

17.03.2014 г.

В.И. Бутрина

Организация лечебно-диагностической помощи больным с раком простаты в условиях лечебно-диагностического отделения урологии

НОУ ВПО Евразийский открытый институт, г. Москва

V.I. Butrina

Organization of diagnostic and treatment medical care to patients with prostate cancer at the diagnostic and treatment urology department

Eurasian Open Institute, Moscow

Резюме. Актуальность проблемы. Доброкачественная гиперплазия простаты одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста. Диагностика и лечение доброкачественная гиперплазия простаты представляет собой не только серьезную медицинскую, но и большую социальную проблему. Пристальное внимание к заболеваниям предстательной железы связано с достаточно частым поражением раком простаты. Рак простаты в онкологической заболеваемости у мужчин занимает 2-е место после рака легкого. Определение путей оптимизации возможностей по диагностике, лечению и наблюдению пациентов с доброкачественная гиперплазия простаты и раннего выявления рака простаты в амбулаторных условиях лечебно-диагностического урологического отделения на базе многопрофильной клинической больницы, решение вопросов преемственности и взаимосвязи между разными лечебно-профилактическими учреждениями на всех этапах наблюдения за этой группой больных – несомненно современная проблема.

Цель исследования. Совершенствование специализированной урологической помощи взрослому населению с доброкачественной гиперплазией простаты и раком простаты в условиях лечебно-диагностического отделения (ЛДО).

Задачи исследования: а) проанализировать состояние урологической консультативной помощи населению с раком простаты на базе существующего лечебно-диагностического отделения по данным официальных источников; б) определить структуру заболеваемости предстательной железы по данным обращаемости в лечебно-диагностического отделения; в) провести оценку эффективности применения современных технологий в амбулаторной диагностике доброкачественной гиперплазии простаты и раннем выявлении рака простаты в условиях лечебно-диагностического отделения урологии.

Материалы и методы исследования: в работе использовалась выкопировка данных из медицинской документации и социологический опрос.

Практическая ценность работы. На примере действующей модели лечебно-диагностического отделения в сравнительной оценке установлены эффективные методы и формы работы отделения, позволяющие обеспечить больных с подозрением на рак простаты высоким уровнем специализированной помощи, снизить время пребывания этих групп больных в стационаре, повысить качество ранней диагностики начальных стадий рак простаты.

Ключевые слова: Доброкачественная гиперплазия простаты, урологическая заболеваемость, амбулаторная помощь, плановая госпитализация больных.

Summary. Background. Benign prostate hyperplasia is one of the most common diseases among the elderly men. Diagnostics and treatment of benign prostate hyperplasia is not only an important medical issue but a social challenge as well.

A focused attention to prostate diseases is conditioned by high prevalence of prostate cancer. Prostate cancer ranks second in the male cancer morbidity structure after lung cancer. Therefore, issues related to identification of ways to optimize diagnostics, treatment and follow-up of patients with benign prostate hyperplasia, early cancer detection at the out-patient diagnostic and treatment urological department of a multi-field clinical hospital, and provision of continuity and coordination between different medical facilities at all stages of care delivery to this group of patients are quite challenging.

The aim of the study was to improve specialized urological care to adult population with benign prostate hyperplasia and prostate cancer at the diagnostic and treatment urological department.

Objectives included the following ones: a) to analyze current state of the urological counseling services to patients with prostate cancer at the diagnostic and treatment department based on official statistics; b) to determine the structure of prostate morbidity according to data on care applicability at the diagnostic and treatment department; c) to evaluate efficiency of modern technologies for out-patient diagnostics of benign prostate hyperplasia and early detection of prostate cancer at the diagnostic and treatment urological department.

Methods and data. Data from medical documents and sociological survey.

Practical implications. Exemplified by the current model of diagnostic and treatment department the author, using comparative evaluation, determined effective methods and forms of department activity. Such methods and forms ensure that patients with suspected prostate cancer receive high quality specialized care, help to reduce length of their hospital stay, and to improve quality of early detection of prostate cancer.

