

СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.В. Якушина

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва
E-mail: multitona@mail.ru

Обсуждаются методы лечения больных с урологической патологией, в том числе – с новообразованиями мочеполовой системы. Анализируется стоимость лечения таких больных.

Ключевые слова: предстательная железа, гиперплазия, методы лечения, финансирование медицинской помощи.

Диагностика и лечение пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) представляют собой не только серьезную медицинскую, но и большую социальную проблему. ДГПЖ, или, как раньше называлось это заболевание, аденома предстательной железы (ПЖ) остается одним из наиболее частых заболеваний мужчин пожилого возраста. Сегодня большинство авторов признают термин «доброкачественная гиперплазия предстательной железы» наиболее

полно отражающим морфогенетическую природу заболевания.

Проведенные в нашей стране эпидемиологические исследования указывают на постепенное нарастание частоты ДГПЖ с 11,3% в возрасте 40–49 лет до 81,4% в возрасте 80 лет. До 30% мужчин 40-летнего возраста, доживающих до 80 лет, переносят оперативное лечение по поводу ДГПЖ.

Затраты на лечение с использованием новых альтернативных форм, нуждаются в особом внимании и тщательном изучении.

Из методов лечения ДГПЖ наибольшее распространение получили чреспузырная аденомэктомия и трансуретральная резекция (ТУР) ПЖ, хотя они нередко сопровождаются интра- и послеоперационными осложнениями.

Актуальность проблемы заключается в том, что количество больных с данной патологией не только в России, но и в мире неуклонно растет [2]. Перед

урологами стоит трудная задача выбора метода лечения и дальнейшей тактики ведения таких больных.

Симптоматика и клиническое течение ДГПЖ разнообразны и зависят от прогрессирования заболевания, соматического и психического статуса пациента, его возраста, социального положения и медицинской осведомленности.

Коротко рассмотрим методы лечения ДГПЖ [3]. Чреспузырная аденомэктомия – радикальный метод, но на сегодня «золотым стандартом» является ТУР ПЖ [4] – разновидность эндоскопической электрохирургической операции, при которой удаление тканей (резекция) и коагуляция сосудов осуществляются электрическим током высокой частоты с помощью специального эндоскопического инструмента – резектоскопа, который проводят в просвет уретры. Этот метод – более щадящий, чем чреспузырная аденомэктомия.

Опыт подтверждает ряд несомненных преимуществ ТУР перед традиционной открытой простатэктомией (аденомэктомией): 1) снижение травматичности вмешательства и количества осложнений; 2) сокращение сроков пребывания больного в стационаре и реабилитационного периода; 3) возможность восстановления мочеиспускания у больных с выраженными интеркуррентными заболеваниями; 4) возможность повторения вмешательств без повышения риска для больного; 5) снижение инвалидизации; 6) косметический эффект и др. Следует, однако, подчеркнуть, что ТУР ПЖ – одна из самых сложных и ювелирных операций во всем спектре трансуретральной эндохирургии.

Передлюбой хирургической операцией больные должны подвергаться всестороннему клинико-урологическому обследованию, которое не входит в стоимость оперативного лечения.

Несмотря на то, что ТУР ПЖ – новейший перспективный метод эндоскопической хирургии, остается высоким риск возникновения осложнений. Поэтому урологи должны индивидуально подходить к выбору метода лечения [4]. В послеоперационном периоде возможно проявление некоторых интраоперационных осложнений, что способствует увеличению койко-дней, и как следствие – к повышению стоимости лечения.

Коротко коснемся вопросов финансирования лечения ДГПЖ методом ТУР ПЖ в нашей стране. ТУР ПЖ – наиболее часто выполняемая урологическая операция, что обуславливает актуальность финансовой стороны проблемы [2]. Стоимость предоперационного и послеоперационного ведения пациентов на протяжении многих лет остается стабильной и составляет приблизительно 18% от суммы всех расходов на лечение. С фактором стоимости тесно связан вопрос о продолжительности

пребывания пациента в стационаре в послеоперационном периоде.

