

Предварительные результаты комплексной этапной стандартизированной программы диагностики и лечения ДГПЖ

First results of comprehensive integrated standardized programme for BPH diagnosis and treatment

O.I. Apolikhin, A.V. Sivkov, M.I. Katibov, O.V. Zolotukhin, I.A. Shaderkin, M.Y. Prosyannikov, D.A. Voytko, M.V. Grigorieva, A.A. Tsoy, N.A. Galiev

Introduction: BPH –gender, social disease, as it accounts more than 40% of all diseases of men older 50 years. Analyzing the effectiveness of diagnosis and treatment of BPH in the Russian Federation at the example of the Voronezh region in 2009, it revealed that 40.9% of patients with BPH treated at the hospital were delivered by ambulance for emergency indication, underlining the shortages of prophylaxis and low detectability of diseases. To improve the quality of medical care for patients with BPH they have developed a comprehensive program of standardized stage care of urological direction, preparation works started in 2009 and fully program started in 2011 after approval in the Voronezh government.

Materials and Methods: Urological care was carried out in three stages. At the first stage the problem of timely detection of patients was implementing. At the second – the performance of standard therapeutic manipulation was providing, including operational manuals. There were 7 interdistrict urological centers made up. That is the second stage providing urological care. On the basis of the regional clinical hospital №1 a regional urological center was created. It is the third stage.

Results: As a result of programme activities, increased dispensary group of patients with diseases of the prostate gland at 283,4%. From 2009 to 2012 reduced the number of patients with prostate dis-eases delivered by ambulance for emergency indications at 62.9%. At the same time the number of patients hospitalized for prostate diseases, who were brought by ambulance decreased to 26,8% (from 2009 to 2012). These facts indicate the improvement in quality of preventive measures directed to timely diagnosis of BPH.

Conclusions: comprehensive standardized integrated program «Urology» is a universal instrument for solving the problem of improving the organization of medical care in BPH.

О.И. Аполихин¹, А.В. Сивков¹, М.И. Катибов¹, О.В. Золотухин², И.А. Шадеркин¹, М.Ю. Просьянников¹, Д.А. Войтко¹, М.В. Григорьева¹, А.А. Цой¹, Н.А. Галиев³

¹ ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, Москва

² Воронежская областная клиническая больница

³ Первый МГМУ им.И.М.Сеченова

Глобальная тенденция старения населения свидетельствует об увеличении в популяции доли лиц пожилого и старческого возраста. Это повышает значимость болезней инволюционного генеза, в том числе и такого заболевания, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) [1, 2, 3, 4].

Установлено, что здоровье и качество жизни мужчин старше 50 лет, в основном, зависят от четырех неонкологических состояний: кардиоваскулярных болезней, гиперплазии предстательной железы, эректильной дисфункции и депрессии [5, 6]. Более 40% от числа всех заболеваний у мужчин указанной возрастной группы приходится на ДГПЖ [7, 8].

По данным зарубежных эпидемиологических исследований, клинические признаки ДГПЖ обнаруживаются у 14% мужчин в возрасте 40-49 лет, а к 80 годам достигают 80-90% [9, 10, 11]. Согласно данным Министерства труда население трудоспособного возраста к 2016 году сократится на 4,6% (4 миллиона человек), что неизбежно приведет к необходимости увеличения доли работающих пенсионеров до 11% [12]. Этот факт еще раз свидетельствует о социально-экономической важности мероприятий, направленных на сохранение здоровья мужского населения.

Нами проведена оценка эффективности диагностики и лечения ДГПЖ в регионах Российской Федерации на

