

О.В. Фирсов

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ПОЧКИ ПУТЕМ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1»

Резюме. Обосновывается необходимость разработки и внедрения рациональных, научно обоснованных стандартов, способных повысить эффективность лечебно-диагностического процесса у больных опухолями почки и позволяющих обеспечить их доступность в рамках реализации Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и Программы государственных гарантий обеспечения их бесплатной медицинской помощью по проблеме рака почки, в клиническую практику.

Ключевые слова: рак почки, медицинская помощь, стандартизация.

В современных условиях повышение качества медицинской помощи и ее эффективности возможно только на основе стандартизации диагностических и лечебных подходов. Стандартизация, как средство управления медицинской помощью и, как средство объективной оценки ее качества, позволит активно влиять на лечебно-диагностический процесс, используя статистические данные и финансовые рычаги. Постановление Правительства РФ № 1096 от 11.09.1998г., решение Коллегии МЗ РФ № 14/43/6-11 от 03.12.1997г., приказы МЗ РФ № 12/2 от 19.01. 1998 г., № 354 от 08.12.1999 г., № 303 от 03.08. 1999 г. и №23/3 от 24.01.2000 «О мерах по реализации программы работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении» послужили законодательной базой для проведения работ в этой области. Вне научно обоснованной стройной системы стандартизации тормозится дальнейшее внедрение в практику медицинского страхования, затрудняется стратегическое планирование, регулирование и контроль затрат на лечебно-профилактическую деятельность. Создание единой системы стандартизации позволит значительно улучшить управление здравоохранением за счет установления единых требований к порядку профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных; унификации расчетов стоимости и тарифов на медицинские услуги, оптимизации объемов базовых программ обязательного медицинского страхования, что обеспечит его целостность при единых подходах к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации. Оптимизация лечебно-диагностического процесса, повышение качества медицинской помощи, рациональное использование кадров и материальных ресурсов послужат объективной предпосылкой для улучшения здоровья населения и, как следствие, полноценного интегрирования отечественной медицины в мировую.

Контроль качества медицинской помощи осуществляется системой экспертизы, деятельность которой регламентируется приказом МЗ РФ от 24.10.96г. № 367/77 “ О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации”. Согласно приказу, эксперт выносит заключение о качестве помощи и анализирует такие характеристики, как полнота, своевременность, адекватность, правильность, точность и прочие. Экспертиза качества медицинской помощи

конкретному больному предусматривает сопоставление со стандартами, содержащими унифицированный набор и объем лечебно-диагностических мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах. В связи с вышеизложенным, наличие стандартного протокола ведения больного позволит четко определить необходимые параметры лечебно-диагностического процесса на каждом этапе оказания медицинской помощи, что отражено в Приказе МЗ РФ № 303 от 03.09.99 «О введении в действие Отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования»». Учащение случаев юридических конфликтов между страховыми компаниями и лечебными учреждениями, а также между врачами и их пациентами делает наличие стандартов особенно востребованным.

Лечебные учреждения России, в связи с современным социально-экономическим положением в стране, имеют разное оснащение и возможности в проведении лечебно-диагностического процесса. Существенно отличается их кадровый состав, квалификационные характеристики и уровень подготовки специалистов. Отсутствие единого подхода, а, следовательно, и единой тактики диагностики и лечения, приводит к разнообразию результатов, делая последние в некоторых случаях неудовлетворительными и не отвечающими современным требованиям к сохранению максимально высокого качества жизни пациентов. Затягивание диагностики, позднее начало и погрешности в терапии, снижают отдаленные результаты лечения и приводят к нерациональному расходованию и без того скудных финансовых средств.

