

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)

Н.Н. Цыба

Гематологический научный центр РАМН, Москва

Резюме. В статье анализируется многолетний опыт работы первого в России гематологического дневного стационара. Рассматриваются возможные пути дальнейшего развития внегоспитальной гематологической помощи населению.

Ключевые слова: гематология, дневной стационар, развитие.

МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ (ОРГАНІЗАЦІЙНІ, КЛІНІЧНІ, ЕКОНОМІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ)

М.М. Циба

Резюме. В статті аналізується багаторічний досвід роботи першого гематологічного денного стаціонару. Розглядаються можливі шляхи подальшого розвитку позагоспітальної гематологічної допомоги населенню.

Ключові слова: гематологія, денний стаціонар, розвиток.

OPPORTUNITIES AND PROSPECTS OF THE FURTHER DEVELOPMENT OUT-OF-HOSPITAL HAEMATOLOGICAL LIFE SUPPORT (ORGANIZATIONAL, CLINICAL, ECONOMICAL AND SOCIAL ASPECTS)

N.N. Tsyba

Summary. The article analyzes long-term operational experience of the first Russian haematological day-time hospital. Possible ways for further developments of out-of-hospital haematological life support for the population are considered.

Key words: hematology, a day-time hospital, development.

Адреса для листування:

Цыба Николай Николаевич

Россия, 125167, Москва, Новый Зыковский про. 4а

Гематологический научный центр РАМН

e-mail: tsyba2007@ya.ru

Становление специализированной гематологической медицинской помощи в СССР началось в конце 1950 гг. с организации амбулаторной гематологической службы — в Риге в 1959 г. был открыт первый в стране гематологический кабинет. Невзирая на крайне неблагоприятный в то время прогноз течения онкогематологических заболеваний, это событие положило начало диспансеризации и первым попыткам решать вопросы медицинской и социальной реабилитации таких больных [1]. В дальнейшем гематология очень быстро заняла достойное место среди наиболее динамично развивающихся медицинских дисциплин. Уже в семидесятих годах прошлого столетия R. Auer с соавторами и D. Pinkel [2, 3] сообщили о первых случаях излечения детей от острого лейкоза, а в 80-х годах у большого числа больных острым лейкозом появился шанс пережить пятилетний период без рецидива. Сегодня такая возможность имеется у 25-30% взрослых, больных острым миелобластным и у 40% — острым лимфобластным лейкозом, а число больных острым промиелоцитарным лейкозом, переживающих 5-летний период, увеличилось в 7 раз [4]. Принципиальные изменения произошли в лечении хронического миелолейкоза

[5], апластической анемии [6], лимфопролиферативных заболеваний — гетерогенной группы болезней, в которой ежегодно диагностируются около 10 000 новых случаев. Внедрение в клиническую практику флюдарабина позволило увеличить 5-летнюю выживаемость больных до 70-80%, а после включения в программы химиотерапии В-клеточных лимфом моноклональных антител (ритуксимаб) положительные результаты в лечении, например фолликулярных лимфом, получают у 90% больных. Не менее впечатляющими являются успехи в лечении лимфогранулематоза и множественной миеломы: в первом случае интенсификация лечения позволила увеличить число излеченных больных с 55-60 до 90%, во втором — получать длительные ремиссии у 40-50% больных [7-9].

Однако гематология, наряду с онкологией, столь же быстро встала в один ряд и с наиболее дорогостоящими видами лечения — доля средств, затрачиваемых на оказание медицинской помощи этой категории пациентов в России — около 6-7% всех средств, выделяемых на здравоохранение. Самую значимую часть затрат составляет стационарное лечение, и она, как следствие создания новых, более эффективных медицинских техноло-

гий, постоянно растет (в США в 1975 г. на лечение одного онкологического больного было израсходовано 22 358 долларов, в 1985 г. — уже 72 494 доллара) [10–12].

При этом необходимо учитывать, что затраты на лечение одного пациента в возрасте 60–65 лет (в 2001 г. число таких граждан в России достигло 12,9%) превышают среднюю сумму аналогичных затрат на душу населения в 1,63 раза, пациентов в возрасте 66–69 лет в 1,8 раза, а в возрасте старше 70 лет — в 2,37 раза [13–16].