Keywords: benign prostate hyperplasia; urology morbidity; out-patient care; planned hospitalization of patients.

Введение. Сложившаяся в настоящее время ситуация по заболеваниям мочеполовой системы и качеству оказания урологической помощи населению страны указывает на развитие серьезных негативных тенденций, ведущих к росту смертности, инвалидизации, снижению качества жизни больных [1,2,3,4]. Следует отметить, что болезни предстательной железы в общей урологической заболеваемости являются самыми распространенными, особенно у лиц пожилого возраста, что связано с развитием доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) с увеличением возраста, а также с достаточно частым поражением раком предстательной железы у подобного рода больных. Так, по мнению различных авторов, заболеваемость ДГП у мужчин в возрасте 50 лет составляет 40%, а к 80 годам приближается к 90%. Рак простаты (РП) является второй по частоте причиной смертности мужчин от онкологических заболеваний. Суммируя и анализируя эти цифры, становится ясно, что проблемы, связанные с заболеваниями предстательной железы, имеет большая часть мужского населения.

По данным научных исследований, по-прежнему, остается высокий уровень необоснованной госпитализации, смещение акцентов оказания лечебно-диагностической помощи в пользу стационара. В передовых странах мира дорогостоящая стационарная помощь максимально обоснованно заменена амбулаторной и время пребывания больного в

стационаре минимально. Вопросы решения проведения оперативного лечения того или иного заболевания решаются на уровне амбулаторного звена. Неполноценность догоспитальной диагностики при плановой госпитализации отрицательно сказывается на сроках лечения в стационаре, приводит к потерям экономического, социального и медицинского характера. Вот почему в соответствии с «Концепцией развития здравоохранения России» предусматривается приоритетное развитие амбулаторно-поликлинической помощи населению, в том числе ее специализированных видов [5,6].

Кроме того, обращает на себя внимание отсутствие тесного сотрудничества консультативной службы с научно-клиническими кафедрами. Мало работ посвящено результатам такого сотрудничества в обеспечении преемственности в диагностике, лечении и наблюдении пациентов с урологическими заболеваниями простаты. В то же время от уровня сотрудничества консультативного отделения и урологической клиники зависит качество общей медицинской помощи, оказанной значительной группе больных, страдающих ДГП и рака простаты (РП).

Результаты и обсуждение. Анализ обращаемости в ЛДО по поводу ДГП и РП показал, что количество обращений с этим заболеванием растет (темп прироста за период с 2009 по 2013 гг. составил – 36.1 %), но в то же время отмечается тенденция снижения плановой госпитализации больных ДГП (темп убыли за указанный период – 40 % (таблица № 1).

Таблица 1

Обращаемость пациентов с ДГП и РП в ЛДО и их госпитализация в стационар

Годы	Абс. число обращений в ЛДО с ДГП	Уд. вес пациентов, направленных на динамическое наблюдение, (%)	Уд. вес пациентов, получающих консервативную терапию, (%)	Уд. вес госпитализации от общего кол-ва больных с ДГП, (%)
2009	368	31.5	44.1	24.4
2010	389	38.5	40.2	21.3
2011	446	39.9	42.2	17.9
2012	466	43.1	42.6	14.3
2013	501	46.5	42.8	10.7
Всего:	2170	40	43	17

Мы отмечаем достоверное снижение необходимости в плановой госпитализации больных ДГП и РП из ЛДО ($p < 0.05$) в зависимости от года обращения в отделение. Все эти изменения мы связываем с улучшением диагностики и качества лечения на амбулаторном уровне. По мере роста материально-технического обеспечения ЛДО, совершенствования организации работы отделения мы наблюдаем представленные в таблице 1 изменения.

Рост числа больных ДГП, находящихся на диспансерном наблюдении мы связываем с увеличением обращений больных ДГП на ранних стадиях развития заболевания. В нашем отделении это стало возможным благодаря активной санитарно-просветительной работе с мужским населением.