примере Воронежской области [13]. Было установлено, что в 2009 году 40,9% больных с болезнями предстательной железы (N40-N42) поступили на стационарное лечение по экстренным показаниям, наиболее часто – с острой задержкой мочеиспускания вследствие ДГПЖ (ОЗМ). При этом, на диспансерном учете с болезнями предстательной железы состояли 6331 человек – менее 2% от численности мужского населения данного региона старше 50 лет. По данным мировой статистики доля клинически значимых форм ДГПЖ (выраженность симптомов нарушения функции нижних мочевых путей 8 баллов по шкале IPSS и более) в мужской популяции указанного возраста достигает 26-46% [14,15]. То есть, на диспансерном наблюдении должно было бы находиться существенно большее число пациентов. Приведенные выше факты указывают на недостаточную эффективность существующей системы диагностики и лечения ДГПЖ: упущения в профилактической работе, низкую выявляемость заболевания на ранних стадиях, недостатки консервативной терапии и погрешности в определении тактики лечения. Это стало поводом для реализации комплексной программы оказания урологической помощи в Воронежской области. Подготовительные мероприятия начали проводиться с 2009 года, а с 2011 года, после утверждения в правительстве Воронежской области (выписки из постановления правительства от 22 ноября 2010 г. № 1002) комплексная

этапная стандартизованная программа реализуется в полном объеме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработана комплексная этапная стандартизованная программа оказания урологической помощи, базирующаяся на профилактических принципах, сформулированных основоположником советской медицины Н.А. Семашко. Программа «Урология» (далее Программа) была утверждена в составе «Областной целевой программы развития здравоохранения Воронежской области на 2011-2015 гг.».

Программа включает в себя комплекс мер, направленных на раннее выявление заболеваний и подразумевает переход в диагностике от принципа «обращаемости» к принципу «выявляемости». Широко использовали анкетирование, опрос декретированных групп населения, распространение медико-просветительской информации об уро-

логических заболеваниях и сути проводимой программы.

При планировании Программы было принято решение о включении в целевую группу мужчин старше 50 лет, поскольку именно в пятом десятилетии жизни мужчины отмечается резкий рост как клинических, так и морфологических признаков ДГПЖ (рис. 1).

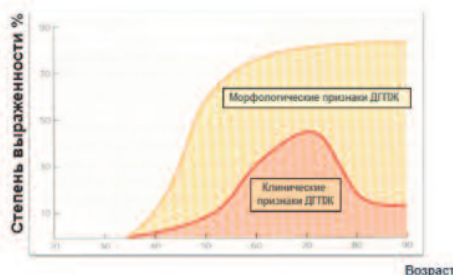


Рис. 1. Динамика клинических и морфологических признаков ДГПЖ по Altwein J.E. и Jacobi G.H. [16]

Программа носит универсальный характер и может быть с небольшими корректировками реализована в любом регионе России. Ее основу составляет

этапный подход к оказанию урологической помощи. На первом этапе главная роль отведена семейным врачам, врачам общей практики, фельдшерам, которые осуществляют опрос и анкетирование пациентов, формируют группы риска для дальнейшего обследования. Второй этап мероприятий осуществляют урологи амбулаторного и стационарного звеньев межрайонных урологических центров. На третьем этапе медицинскую помощь оказывают в региональных урологических центрах на базе республиканских или областных больниц (рис. 2). В этой структуре задачи НИИ урологии заключаются в разработке адаптированного варианта программы для конкретного региона, обучению персонала необходимым методам диагностики и лечения, а также в методическом сопровождении Программы на различных этапах реализации, экспертной оценке качества урологической помощи на основе анализа динамики основных медикостатистических показателей и частоты

