

Войтко Д.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена»
105425, г. Москва, Россия

Для корреспонденции: Войтко Дмитрий Алексеевич, 1987vda@mail.ru

Статья посвящена анализу реализации программы оказания комплексной, этапной медицинской помощи пациентам при раке предстательной железы, основанной на принципах раннего выявления. Основными компонентами программы являются организация четырехуровневой системы оказания медицинской помощи, стандартизация материально-технического оснащения медицинских учреждений, подготовка и обучение специалистов методов диагностики и лечения на всех уровнях, ведение индикаторов эффективности медицинской помощи на каждом уровне, организационно-методическое руководство федерального отраслевого центра. Использование принципов раннего выявления заболеваемости раком предстательной железы позволяет улучшить ключевые показатели медицинской помощи пациентам (снижение смертности, сокращение сроков и экономических затрат на лечение, уменьшение объемов оперативного вмешательства), что способствует благоприятному прогнозу лечения, сохранения качества жизни и социальной активности пациентов.

Ключевые слова: качество жизни; рак предстательной железы; скрининг; ранняя выявляемость заболевания; стандартизация медицинской помощи.

Для цитирования: Социология медицины. 2015; 14 (1): 26—29.

Voitko D.A.

THE IMPLEMENTATION OF PRINCIPLES OF EARLY DETECTION OF DISEASE AND STANDARDIZATION OF MEDICAL CARE UNDER CANCER OF PROSTATE

The research institute of urology-branch of the P.A. Hertsen Federal medical research center of Minzdrav of Russia, 117231 Moscow, Russia

The article deals with analysis of implementation of the Program of rendering complex stage medical care to patients with prostate cancer based on principles of early diagnosis. The main components of program are organization of four-level system of rendering of medical care, standardization of material and technical equipment of medical institutions, training and education of specialists, diagnostic and treatment methods on all levels, introduction of indicators of effectiveness of medical care on every level, organizational and systematic supervision of the federal sectoral center. The implementation of principles of early diagnostic of prostate cancer morbidity permits enhancing the key indicators of rendering of medical care to patients (decreasing of mortality, reduction of period and economic costs of treatment, decreasing of proportions of surgery intervention) that promote benevolent prognosis of treatment, maintenance of quality of life and social activity of patients.

Keywords: quality of life; prostate cancer; screening; early diagnostic of disease; standardization; medical care

For citation: Sociologia meditsini. 2015; 14 (1): 26—29.

Здоровье составляет базовую, витальную ценность жизнеустройства каждого человека и, как указывает А.В. Решетников, «...социально опосредованное явление, заключающее в себе гармоничное соединение биологических и социальных качеств в условиях воздействия факторов окружающей среды» [1]. Любое нарушение здоровья влечет за собой серьезные изменения в жизни самого человека и его социального окружения, при этом объем указанных изменений напрямую коррелирует с нозологией, тяжестью и продолжительностью заболевания.

Одной из наиболее важных социально-медицинских проблем сегодня является рак предстательной железы (РПЖ), широкая распространенность и высокие темпы роста заболеваемости которым вызывают серьезные опасения у специалистов. Так, во всем мире РПЖ занимает 2-е ме-

сто по частоте выявления среди всех злокачественных новообразований у мужчин и 6-е место среди причин смерти от рака [2]. В Российской Федерации РПЖ занимает 2-е место в структуре онкологических заболеваний мужского населения (10,7%), а по темпам прироста стандартизированных показателей заболеваемости (на 122,08%) и смертности (на 31,78%) в течение последних 10 лет занимает первое место [3].

Однако, несмотря на широкое внедрение в практику отечественной медицины высокотехнологичной медицинской помощи в части расширения возможностей раннего выявления РПЖ, все еще сохраняются высокие долевые показатели выявления рака на запущенных стадиях заболевания. Для сравнения: в США доля III—IV стадий при впервые выявленном РПЖ составляет 19% [4], в Российской Федерации — 50,5% [5].