В процессе нашего исследования мы определили, что у большинства пациентов с ДГП с момента появления симптомов заболевания до обращения за медицинской помощью проходит значительный период времени (от нескольких месяцев до нескольких лет). Это связано с тем, что изменение мочеиспускания пациенты объясняют возрастными изменениями. Кроме того, сказывается недостаток санитарно-просветительной работы с этой группой больных.

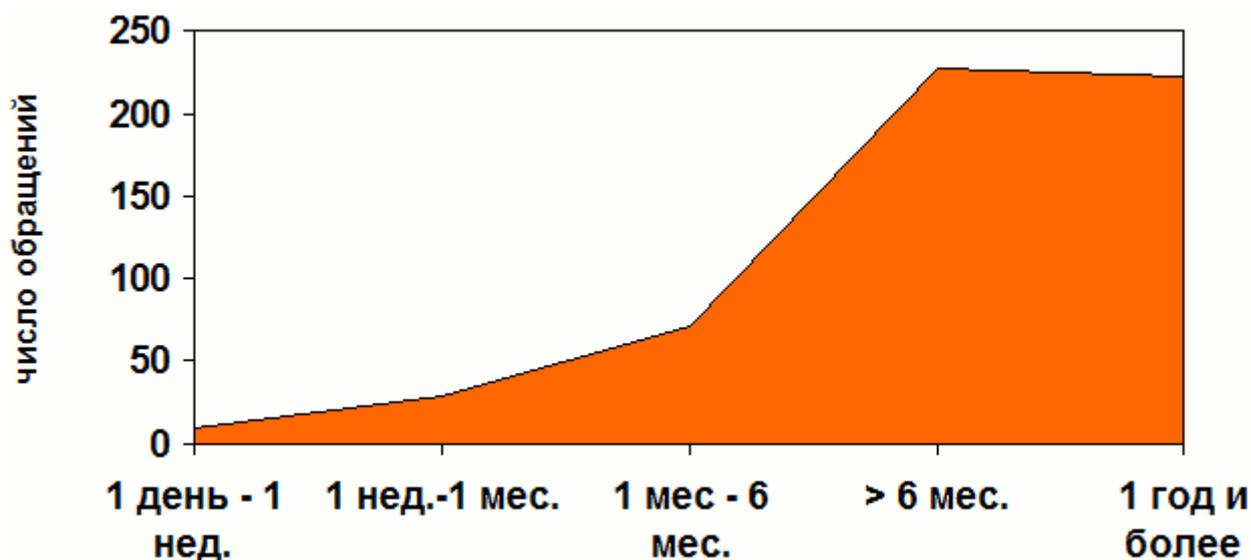


Рис. 1. Распределение случаев обращений в зависимости от сроков возникновения симптомов нарушения мочеиспускания (СНМП).

По данным рис.1 видно, что абсолютное большинство пациентов с СНМП обращается за медицинской помощью позднее 6 месяцев с момента появления первых симптомов заболевания.

В результате анализа данных обследований, с которыми пациенты с симптомами ДГП направляются в ЛДО урологии, получены следующие данные: у 69-82 % пациентов имеют только данные УЗИ предстательной железы с определением остаточной мочи и общий анализ мочи.

Анализ эффективности, проводимой в отделении диагностики РП, продемонстрировал достоверное увеличение выявления РП у больных, направленных из нашего отделения для биопсии простаты ($p < 0,05$) из года в год. Мы объясняем это ростом технической оснащенности отделения и возможностью бесплатно проводить исследование сыворотки крови на ПСА (всем мужчинам старше 50 лет в ЛДО проводится этот анализ). Рост выявления ранних стадий РП находится в нашем случае в прямо пропорциональной зависимости от уровня материально-технического оснащения и диагностических возможностей ЛДО, что доказано с помощью критерия Вилкоксона (Трассетная < Ткритическая; $p < 0.01$) (рис. 2).