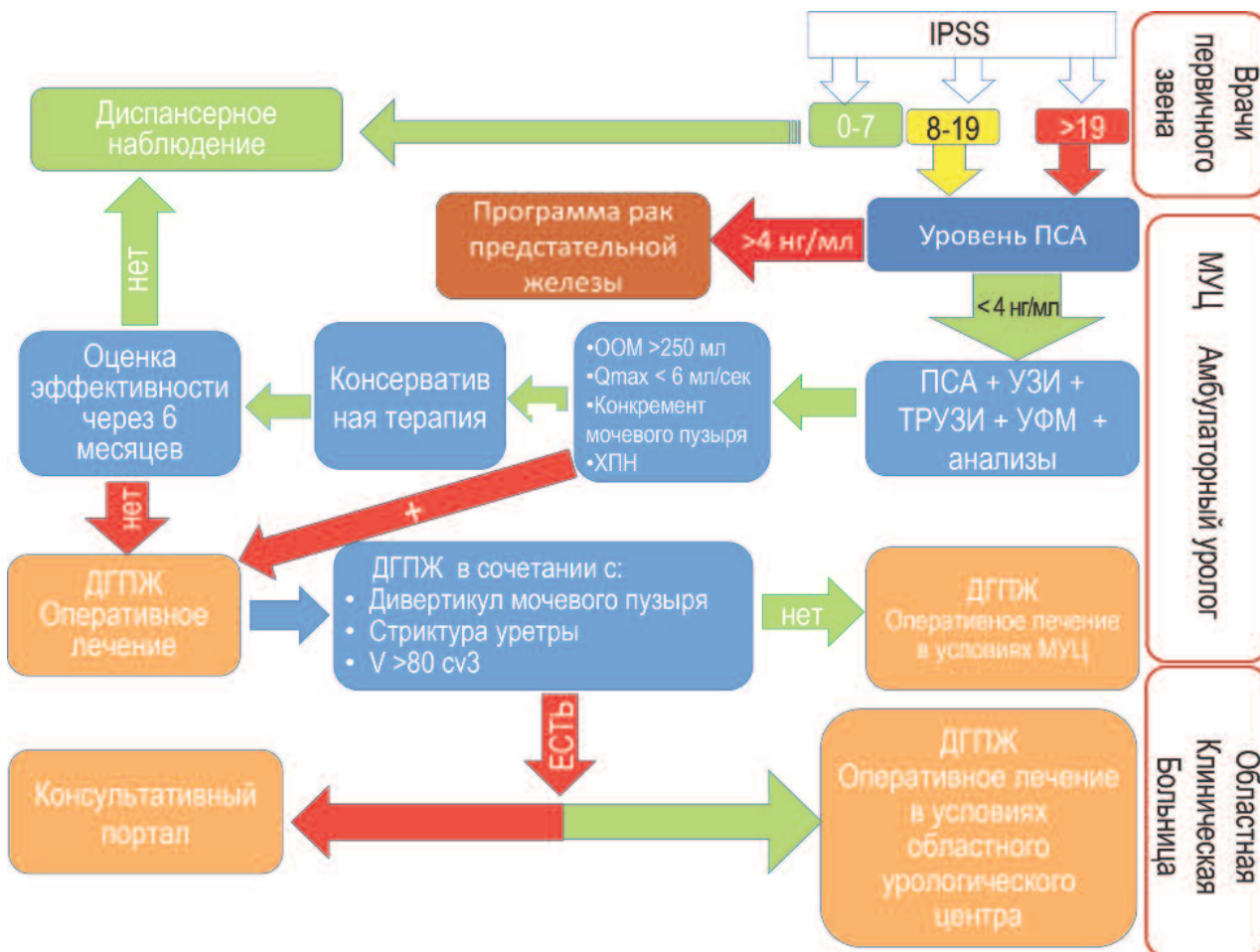


Рис. 2. Этапная схема оказания урологической помощи при ДГПЖ

осложнений. Кроме того, институт содействует региону в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, выполняя часть операций на своей базе, до момента освоения местными специалистами и внедрения новых технологий в клиническую практику.

При реализации Программы в Воронежской области, весь объем медицинской помощи пациентам с ДГПЖ был стандартизирован на каждом этапе. Разработан пакет подробных методических материалов, включая региональные стандарты, с использованием мирового опыта диагностики и лечения ДГПЖ. Стандарты составлены с учетом специфики функционирования российской системы здравоохранения [17].

На первом этапе реализована задача своевременного выявления больных ДГПЖ путем анкетирования с использованием опросника IPSS. На втором – обеспечено выполнение стандартных диагностических и лечебных манипуляций, позволяющих верифицировать диагноз: урофлоуметрия, УЗИ, ТРУЗИ, биопсия предстательной железы, анализы и т.д., а также консервативную и хирургическую медицинскую помощь. Второй этап оказания медицинской помощи пациентам с урологическими заболеваниями подразумевает выполнение оперативных вмешательств в типичных клинических случаях в объеме: троакарная эпицистостомия, инцизия простаты, трансуретральная электрорезекция предстательной железы, чреспузырная аденомэктомия, цистолитотрипсия, цистолитотомия и т.д. На третьем

этапе выполнялись оперативные вмешательства в осложненных клинических случаях: сочетание ДГПЖ с дивертикулумом мочевого пузыря, стриктурой уретры, раком простаты, объемом предстательной железы более 100 см³ и т.д.