Такая ситуация стала поводом для разработки новых подходов к организации медицинской помощи при этом заболевании. В связи с этим коллективом НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина — филиала ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» (до октября 2014 г. учреждение носило название ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России) в 2010 г. была разработана и внедрена в Воронежской области комплексная программа, основанная на принципах раннего выявления заболевания и стандартизации медицинской помощи.

Для внедрения и эффективного функционирования программы в системе здравоохранения Воронежской области были осуществлены организационные изменения. Было создано 7 межрегиональных урологических центров, региональный урологический центр на базе областной клинической больницы. Для обеспечения постоянной консультативной и методической помощью региональных специалистов сотрудниками НИИ урологии был разработан консультативный портал, который позволял проводить дистанционные врачебные консилиумы на всех этапах, а также консультировать непосредственно самих пациентов. Для обеспечения соответствующей подготовки врачей различного уровня и реализации принципов непрерывного образования медицинских кадров сотрудниками НИИ урологии был создан образовательный портал, организованы регулярные выездные циклы и совещания по обучению и подготовке региональных специалистов, а также контролю их деятельности в рамках данной программы.

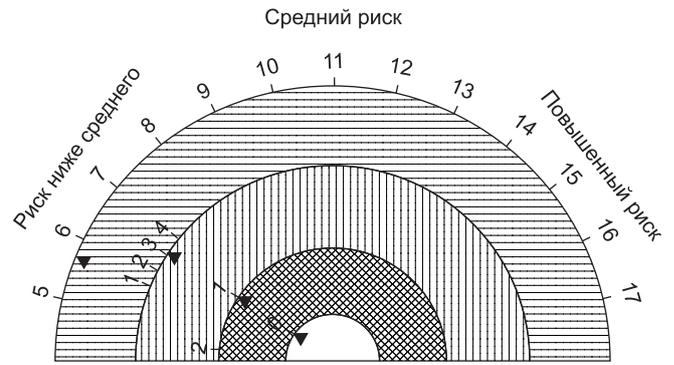
Материалы и методы

Программа подразумевала наличие следующих основных компонентов:

- ♦ организации четырехуровневой системы оказания медицинской помощи по схеме первичное врачебное звено — межрайонный урологический центр (МУЦ) — региональный центр урологической помощи — федеральный центр высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП);
- ♦ стандартизации материально-технического оснащения медицинских учреждений;
- ♦ стандартизации подготовки и обучения специалистов, ставших участниками Программы;
- ♦ стандартизации методов диагностики и лечения при РПЖ на всех уровнях (показания, противопоказания, техника выполнения) на основе принципов доказательной медицины;
- ♦ введения индикаторов эффективности медицинской помощи на каждом уровне;
- ♦ организационно-методического руководства федерального отраслевого центра.

Формирование группы риска РПЖ осуществлялось на первом уровне оказания медицинской помощи силами первичного врачебного звена (участковые врачи, врачи общей практики, семейные врачи, фельдшеры и др.). Основные мероприятия на уровне первичного звена включали следующий алгоритм мероприятий:

- ♦ обучение врачей первичного звена методике выявления факторов риска РПЖ (повышение онконастороженности врачей первичного звена относительно РПЖ);
- ♦ составление списка мужчин старше 45 лет, прикрепленных к каждому врачебному участку;
- ♦ создание сетевого графика анкетирования;
- ♦ анкетирование мужчин старше 45 лет;



Результат

Вероятность обнаружения рака простаты составляет около 6%, что показано на наружном полукруге

■ Семья ▨ Возраст ▨ Жалобы на мочеиспускание

Рис. 1. Пример использования счетчика риска 1 номограммы SWOP.

- ♦ формирование группы риска РПЖ и направление мужчин с повышенным риском на второй уровень.

Основными задачами первично-медицинского этапа, осуществляемого терапевтами, врачами общей практики, семейными врачами и фельдшерами, являлись составление списков обследуемых и формирование из этого списка основной группы риска, требующей дальнейшего обследования.

