

УДК 614.253.1

DOI 10.52246/1606-8157_2025_30_4_11

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КАЧЕСТВОМ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

К. И. Гайнетдинов^{1, 3*}, kamilgainetdinov247@gmail.com,
А. В. Шулаев¹, доктор медицинских наук, shulaev8@gmail.com,
А. М. Зяпбаров¹, Zyapbarov43@gmail.com,
И. Р. Гариев^{2, 3}, ilfargariev98@mail.ru,
М. И. Алиев², mikayel.aliyev@bk.ru

¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, д. 49

² Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 420012, Россия, г. Казань, ул. Муштары, д. 11

³ ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» министерства здравоохранения Республики Татарстан, 420138, Россия, г. Казань, ул. Оренбургский Тракт, д. 138, корп. А

РЕЗЮМЕ *Цель* – оценить качество, доступность урологической помощи, а также удовлетворенность ее качеством пациентов с мочекаменной болезнью.

Материал и методы. Проведено анкетирование 931 пациентов с целью определения удовлетворенности респондентов с уролитиазом качеством специализированной урологической помощи на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов статистической группировки, табличной сводки, расчета относительных показателей и анализа рядов частотного распределения. Для оценки статистической значимости различий результатов применялся t-критерий Стьюдента (различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Выявлена недостаточная осведомленность пациентов о метафилактических мероприятиях и низкий уровень диспансерного наблюдения. Пациенты с уролитиазом оценили как удовлетворительное качество специализированной медицинской помощи как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных условиях. При этом качество урологической помощи, оказываемой в столице Республики Татарстан, оказалось выше, чем в остальных муниципальных образованиях. Кроме этого, пациенты оценили работу врача-уролога в амбулаторно-поликлинических условиях несколько выше, чем врачей урологического стационара.

Заключение. Полученные результаты можно использовать для разработки клинико-организационной схемы совершенствования специализированной медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью для повышения качества диспансерного наблюдения, преемственности амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов в условиях урологической службы Республики Татарстан.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, качество урологической помощи, удовлетворенность, совершенствование медицинской помощи, уролитиаз.

UROLOGICAL CARE QUALITY AND PATIENT' SATISFACTION IN UROLITHIASIS

K. I. Gainetdinov, A. V. Shulaev, A. M. Zyapbarov, I. P. Gariev, M. I. Aliev

ABSTRACT *Objective* – to value the quality and the accessibility of urological services, and the level of patients' satisfaction with the care quality received after being diagnosed with urolithiasis.

Material and Methods. A survey was performed among 931 patients with urolithiasis to determine their satisfaction with the quality of specialized urological care at the outpatient and inpatient stages. Statistical processing of the obtained results was carried out using methods of statistical grouping, tabular summarization, the calculation of relative indicators, and the analysis of frequency distribution series. The Student's t-test was used to assess the statistical significance of the differences in results (differences at $p < 0.05$ being considered statistically significant).

Results and Discussion. The patients demonstrated insufficient awareness of metaphylactic measures and a low level of dispensary observation. The patients with urolithiasis rated the quality of specialized medical care as satisfactory in both outpatient and inpatient settings. Furthermore, the quality of urological care provided in the capital of the Republic of Tatarstan was found to be higher than in other municipalities. Additionally, the patients rated the work of urologists in outpatient settings slightly higher than that of urologists in inpatient departments.

Conclusion. The obtained results can be used to develop a clinical and organizational scheme to improve specialized medical care for patients with urolithiasis to enhance the quality of dispensary observation, and the continuity of outpatient and inpatient stages within the urological service of the Republic of Tatarstan.

Keywords: nephrolithiasis, urological care quality, patients' satisfaction, medical care enhancement, urolithiasis

Мочекаменная болезнь (уролитиаз) (МКБ) является одной из наиболее частых причин госпитализаций больных в урологические стационары на хирургическое лечение. Почечная колика, вызванная обструкцией камнем верхних мочевых путей, приводит до 70 % пациентов с уrolитиазом к врачу-урологу по неотложным показаниям, что требует надлежащего уровня преемственности урологической помощи на обоих этапах лечения [1–3]. Кроме этого, уrolитиаз имеет общие звенья патогенеза с такими заболеваниями, как артериальная гипертензия, метаболический синдром, сахарный диабет, что подчеркивает ее социально-экономическую важность [4]. Распространенность МКБ в Российской Федерации достаточно широка и в последние годы имеет тенденцию к росту. Экономическая значимость обусловлена встречаемостью МКБ преимущественно у лиц трудоспособного возраста [5]. В связи с этим актуальным является совершенствование урологической помощи пациентам с МКБ в условиях сохраняющихся тенденций к увеличению уровня заболеваемости.