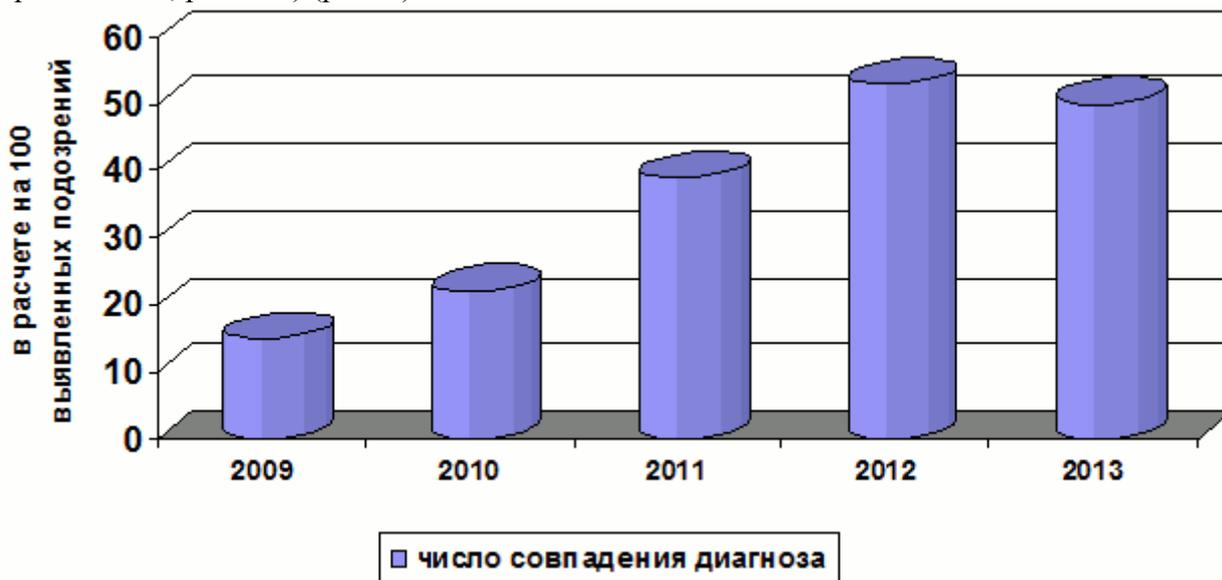


Рис. 2 . Динамика совпадения диагноза РП в зависимости от года наблюдения и материально-технических изменений ЛДО 2009-2013 гг.

Приведенные данные в таблице 2, демонстрируют, что наибольшее число больных РП в ранних стадиях отмечается у пациентов, проходящих диспансерное наблюдение и лечение по поводу ДГП в ЛДО урологии (86.2 %). Что касается группы больных, направленных в ЛДО с подозрением на РП, то здесь наблюдается наибольшее число поздних стадий РП (81.4%). В группе пациентов, проходящих обследование в ЛДО по поводу других заболеваний (МКБ, кист почек, гидроцеле и т. д.), также высокий процент (50 %) выявления поздних форм РП, что указывает на необходимость более пристального внимания к этим группам больных. Мы считаем, что полученные результаты демонстрируют обоснованность целенаправленной диспансеризации мужского населения с целью выявления РП, заключающейся в обязательном обследовании всех мужчин старше 50 лет с целью выявления заболеваний предстательной железы[7,8,9,10].

Таблица 2

Распределение стадий РП в зависимости от направляющего диагноза.

п/н	Основной диагноз	Уд. вес, пациентов со стадиями РПТ 1-2 (%)	Уд. вес пациентов со стадиями РП Т3-4 (%)	Всего, (%)
1.	ДГП	86.2	13.8	100
2.	Больные, направленные в ЛДО с подозрением на РП	18.5	81.4	100
3.	Пациенты, проходящие обследования по поводу других заболеваний (МКБ и т. д.) в ЛДО	50	50	100

При анализе деятельности ЛДО урологии в 2003 г. по диагностике заболеваний предстательной железы, полученные нами данные в ходе организационных преобразований, говорят о наличии и реальной доступности всех необходимых методов диагностики этих заболеваний в соответствии со всеми современными возможностями урологии. По полученным данным в 2003 г. количество специальных методов исследования у больных с заболеваниями предстательной железы выросло в 2 раза по сравнению с 1999 годом. В ходе исследования мы отметили отчетливую тенденцию увеличения коэффициента сравнения (число посещений в среднем на 1 случай госпитализации), что говорит об увеличении посещаемости и уменьшении необходимости в госпитализации у больных, проходящих диагностику и лечение в нашем отделении.