Составление списков мужчин, подлежащих анкетированию, осуществлялось ежегодно согласно данным Департамента здравоохранения Воронежской области. В исследование были включены мужчины возрастной группы 50—74 лет из 31 района области. Их опрос проводился во время скрининговых обходов либо во время очного приема специалиста. Так, в 2010 г. численность данной возрастной категории мужчин составила 273 093 человека, из них опрошено 218 474, в 2011 г. — 275 131 (опрошено 220 105), в 2012 г. — 263 943 (опрошено 211 154), в 2013 г. — 307 542 (опрошено 246 034).¹

Анкетирование проводили с использованием IPSS и номограммы индивидуального риска РПЖ, составленной Фондом исследований по РПЖ (SWOP) [6]. Оценку риска РПЖ осуществляли с помощью Счетчика риска 1 номограммы SWOP на основе трех признаков: возраста, наследственности по РПЖ и нарушений мочеиспускания (рис. 1). В качестве индикаторов эффективности мероприятий первого этапа предложены следующие критерии: процент охвата прикрепленного населения, соблюдение сроков анкетирования, доля лиц с повышенным риском РПЖ.

По результатам анкетирования, проведенного на первом этапе, был выделен пул респондентов с повышенным риском РПЖ, которые направлялись на второй уровень обследования.

На втором уровне оказания медицинской помощи проводили обследование лиц с повышенным риском РПЖ с помощью специального урологического обследова-

¹Автор принимал участие в реализации мероприятий программы на всех этапах в качестве участника рабочей группы по разработке программы, координатора реализации программы в Воронежской области, лектора и модератора обучающих курсов для специалистов всех уровней оказания медицинской помощи пациентам с РПЖ в Воронежской области. Анализировал данные, полученные из Департамента здравоохранения Воронежской области.



Рис. 2. Динамика показателей заболеваемости и смертности при РПЖ.

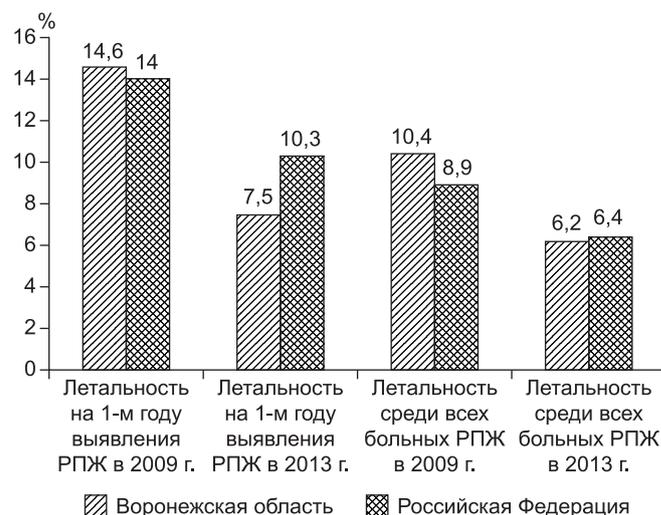


Рис. 3. Сравнительная летальность при РПЖ в Воронежской области и Российской Федерации до и после внедрения программы.

дования для стратификации группы риска и раннего выявления РПЖ. Данные мероприятия осуществляли на базе МУЦ, созданных из расчета 1 МУЦ на 300 тыс. населения. На этом этапе врач-уролог оценивал результаты обследования первого этапа и определял показания к выполнению анализа крови на простатический специфический антиген (ПСА). После результатов анализа крови на ПСА и других методов обследования (данные пальцевого ректального исследования, объем предстательной железы и наличие гипозоногенных образований при УЗИ) с помощью Счетчика 3 номограммы SWOP определяли показания к биопсии предстательной железы. При повторных случаях повышенного уровня ПСА или необходимости выполнения биопсии предстательной железы применяли Счетчики 4—6 номограммы SWOP.

Обязательным условием для реализации задачи второго этапа была стандартизация обучения врачей-специалистов (урологов), материально-технического оснащения рабочего места и методов диагностики (ПСА, биопсия предстательной железы, УЗИ и др.) под методическим руководством НИИ урологии. При разработке стандартов оказания медицинской помощи разработчики руководствовались международными и отечественными рекомендациями, основанными на принципах доказательной медицины [7, 8].