Принятие решения о лечебной тактике должно базироваться не только на показаниях; необходимо учитывать и ее ожидаемое влияние на качество жизни, степень риска, возраст пациента, а также ввиду недостатков страховой медицины – на оплату страховой компанией конкретного случая.

Материал и методы

Объектом исследования являлись больные с ДГПЖ, прооперированные за 3 года (2000, 2001, 2002) – 100 человек (50 – после аденомэктомии, 50 – после ТУР ПЖ) в возрасте от 40 до 60 лет. Источниками информации для анализа явились годовые отчеты за 2000, 2001, 2002 гг. (форма № 30, форма № 14 дс), статистические карты выбывшего из стационара (форма № 066у), отчеты об операциях, истории болезни выписанных больных с листом медикаментозного назначения.

В работе использовался сравнительный анализ.

Приводим показатели оперативного лечения больных 2 способами (см. таблицу).

Из таблицы видно, что за 3 года число больных с ДГПЖ и число операций методом ТУР ПЖ увеличились.

Результаты и обсуждение

Анализ показателей оперативного лечения пациентов 2 способами показал следующее:

- увеличилось число мужчин с ДГПЖ, которым проведено оперативное лечение;
- практически стабильным оставалось число пациентов, которым проведена аденомэктомия;

Показатели оперативного лечения

Показатель	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Число выписанных больных, в том числе – мужчин	5165 3767	5390 3896	5238 3831
Из них с ДГПЖ	731	748	773
Средний койко-день пребывания в стационаре	17,4	14,6	15,7
Летальность	2	4	1
Аденомэктомия:	95	94	96
число осложнений	8 (8,4 %)	5 (5,3 %)	6 (6,2 %)
средняя длительность лечения	32,8	29,5	29,4
средний койко-день до операции	11,9	10,8	10,3
средний койко-день после операции	20,9	18,7	19,1
летальность	1	1	1
ТУР ПЖ:	268	302	320
число осложнений	11 (4 %)	12 (4 %)	11 (3,4 %)
средняя длительность лечения	23,2	18,8	19,9
средний койко-день до операции	12,7	9,8	10,9
средний койко-день после операции	10,5	9,0	9,0
летальность	0	0	0

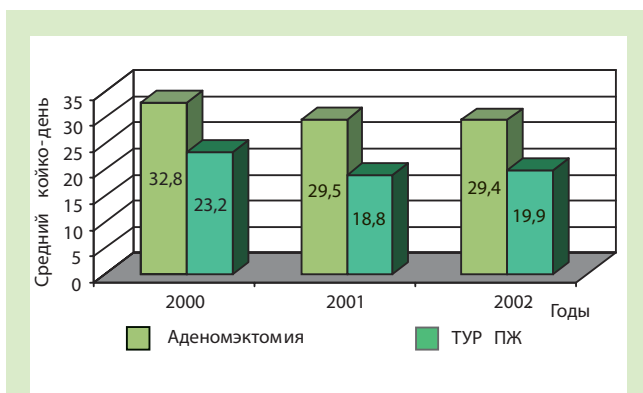


Рис. 1. Средняя длительность оперативного лечения методами аденомэктомии и ТУР ПЖ

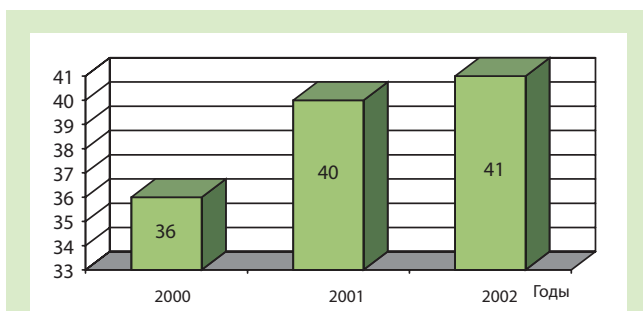


Рис. 2. Частота оперативных вмешательств методом ТУР ПЖ

- значительно увеличилось число операций методом ТУР ПЖ (в среднем она производилась в 3 раза чаще, чем аденомэктомия), а процент осложнений при аденомэктомии в 2 раза выше, чем при ТУР ПЖ; в значительной мере это связано с тем, что после аденомэктомии чаще возникают послеоперационные кровотечения, которые носят более интенсивный характер, чем при ТУР ПЖ; в связи с длительным стоянием послеоперационного катетера после аденомэктомии чаще возникают нагноение послеоперационной раны и присоединение внутрибольничной инфекции;
- средняя длительность лечения гораздо короче при ТУР ПЖ, чем при аденомэктомии; средний послеоперационный койко-день при ТУР ПЖ в 2 раза короче (рис. 1).