Расширение материально-технических возможностей отделения привело к сокращению необходимости в оперативном лечении больных с ДГП на 15.7 %, росту назначения консервативной терапии этой группе больных α -блокаторами на 27.8 %, уменьшению времени пребывания в стационаре пациентов с ДГП, госпитализированных в плановом порядке из ЛДО на 37.8 %, а больных с подозрением на РП в 2.5 раза.

Внедрение в практику приказа № 50 о реализации программы «Целевая диспансеризация населения Москвы» в значительной мере увеличило количество выполняемых больным ПСА. При сравнении данных проведения ПСА в 1999 и 2002 г. отмечается значительный рост этих исследований более чем в 10 раз (1999 г. – 47, 2002 г. – 489). Улучшение материально-технического состояния отделения (проведение ТРУЗИ и ПСА всем больным с подозрением на РП) привело к увеличению диагностики ранних стадий РП, когда возможно проведение радикального лечения на 60.8 %.

Полученные нами клинические результаты, позволяют сделать вывод о высокоэффективной работе ЛДО в отношении больных ДГП и РП.

В ходе организационных изменений в работе нашего отделения и при анализе их эффективности мы пришли к выводу, о том, что ранее широко используемые методы привлечения внимания населения и врачей к работе того или иного учреждения - как

информационные письма – в настоящее время полностью исчерпали свой ресурс. В нашем случае их эффективность не превысила 3 %. В новых экономических условиях – работа отделения должна строиться в соответствии с законами рынка и рекламы: научно-просветительные телепередачи, расширение диагностических возможностей отделения, объединение всех необходимых исследований территориально в 1-м месте, удобное время работы и максимальное возможное сокращение сроков обследования ведет к достоверному увеличению посещаемости.

Предложенная и апробированная нами методика объединения 2-х исследований в одно (урофлоуметрии и УЗИ простаты с определением остаточной мочи) может быть рекомендована для широкого применения во всех диагностических отделениях, где имеется соответствующая аппаратура, что позволит сократить время обследования больного и повысит информативность исследований.

Анализ состава очереди на плановую госпитализацию по заболеваемости выявил возможности по ее реальному сокращению, тем самым увеличения доступности стационарной помощи больным, действительно нуждающимся в этом виде помощи. Это будет возможно за счет перенесения ряда диагностических и лечебных процедур из стационара в амбулаторное звено.

На основании комплексной оценки деятельности ЛДО, с учетом реальной потребности в определенных видах специализированной медицинской помощи, создана модель современного ЛДО, которая, по нашему мнению, будет полностью соответствовать принципам максимально возможной переориентации специализированной урологической помощи из дорогостоящей стационарной в более экономичное амбулаторное звено.

Выводы.

1. В ходе проведения организационных изменений в соответствии с задачами исследования значительно возросли объёмы амбулаторной специализированной помощи, прежде подлежащему госпитализации контингенту больных ДГП.
2. За период экспериментальных преобразований годовая нагрузка на врача в ЛДО возросла в 1.5 – 2 раза, то же относится и к нагрузке на оборудование.
3. Технологическая эффективность по основным направлениям работы центра возросла на 25 %. Все это происходило при значительном росте доступности высококвалифицированной медицинской помощи.
4. При реализации материалов организационного эксперимента модель урологического амбулаторного отделения вполне воспроизводима в своей эффективности в других регионах страны.