При морфологической верификации РПЖ пациентов направляли на третий уровень оказания медицинской помощи. В качестве индикаторов эффективности мероприятий второго этапа оказания медицинской помощи использованы частота выявления РПЖ, доля локализованных форм РПЖ, доля клинически значимого РПЖ.

На третьем уровне оказания медицинской помощи проводили стадирование (окончательную диагностику) и радикальное лечение РПЖ, что осуществляли на базе регионального (областного республиканского) урологического центра. Реализация этих задач происходила за счет стандартизации дополнительного обследования (компьютерная или магниторезонансная томография органов малого таза, остеосцинтиграфия, повторная биопсия предстательной железы по показаниям и др.) и выбора окончательной тактики ведения пациента. В качестве индикаторов эффективности мероприятий третьего уровня оказания медицинской помощи использованы

оперативная активность и частота осложнений лечения.

При сложных клинических случаях, в том числе при осложнениях предыдущего лечения, пациентов направляли на четвертый уровень оказания медицинской помощи, который представлял собой центр высокотехнологичной медицинской помощи (в данном случае НИИ урологии). Задачами четвертого уровня оказания медицинской помощи служили лечение сложных случаев заболевания и коррекция осложнений после предшествовавшего лечения, контроль качества всех видов предыдущей медицинской помощи по индикаторам, введенным для каждого уровня, методическая помощь предыдущим этапам, в том числе и по вопросам подготовки специалистов соответствующего уровня.

Результаты исследования

В результате внедрения программы было отмечено улучшение ряда ключевых показателей оказания медицинской помощи пациентам с РПЖ. Абсолютное количество пациентов с впервые выявленным РПЖ увеличилось с 407 в 2009 г. до 591 в 2013 г. За этот период относительная доля IV стадии при впервые выявленном РПЖ уменьшилась с 28,5 до 20,6%, частота летальных исходов в течение года с момента установления диагноза РПЖ — с 14,6 до 7,5%, частота летальных исходов среди всех находящихся на учете больных РПЖ — с 10,4 до 6,2% соответственно [5, 9—12] (рис. 2).

Достигнутые результаты оказались выше среднероссийских показателей, что демонстрирует на преимущество данного подхода к организации медицинской помощи при РПЖ. К примеру, если доля локализованных форм (I—II стадий) РПЖ в 2013 г. в среднем по Российской Федерации составляла около 49,6%, то в Воронежской области она достигала 71,2%. Если величины летальности на первом году с момента установления диагноза РПЖ и летальности среди всех находящихся на учете больных РПЖ до внедрения программы в 2009 г. были выше в Воронежской области, чем в среднем по Российской Федерации, то в результате функционирования программы эти показатели приобрели значение ниже средних общероссийских значений [5, 9] (рис. 3).

Кроме того, на эффективность предлагаемого подхода оказания медицинской помощи указывает уменьшение частоты клинически незначимого РПЖ. Были

использованы следующие критерии определения клинического незначимого РПЖ: уровень ПСА ≤ 10 нг/мл, плотность ПСА $< 0,2$ нг/мл/см³, клиническая стадия T1c-T2, отсутствие опухолей 4 или 5 баллов по Глиссону в биоптате, 2 и менее положительных биопсийных столбика [13]. В результате внедрения указанной программы отмечено существенное снижение доли клинически незначимых форм РПЖ с 36,4% в 2009 г. до 14,1% в 2013 г.

Такая организация системы оказания медицинской помощи при РПЖ закономерно привела и к положительному экономическому эффекту. С момента внедрения программы отмечено снижение затрат как на оказание медицинской помощи всем больным РПЖ, так и на удельные затраты на один случай РПЖ. Например, в 2009 г. затраты на ведение одного случая РПЖ составляли около 24,5 тыс. руб., а в 2013 г. — около 15 тыс. руб.

Заключение

Реализация комплексной программы, основанной на принципах раннего выявления заболеваемости РПЖ и стандартизации медицинской помощи, показала достоверное улучшение ситуации в урологической практике лечения РПЖ.

