



31.12.2013
8.45"

РЕШЕНИЕ

ЛЕЧЕБНО-КОНТРОЛЬНОГО СОВЕТА

г. Минск

«11» декабря 2013г.

Об оказании урологической помощи населению республики

Заслушав и обсудив доклад главного внештатного уролога Минздрава А.В. Строцкого, лечебно-контрольный совет Министерства здравоохранения отмечает следующее.

В республике создана и функционирует стройная структура урологической службы в составе амбулаторно-поликлинических, лечебно-диагностических и научных учреждений (кафедры и курсы урологии медицинских университетов), которая позволяет в полном объеме обеспечить специализированную высококвалифицированную доступную урологическую помощь населению страны.

Укомплектованность медицинскими кадрами урологической службы в республике составляет 85,5%. Работающий в настоящее время персонал достаточно квалифицированный, аттестовано 90,7% врачей, из них 31,1% имеет высшую аттестационную категорию. Однако в Могилевской и Гомельской областях укомплектованность недостаточная, составляет 63% и 58% соответственно.

В республике развернуто 1884 урологические койки. В целом коечный фонд достаточный, но в ряде регионов нуждается в реструктуризации. В частности следует рассмотреть вопрос об увеличении областного урологического отделения в Гродно до 60 коек (имеется в наличии 40). Возможно постепенное сокращение коечного фонда за счет урологических коек в составе хирургических отделений, особенно в Гродненской области, где таких коек 70 (всего по Республике их 175). Обеспечение качественной урологической помощью на урологических койках в составе хирургических отделений стационаров невозможно, поскольку в настоящее время хирургическая активность на них низкая, а оснащение их дорогостоящим оборудованием нерентабельно. Ускорение ремонтных работ привело бы к восстановлению областных урологических отделений Брестской

Зав кафедрой

- урологии, У-03.3,
каф. интервенционной и клин. уррол.
для работы

области до 80 (развернуто 60) и Гомельской до 70 (развернуто 50) областей.

Практически завершено техническое переоснащение всех областных урологических больниц, где созданы все условия для обеспечения доступной высококвалифицированной помощи пациентам с урологической патологией. Аппараты для дистанционной литотрипсии работают с высокой нагрузкой в две смены, что приводит к быстрому износу расходных деталей и вынужденным простоям в связи с медленной процедурой их закупки. По окончании ремонтных работ в Брестской областной больнице и Гомельской областной больнице, оснащения оборудованием урологического отделения Витебской областной больницы, эти учреждения смогут на практике реализовать все имеющиеся возможности по увеличению числа эндоскопических высокотехнологичных операций.

Число пролеченных пациентов в урологических стационарах постоянно увеличивается, достигнув в 2012 году 73 659 человек, что на 6181 пациента больше, чем в 2008 году. При этом отмечается, что 35 469 (48,2%) из них госпитализируется в экстренном порядке, что на 4,2% больше, чем в 2008 году. Процент использования коечного фонда составляет от 106,2 в Могилевской области до 99,98 в г.Минске.

Из всех поступивших прооперировано 31512 пациентов, им произведено 38301 операция, хирургическая активность составила 42,8%. Однако в отдельных регионах (Витебская и Гомельская области) она была значительно ниже, составляя соответственно 29,7 и 32%, в то время как в г. Минске – 56,8%. При этом общая летальность была 0,84, а послеоперационная – 0,4%.

Приведенная цифра хирургической активности не отражает истинно хирургической активности по потокам пациентов, поскольку напрямую зависит от числа экстренных пациентов, поступивших за указанный период, а также от числа госпитализированных призывников.

Расчет хирургической активности по городу Минску с учетом указанных факторов выглядит следующим образом. Общая хирургическая активность без учета приведенных факторов составила 56,8%, среди экстренных пациентов – 33,1%, среди плановых 79,1%, среди плановых пациентов без учета присланных военкоматом – 90,78%. В первом и втором урологических отделениях городского урологического центра г. Минска на базе УЗ «4-я городская клиническая больница» хирургическая активность среди плановых пациентов без учета поступивших по направлению военкомата составила 96,7% и 94,2% соответственно.

