

# Пути стандартизации оказания этапной помощи пациентам раком предстательной железы в Российской Федерации

*О.И. Аполихин, М.И. Катиров, И.А. Шадеркин*

*НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ, Москва*

**Р**ак предстательной железы (РПЖ) представляет собой актуальную медико-социальную проблему, что обусловлено масштабами заболевания, которые оно приобрело за последние годы. Так, в Российской Федерации в 2008 году заболевание впервые выявлено у 22 129 мужчин, при этом РПЖ в структуре онкологических заболеваний мужского населения занимает третье место и его доля составляет 9,7%, а по темпам прироста заболеваемости (на 110,2%) и смертности (на 37,5%) за период с 1998 по 2008 гг. – первое место (Чиссов В.И. и соавт., 2010) (рисунок 1).

Хотя улучшение диагностики РПЖ за последние годы за счет внедрения в практику определения уровня простатического специфического антигена (ПСА), мультифокальной биопсии предстательной железы и других диагностических методов привело к небольшому увеличению числа случаев локализованного рака, ситуация в целом по России остается неблагоприятной. Например, если в США доля впервые выявленного локализованного РПЖ составляет 80%, то в России – лишь 44%. Такое состояние приводит к уменьшению эффективности лечения и увеличению роста затрат на него, так как по мере нарастания

стадии заболевания пропорционально повышаются и расходы.

Такая закономерность повышения расходов на лечение РПЖ продемонстрирована D.F. Penson et al., которыми отмечено, что затраты в течение первого года после установления диагноза при I-II стадии заболевания составляли в среднем 7320 долларов США, III стадии – 12 580 долларов, IV стадии – 16 033 долларов (Penson D.F. et al., 2001) (рисунок 2).

Анализ основных недостатков диагностики и состояния оказания медицинской помощи больным РПЖ позволит выработать рекомендации по совершенствованию системы выявления и лечения РПЖ в России.

## **ОСНОВНЫЕ НЕДОСТАТКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РПЖ В РОССИИ**

Важной причиной низкой частоты выявления заболевания на ранних стадиях является состояние материально-технического оснащения медицинских учреждений (в первую очередь амбулаторного звена). В большинстве регионов России отмечается недостаток или отсутствие необходимого медицинского оборудования и методик даже для выполнения обязательных диагностических мероприятий. Это касается

## **Ways of prostate cancer treatment standartization in Russia**

*O.I. Apolikhin, M.I. Katibov, I.A. Shaderkin*

широкой возможности определения уровня ПСА, наличия ультразвуковых установок с трансректальными датчиками, биопсийных устройств, ограниченного доступа к КТ и МРТ исследованиям, остеосцинтиграфии, нехватки урофлуометров, уродинамических систем и др. (Сивков А.В. и соавт., 2004). Ситуацию усугубляет недостаток современного электрохирургического оборудования, лапаро- и эндоскопических систем. Результатом является высокая распространенность запущенных форм заболевания и рост количества осложнений после проведенного лечения. Об этом свидетельствует выполненный специалистами НИИ урологии анализ состояния оказания медицинской помощи больным РПЖ в регионах на примере пациентов, поступивших на лечение в институт по квотам ВМП. Было выявлено (Аполихин О.И., 2011), что из-за погрешностей системы организации помощи, отсутствия необходимого оборудования и методик:

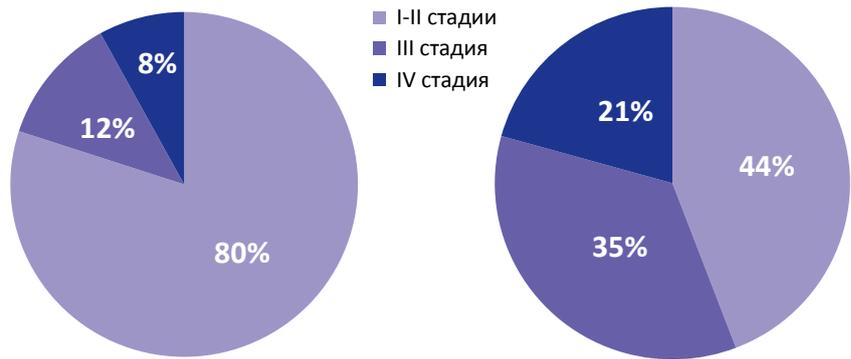
- недостаточно обследованы – 47% больных;

- требуют повторного обследования из-за низкого качества предыдущего – 30-45% пациентов;

- имеют ошибочный или неполный направительный диагноз – 15-20% пациентов.