Для выполнения поставленных задач в рамках Программы были осуществлены организационные и структурные изменения всей урологической службы региона, в том числе созданы, оснащены необходимым оборудованием и обеспечены кадрами 7 межрайонных урологических центров (МУЦ) для выполнения работ второго этапа урологической помощи. На базе областной клинической больницы №1 развернут и оснащен необходимыми технологиями региональный урологический центр, соответствующий третьему уровню специализированной помощи.

Реорганизации урологической службы региона сопутствовала просветительская работа в средствах массовой информации, включая областное телевидение, по разъяснению населению задач, важности и порядка проведения Программы. Одновременно, на всех этапах реализации Программы осуществляли образовательные мероприятия, ориентированные на повышение уровня методологической и практической подготовки амбулаторных урологов, врачей семейной практики, фельдшеров, среднего медперсонала. Специалисты призванные оказывать специализированную медицинскую помощь второго и третьего уровней прошли обучение по новым малоинвазивным ме-

тодам лечения ДГПЖ, в том числе на базе НИИ урологии.

Кроме того, для координации системы оказания медицинской помощи пациентам с ДГПЖ в НИИ урологии были разработаны специальные интернет-ресурсы: образовательная платформа (Uroedu.ru) и консультативный портал (Nethealth.ru). Задачей образовательного ресурса стало обеспечение необходимого уровня знаний у всех участников программы «Урология». На консультативный портал возлагались задачи консультирования, совместной выработки лечебно-диагностической тактики и маршрутизации пациентов в рамках трех уровневой системы оказания урологической помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При реализации Программы в 2012 году было проанкетировано с использованием шкалы IPSS 259010 мужчин старше 50 лет на предмет наличия и выраженности симптомов нарушения функции нижних мочевых путей (СНМП), что составило 88,1% мужского населения Воронежской области указанной возрастной группы.

Из числа анкетированных, 77202 мужчины были направлены к амбулаторному урологу с клинически значимыми СНМП и подозрением на наличие ДГПЖ, что составило 29,81% от всех опрошенных мужчин. Диагноз ДГПЖ был подтвержден у 26905 мужчин или 10,39% от всех опрошенных. Оперативное вмешательство по поводу ДГПЖ было выполнено 1377 пациентам, что составило 0,53% опрошенных или 5,12% от числа больных ДГПЖ. (табл. 1).

Вследствие проведенных мероприятий, диспансерная группа пациентов с заболеваниями предстательной железы увеличилась на 283,44%. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от выраженности СНМП, степени нарушения мочеиспускания и показанности оперативного лечения: группы 1, 2 и 3 соответственно. К первой группе были отнесены пациенты с умеренными симптомами и отсутствием остаточной мочи. Ко второй

Таблица 1. Результаты диагностики ДГПЖ

Прикрепленное мужское население (старше 50 лет)	Проанкетировано	Обследовано	Выявлено ДГПЖ	Направлено на оперативное лечение
293943	259010	77202	26905	1377

Таблица 2. Распределение заболеваемости ДГПЖ по группам

	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Первичная заболеваемость ДГПЖ (чел.) из них:	9659	14076	19383	26905
1 группа ДГПЖ	4944 (51,8%)	7910 (56,19%)	11109 (57,31%)	17127 (63,66%)
2 группа ДГПЖ	3703 (38,34%)	5168 (36,72%)	7165 (36,96%)	8576 (31,88%)
3 группа ДГПЖ	1012 (10,48%)	998 (7,09%)	1109 (5,72%)	1202 (4,47%)
ВСЕГО:	9659	14076	19383	26905

группе – пациенты с умеренно и сильно выраженной симптоматикой и наличием остаточной мочи. В третью группу были включены пациенты с умеренно и сильно выраженной симптоматикой, выраженной инфравезикальной обструкцией и большим количеством остаточной мочи.

За 2009-2012 годы в наибольшей мере возросло абсолютное количество больных ДГПЖ 1 группы – на 246,42%. Увеличение числа пациентов 2 и 3 групп составило 131,60% и 18,77% соответственно. Динамика пациентов 3 группы не была статистически достоверна (рис. 3).

