

Административные и экономические аспекты оказания медицинской помощи больным ДГПЖ

О.И. Аполихин, А.В. Сивков

(НИИ урологии МЗ РФ, г. Москва, директор - академик РАМН Н.А. Лопаткин)

Широко распространенные заболевания оказывают большое влияние на увеличение государственных расходов на здравоохранение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является именно таким заболеванием. Лечение ДГПЖ - это дорогостоящий и растущий вид медицинской индустрии. Так, расходы шести наиболее развитых стран мира только на хирургическую помощь больным ДГПЖ превышают 3 миллиарда долларов США в год. Глобальное старение популяции мужского населения, высокая степень осведомленности общества о данном заболевании и повышение внимания к проблеме качества жизни - вот основные факторы, которые определяют рост общего числа пациентов, получающих лечение по поводу ДГПЖ, а также увеличение потребности в новых дорогостоящих методах малоинвазивного и медикаментозного лечения. Результатом развития этих тенденций стал значительный скачок в расходах, связанных с лечением ДГПЖ, которые приходится брать на себя системе здравоохранения.

В условиях современной России оптимальная организация медицинской помощи больным ДГПЖ и ее экономическое обеспечение достижимы только на основе стандартизации диагностических и лечебных подходов. Существенной проблемой является отсутствие официально утвержденных документов, регламентирующих единые требования по обследованию и лечению больных, что влечет за собой возникновение существенных различий в уровне оказания урологической помощи в центре и регионах. Первым шагом на этом пути является разработка протокола ведения больных (отраслевой стандарт), проект которого подготовлен коллективом НИИ урологии МЗ РФ. В его основу легли рекомендации Американской и Европейской урологических ассоциаций, а также результаты исследований, признанных корректными с позиций доказательной медицины. Ожидается, что утверждение единых требований по оказанию медицинской помощи больным ДГПЖ, обязательных для всех учреждений здравоохранения, независимо от ведомственной подчиненности и места проживания пациентов, позволит повысить качество лечения, приблизить его к лучшим мировым стандартам и добиться существенной экономии финансовых средств.

Использование зарубежного опыта представляется крайне важным для отечественного здравоохранения, т.к. указанные рекомендации явились результатом консенсуса, достигнутого ведущими специалистами, подтверждены многочисленными масштабными исследованиями и экономическими расчетами. Принятие основных принципов, заложенных в эти рекомендации, позволит избежать ненужных затрат на проведение собственных исследований. В то же время прямое копирование зарубежных рекомендаций невозможно в условиях отечественной практики, в первую очередь из-за несовершенства материально-технической базы медицинских учреждений и недостаточной подготовки медицинского персонала. С другой стороны, именно условиями необходимости достижения консенсуса, а также попыткой учесть особенности систем здравоохранения в различных странах Европы можно объяснить тот факт, что многие рекомендации носят общий и недостаточно конкретный характер, предоставляя большие возможности для принятия решений самим специалистами. Это касается и этапности оказания помощи больным, и диагностики, и выбора метода лечения ДГПЖ.

При создании Протокола ведения больных авторы столкнулись со значительными проблемами, в первую очередь обусловленными необходимостью связать существующую

мировую практику обследования и лечения больных ДГПЖ с организацией системы здравоохранения в России. Во-первых, серьезным препятствием для выполнения расчетов потребностей здравоохранения в материальных средствах, медицинском оборудовании и лекарственных препаратах, необходимых для лечения больных ДГПЖ, является отсутствие достоверных медико-статистических и экономических данных. С одной стороны, в стране практически отсутствует эпидемиологическая информация о ДГПЖ: не проведено ни одного методологически приемлемого эпидемиологического (популяционного) исследования. В результате мы не имеем четкого представления ни о числе больных ДГПЖ в различных регионах России, ни о выраженности у них СНМП, ни о числе нуждающихся в оперативном или консервативном лечении.