Цель исследования – оценить качество, доступность урологической помощи, а также удовлетворенность ее качеством пациентов с мочекаменной болезнью.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для формирования клинического профиля пациента с МКБ и оценки удовлетворенности оказанной специализированной урологической помощью в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях специально разработаны анкеты с учетом наиболее значимых факторов риска развития МКБ для опроса взрослых больных уrolитиазом [6]. В анкету включены вопросы, касающиеся медико-социальной характеристики пациентов, клинических особенностей заболевания, доступности медицинской помощи урологического профиля и удовлетворенности ее качеством.

Исследование проводилось на базе 7 урологических стационаров в многопрофильных больницах и 6 поликлинических лечебных учреждений Республики Татарстан. Исследованием охвачен 931 пациент с МКБ в возрасте 18 лет и старше: получавших лечение на госпитальном этапе – 641 (68,85 %), на амбулаторно-поликлиническом – 290 (31,15 %).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов статистической группировки, табличной сводки, расчета относительных показателей и анализа

рядов частотного распределения. Для оценки статистической значимости различий применялся t-критерий Стьюдента (различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди всех анкетированных преобладали мужчины (55,54 % мужчин и 44,46 % женщин). По возрасту респонденты были распределены по группам: молодой (18–39 лет) – 22,56 %; средний (40–59 лет) – 45,0 % и старший (60 лет и старше) – 32,44 %. Свое здоровье как «хорошее» оценили 21,91 % анкетирруемых, как «удовлетворительное» – 59,29 %, как «неудовлетворительное» – 15,57 % и как «плохое» – 3,22 %. Пациенты с МКБ на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах субъективно оценивают состояние своего здоровья в основном как хорошее.

Анализ анкет продемонстрировал высокую мультиморбидность у опрошенных с МКБ. Избыточная масса тела и ожирение выявлены у 63,15 % пациентов. Почти половина респондентов указали на наличие артериальной гипертензии (43,28 %), практически все (96,9 %) находятся на антигипертензивной терапии. При этом у 29 % пациентов диагностированы сердечно-сосудистые заболевания и у 11,49 % – сахарный диабет. Каждый третий пациент с МКБ страдает заболеванием желудочно-кишечного тракта (33,51 %), а 7,41 % респондентов перенесли оперативное лечение органов желудочно-кишечного тракта. Анализ данных о сопутствующих заболеваниях позволяет отнести МКБ к группе социально значимых заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и т. д., что требует тщательного подхода к ведению больных с первично возникшим эпизодом МКБ. Вероятно, МКБ необходимо относить к заболеваниям «дисметаболического круга» наряду с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, метаболическим синдромом и другими болезнями.

Потребление достаточного количества жидкости имеет важное значение для профилактики возникновения мочевых камней. Согласно данным проведенного опроса, почти половина (45,32 %) респондентов потребляли менее 1,5 л/сут жидкости, остальные (45,86 %) соблюдали питьевой режим в пределах 1,5–2,5 л/сут и 8,80 % – более 2,5 л/сут. При этом доля опро-

шенных, осведомленных о необходимом суточном диурезе около двух литров, составила лишь 28,78 %. Более трети (35,55 %) респондентов не известно о питьевом режиме как о противорецидивной терапии и необходимости применения достаточного суточного объема жидкости.

На диспансерном учете у уролога по поводу МКБ состоят лишь 12,56 % респондентов, а 15,03 % опрошенных «затруднились ответить» на этот вопрос. Диспансерный метод является эффективным способом активного динамического наблюдения за лицами с хроническими заболеваниями, поэтому для дальнейшего исследования респонденты были распределены на две группы: состоящие и не состоящие под диспансерным наблюдением у врача-уролога по поводу МКБ (табл. 1, 2).