Одной из актуальных проблем современной урологии и онкологии является улучшение качества медицинской помощи больным раком почки. По данным разных авторов, опухоли почки составляют 1-6% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у взрослых. Рак почки встречается в любом возрасте, но преимущественно у больных 40-60 лет, мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины. В 80-96,7% случаев опухоль развивается из эпителия проксимальных канальцев и имеет строение почечно-клеточного рака. Заболеваемость опухолью почки за 1991-1995 гг. имела наибольшую тенденцию к росту среди всех форм рака: 36% у мужчин и 27% у женщин. Благодаря более раннему выявлению в 1989 г. на 100 тыс. населения регистрировалось 4,6 случая, а в 1995 – уже 7,8, что наглядно иллюстрирует рост выявляемости данного заболевания. За период 1989—1996 гг. стандартизированный показатель заболеваемости мужчин возрос на 60,1%, а женщин – на 59,1%. Средний возраст больных составил 59,3 года у мужчин и 61,8 года у женщин, причем у мужчин рак почки выявлен в 8,3 случаев на 100 тыс. населения, а у женщин – в 4,3 случаях. Среднегодовой темп прироста - 6,08%; а общий прирост в 1991–2000г.г.–70,17%. В структуре заболеваемости злокачественными заболеваниями населения России в 2000 г. опухоль почки составила 3%; удельный вес среди всех злокачественных образований в этом же году для опухолей почек составил – 3,5%. Доброкачественные новообразования среди опухолей почечной паренхимы встречаются в 5 – 9% случаев; преобладают ангиомиолипома, аденома и онкоцитомы.

Опухоль почечной лоханки является относительно редким заболеванием. По данным разных авторов, они составляют 6-8,5% всех опухолей почек. Распространенность вниз в мочеточник и в мочевой пузырь являются их характерной особенностью. У 50% пациентов с новообразованиями лоханки и чашечек выявляются опухоли в мочеточнике и мочевом пузыре.

Число умерших от рака мочевых органов увеличилось за 1980—1996 гг. на 84%, а его доля в структуре смертности — с 2,3 до 3,3%. Наиболее значительный рост смертности у мужчин отмечался в возрасте 30—39 лет (в 1,5 раза), несколько ниже — в 40—59 лет (в 1,3 раза). Средний возраст умерших от рака почки в США на 3—7 лет превышает аналогичный показатель для вновь выявленных больных.

Новейшие медицинские технологии, включенные в разнообразные скрининг-программы раннего выявления опухоли почки, в первую очередь ультразвуковое сканирование, совершенствование методов лучевой диагностики позволили выявлять больных в ранних стадиях заболевания. Опухоль почки все чаще стали выявлять у пациентов при диспансерном обследовании или при выполнении диагностических мероприятий по поводу внепочечной патологии. Частота выявления бессимптомного почечно-клеточного рака возросла с 5,2 (1973-1989) до 24% (1996), а 61% его составляют опухоли диаметром менее 5 см. Так в 2000 году в Москве стадия T1-T2 рака почки установлена в 49% случаев. По данным литературы, 97% диагнозов приходится на УЗИ. Рак правой почки выявляется в 60,3% случаев, а рак левой почки — в 39,7%.

Раннее выявление заболевания повлекло за собой изменение представлений об объеме и технике проведения оперативных вмешательств, расширение показаний для выполнения органосохраняющих операций, основанных на более детально проведенном стадировании опухоли. В случае опухоли почечной лоханки такие современные методы диагностики как рентгенологические и ультразвуковые, спиральная компьютерная томография, интралюминальный ультразвук недостаточно чувствительны, что требует использования современной эндоскопической техники. Только с помощью современных эндоскопов в большинстве случаев доступны осмотру все участки верхних мочевых путей, что является основой для выявления, уточнения стадии опухоли и определения показаний к выполнению органосохраняющей операции с последующим динамическим наблюдением пациента.

Несмотря на высокий уровень ранней выявляемости заболевания, около 20-30% больных раком почки к моменту установления диагноза имеют отдаленные метастазы, и у 25-30% опухолевый процесс имеет местно-распространенный характер. В то время как 5-летняя выживаемость для всех больных раком почки составляет в среднем 60%, 2-х летняя выживаемость пациентов диссеминированным почечно-клеточным раком по разным данным колеблется от 0% до 20% .