AE
AB
Армия
В1
В2
В3
В4
В5
В6
В7
В8
В9
В10
В11
В12
В13
В14
В15
В16
В17
В18
В19
В20
В21
В22
В23
В24
В25
В26
В27
В28
В29
В30
В31
В32
В33
В34
В35
В36
В37
В38
В39
В40
В41
В42
В43
В44
В45
В46
В47
В48
В49
В50
В51
В52
В53
В54
В55
В56
В57
В58
В59
В60
В61
В62
В63
В64
В65
В66
В67
В68
В69
В70
В71
В72
В73
В74
В75
В76
В77
В78
В79
В80
В81
В82
В83
В84
В85
В86
В87
В88
В89
В90
В91
В92
В93
В94
В95
В96
В97
В98
В99
В100

проект
по делу
03.01.2014

91 12 13
5124 2

Анализ урологической заболеваемости свидетельствует об относительно постоянной ее структуре: больше всего пациентов госпитализируется с мочекаменной болезнью (36,5%), неспецифическими воспалительными в качестве основного (14,8%), доброкачественной гиперплазией предстательной железы (10,5%). Они составляют 61,8% всех госпитализированных пациентов. Следует отметить, что 8532 (11,6%) пациентов госпитализируется в стационары с диагнозом первичный необструктивный пиелонефрит, острый и хронический цистит, уретрит, простатит, орхоэпидидимит, что с экономических позиций не правильно. Эти пациенты должны лечиться в терапевтических отделениях и амбулаторно, что будет способствовать высвобождению урологических коек для профильных пациентов.

При анализе лечения МКБ следует отметить, что за 5 лет в 1,3 раза увеличилось количество больных, получивших хирургическое лечение – с 31,6% в 2008 году до 42% в 2012. При этом 38,6% пациентов лечится с помощью ДЛТ, а среди всех пациентов, получивших хирургическое лечение, только 9,3% оперированы открытым доступом. В 2008 году этот процент был равен 24,6, что в 2,6 раза больше. В Витебской и Могилевской областях этот процент составил 5,4 и 5,7, что соответствует среднеевропейскому значению. Наибольшее количество открытых вмешательств при МКБ отмечается в Минской области – 32,5%, в основном за счет операций в районных отделениях, где отсутствует соответствующая эндоскопическая техника.

Всего в урологических стационарах Республики пролечено 7763 пациента с ДГПЖ, при этом хирургические операции проведены 4324 пациентам (56%). Более половины всех пациентов получили в стационарах консервативное лечение в Минской, Витебской и Гомельской областях. В целом по Республике ТУР проведена у 44,9% пациентов, однако в Гомельской и Гродненской областях она не достигает даже 30%. Неоправданно много проводится в Республике цистостомий – 1848 (42,7% от всех оперированных больных). Анализ показывает, что это обусловлено неадекватной помощью на догоспитальном этапе больным с острой задержкой мочи (ОЗМ): 54,0% пациентов с ОЗМ поступает в стационар уже с воспалительными осложнениями, 38,2% - с задержкой мочи более трех суток.

На 1 января 2012 года в Республике зарегистрировано 120,5 амбулаторных поликлинических приемов, из которых 39 на 0,5 ставки и 17 – на 0,25 ставки. Всего амбулаторными урологами принято 784 039 пациентов, что на 46985 меньше, чем в 2008 году. Нагрузка на 1 час приема составила по республике 5,6 больных, наибольшая нагрузка была в Могилевской области – 6,95, наименьшая – 4,3. Значительно увеличилось число амбулаторных операций – до 7294.

Учитывая вышесказанное, лечебно-контрольный совет Министерства здравоохранения
РЕШИЛ:

1. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома:

1.1. провести анализ материально-технической базы урологических отделений (кабинетов) организаций здравоохранения республики и соответствие их табелю оснащения.

Срок – до 1.02.2014 г.

1.2. обеспечить контроль за использованием высокотехнологического оборудования в урологических отделениях и их рациональное использование за счет своевременного сервисного обслуживания и замены расходных материалов.