Очень приблизительные цифры можно получить лишь путем экстраполяции известных зарубежных данных на интересующую популяцию, с учетом возрастных категорий. Согласно демографической статистике России, в 1999 году на ее территории проживало 15 154 299 мужчин старше 50 лет, что составляло 22,1% всего мужского населения страны. Основываясь на данных исследования Olmsted County и учитывая возрастное распределение, можно предположить, что число пациентов с умеренными и выраженными СНМП (IPSS > 7), обусловленными ДГПЖ, нуждающихся в каком-либо лечении, в указанный период времени было равно 5 991 811, или 39,5%. Однако, с учетом обширности и многонациональностиTM нашей страны, следует ожидать, что заболеваемость ДГПЖ в различных регионах России будет существенно отличаться от расчетной. Об этом же свидетельствуют материалы зарубежных эпидемиологических исследований. По данным Oishi K. et al. (1997) имеются существенные различия в распространенности ДГПЖ не только в различных регионах мира, но даже среди европейских стран. Так, число больных ДГПЖ с СНМП (IPSS > 7) в возрастных группах 50-59; 60-69 и 70-79 лет в Голландии составляет 26, 30 и 36%, а во Франции 8, 14 и 27% соответственно. Все это диктует необходимость проведения собственных эпидемиологических исследований. С другой стороны, систематическая экономическая информация о величине затрат Минздрава РФ, ФОМС, региональных администраций на приобретение медицинского оборудования, инструментария, расходных материалов и лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ недоступна.

Во-вторых, значительным препятствием для быстрого внедрения современных стандартов оказания помощи больным ДГПЖ становятся существенные различия в материально-техническом оснащении медицинских учреждений (в первую очередь поликлиник) и недостаток необходимого медицинского оборудования или отсутствие методик даже для выполнения обязательных диагностических мероприятий. Это касается нехватки урофлоуметров, ультразвуковых установок, а также возможности определения уровня ПСА сыворотки крови. Переоснащение урологических кабинетов поликлиник должно стать предметом первоочередного внимания, так как в отличие от системы, принятой за рубежом, где первичное обследование и помощь больному ДГПЖ осуществляет врач общей практики, в России эти задачи решает уролог, в то время как участковый терапевт лишь выявляет пациентов с соответствующими симптомами и направляет их к специалисту.

В-третьих, нельзя не учитывать, что технологическое развитие привело к появлению целого ряда новых (альтернативных) методов лечения ДГПЖ. В последние годы в мире и США в частности наметилась тенденция сокращения количества ТУРП на фоне старения населения и роста популяции пожилых мужчин, в то время как роль малоинвазивных и консервативных методов лечения ДГПЖ постоянно увеличивается. Однако необходимо иметь в виду, что эффективность и безопасность целого ряда подобных методов, призванных заменить традиционные виды оперативного лечения (открытая

аденомэктомия, ТУР), в настоящее время не может считаться доказанной. С другой стороны, доказательства эффективности и безопасности метода (например термотерапии), полученные на одном оборудовании, не могут быть автоматически перенесены на другое, хотя бы и однотипное. Требуется проведение доказательных испытаний каждого аппарата, т.к. все они характеризуется различными техническими особенностями: величинами используемых энергии и частоты, устройством катетера-апликатора, системы охлаждения и т.п. Это требует существенных финансовых и временных затрат и вынуждает производящие компании, вложившие средства в разработку нового оборудования, еще на этапе испытаний и до получения разрешений на продажу в США и Европе продвигать свою продукцию на менее защищенные рынки, каким сегодня является Россия. Таким образом, необходимы скоординированные усилия по ограничению бесконтрольного распространения новых, зачастую недостаточно изученных методов лечения, внедрение которых в широкую практику может осуществляться только после тщательной экспертизы в ведущих научных урологических центрах страны.

Каждый новый метод имеет свои преимущества и недостатки, показания и противопоказания. В то же время на практике их применение нередко ведет к тому, что одному и тому же мужчине после неудачи лечения одним методом назначается второй, третий и т.д., что наносит вред больному и существенно повышает стоимость лечения. Поэтому вопрос о том, какой необходимый объем обследования требуется пациенту в конкретной клинической ситуации для выбора эффективного метода лечения, приобретает особую значимость. Определение показаний к оперативному и, особенно, малоинвазивному лечению должно осуществляться на основании детального обследования больного с применением трансректальной эхографии, эндоскопии и комбинированного уродинамического исследования, что доступно только хорошо оснащенным центрам. Так, согласно рекомендациямEAU, исследование отношения давление/поток показано пациентам при объеме выделенной мочи менее 150 мл или $Q_{max} > 15$ мл/с, а также перед оперативным (малоинвазивным) лечением в целом ряде часто встречающихся клинических ситуаций: лицам моложе 50 и старше 80 лет; при наличии остаточной мочи > 300 мл; при подозрении на нейрогенный мочевого пузырь; после операций на органах таза; после неудачного лечения с использованием инвазивных методов. Несоблюдение принципов обследования ведет к неэффективному лечению и повышению его стоимости. Время требует максимальной объективизации подходов к выбору метода лечения ДГПЖ на основе стандартизации обследования и выработки четких критериев отбора больных. Эту задачу также призван решить Протокол ведения больных ДГПЖ, в котором изложен необходимый объем и последовательность диагностических и лечебных мероприятий в зависимости от клинической ситуации.