Из приведенных цифр становится видно, что, одно лишь раннее выявление опухоли почки, не является доминантным в решении проблемы лечения пациентов данной нозологии, и проблема эта далека от своего разрешения. Появление различных диагностических методик в некоторых случаях не облегчает, а, наоборот, затрудняет

выбор врача в приоритетности выбора каждой из них, заставляя использовать, подчас необоснованно, весь доступный арсенал. Недостаток опыта в проведении конкретного исследования приводит к неоднозначности интерпретации полученной информации каждым специалистом, что ведет к дублированию исследований или к недооценке данных других диагностических методов, имеющих сходную значимость. Все это затягивает диагностический процесс, приводя к позднему началу лечения.

Хирургическое лечение на сегодняшний день, бесспорно, остается единственным радикальным способом избавить больного от данного страдания, однако возможность выполнения органосохраняющего вмешательства с обоснованием каждым автором своей методики операции, отсутствие четко сформулированных показаний к проведению того или иного вида операции, дискуссионность вопроса о необходимости проведения лучевой терапии, разнообразие списка и схем введения иммунопрепаратов приводят к отсутствию четко сформулированного подхода к лечению больных раком почки в различных стадиях. Несмотря на большое количество публикаций в специальной медицинской литературе, по-прежнему произвольно решаются вопросы о необходимости выполнения адреналэктомии, показаниях к лимфаденэктомии, объемах оперативных вмешательств при опухолевом тромбозе почечной и нижней полой вен, отдаленных метастазах, даже об адекватном хирургическом доступе.

В силу особенностей организации медицинской помощи населению в нашей стране, разработка стратегии и тактики лечения онкоурологических больных проводится онкологами онкологических диспансеров, ими же оказывается методическая помощь лечебно-профилактическим учреждениям общей лечебной сети и проводится статистический учет [Приказ МЗ РФ № 270 от 12.09.97 «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации»]. Онкологи онкологических диспансеров имеют возможность широко применять в своей практике химиолучевую, комбинированную и комплексную терапию. У них хорошо налажена система учета и диспансеризации больных. Более широкое внедрение этой системы регламентируется приказом МЗ РФ № 135 от 19.04.99 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра». Однако мощность большинства онкологических диспансеров не позволяет организовать специализированные отделения по профилям онкологической патологии, в частности - урологические. Специализированные онкоурологические отделения имеются лишь в 23 субъектах РФ. Поэтому онкоурология - один из тех разделов, которым традиционно, и не без успеха, занимаются отделения общей урологии, и основное бремя диагностики и лечения рака почки ложится на урологов общей лечебной сети. Последние же часто не имеют возможности применения адекватной комплексной и комбинированной терапии с использованием химиолучевого и иммуно-терапевтического компонента, а без этого нельзя проводить лечение злокачественных новообразований на современном уровне. В свете вышесказанного,

чрезвычайно важным является постоянное взаимодействие урологической и онкологической служб.

Таким образом, проблема диагностики и лечения больных раком почки на сегодняшний день является трудной и далеко не решенной задачей. Существуют большие сложности в подборе корректного ряда диагностических методов, максимально отвечающих требованиям «информативность – безопасность – доступность» с одной стороны, и оптимальных форм лечебного воздействия, с другой. Внедрение стандартизации в лечебно-диагностический процесс во многом послужит решению этих проблем и повышению качества медицинской помощи.

Литература.

1. Steenkamp H. J. Jaskiewicz K., Louwrens H. D., De Wet Marais C. // Cancer J. - 1989. - № 9. - С. 292-295.
2. Ранняя диагностика онкологических заболеваний / Под ред. В.И.Чиссова, В.В. Старинского, Е.Н. Сотникова, - М. – 1999. – с.193.

Abstract

O. V. Firsov

IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL CARE PATIENTS WITH KIDNEY CANCER BY STANDARDIZING DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS

GUZ "Voronezh regional clinical hospital № 1"

Obosnovana the need to develop and implement rational, science-based standards that can improve the efficiency of medical-diagnostic process in patients with kidney tumors and in order to ensure their availability in the framework of the Russian legislation on health protection of citizens and the Program of state guarantees of free medical care for the problem of kidney cancer in clinical practice.

Key words: kidney cancer, medical care standardization.