

© ВЛАДЫКО А. К., ШУЛЬМИН А.В., КАСПАРОВ Э. В., АВЕРЧЕНКО Е.А.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРСПЕКТИВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПИЩЕВОДА

А. К. Владыко, А.В. Шульмин, Э. В. Каспаров, Е.А. Аверченко

Красноярский государственный медицинский университет

им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, МУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн», гл. врач – д.м.н. А.В. Подкорытов.

Резюме. В статье дана экономическая оценка результатов паллиативной терапии путем эндопротезирования стентом у онкологических больных со стенозом пищевода.

Ключевые слова: рак пищевода, стеноз пищевода, паллиативная терапия, эндопротезирование стентом, оценка эффективности.

Владыко Александр Константинович – врач-хирург МУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»; тел. 8(391)2469430.

Одной из основных проблем при неоперабельном раке пищевода или желудка с переходом на пищевод является устранение дисфагии и восстановление энтерального питания. Вследствие высокой запущенности заболевания, не менее 50% больных раком пищевода уже изначально нуждаются в симптоматическом лечении, преимущественно направленном на устранение дисфагии.

Как правило, до 2005 года в Красноярском крае, для проведения энтерального питания у данной категории больных, выполняли гастростомию, а в ряде случаев и энтеростомию (рис 1.)



Рис. 1. Гастростомия - схема и фото пациента.

Однако эти операции, вне зависимости от способа их осуществления (традиционного или фиброгастроскопического, лапароскопического), сопряжены с повышенным риском осложнений и смерти у ослабленных, пониженного питания больных. Кроме того, гастростомия или энтеростомия – калечащие операции, которые приводят к социальному дискомфорту больного и окружающих его лиц.

Задача восстановления естественного питания пациента с опухолевым поражением пищевода в настоящее время в основном решается двумя путями: реканализацией опухоли с помощью химио-, электро-, плазменной или лазерной коагуляции и эндопротезированием пищевода [2, 3, 4, 5]. При применении реканализации опухоли возникает необходимость в проведении повторных вмешательств с определенной периодичностью, вследствие возобновления дисфагии. Кроме того, существует реальная угроза образования пищеводно-трахеального (бронхиального) свища, как в результате самих вмешательств, так и вследствие распада опухоли.

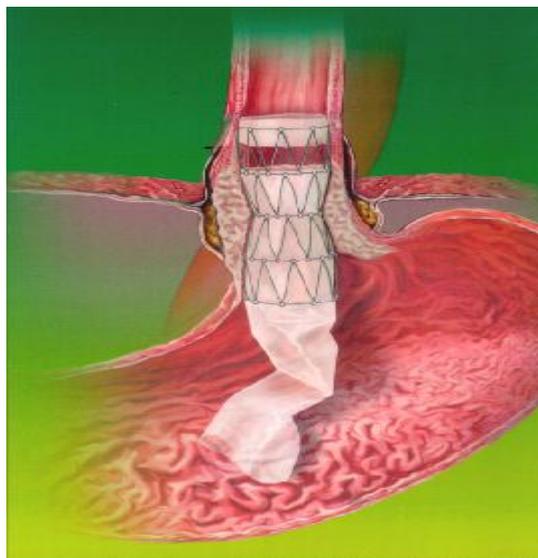


Рис. 2. Пищеводный стент.

В настоящее время общепризнанным в мире «золотым» стандартом устранения стеноза пищевода по причине новообразований является метод эндопротезирования с применением стентов. Который позволяет эндоскопически, в амбулаторных условиях, без общей анестезии на длительный период времени восстановить проходимость пищевода, обеспечивая тем самым возможность энтерального питания пациента (рис. 2, 3).

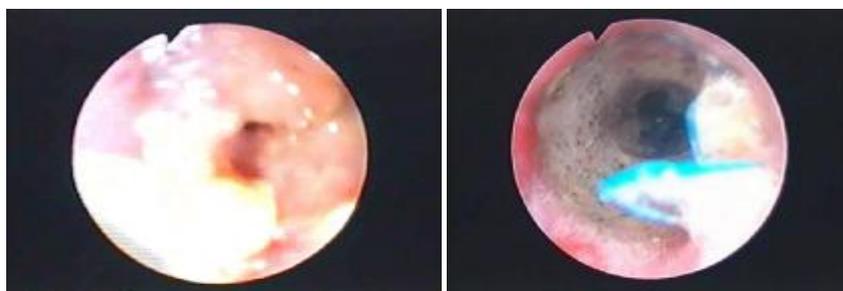


Рис. 3. Рак нижней трети пищевода. Эндоскопическая картина до и после стентирования.

