maryland: 2015. [July 8, 2015]. Available at: <https://www.auanet.org/common/pdf/research/census/State-Urology-Workforce-Practice-US.pdf>. [Google Scholar]
59. Smaill FM, Vazquez JC (2015) Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000490.pub3>
60. Wing DA, Fassett MJ, Getahun D (2014) Acute pyelonephritis in pregnancy: an 18-year retrospective analysis. *Am J Obstet Gynecol* 210(3):219.e1–6
61. Аполихин О.И. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за десятилетний период (2002–2012) по данным официальной статистики / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Н.Г. Москалева, и др. // Экспериментальная и клиническая урология. 2014 - № 2. С. 4-12.
62. Черепанова Е. В. Оценка экономического ущерба от потерь здоровья населения // Научное сообщество студентов XXI столетия. Экономические науки: сб. ст. по мат. VI междунар. студ. науч.-практ. конф. № 6. Режим доступа: URL: <http://sibac.info/archive/economy/6.pdf> (дата обращения: 20.10.2016)
63. Schappert SM, Rechtsteiner EA (2011) Ambulatory medical care utilization estimates for 2007 National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 13(169):1–38
64. Трифонова Н.Ю. Медико-организационные подходы оказания медицинской помощи пациентам с урологической патологией / Н.Ю. Трифонова, С.В. Королёв // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный журнал. № 4. 2013. <http://vestnik.mednet.ru>
65. Аполихин О.И. Инвалидность вследствие заболеваний мочеполовой системы в Российской Федерации по данным официальной статистики / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Т.В. Солнцева// Экспериментальная и клиническая урология № 1, 2012. - С 37-46.
66. Khachatryan A. [THE EARLY DIAGNOSTICS OF MULTIPLE PRIMARY TUMORS OF MALE UROGENITAL TRACT (REVIEW OF CLINICAL CASES)]. *Georgian Med News*. 2016 Nov;(Issue):17-22. Russian. PMID: 28009310.
67. Акилов Ф.А. Объем выборки для популяционного изучения урологической заболеваемости // Ф.А. Акилов Б.М. Маматкулов, У.А. Худайбергенов / Экспериментальная и клиническая урология. 2010, № 1, С. 11.

68. Михайлова Ю.В. Руководящие кадры органов и организаций здравоохранения (социологическое исследование) / Ю.В Михайлова, Ю.В. Мирошникова, А.А. Князев // 2014. - Вестник Росздравнадзора, № 6. - Режим доступа: <http://www.remedium.ru/health/detail.php?ID=66187>.
69. Зенков И.Б. Анализ факторов риска развития урологической патологии. / И.Б. Зенков, С.В. Королёв, В.Е. Луговой, Д.Ю. Каримова // Клинический опыт двадцатки. № 3 (19) - 2013: С. 56-59.
70. Борзунов И.В. Амбулаторные возможности ранней диагностики урологических заболеваний. / И.В. Борзунов, В.Н. Журавлев, А.В. Зырянов, А.В. Машковцев // XII съезд Российского общества урологов. Материалы. Москва, 2012 г. - С. 23
71. Бутрина В.И. Организация лечебно-диагностической помощи больным раком простаты в амбулаторно-поликлинических условиях / В.И. Бутрина, В.С. Королёв // Монография: «Сам-полиграфист», 2013. - 100 с.
72. Королёв С.В. Медико-социальные факторы риска развития урологических заболеваний. / С.В. Королёв, В.О. Гурдус // Клинический опыт двадцатки. № 2 (22). 2014. 57-61.
73. Jose Leal, Ramon Luengo-Fernandez, Richard Sullivan, J. Alfred Witjes Economic Burden of Bladder Cancer Across the European Union//European urology. – 2016. - Issue 3, Volume 69. - P. 438 -447.
74. Nicholas R. Pruthi, Allison Deal, Joshua Langston, E. Will Kirby, Christopher Gonzalez, Patrick McKenna, Matthew E. Nielsen, Angela B. Smith, and others Factors Related to Job Satisfaction in Urology // Urology Practice. – 2016. - Vol. 3, Issue 3. – P. 169–174.