В-четвертых, применение новых технологий возможно только в тех учреждениях, которые имеют необходимое оборудование и достаточный опыт работы в области современной эндоскопической хирургии ДГПЖ. Решением проблемы в настоящих условиях является этапность оказания помощи и усилия по оснащению региональных центров необходимым диагностическим и лечебным оборудованием, в соответствии с требованиями Протокола ведения больных. Именно повсеместное внедрение таких базовых технологий, как ТУР, должно стать одной из приоритетных задач на этом пути.

В-пятых, следствием всеобщего повышения внимания к правам человека и, как следствие, проблеме качества жизни стал существенный рост интереса к лекарственной терапии у больных ДГПЖ, для которой последние 10 лет стали годами взлета. Согласно исследованию фонда Гэллага, до 70% урологов США предпочитают в качестве первой рекомендации пациентам с умеренной выраженностью симптомов (IPSS 8-19) назначать лекарственную терапию, а 30% делают это и у больных с выраженными симптомами

(IPSS 20-35). Современные препараты способны достоверно уменьшить симптомы заболевания и улучшить показатели мочеиспускания. Это в первую очередь относится к препаратам с доказанной эффективностью и безопасностью. Присутствие на рынке и в различных списках более дешевых, но плохо изученных средств, даже имеющих одну и ту же химическую формулу или изготовленных из того же сырья, что и известные препараты, не оставляет уверенности в том, что проводимое лечение действительно эффективно. На это же указывают рекомендации международных согласительных встреч по ДГПЖ. Тем более, что плацебо-эффект при медикаментозной терапии ДГПЖ может достигать 30-40%. Современная лекарственная терапия ДГПЖ рассчитана на длительный срок: месяцы, а иногда и годы. Ее успешное проведение возможно лишь при условии мониторинга состояния больного с использованием необходимых технических средств. Однако для этого пациент должен находиться в непосредственной близости от медицинского учреждения, располагающего такими возможностями. Здесь встает проблема плотности населения, которая является существенным фактором, определяющим особенности организации и доступности медицинской помощи. Европейские страны характеризуются высокой плотностью населения, например в Германии 230 чел/км², а в среднем в западной части европейского континента - выше 100 чел/км². В нашей стране такой показатель равен 8, но, например, в республике Саха колеблется от 0,03 до 0,3 чел/км². Все это еще раз указывает на необходимость создания системы этапного оказания помощи больным ДГПЖ и развертывания сети медицинских учреждений, владеющих набором методов, в соответствии с Протоколом ведения больных. Кроме того, необходима унификация требований к медицинской документации и обеспечение в ней полноты информации, необходимой для правильного ведения больного, что особенно важно при переходе пациента из учреждения в учреждение.

Приведенные в ряде руководств данные о сравнении экономических результатов оперативного лечения и лекарственной терапии ДГПЖ не могут быть признаны корректными, т.к. в большинстве случаев эти методы должны применяться у разных категорий больных. Многие специалисты считают, что медикаменты оказывают преимущественно симптоматический эффект и не позволяют избежать операции пациентам с абсолютными или относительными (выраженная инфравезикальная обструкция, увеличение средней доли) показаниями к ней. В то же время статистика свидетельствует, что искусственное расширение показаний к оперативному лечению ведет к неудовлетворительным, с точки зрения больных, результатам у 20-40% из них. Способность лекарственной терапии предотвратить операцию у пациентов с отсутствием показаний к ней в настоящее время, умеренной выраженностью симптомов и уродинамических нарушений еще не доказана. Эпидемиологические исследования демонстрируют, что у таких пациентов симптомы ДГПЖ могут развиваться очень длительно, в ряде случаев (до 40%) даже без лечения наблюдается стабилизация состояния, а необходимость в оперативном пособии может не возникнуть и вовсе. В связи с вышеизложенным возникает вопрос: "В какой мере общество должно брать на себя задачу улучшения симптомов заболевания, которое при правильном наблюдении и лечении не является смертельным, или оплата подобного лечения, хотя бы частично, должна являться выбором самого пациента?"

Стандарты оказания медицинской помощи создаются во благо больного и с расчетом на перспективу. Их внедрение позволит существенным образом улучшить качество помощи больным ДГПЖ, рационально использовать выделяемые средства и составить нормативно-юридическую базу для работы по линии ОМС.