Впервые эндоскопическое введение расправляющихся металлических спиральных стентов описал Frimberger в 1983 г. [8]. На сегодняшний день существует по меньшей мере 8 различных типов металлических стентов, как с покрытием так и без него, часть из них оснащены антирефлюксными клапанами [6,10]. Современные саморасправляющиеся металлические стенты устанавливаются с использованием систем доставки малого калибра, поэтому часто не возникает необходимости в предварительной дилатации.

Первоначально стентирование применяли для уменьшения дисфагии у больных с неоперабельным раком пищевода. К другим показаниям относятся рецидивы в зоне анастомоза и опухоли средостения, вызывающие компрессию пищевода [9].

В крупных исследованиях сообщают о стентировании в лечении трахеопищеводных свищей и перфораций пищевода [7,11] с эффективностью 80-100%. Стентирование при свищах и/или перфорациях не исключает дальнейшее химиотерапевтическое, лучевое или хирургическое лечение. Необходимость в установке стентов большого диаметра (20-25 мм) может возникнуть для адекватного закрытия свищей или перфораций у больных, перенесших попытку реканализации злокачественных стриктур. В этих условиях для обеспечения адекватной фиксации стента предпочтительнее будет эндоскопическое введение пластикового баллонного стента (Wilson - Cook).

А. Л. Андреев [1] отмечает, что в международной клинике MEDEM для категории инкурабельных онкологических больных с раком пищевода больных отдается предпочтение эндопротезированию пищевода.

Цель исследования. Провести сравнительный клинико-экономический анализ паллиативной терапии онкологических больных со стенозом пищевода для определения наиболее эффективного подхода.

Материалы и методы

Начиная с 2006 года в Красноярском крае реализуется программа «Качество жизни», финансируемая из благотворительного фонда губернатора Александра Хлопонина. В рамках указанной программы, бесплатно для пациентов, по показаниям при стенозах пищевода, осуществлялось стентирование.

Для реализации программы было определено:

- 1) количество пациентов, нуждающихся в паллиативном лечении, путем эндоскопического стентирования пищевода до 70 человек в год;
- 2) место реализации данной медицинской услуги – КГУЗ «Госпиталь для ВОВ», куда после постановки диагноза и определения показаний направляются пациенты с обтурацией пищевода для установки пищеводного стента;

3) необходимый объем финансирования, связанный с закупкой оборудования и расходных материалов. Было приобретено эндоскопическое оборудование на сумму 567 930 рублей. Закуплены расходные материалы: стенты пищеводные – 3 123 308,96 рублей; стент-эндопротез трахеобронхиальный – 310 549,40 рублей.

За 2006-2008 г.г. пищеводные стенты установлены 87 пациентам, у которых проводился мониторинг выживаемости и качества жизни.

На основании полученных данных о повышении качества жизни пациентов и отсутствии статистически значимых отличий в годичной выживаемости, для анализа экономической эффективности, выбрана методика оценки по минимальным затратам в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ 91500.14.0001-2002 «Клинико-экономические исследования».

Результаты и обсуждение

Сравнительная характеристика основных методов выбора для Красноярского края при стенозе пищевода представлена в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная оценка основных методов устранения стеноза пищевода применяемых в Красноярском крае

Анализируя данные табл. 1, можно констатировать значительные преимущества стентирования пищевода по сравнению с гастростомами. Поскольку развитие амбулаторной хирургии позволяет отказаться от госпитализации и сокращать гостиничные расходы, пациенту с пищеводным стентом не требуется специальный уход. Кроме того, если установка гастростомы фактически лишает пациента трудоспособности, то при стентировании пациент может выполнять умеренные трудовые нагрузки.

Для определения экономической составляющей выбора тактики паллиативного лечения пациентов со стенозом пищевода, с одной стороны, осуществлена калькуляция фактических расходов на проведение стентирования, с другой стороны стоимость действующих медико-экономических стандартов (решение согласительной комиссии системы ОМС от 24.09.08 № 3 Приложение 3.3. к Тарифному соглашению системы ОМС).