ПРИЛОЖЕНИЯ А

Номер опроса - для социологического исследования пациентов, обратившихся к урологу в медицинские учреждения на уровне поликлиники и в частные амбулаторно учреждения в Нур-Султан.

Уважаемые пациенты! Мы просим Вас прочитать вопросы опроса и заполнить опцию ответа. Опрос является анонимным, и собранная информация будет конфиденциальной и будет использоваться для улучшения эффективности амбулаторной урологической службы. Заполнение опроса осуществляется только по Вашему добровольному согласию. Заранее спасибо за участие в опросе.

п/п	Вопросы	Вариант ответов
1	2	3
1	Пол?	мужской женский
2	Возраст?	18 - 30 лет 31 - 59 лет 60 лет и старше
3	Какое образование?	высшее среднее специальное среднее начальное
4	Ваше финансовое положение?	хорошее удовлетворительное неудовлетворительн
5	Кто Вас направил к урологу?	ВОП Другой специалист Самостоятельно
6	Какой раз Вы обращаетесь на прием к урологу в течении года?	Первый Второй от 3-6 раз более 6 раз
7	Сколько времени Вы ждали приема врача?	до 15 минут от 15 минут до полу часа от 30 минут до часу не ожидал
8	Вы довольны организацией урологической помощи в нашем АПО?	да не совсем не удовлетворен
9	Как давно Вы заболели данным заболеванием?	больше года

		меньше года
		менее месяца
10	Вы лечили это заболевание раньше?	Да проходил лечение амбулаторно
		лечился амбулаторно и в стационаре
		не лечился
11	Вы довольны результатом лечения?	да
		не совсем
		нет
12	Состоите ли Вы на «Д» учете у уролога ?	да
		Нет
		затрудняюсь ответить
13	Получали Вы санаторно-курорт. лечение по заболеванию?	Да
		Нет
14	Знаете ли Вы способы и методы профилактики Вашей болезни?	Да
		Нет
15	Диагностика и обследование были проведены в поликлинике или Вам пришлось обратиться в другие места?	Да
		пришлось обратиться
16	При обращении к урологу Вам было ли назначено лечение?	Да
		Нет

Все ответы на вопросы опросник получены по добровольному согласию респондента

Подпись _____ Дата _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Карта экспертного опроса врачей-урологов из АПО г. Нур-Султан

п/п	Вопросы	Вариант ответов
1	2	3
1	Пол?	Мужской женский
2	Возраст?	18 - 30 л 31 - 59 л 60 лет и >
3	Опыт работы?	До 5 лет 5-19 лет 20 и более
4	Ваша категория по специальности?	высшая Первая вторая
5	У вас есть первичная специализация по урологии?	Да нет
6	Вы положительно оцениваете организацию мед. помощи в поликлиниках?	Да нет
7	Проводится ли анализ экономической эффективности в Вашей мед. организации?	Да нет
8	Используются ли методы современной диагностики и лечения у вас в организации?	Да нет
9	Есть ли динамика в оснащении новым мед. оборудованием	Да нет
10	Проводится ли в Вашей поликлинике статистика удовлетворенности пациентов?	Да нет
11	Нужны ли изменения по оптимизации обслуживания населения?	-
	Объединение разрозненных урологических кабинетов района в более крупную структуру	Да нет
	Оснащение современным мед. оборудованием?	Да нет
	Внедрение новейших лечебно – диагностических методик	Да нет
	Повышение качества последипломной подготовки урологов	Да нет
	Повышение экономической мотивации персонала к труду	Да нет

12	Имеют ли место перечисленные проблемы в работе Вашей мед. организации?	-
	Отсутствие нормативной базы для развития АПО	Да
		нет
	Отсутствует ли у персонала экономическая мотивации	Да
		нет
	Низкий уровень оплаты труда мед. Работников	Да
		нет
	Отсутствие адекватной системы финансирования мед. организации	Да
нет		
Недостаточная подготовленность руководителей поликлиники к работе в новых экономических условиях	Да	
	нет	
Нехватка оснащение диагностической аппаратурой	Да	
	нет	
13	Играет ли роль в заинтересованности врачей урологов в работе следующее?	-
	материальная мотивация	Да
		Нет
	возможность профессионального роста	Да
нет		

Подпись _____ Дата _____