Срок – постоянно

1.3. обеспечить контроль за соблюдением требований санитарно-эпидемиологического законодательства при использовании эндоскопического оборудования при выполнении урологических оперативных вмешательств.

Срок – постоянно

1.4. определить конкретные меры по рациональному использованию коек в урологических отделениях, оказывающих плановую и экстренную урологическую помощь (длительность дооперационного и послеоперационного периодов) пациентам.

Срок – 1-й квартал 2014 г.

1.5. обеспечить своевременную подачу заявок на повышение квалификации и переподготовку по урологии для молодых специалистов.

Срок – постоянно

2. Начальникам управлений здравоохранения Брестского (Крапивиной С.В.) и Гомельского (Василькову Н.А.) облисполкомов обеспечить контроль за введением в срок и рациональным использованием медицинского оборудования в урологических отделениях учреждений здравоохранения «Брестская областная больница» и «Гомельская областная клиническая больница».

Срок – июль 2014 г.

3. Начальнику управления здравоохранения Гродненского облисполкома (Стрижаку А.А.) при проведении реструктуризации коечного фонда предусмотреть необходимость увеличения коечного фонда урологического отделения в учреждении здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница» до 60 коек.

Срок – июль 2014 г.

✓ 4. Ректорам высших медицинских учреждений образования и

государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»:

обеспечить подготовку врачей-урологов в интернатуре и клинической ординатуре, для организаций здравоохранения регионов в соответствии с их заявками, в первую очередь для Могилевской и Гомельской областей и г. Минска.

Срок – постоянно

5. Ректору государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (Демидчику Ю.Е):

включить в программу цикла повышения квалификации хирургов на кафедре неотложной хирургии БелМАПО вопросы современного оказания помощи при острой задержке мочи.

Срок – 2014 г.

6. Главному внештатному урологу Минздрава (Строцкому А.В.) совместно с главными внештатными урологами управлений здравоохранения облисполкомов и комитета по здравоохранению Мингорисполкома:

6.1. обеспечить контроль и исполнение приказа Минздрава от 22.09.2011 г. № 920 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения пациентов с урологическими и нефрологическими заболеваниями».

Срок – постоянно

6.2. организовать проведение в регионах и г. Минске обучающих семинаров по вопросам улучшения лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, профилактики и современного лечения острой задержки мочи.

Срок – 1-е полугодие 2014 г.

6.3. обеспечить контроль за рациональным использованием закупленного медицинского оборудования в амбулаторных учреждениях регионов.

Срок – постоянно

7. Начальнику Главного управления организации медицинской помощи Минздрава (Богдан Е.Л.), главному хирургу Минздрава (Груше В.В.), главному внештатному урологу Минздрава (Строцкому А.В.):

предоставить в Департамент фармацевтической промышленности информацию о потребности урологических отделений (кабинетов) организаций здравоохранения в системах с изотоническим раствором для перфузий при эндоскопических операциях в емкостях 2, 5 и 10 л.

Срок – до 1.02.2014 г.

8. Заместителю Министра - директору Департамента фармацевтической промышленности (Годовальникову Г.В.) рассмотреть возможность по организации выпуска систем с изотоническим раствором для перфузий при эндоскопических операциях в емкостях 2, 5 и 10 л.

Срок – июль 2014 г.

9. Начальнику отдела медицинской техники Минздрава (Гринько Д.В.) внести в план централизованных закупок Минздрава на 2015 год фантомы для обучения ТУР и лапароскопическим операциям для медицинских университетов и БелМАПО, проводящих подготовку врачей-урологов в условиях клинической ординатуры.

Срок – сентябрь 2014 г.

10. Контроль за исполнением решения лечебно-контрольного совета Министерства здравоохранения возложить на начальника Главного управления организации медицинской помощи Минздрава Богдан Е.Л.

Председатель лечебно-контрольного совета,
Первый заместитель Министра

 Д.Л. Пиневич

Секретарь лечебно-контрольного совета

 В.П. Войтехович