Одной из основных причин необоснованного роста расходов на лечение РПЖ является ситуация связанная с оказанием высокотехнологической медицинской помощи (ВМП). Так как этот вид медицинской помощи является самым затратным вариантом лечения, необоснованное включение в ВМП многих методов привело к диспропорции между числом вмешательств и затратами на них. Например, в ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2009 г. 36,1% всех расходов пришлось на ВМП, тогда как доля пациентов, получивших ВМП, составила лишь 2,6% от всех пациентов.

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ № 1248н от 31 декабря 2010 г. к ВМП отнесены различные методы лечения локализованного РПЖ. Согласно данному Приказу, эти методы лечения существенно различаются между собой по нормативам финансовых затрат (таблица 1), при том, что все они преследуют одну и ту же цель – лечение РПЖ на ранних стадиях.



National Cancer Institute, 2010

Чиссов В.И. и соавт., 2010

Рисунок 1. Высокая частота распространенных форм РПЖ в России

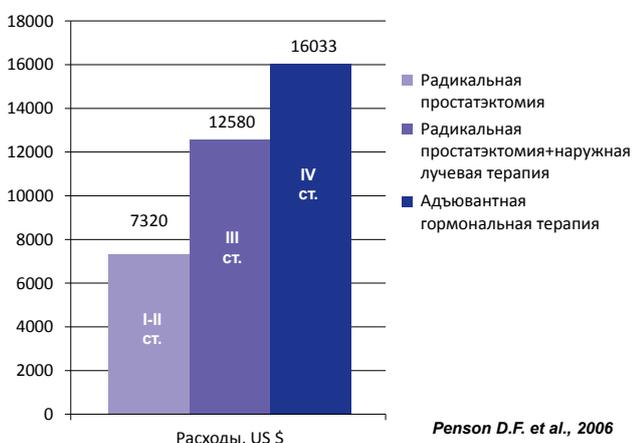
Такой же пример разницы в расходах при различных видах лечения РПЖ, направленных на лечение основного заболевания, представлен в исследовании С. Bolenz et al. (2010). Авторы выявили, что медиана прямых медицинских расходов на лечение 1 больного при открытой радикальной простатэктомии (РПЭ) составляет 4437 долларов США, лапароскопической РПЭ – 5687 долларов и роботизированной РПЭ – 9450 долларов (рисунок 3).

Согласно нашим данным, полученным при анализе материалов пациентов поступивших в НИИ урологии по программе ВМП, частота осложнений после лечения проведенного по месту жительства превышает 20% (Аполихин О.И., 2011). Насколько сильно влияют на рост расходов различного рода ос-

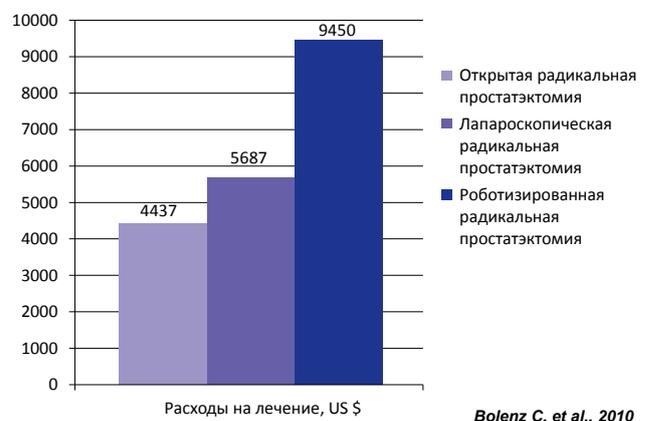
ложнения предыдущего этапа лечения РПЖ, можно понять из данных таблицы 2, составленной на основании работы S.A. Grover et al. (1999).

### СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РПЖ

В условиях современной России оптимальная организация медицинской помощи больным РПЖ и ее экономическое обеспечение достижимы только на основе стандартизации диагностических и лечебных подходов. Существенной проблемой является отсутствие документов, регламентирующих единые требования по обследованию и лечению больных, что влечет за собой возникновение существенных различий в уровне оказания уро-



Penson D.F. et al., 2006



Bolenz C. et al., 2010

Рисунок 2. Рост затрат по мере нарастания стадии РПЖ

Рисунок 3. Стоимость различных методов оперативного лечения РПЖ

**Таблица 1. Нормативы финансовых затрат на оказание ВМП больным РПЖ**

Метод лечения больных РПЖ	Нормативы финансовых затрат на 1 больного, руб.
Открытая радикальная простатэктомия (РПЭ)	109 800
Лапароскопическая РПЭ	109 800
Криодеструкция	109 800
Высокоинтенсивная фокусированная ультразвуковая терапия (HIFU)	109 800
Робот-ассистированная РПЭ	200 200
Брахитерапия	459 000

**Таблица 2. Госпитальные расходы на РПЭ и лечение осложнений**

Вид лечения	Затраты на 1 больного (долл. США)
Первичное лечение – радикальная простатэктомия	8267
Лечение осложнений:	
прямокишечные свищи	10 788
стриктура уретры	2842
имплантация сфинктера мочевого пузыря	5 179
фаллопротезирование	5041
сердечно-легочные осложнения	5941
сосудистые осложнения	4396

логической помощи в центре и регионах. С учетом этого необходимо официально регламентировать этапы оказания медицинской помощи при РПЖ с позиций доказательной медицины.

Согласно принципам доказательной медицины существуют 3 вида профилактики. К первичной профилактике относят мероприятия, направленные на предупреждение возникновения болезни, т.е. на устранение факторов риска. При РПЖ к первичной профилактике можно отнести пропаганду здорового образа жизни, выявление факторов риска и борьбу с ними.

Под вторичной профилактикой подразумевают систему раннего обнаружения и лечения заболевания. По отношению к РПЖ вторичная профилактика включает в себя раннее выявление заболевания и его лечение на начальных стадиях, т.е. проведение скрининга, стадирование и радикальное лечение.

Третичная профилактика представляет собой действия, которые осуществляются для предотвращения ухудшения течения заболевания или его осложнений (Флетчер Р. и соавт., 2011). Третичная профилактика РПЖ будет заключаться в

выполнении мероприятий по снижению вероятности прогрессии основного заболевания (метастазирования или рецидива опухоли) и уменьшению проявлений негативных последствий предыдущего лечения (эректильной дисфункции, недержания мочи, стриктуры уретры и др.). Согласно указанным принципам, все вышеперечисленные методы лечения локализованного РПЖ (лечение основного заболевания) следует рассматривать как мероприятия вторичной профилактики. Это дает основание отнести данные варианты лечения к категории специализированной помощи.

Таким образом, на основе принципов доказательной медицины этапы оказания медицинской помощи больным РПЖ могут быть представлены следующим образом.

#### **I этап: неспециализированная помощь**

*IA этап.* Мероприятия данного этапа относятся к первичной профилактике. Осуществляется фельдшером фельдшерско-акушерского пункта или участковым терапевтом районной (городской) поликлиники (сельским врачом, врачом общей практики, семейным врачом).

Задачи:

- информационное обеспечение;
- учет и контроль мужчин старше 45 лет;
- своевременное направление пациентов с нарушениями мочеиспускания к хирургу или урологу районной (городской) поликлиники.

*IB этап.* Мероприятия этапа относятся к начальным действиям вторичной профилактики – скринингу РПЖ. Осуществляется хирургом районной (городской) поликлиники.

Задачи:

- профилактические осмотры мужчин старше 45 лет;
- проведение диспансеризации;
- прием пациентов, имеющих повышенный уровень ПСА, нарушения мочеиспускания или онкологический анамнез;
- установление предварительного диагноза РПЖ и направление пациентов к урологу межрайонного урологического центра (МУЦ).

#### **II этап: специализированная урологическая помощь**

Главная задача данного этапа – ранняя диагностика – является мерой вторичной профилактики.

*IIA этап.* Специализированная амбулаторная урологическая помощь.

Осуществляется урологами МУЦ, районной (городской) поликлиники.

Задачи:

- консультации и амбулаторная помощь;
- направление на госпитализацию.

*IIБ этап.* Специализированная стационарная урологическая помощь.

Осуществляется специалистами урологического отделения районной (городской) больницы.

Задачи:

- диагностика РПЖ, в т.ч. выполнение биопсии простаты;
- ургентная помощь;

- плановые оперативные вмешательства.