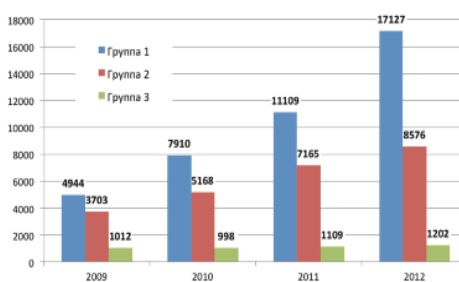


Рис. 3. Динамика числа пациентов с ДГПЖ в группах

При этом, доля пациентов различных групп в структуре первичной заболеваемости изменилась не так значительно: 1 группы увеличилась с 51,18% до 63,66%, а 2 и 3 группы уменьшились с 38,34% до 31,88% и с 10,48% до 4,47% соответственно (табл. 2).

На фоне роста выявляемости пациентов с ДГПЖ отмечено значительное увеличение оперативной активности в медицинских учреждениях области. Так, число трансуретральных резекций (ТУР) и открытых аденоэктомий увеличилось на 42,33%. При этом доля ТУР выросла на 30%, следствием чего стало, как снижение количества осложнений, так и сокращение времени послеоперационного пребывания пациентов в стационаре.

Реализация программных мероприятий привела 2012 году к сокращению числа пациентов с заболеваниями предстательной железы, доставленных в приемные отделения стационаров скорой медицинской помощью на 62,90% по сравнению с 2009 годом (рис. 4). Также на 26,82% сократилась и доля пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу болезней

предстательной железы, которые были госпитализированы по экстренным показаниям. Среди всех пациентов это составило 14,07%.

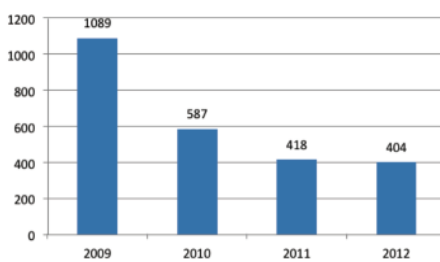


Рис. 4. Частота экстренных госпитализаций пациентов с болезнями предстательной железы

В целом, программные мероприятия привели к интенсификации работы урологической службы Воронежской области на 15,59%.

ОБСУЖДЕНИЕ

На сегодняшний день медицинская наука достигла высоких результатов в лечении конкретных заболеваний на базе одного учреждения, одновременно с этим часто наблюдается недостаточная координация всей медицинской службы в лечении каждого конкретного заболевания. ДГПЖ не является исключением из этого принципа. Близость к высококвалифицированным урологическим центрам не может заменить комплексного этапного стандартизированного подхода при оказании урологической помощи. Так, 44,5% пациентов с ДГПЖ в стационарах Московской области проходят лечение в связи с острой задержкой мочеиспускания – [19].

Возникновение ОЗМ требует экстренного купирования данного состояния и, как следствие, приводит к нерациональному использованию ресурсов. Кроме того, факт наличия ОЗМ в анамнезе неблагоприятно сказывается на последующем оперативном лечении. При выполнении ТУР наличие в анамнезе ОЗМ повышает частоту рекатетеризации, септицемии, инфекций нижних мочевых путей, сохранения симптомов нижних мочевых путей после операции, гемотрансфузиям и, как следствие, повышает затраты на лечение [20].

По нашему мнению, основной акцент в улучшении качества оказания ме-

дицинской помощи при ДГПЖ в настоящее время необходимо сделать именно на четкой структуризации всех этапов оказания медицинской помощи: первичного звена, межмуниципальных урологических центров, областных (краевых, республиканских) урологических центров.

Предлагаемая комплексная этапная стандартизированная программа «Урология» не специфична для конкретного региона, она состоит из четких алгоритмов построения урологической службы на всех этапах оказания медицинской помощи и разделена модули на основе нозологий: ДГПЖ, рак предстательной железы, недержание мочи у женщин, МКБ и др.

Упомянутые алгоритмы построения урологической службы могут быть внедрены в любом регионе РФ и за ее пределами. Например, модуль ДГПЖ программы «Урология» находится на различных этапах внедрения в Липецкой области, Карачаево-Черкесской Республике, Владимирской области, Пензенской области, Тверской области, поликлиниках управделами Президента № 1 и 3, на Кубе.