Кроме того, использование принципов раннего выявления заболеваемости РПЖ позволяет улучшить ключевые показатели оказания медицинской помощи пациентам (снижение смертности, сокращение сроков и экономических затрат на лечение, уменьшение объемов оперативного вмешательства), что способствует благоприятному прогнозу лечения, сохранению качества жизни и социальной активности пациентов.

Заметим, что главным преимуществом такой модели организации медицинской помощи является ее универсальность в сочетании с клинической и экономической эффективностью, что служит основанием для рекомендации указанной модели (программы) в качестве приоритетного подхода к организации медицинской помощи при различных заболеваниях на всей территории Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. *Социология медицины: Руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
2. Jemal A. et al. Global cancer statistics. *CA. Cancer J. Clin.* 2011; 61(2): 69—90.
3. *Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность)* / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2015.
4. SEER Stat Fact Sheets: Prostate. 2011 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>.
5. *Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году* / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2014.
6. Roobol M.J. et al. A risk-based strategy improves prostate-specific antigen-driven detection of prostate cancer. *Eur. Urol.* 2010; 57(1): 79—85.

7. *Урология: Национальное руководство* / Под ред. Н.А. Лопаткина. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
8. Mottet N. European Association of Urology. *Guidelines on Prostate Cancer*. 2014 [Электронный ресурс] / N. Mottet [et al.] // Режим доступа: http://www.uroweb.org/gls/pdf/1607%20Prostate%20Cancer_LRV3.pdf.
9. *Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году* / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»; 2010.
10. *Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году* / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России; 2011.
11. *Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году* / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России; 2012.
12. *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.
13. Van den Bergh R.C. et al. Outcomes of men with screen-detected prostate cancer eligible for active surveillance who were managed expectantly. *Eur. Urol.* 2009; 55(1): 1—8.

Поступила 02.04.2015

REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: Management. [Sociologiya mediciny: Rukovodstvo]*. M.: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
2. Jemal A. et al. Global cancer statistics. *CA. Cancer J. Clin.* 2011; 61(2): 69—90.
3. *Malignant Neoplasms in Russia in 2013 (Morbidity and Mortality). [Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2013 gody]*. / Eds A.D. Kaprin, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow: 2015. (in Russian)
4. SEER Stat Fact Sheets: Prostate. 2011 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>.
5. *Oncological Aid to the Population of Russia in 2013 [Sostoyaniye onkologicheskoi pomoschi v Rossii v 2013 g.]* / Eds V.I. Chissov, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow: 2014. (in Russian)
6. Roobol M.J. et al. A risk-based strategy improves prostate-specific antigen-driven detection of prostate cancer. *Eur. Urol.* 2010; 57(1): 79—85.
7. *Urology: National Management. [Urologiya: Nacionalnoye rukovodstvo]*. M.: GEOTAR-Media; 2009. (in Russian)
8. Mottet N. European Association of Urology. *Guidelines on Prostate Cancer*. 2014 [Электронный ресурс] / N. Mottet [et al.] // Режим доступа: http://www.uroweb.org/gls/pdf/1607%20Prostate%20Cancer_LRV3.pdf.
9. *Oncological Aid to the population of Russia in 2009. [Sostoyaniye onkologicheskoi pomoschi v Rossii v 2009 g.]* / Eds V.I. Chissov, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow; 2010. (in Russian)
10. *Oncological Aid to the population of Russia in 2010. [Sostoyaniye onkologicheskoi pomoschi v Rossii v 2010 g.]* / Eds V.I. Chissov, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow; 2011. (in Russian)
11. *Oncological Aid to the population of Russia in 2011. [Sostoyaniye onkologicheskoi pomoschi v Rossii v 2011 g.]* / Eds V.I. Chissov, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow; 2012. (in Russian)
12. *Oncological Aid to the population of Russia in 2012. [Sostoyaniye onkologicheskoi pomoschi v Rossii v 2012 g.]* / Eds V.I. Chissov, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow; 2013. (in Russian)
13. Van den Bergh R.C. et al. Outcomes of men with screen-detected prostate cancer eligible for active surveillance who were managed expectantly. *Eur. Urol.* 2009; 55(1): 1—8.

Received 02.04.2015