Как видно из рис. 1, средняя длительность оперативного лечения за 3 года уменьшилась как при аденомэктомии (с 32,8 дня в 2000 г. до 29,4 дня в 2002 г.), так и при ТУР ПЖ (с 23,2 дня в 2000 г. до 18,8 и 19,9, дня соответственно в 2001 и 2002 гг.). Особенно следует отметить значительное уменьшение этого показателя при ТУР ПЖ в сравнении с таковым при аденомэктомии; если в 2000 г. разница составляла 9,6 дня, то в 2001 г. – 10,7 дня и 7,5 дня в 2002 г.

Дальнейший анализ показал, что такое значительное различие возникает из-за снижения среднего койко-дня после операции. В то время как средний койко-день до операции при аденомэктомии и ТУР ПЖ различается всего на 1: соответственно 12,7 и 11,9 в 2000 г., 9,8 и 10,8 в 2001 г. и 10,9 и 10,3 в 2002 г., то средний койко-день после ТУР ПЖ практически в 2 раз меньше, чем при аденомэктомии соответственно: 10,5 и 20,9 в 2000 г., 9,0 и 18,7 в 2001 г. и 9,0 и 19,1 в 2002 г.

Анализ частоты оперативных вмешательств методом ТУР ПЖ в расчете на 100 больных мужчин с ДГПЖ, госпитализированных в стационар, выявил ее рост за 3 года (2000 – 2002 гг.) – рис. 2.

В клинической практике выбор метода лечения для каждого конкретного больного предполагает всестороннее осмысление всех аспектов проблемы и определение оптимального баланса между терапевтическим эффектом, возможными осложнениями или противопоказаниями. Лечебная тактика в отношении одного из наиболее распространенных урологических заболеваний – ДГПЖ – в настоящее время проходит новый этап развития, заключающийся в быстром внедрении новых способов лечения и постоянной критической оценке эффективности и безопасности как новых, так и прежних методов лечения.

Такие виды оперативного вмешательства, как ТУР ПЖ и открытая аденомэктомия, являются теми стандартами, с которыми сравнивают новые методы. И в настоящее время, и в будущем урологи должны стремиться к уменьшению числа осложнений и улучшению результатов оперативных вмешательств при ДГПЖ. При лечении врач не должен руководствоваться высокой разницей в стоимости лечения, необходимо индивидуально подходить к каждому пациенту.

Из данных литературы и собственных наблюдений видно, что больные с ДГПЖ преобладают среди пациентов мужского пола в урологических стационарах и, следовательно, эффективность их лечения имеет важное экономическое и социальное значение.

Рассмотрим, из чего складывается стоимость лечения таких больных. Так как объем предоперационных исследований одинаков при обоих видах операции, то и средний койко-день до операции является практически одинаковым. К сожалению, объем лечения после аденомэктомии гораздо больше, а само лечение длительнее и травматичнее. Поэтому и средний койко-день после ТУР ПЖ в 2 раза короче, чем при аденомэктомии.

Нами была проведена сравнительная оценка стоимости операций методом аденомэктомии и ТУР ПЖ. Диагностический период (предоперационный) включает в себя одинаковые лабораторные и инст-

рументальные исследования и, по нашим подсчетам, его стоимость составляет 6 623 руб. (в ценах 2004 г.). Стоимость аденомэктомии – 8450 руб., стоимость ТУР ПЖ – 10000 руб., стоимость интенсивной терапии сразу после любой из них – 141 руб. 96 коп. Таким образом, операция методом ТУР ПЖ на 1179 руб. дороже из-за стоимости самой операции, которая на 1550 руб. больше, чем стоимость открытой аденомэктомии (используется дорогостоящая медицинская аппаратура).