ВЫВОДЫ

Повышение клинической эффективности оказания урологической помощи пациентам с ДГПЖ возможно путем перехода к системе мер «активного» выявления заболевания на ранних стадиях. Для этого необходимо кардинально изменить подходы ко всем составляющим системы оказания медицинской помощи: подготовке специалистов, оснащению лечебно-профилактических учреждений, используемых методов диагностики и лечения, маршрутизации пациентов, к индикаторам качества медицинской помощи, роли и месту федеральных центров.

Первые результаты нашей работы подтвердили, что модуль ДГПЖ комплексной этапной стандартизированной программы «Урология» является универсальным инструментом решения проблем совершенствования организации медицинской помощи при этом заболевании. ■

Резюме:

Введение: ДГПЖ-гендерное, социально значимое заболевание, так на его долю приходится более 40% от числа всех заболеваний мужчин старше 50 лет.

Проанализировав эффективность диагностики и лечения ДГПЖ в Российской Федерации на примере одного из регионов – Воронежской области за 2009 год; выяснилось, что 40,9% больных с заболеваниями предстательной железы находившихся на стационарном лечении доставлены по экстренным показаниям машинами скорой помощи, что указывает на недостатки профилактической работы и низкой выявляемости заболеваний. Для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с ДГПЖ была разработана комплексная этапная стандартизированная программа оказания урологической помощи, подготовительные мероприятия начали проводиться с 2009 года, а с 2011 года, после утверждения в правительстве Воронежской области, программа реализуется в полном объеме.

Материалы и методы: Урологическая помощь оказывалась на трех этапах. На первом этапе реализовывалась задача своевременного выявления больных, на втором – обеспечивалось выполнение стандартных лечебных манипуляций, в том числе и оперативных пособий. Было развернуто 7 межрайонных урологических центров – второй этап оказания урологической помощи. На базе областной клинической больницы №1 организован региональный урологический центр – третий этап, на базе которого осуществлялось лечение в тяжелых клинических случаях.

Результаты: В результате программных мероприятий, увеличилась диспансерная группа пациентов с заболеваниями предстательной железы на 283,44%. С 2009 по 2012 годы сократилось количество пациентов с болезнями предстательной железы доставленных по экстренным показаниям машиной скорой помощи на 62,9%. Так же сократилась и доля пациентов находящихся на стационарном лечении по поводу болезней предстательной железы доставленных машиной скорой помощи на 26,82% (с 2009 по 2012 годы). Указанные факты свидетельствуют о улучшении качества профилактических мер, направленных на своевременную диагностику ДГПЖ.

Выводы: Комплексная этапная стандартизированная программа «Урология» является универсальным инструментом для решения проблемы совершенствования организации медицинской помощи при ДГПЖ.

Ключевые слова: урологическая служба Воронежской области, программа «Урология», доброкачественная гиперплазия предстательной железы, модуль ДГПЖ.

Key words: urological service of Voronezh region, program of «Urology», benign prostatic hyperplasia, module BPH.