Согласно таблице 1, доля пациентов женского пола, состоящих на диспансерном учете по поводу МКБ, в нашем исследовании статистически выше числа мужчин (16,67 и 9,28 % соответственно; $p < 0,05$). Доля пациентов молодого возраста (18–39 лет) статистически меньше, чем число пациентов возрастной группы 60 лет и старше (3,33 и 18,87 %; $p < 0,05$). Можно предположить, что такие закономерности связаны, с одной стороны, с профессиональной занятостью: среди представительниц женского пола чаще встречаются неработающие, а многие лица 60 лет и старше являются пенсионерами (81,56 % пенсионеров в данном исследовании – это пациенты 60 лет и старше), с другой – у женщин и лиц старшего возраста более ответственное отношение к своему здоровью, что способствует более частому посещению уролога. Готовность пациентов проходить диспансерное наблюдение у врача-уролога также зависит от состояния их здоровья. Склонны проявлять большую приверженность диспансерному наблюдению лица с избыточной массой тела – 14,60 и 9,06 % в обеих группах соответственно ($p < 0,05$), с почечной коликой в анамнезе – 16,38 и 4,14 % ($p < 0,05$), с частыми обострениями МКБ – 21,93 и 6,02 % ($p < 0,05$).

Согласно данным, представленным в таблице 2, общей диете при МКБ следуют статистически большее число лиц, состоящих на диспансерном учете, по сравнению с не состоящими на

Таблица 1. Охват диспансерным наблюдением пациентов с мочекаменной болезнью

Наименования факторов	Состоят на диспансерном учете у уролога по поводу МКБ (n = 117)		Не состоят на диспансерном учете у уролога по поводу МКБ (n = 814)		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Пол*						
женский	69	16,67	345	83,33	414	100,0
мужской	48	9,28	469	90,72	517	100,0
2. Возраст*						
18–39 лет	7	3,33	203	96,67	210	100,0
40–59 лет	53	12,65	366	87,35	419	100,0
60 лет и старше	57	18,87	245	81,13	302	100,0
3. Масса тела*						
нормальная	31	9,06	311	90,94	342	100,0
избыточная	86	14,60	503	85,40	589	100,0
4. Почечная колика в анамнезе*						
отсутствует	12	4,14	278	95,86	290	100,0
имеется	105	16,38	536	83,62	641	100,0
5. Обострения МКБ*						
редкие	33	6,02	515	93,98	548	100,0
частые	84	21,93	299	78,07	383	100,0

Примечание: * – статистическая значимость различий $p < 0,05$.

Таблица 2. Сравнительная характеристика отдельных элементов медицинской активности пациентов с мочекаменной болезнью, состоящих и не состоящих на диспансерном учете у врача-уролога

Элементы медицинской активности пациентов	Состоят на диспансерном учете (n = 117)	Не состоят на диспансерном учете (n = 814)	p
	абс./%		
1. Осведомлены о рекомендованном уровне диуреза 2,5 л/сут	47 (40,17)	186 (22,85)	<0,05
2. Потребляют жидкости 2,5 л/сут и более	15 (12,82)	67 (8,23)	>0,05
3. Соблюдают диету при МКБ	51 (43,59)	188 (23,10)	<0,05
4. Исследован минеральный состав камня	32 (27,35)	73 (8,97)	<0,05
5. Прошли санаторно-курортное лечение	17 (14,53)	39 (4,79)	<0,05
6. Готовы регулярно посещать врача-уролога	105 (89,74)	690 (68,30)	<0,05

учете у уролога (43,59 и 23,10 % соответственно; $p < 0,05$), однако это лишь меньшая часть пациентов из всех, состоящих на диспансерном учете. Соблюдает питьевой режим 2,5 л/сут очень малое число больных, в том числе и состоящих на диспансерном учете (12,82 и 8,23 %; $p > 0,05$). В то же время осведомленность респондентов с уролитиазом сравниваемых групп о необходимости достижения суточного диуреза 2,5 л/сут оказалась выше (40,17 и 22,85 %; $p < 0,05$). По-видимому, пациенты не придают должного

значения ежедневному приему достаточного объема жидкости – одной из важнейших рекомендаций метафилактики.

Минеральный состав камня исследован у небольшого числа респондентов с уролитиазом (у 105 из 931), статистически больше среди состоящих на диспансерном учете (27,35 и 8,97 %; $p < 0,05$). Возможно, с этим связано и большее число состоящих на диспансерном учете, выразивших желание регулярно посещать уролога,

по сравнению с теми, кто не находится на учете (89,74 и 68,30 %; $p < 0,05$).

Нами проведена сравнительная оценка мнений респондентов с МКБ о доступности урологической помощи и лечебно-диагностического процесса в столице и в остальных муниципальных образованиях (МО) Республики Татарстан (табл. 3).