Тарифы на медицинские услуги при оказании стационарной помощи, клинический уровень оказания медицинской помощи медико-экономический стандарт, код заболевания по международной классификации болезней МКБ.

Таблица 2

Классификатор медицинских услуг при оказании стационарной помощи

Ценовое сравнение альтернативных вариантов паллиативной терапии стеноза пищевода у онкологических больных представлены в табл. 3.

Таблица 3

Сравнительная экономическая оценка основных методов устранения стеноза пищевода применяемых в Красноярском крае

В результате, при введении нового однодневного МЭС (стентирование пищевода) для амбулаторной хирургии в поликлинике или дневном стационаре, дополнительные расходы составляют 245 560 рублей в год, с учетом расходов на посещение пациентов с гастростомами средним медицинским персоналом экономия составит – 613 480 рублей (табл. 4).

Таблица 4

Экономическая оценка вариантов лечения больных со стенозом пищевода

Таким образом, внедрение эндопротезирования стентами при стенозах пищевода в Красноярском крае, по программе «Качество жизни», позволило доказать, что дорогостоящая госпитальная помощь при гастростомии больным со стенозом пищевода может быть заменена на амбулаторную хирургию при эндоскопическом стентировании, либо в отдельных случаях лечение в условиях дневного стационара.

Проведенные расчеты экономической эффективности свидетельствуют о том, что при калькуляции явных и скрытых расходов стентирование может быть альтернативой традиционно применяемому методу гастростомии, а так же паллиативной терапии по квотам, в Федеральных центрах, с учётом их недостаточного количества, высокой стоимости транспортных расходов и рисков для ослабленных пациентов.

ECONOMIC ESTIMATION OF RESULTS OF PALLIATIVE THERAPY IN ONCOLOGICAL PATIENTS WITH ESOPHAGUS STENOSIS

Abstract. The paper estimates results of palliative therapy of esophagus stenosis endoprosthesis in oncological patients.

Key words: esophagus cancer, esophagus stenosis, palliative therapy, stenosis endoprosthesis, efficiency estimation.

Литература

1. Андреев А.Л. Эндоскопическая баллонная гидродилатация и эндопротезирование при рубцовых сужениях пищевода и пищеводных анастомозов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 23 с.
2. Галлингер Ю. И., Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода. М., 1999. – 273 с.
3. Майстренко Н.А., Андреев А.Л. Эндопротезирование при неоперабельном раке пищевода // Terra Medica. – 2000. – №1. – С. 37-39.
4. Майстренко Н.А., Андреев А.Л., Дмитриев Н.В. Эндоскопическая хирургия стенозов пищевода и пищеводных анастомозов. – СПб, 2000. – 70 с.
5. Щербаков А.М. Опыт стентирования пищевода при неоперабельном раке // Вестн. хирургии. – 2004. – Т. 163, №6 – С. 73-75.
6. Dua K. S, Kozarek R., Kim J. et al. Self expanding metal esophageal stent with anti-reflux mechanism // Gastrointest Endosc. – 2001. – Vol. 53. – P. 603-613.
7. Knurim K. Wagner H. J. Bethge N. A controlled trial of an expansile metal stent for palliation of esophageal obstruction due to inoperable cancer // New Engl. J. Med. – 1993. – Vol. 329. – P. 1302-1307.
8. Frimberger E. Expanding spiral - a new type of prosthesis for the palliative treatment of malignant oesophageal stenosis // Endoscopy. – 1983. – Vol. 15. – P. 213-214.
9. Kocher M, Dlouhy M, Neoral C. et al. Eosophageal stent with antireflux valve for tumours involving the cardia: work in progress // J. Vasc. Interv. Radiol. – 1998. – Vol.9. – P. 1007-1010.
10. Watkinson A. F., Ellul J., Entwisle K. et al. Eosophageal carcinoma: initial results of palliative treatment with covered self-expanding endoprosthesis // Radiology. – 1995. – Vol. 195. – P. 821-827.
11. Gupta N.K., Boylan C.E., Rassaq R. et al. Self expanding oesophageal metal stents for the palliation of dysphagia due to extrinsic compression // Eur. Radiol. – 1999. – Vol. 9. – P. 1893-1897.