ЛИТЕРАТУРА

- Щепин, О.П., Тишук Е.И. Проблемы демографического развития России. // Экономика здравоохранения. 2005. № 3. С. 5-8.
- Temml C, Brössner C, Schatzl G, Pohnholz A, Knoepf L, Madersbacher S; Prostate Study Group of the Austrian Society of Urology. The natural history of lower urinary tract symptoms over five years. // Eur Urol. 2003. Vol. 43, № 4. P. 374-380.
- Kok ET1, Schouten BW, Bohnen AM, Groeneveld FP, Thomas S, Bosch JL. Risk factors for lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in a community based population of healthy aging men: the Krimpen Study. // J Urol. 2009. Vol. 181, N 2. P. 710-716.
- Schulman CC. The aging male: a challenge for urologists: Rev. // Curr Opin Urol. 2000. Vol. 10, N 4. P. 337-342.
- Kaplan SA, Olsson CA, Te AE. The American Urological Association symptom score in the evaluation of men with lower urinary tract symptoms: at 2 years of follow up, does it work? J Urol. 1996. Vol. 155, N 6. P. 1971-1974.
- Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, O'Leary MP, Pappo P, Robertson C, Giuliano F. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). // Eur Urol. 2003. Vol. 44, N 6. P. 637-649.
- Farmer R., Clifford JG. Incidence and prevalence of LUTS/BPH in the UK in the 1990. // BJU Int. 2002. Vol. 90, Suppl. 2. – P.74.
- Loh, SY, Chin CM. A demographic profile of patients undergoing transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia and presenting in acute urinary retention. // BJU. 2002. Vol. 89, N 6. – P. 531-533.
- Bruskewitz, R. Management of symptomatic BPH in the US: who is treated and how? // Eur Urol. 1999. Vol. 36, Suppl. 3. P. 7-13.
- Garraway WM, Collins GN, Lee RJ. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. // Lancet. 1991. Vol. 338, N 8765. P. 469-471.
- Roth S, Buzeline JM, Delauche-Cavallier MC. Correlation between symptomatic improvement as-sessed by Boyarsky and I-PSS symptom scores in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). // Eur. Urol. 1996. – Vol. 30, Supp. 2. P. 57.
- «Российская газета» интернет издание 16.12.2013.// URL: <http://www.rg.ru/2013/12/16/zanatost-site.html>
- Аполихин О.И., Сивков А.В., Катибов М.И., Шукин А.В., Золотухин О.В., Шадеркин И.А., Мадькин Ю.Ю., Кочеров А.А., Кочерова Е.В., Шадеркина В.А., Просьянников М.Ю., Войтко Д.А. Программа «Урология» – комплексный подход к модернизации здравоохранения на примере Воронежской области. // Экспериментальная и клиническая урология. 2013. N 2. С.4-8.
- Kohnen PW, Drach G W. Patterns of inflammation in prostatic hyperplasia: a histologic and bacteriologic study. // J Urol. 1979. Vol. 121, N 6. P. 755-760
- Diener E, E. Suh E, Oishi S. Recent findings on subjective well-being. // Indian J Clin Psy- chol. 1997. Vol. 24. N 1. P. 25–41.
- Altwein J E, Jacobi G H. Urologie, Enke Verlag, Stuttgart 1986.
- Постановление Правительства Воронежской области от 22 ноября 2010 г. N 1002 «О внесении изменений в постановление правительства Воронежской области от 05.10.2010 №825 // URL: <http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW181;n=37931>.
- Orestano F, Altwein JE, Knapsten P, Bandhauer K. Mode of action of progesterone, gestodene capronate (depostat) and cyproterone acetate (androcru) on the metabolism of testosterone in human prostatic adenoma: in vitro and in vivo investigations. // J Steroid Biochemis-try. 1975. Vol. 6, N 6. P. 845-851.
- Поздняков К.В. Острая задержка мочи при доброкачественной гиперплазии предстательной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 24 с.
- Chen JS, Chang CH, Yang WH, Kao YH. Acute urinary retention increases the risk of complications after transurethral resection of the prostate: a population-based study. // BJU Int. 2012. Vol. 110, N 11, Pt C. P.896-901.

Наши ВОЗМОЖНОСТИ

Биохимическая лаборатория НИИ урологии



В настоящее время НИИ урологии имеет необходимую методическую и приборную базу для выполнения **диагностики метаболических факторов риска МКБ:**

- диагностическая панель биохимических тестов (мочи и крови пациентов) для диагностики видов литогенных нарушений, рекомендованная Европейским обществом урологов (Guidelance on Urolithiasis, 2012-2013, EUA);



- точный анализ минерального состава мочевых камней у пациентов - с помощью современного инфракрасного спектрофотометра (Nicolet iS10, США) со встроенной библиотекой спектров. На основании полученных данных проводится целенаправленное противорецидивное лечение МКБ, ее эффективная метафилактика.

Онкоурология:

- Определение онкомаркеров рака предстательной железы (PSA, хромогранин А)

- Определение онкомаркеров рака мочевого пузыря (ВТА, UBC, NMP22, CYFRA 21.1).



Трансплантология:

- мониторинг концентрации иммуносупрессоров (такролимуса, циклоспорина, сиролимуса) в крови больных после трансплантации почки.

Перспективы: дальнейшее совершенствование методов диагностики урологических заболеваний.