Согласно данным, представленным в таблице 3, число респондентов, готовых регулярно посещать врача-уролога, в г. Казань больше по сравнению с показателем в остальных МО республики (89,76 и 76,60 % соответственно; $p < 0,05$). В то же время на диспансерном учете состоит незначительная часть респондентов с МКБ: в г. Казань – 14,99 % и в республике в целом – 9,69 % ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ оценки респондентами лечебно-диагностического процесса уrolитиаза показал, что литокинетическая терапия в г. Казань применяется чаще, чем в других МО (50,20 и 36,88 % соответственно; $p < 0,05$). Это, с одной стороны, может быть объяснено более частой обращаемостью пациентов в медицинские учреждения г. Казани, а с другой – большей приверженностью врачей-урологов к консервативной тактике ведения пациентов с МКБ в случаях, когда это показано.

Анализ минерального состава камня более чем в 2 раза чаще проводится в г. Казань, чем в других медицинских учреждениях республики (14,96 и 6,62 %; $p < 0,05$), что может быть обусловлено большими диагностическими возможностями крупного города. Однако санаторно-курортное лечение получили в 2 раза меньшее число пациентов из г. Казань, чем жители с МКБ остальных

МО (3,74 и 8,27 %; $p < 0,05$). При этом осведомленность респондентов о необходимости проведения и способах профилактических мероприятий по поводу МКБ оказалась равной: г. Казань – 44,49 %, остальные МО – 41,61 % ($p > 0,05$).

На заключительном этапе анализа анкетирования пациентов с МКБ проведено сравнение их удовлетворенности качеством специализированной помощи на различных этапах курации (табл. 4).

Согласно данным таблицы 4, пациенты в целом высоко оценивают качество оказания специализированной помощи как на стационарном, так и амбулаторно-поликлиническом этапах. Стоит отметить, что при сравнении пациентами работы уролога в стационаре и на приеме в поликлинике выполнение функциональных обязанностей врача первичного звена оценивалось несколько выше ($9,33 \pm 1,49$ балла (95 % ДИ – 9,21–9,45,) и $9,59 \pm 1,03$ балла (95% ДИ – 9,47–9,71) соответственно; $p > 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. В нашем исследовании преобладали респонденты зрелого трудоспособного возраста (40–59 лет). Это согласуется с научными данными, согласно которым мочекаменная болезнь поражает преимущественно лиц трудоспособного возраста, что подчеркивает существенное экономическую значимость заболевания [7–9].
2. Уролитиаз требует прицельного диспансерного наблюдения со стороны как уролога, так и смежных специалистов и должен входить в перечень заболеваний, выявляемых при диспансеризации [10, 11].

Таблица 3. Сравнительная оценка качества и доступности урологической помощи в г. Казань и в других муниципальных образованиях Республики Татарстан (%)

Показатель	г. Казань (n = 508)	Остальные МО (n = 423)	p
Состоят на диспансерном учете у уролога по поводу МКБ	14,99	9,69	<0,05
Готовы регулярно посещать уролога (каждые 3–6 месяцев), чтобы предотвратить повторное камнеобразование	89,76	76,60	<0,05
Получали санаторно-курортное лечение по поводу МКБ	3,74	8,27	<0,05
Знакомы с методами профилактики МКБ	44,49	41,61	>0,05
Проводился анализ минерального состава камня, отошедшего самостоятельно или извлеченного оперативным путем	14,96	6,62	<0,05
Назначались лекарства для изгнания камней ранее	50,20	36,88	<0,05

Таблица 4. Результаты сравнительной оценки удовлетворенности пациентов с мочекаменной болезнью медицинской помощью, оказанной в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях

Показатель	Стационарный этап (n = 641)	Амбулаторно- поликлинический этап (n = 290)	p
	баллы (по 10-балльной шкале)		
Удовлетворенность условиями оказания медицинской помощи в Республике Татарстан	8,40 ± 2,07 (95% ДИ 8,24–8,56)	7,69 ± 2,18 (95% ДИ 7,44–7,94)	>0,05
Удовлетворенность работой врача-уролога	9,33 ± 1,49 (95% ДИ 9,21–9,45)	9,59 ± 1,03 (95% ДИ 9,47–9,71)	>0,05
Удовлетворенность результатом лечения в МО	8,69 ± 2,35 (95% ДИ 8,51–8,87)	9,15 ± 1,82 (95% ДИ 8,94–9,36)	>0,05
Удовлетворенность информацией, данной по поводу профилактики МКБ	8,22 ± 2,89 (95% ДИ 8,00–8,44)	9,15 ± 1,76 (95% ДИ 8,95–9,35)	>0,05
Пунктуальность выполнения назначений и рекомендаций врача	8,89 ± 1,86 (95% ДИ 8,75–9,03)	9,04 ± 1,70 (95% ДИ 8,84–9,24)	>0,05
Удовлетворенность результатом обращения в МО в целом	8,95 ± 1,70 (95% ДИ 8,82–9,08)	9,64 ± 0,90 (95% ДИ 9,54–9,74)	>0,05