Однако у больных, прооперированных методом аденомэктомии, в 2 раза чаще возникают послеоперационные кровотечения и им внутривенно капельно 1 раз назначается эритроцитарная масса (стоимость – 5600 руб.), а также плазма (стоимость – 3600 руб.) в течение 5 дней 1 раз в сутки, что в сумме стоит 23600 руб. В результате стоимость лечения возрастает в разы! При кровотечении, возникающем после ТУР ПЖ, плазму и эритроцитарную массу обычно вводят 1 раз, что стоит 9200 руб.

В результате длительного стояния катетера после аденомэктомии (в течение 5–6 сут) увеличивается риск присоединения внутрибольничной инфекции, что приводит к назначению дорогостоящих антибактериальных препаратов, таких как «Фортум» (986 руб.), на 7 дней. Таким образом, средняя стоимость лечения 1 осложненного случая при аденомэктомии – 24 586 руб., что в 2,6 раза (!) дороже осложненного случая у больного после ТУР ПЖ.

В итоге мы имеем следующее: стоимость осложненных случаев при ТУР ПЖ – 18129 руб., а при аденомэктомии – 40716 руб.

В соответствии с медико-экономическими стандартами, фонд ОМС платит за пребывание больных в стационаре с данной патологией независимо от вида оперативного лечения 6188 руб. 77 коп. Чтобы пребывание больного было оплачено полностью, он должен находиться на стационарном лечении не менее 19 койко-дней, но при ТУР ПЖ фонд ОМС оплачивает полностью всего 6 койко-дней, вследствие чего койка освобождается раньше и стационар имеет возможность пролечить следующего больного. Пациента выписывают на амбулаторное лечение в поликлинику, которое длится при аденомэктомии в среднем (по группе исследуемых больных) 23 дня, а после ТУР ПЖ – в среднем 7 дней.

По нашим подсчетам, экономический ущерб, нанесенный государству, при аденомэктомии составил 66388 руб., что на 24707 руб. больше, чем при ТУР ПЖ (41681 руб.), а при осложненных случаях ущерб увеличивается в 2 раза.

В заключение следует отметить, что эндоскопическая операция (ТУР ПЖ) менее травматична для больных и более выгодна для стационара.

Таким образом, вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы:

- ТУР ПЖ имеет преимущества перед аденомэктомией; однако для увеличения частоты этой операции требуется ранняя диагностика ДГПЖ; основными и главными показаниями к ТУР ПЖ являются относительно молодой возраст пациента и небольшой объем ПЖ; большое значение имеет информированность больного о стадии заболевания, в связи с чем повышается роль медицинских работников как пропагандистов медицинских знаний среди населения;
- целесообразно увеличить финансирование первичного звена медицинской помощи с целью выделения средств на санитарно-просветительскую и профилактическую работу с населением, а также изыскать возможность финансирования социальной рекламы для мужчин;
- следует рассмотреть возможности для ФФОМС РФ пересмотра медико-экономических стандартов оказания стационарной медицинской помощи больным с урологической патологией, исходя из реального положения дел, т.е. с учетом реальной длительности пребывания больных в стационаре, а не мифической.

Литература

1. Даренков А.Ф., Данилков А.П., Шабад А.Л. и соавт. Применение раствора гипохлорита натрия для интраоперационной профилактики инфекционных раневых осложнений после операций на почках и верхних мочевых путях. // Тез. докл. науч. конф.: Электрохимические методы в медицине – Дагомыс, 1991. – С. 52–53.
2. Лопаткин Н. А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – М., 1999.
3. Лопаткин Н. А., Лопухин Ю. М. Эфферентные методы в медицине (теоретические и клинические аспекты экстракорпоральных методов лечения). – М.: Медицина, 1989. – С. 352.
4. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. – М.: Триада X, 1997.

THE COST OF TREATMENT IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA

T.V Yakushina

City Clinical Urology Hospital Forty-Seven, Moscow

E-mail: multitona@mail.ru

The paper presents a study dealing with the treatment of a group of patients with urologic diseases, including those with urinary tract neoplasms. It gives the comparative costs of treatment in these patients.

Key words: prostate, hyperplasia, treatment options, medical care financing.