### III этап: высокоспециализированная урологическая помощь

Все мероприятия данного этапа относятся к вторичной профилактике, главным из них является лечение основного заболевания. Осуществляется на базе областной (республиканской) больницы и/или онкологического диспансера.

*IIIА. Высокоспециализированная амбулаторная урологическая помощь.*

Задачи:

- дообследование, стадирование;
- определение тактики лечения.

*IIIБ. Высокоспециализированная стационарная урологическая помощь.*

Задачи:

- лечение основного заболевания (открытая РПЭ, лапароскопическая РПЭ, роботизированная РПЭ, брахитерапия, HIFU, криоабляция, лучевая терапия);

- ранняя реабилитация.

### IV этап: высокотехнологичная урологическая помощь

Мероприятия высокотехнологичной помощи относятся к третичной профилактике. Осуществляется на базе центров, имеющих необходимую подготовку и оборудование, специалистов соответствующей аттестационной категории.

Задачи: контроль и анализ специализированной медицинской помощи через систему лечения осложнений, возникших на предыдущем уровне.

Всех пациентов с осложнениями после оказания специализированной помощи необходимо направлять по квотам регионов в федеральные специализированные центры. Например, к вариантам лечения осложнений предшествующего этапа могут быть отнесены имплантация искусственного сфин-

ктера мочевого пузыря или сетчатого протеза при недержании мочи, фаллопротезирование при эректильной дисфункции, внутренняя уретротомия или пластические операции при стриктуре уретры, трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря при ее склерозе и различные реконструктивно-пластические операции. Местом оказания такого характера медицинской помощи реально может быть только уровень высокотехнологичной помощи, где будет осуществляться исправление возникших осложнений, что требует наиболее современного оснащения, высокой квалификации специалистов и достаточного финансирования. Только медицинская помощь такого содержания должна быть предоставлена по квотам ВМП. Остальные мероприятия по своевременному выявлению заболеваний и лечению в полном объеме ложатся на специализированную медицинскую помощь на местах.

Этап ВМП – это, в том числе, этап осуществления контроля качества лечения на предыдущих этапах. При этом, частота и характер осложнений играют роль показателя для последующего анализа качества медицинской помощи на местах. В результате появляется возможность осуществления контроля качества лечения в зависимости от числа осложнений по каждому региону. Более того, это позволит дать аналитическую оценку перспективных затрат и будет влиять на систематизацию работы по специализированной помощи. В конечном итоге такая система должна привести к уменьшению затрат на ВМП.

Реализация указанных принципов этапного оказания медицинской помощи позволит коренным образом изменить сложившуюся ситуацию профилактики РПЖ с позиций доказательной медицины. Это приведет к уменьшению доли пациентов, которые будут

нуждаться в проведении действий третичной профилактики, т.е. в оказании ВМП, и, следовательно, снижению расходов на лечение РПЖ в целом. Для внедрения этого механизма в практику необходимо создать нормативную базу, регламентирующую стандарты оказания медицинской помощи, с указанием этапов осуществления различных видов медицинской помощи и источников финансирования этих стандартов. Ожидается, что утверждение единых требований по оказанию медицинской помощи больным РПЖ, обязательных для всех учреждений здравоохранения, независимо от их ведомственной подчиненности, формы собственности и места проживания пациентов, позволит повысить качество лечения, приблизить его к лучшим мировым стандартам и добиться существенной экономии финансовых средств.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время ситуация по оказанию медицинской помощи больным РПЖ в России требует совершенствования. Осуществление изменений возможно на основе принципов доказательной медицины и определения ВМП как индикатора специализированной помощи, стандартизации и этапности оказания медицинской помощи со строгим распределением ролей и участников этого процесса. При этом ВМП должна стать последним этапом оказания медицинской помощи и взять на себя функции решения вопросов диагностики и лечения осложнений, возникших на предыдущих этапах. Реформирование существующей системы оказания медицинской помощи при РПЖ позволит не только снизить затраты на лечение больных данной категории, но и контролировать эффективность работы всей системы здравоохранения. ■

**Ключевые слова:** рак предстательной железы, скрининг, экономические затраты, брахитерапия, радикальная простатэктомия.

**Keywords:** cancer prostate, scrining, economic costs, brachytherapy, radical prostatectomy.