3. Эффективность диспансерного учета достаточно низкая – в группе пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении: чаще встречаются указания респондентов на неоднократные рецидивы мочекаменной болезни. В основном пациенты слабо осведомлены о профилактике заболевания. При этом большинство высоко оценивают важность профилактики уrolитиаза и готовы регулярно посещать уролога. Следовательно, необходима разработка рекомендаций в целях совершенствования программ профилактики и метафилактики МКБ на основе анализа их результативности.
4. Более высокий уровень специализированной помощи в г. Казань, чем в остальных муници-

пальных образованиях Республики Татарстан, объясняется концентрацией специалистов и лучшей оснащенностью урологической службы, что подтверждают и данные других исследований.

5. Результаты исследования планируется использовать для разработки клинко-организационной схемы по совершенствованию специализированной медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью, направленной на повышение уровня диспансерного наблюдения, преемственности амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов в условиях сформированной организации урологической службы Республики Татарстан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шулаев А.В., Радченко О.Р., Жабоева С.Л., Кнни Ю.А., Гайнетдинов К.И. Особенности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с мочекаменной болезнью в амбулаторных условиях. Вестник Ивановской медицинской академии. 2022;3:18-24.
2. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В., Москалева Н.Г., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уро-нефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за 2003–2013 гг. Экспериментальная и клиническая урология. 2015;2:4-12.
3. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Куприянов Ю.А., Мальцев Е.Г., Гуров Е.Ю., Умяров М.С., Сидоренков А.В. Мочекаменная болезнь. Русский медицинский журнал. 2014;17:14.
4. Kustov AV, Strelnikov AI, Moryganov MA, Lyalyakina EV, Toms SR. Urine abnormalities and risk factors for calcium oxalate, calcium phosphate and uric acid stone formers: the comparative study. Bulletin of the Ivanovo State Medical Academy. 2025;1:39-45.
5. Бережной А.Г., Сачивко К.В., Дунаевская С.С. Современные принципы консервативного лечения мочекаменной болезни. Современные проблемы науки и образования. 2020;6:200.
6. Шулаев А.В., Ситдыкова М.Э., Гайнетдинов К.И., Шикалева А.А., Кнни Ю.А. К вопросу качества и доступности специализированной помощи паци-

- ентам с мочекаменной болезнью в условиях модернизации первичного звена системы здравоохранения. (Обзор литературы). Общественное здоровье и здравоохранение. 2022;2:32-41.
7. Asper R. Epidemiology and socioeconomic aspects of urolithiasis. *Urological Research*. 1984;1:1-5.
 8. Scales CD, Smith AC, Hanley JM, Saigal CS. Prevalence of kidney stones in the United States. *European Urology*. 2012;62:160-165. https://search.crossref.org/search/works?q=Prevalence+of+kidney+stones+in+the+United+States.+&from_ui=yes
 9. Мартов А.Г., Харчилава Р.Р., Акопян Г.Н., Гаджиев Н.К., Мазуренко Д.А., Малхасян В.А. Клинические рекомендации. Мочекаменная болезнь. Вопросы урологии и андрологии. 2020;3:4-36.
 10. Просянников М.Ю., Войтко Д.А., Анохин Н.В., Павлов Е.Н., Германов Е.В., Илларионов О.С., Аполихин О.И., Каприн А.Д. Современный взгляд на скрининг мочекаменной болезни. Экспериментальная и клиническая урология. 2022;1:60-67.
 11. Fisang C, Anding R, Muller SC, Latz S, Laub N. Urolithiasis an interdisciplinary diagnostic, therapeutic and secondary preventive challenge. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112:83-91.
 12. Геворкян А. Амбулаторная урологическая помощь на базе муниципально-частного партнерства. *Врач*. 2017;7:78-80.
 13. Бутрина В.И., Королёв В.С. Организация лечебно-диагностической помощи больным раком простаты в амбулаторно-поликлинических условиях. *Сам-полиграфист*. 2013:100.
 14. Королев С.В., Каприн А.Д., Костин А.А., Ласский И.А. Организационные аспекты совершенствования урологической помощи населению в современных условиях реформирования здравоохранения. *Сам-полиграфист*. 2012:131.