Список литературы

1. Аксель Е.М., Матвеев Б.Н. Статистические данные об онкоурологических заболеваниях в России в 1996 г. *Урология и нефрология* 1999;(2):3-11.
2. Белковская М.Н. Опыт работы лечебно-диагностического отделения урологии ГКБ № 1. *Русский медицинский журнал* 2002;(9):421-423.
3. Воронова Е.А., Подлужная М.Я., Злобина Г.М., Жуков А.Е. О взаимодействии учреждений социальной защиты и здравоохранения по организации медико-социальной помощи больным хроническими прогрессирующими заболеваниями. *Проблемы управления здравоохранением* 2011;4:58-60.
4. Мазо Е.Б., Белковская М.Н. Медикаментозное лечение доброкачественной гиперплазии простаты. *Русский медицинский журнал* 2001; (9):672 – 675.

5. Мазо Е.Б., Степенский А.Б., Белковская М.Н. Фармакотерапия хронических простатитов и доброкачественной гиперплазии простаты. *Русский медицинский журнал* 2001; (10):423 – 425.
6. Рутковский О.В., Мазо Е.Б., Белковская М.Н. Организация урологической помощи в условиях специализированного амбулаторного лечебно-диагностического отделения на базе многопрофильной клинической больницы. Опыт работы. *Бюллетень национального НИИ общественного здоровья РАМН* 2004; (5):78-81.
7. Трифонова Н.Ю. Некоторые вопросы информационного обеспечения медико-социальной реабилитации пациентов различного профиля. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация* 2007;(2):19-20.
8. Трифонова Н.Ю., Ашанина Н.М. Роль амбулаторно- поликлинических учреждений в реабилитации пациентов с хронической патологией. X Международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке: Концепции болезней и цивилизации». Москва. 2009:75-76.
9. Горилловский Л.М. Заболевания предстательной железы. *Врач* 2000;(7):12 - 26.
10. Максимова Т.В., Белов В.Б., Гаврилова Н.Н. Здоровье различной группы населения трудоспособного возраста. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 2001;(2) 4-9.

References

1. Aksel' E.M., Matveev B.N. Statistical data on oncurological diseases in Russia in 1996. *Urologiya i nefrologiya* 1999;(2):3-11. (In Russian).
2. Belkovskaya M.N. Working experience of diagnosis and treatment urological department in Municipal Clinical Hospital № 1. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* 2002;(9):421-423. (In Russian).
3. Voronova E.A., Podluzhnaya M.Ya., Zlobina G.M., Zhukov A.E. On interaction between institutions of social protection and health care for organization of medical and social care to patients with chronic progressing diseases. *Problemy upravleniya zdravookhraneniem* 2011;4:58-60. (In Russian).
4. Mazo E.B., Belkovskaya M.N. Pharmacological treatment of benign prostate hyperplasia. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* 2001;(9):672 – 675. (In Russian).
5. Mazo E.B., Stepenskiy A.B., Belkovskaya M.N. Pharmacotherapy of chronic prostatitis and benign prostate hyperplasia. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* 2001; (10):423 – 425. (In Russian).
6. Rutkovskiy O.V., Mazo E.B., Belkovskaya M.N. Organization of urological care in conditions of specialized outpatient diagnosis and treatment department in multi-profile clinical hospital. Experience of work. *Byulleten' natsional'nogo NII obshchestvennogo zdorov'ya RAMN* 2004; (5):78-81. (In Russian).
7. Trifonova N.Yu. Some problems of information provision for health and social rehabilitation of various profile patients. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i rehabilitatsiya* 2007;(2):19-20. (In Russian).
8. Trifonova N.Ju., Ashanina N.M. The role of outpatient facilities in rehabilitation of patients with chronic pathology. “Health and Education in XXI century: Conceptions of diseases and civilization”, X International Congress. Moscow. 2009:75-76. (In Russian).
9. Gorilovskij L.M. Prostate diseases. *Vrach* 2000;(7):12 - 26. (In Russian).
10. Maksimova T.V., Belov V.B., Gavrilova N.N. Health of various population groups of working ages. *Problemy social'noj gigieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny* 2001;(2) 4-9. (In Russian).