Рост стоимости медицинских услуг, развитие медицинских технологий, сокращение ассигнований на содержание больниц и старение населения привели к созданию в ряде стран служб нового типа: независимых центров неотложной помощи, пунктов помощи на дому, амбулаторных диагностических центров, дневных стационаров (ДС), домов сестринского ухода и пр. С 1970-х годов эти виды помощи завоевывают все большую популярность в Европе. В США в результате реформирования (1965–1983 гг.) системы здравоохранения были предприняты значительные усилия для организации широкого спектра медицинских услуг во внегоспитальных условиях. Амбулаторный сектор становится ведущим в здравоохранении этой страны [17–21].

Эти же, универсальные для многих стран причины, обусловили появление в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации тезиса о «переносе части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный...», как одного из основных направлений в совершенствовании организации медицинской помощи в России.

В то же время не следует забывать, что первые шаги в поиске новых форм медицинской помощи и ухода за больными были сделаны в СССР еще в конце 1930-х годов, когда в отдельных городах создавались «стационары на дому для негоспитализированных больных» [22], показавшие весьма значимую социальную, медицинскую и экономическую эффективность у больных с некоторыми острыми и хроническими заболеваниями. К сожалению, эти полезные рекомендации не получили широкого распространения в отечественном здравоохранении того периода [22–27].

Первый в России ДС для диагностики и программной химиотерапии заболеваний системы крови в составе Гематологического научного центра РАМН (ГНЦ РАМН) был создан в 1989 г., однако еще в 1977 г. А.И. Воробьевым и М.Д. Бриллиант в статье, посвященной вопросам амбулаторного лечения больных гемобластозами, показана принципиальная возможность обследования и лечения ряда заболеваний системы крови во внегоспитальных условиях [28]. На целесообразность создания гематологических ДС указывают и особенности лечения гемобластозов (при проведении определенных курсов полихимиотерапии не требуется ежедневное парентеральное введение лекар-

ственных средств), и появившиеся в арсенале врача мощные средства сопроводительной терапии (антиэметики, колониестимулирующие факторы, эритропоэтин, иммуноглобулины). Немаловажное значение имели и экономические аспекты — ожидавшееся снижение стоимости лечения однотипных больных в ДС в сравнении с лечением в обычных гематологических отделениях.

Начало работы гематологического ДС поставило перед нами ряд вопросов организационного, клинического, психологического, социального и экономического характера. Прежде всего, нами были сформулированы условия госпитализации в ДС, включавшие, помимо клинической характеристики пациента, информацию об удаленности его дома от центра, наличия телефона в квартире и т.д. [29, 30]. При решении вопроса о госпитализации пожилого больного в ДС, а количество таких пациентов в нашем ДС в разные годы колебалось от 17 до 29,2%, эти условия дополнялись информацией о социально-экономическом статусе больного, лекарственной зависимости, наличии гериатрических синдромов и т.п. [31]. В дальнейшем определился и перечень патологических состояний, лечение которых может осуществляться в гематологическом ДС. Сегодня в нашем отделении, по общим для центра протоколам, обследуются и получают химиотерапию пациенты с лимфогранулематозом, лимфосаркомами, хроническими лейкозами, множественной миеломой, макроглобулинемией ф.Вальденстрема, миелодиспластическим синдромом, поддерживающую терапию получают больные острым лейкозом, больные с анемическими состояниями, нуждающиеся в трансфузионной терапии [32].

Работа в дневном стационаре имеет ряд особенностей. Ей присущи элементы консультативного приема в поликлинике, когда каждый больной является «первичным» и требует тщательного сбора анамнеза, оценки соматического состояния, принятия решения о возможности проведения диагностических и/или лечебных процедур в ДС, формирования плана обследования больного, планирования проведения диагностических процедур и выполнения ряда из них, с последующей систематизацией полученной информации и формированием диагноза. Перечисленные этапы работы необходимо учитывать не только при первом знакомстве, но и при каждой госпитализации больного. В то же время проведение химиотерапии в ДС ничем не отличается от лечения пациентов по аналогичным программам в круглосуточном отделении. Разве что продолжительность госпитализации больного значительно короче и изменения в его образе жизни не так существенны (например, в 1999 г. 67% больных лимфогранулематозом, лечившихся в ДС, продолжали учиться и работать). Чрезвычайно важное значение приобретает и формирование потоков пациентов, позволяющее избежать длительного контакта больных, получающих программную химиотера-

пию, с пришедшими для сдачи анализов, уменьшая, тем самым, вероятность возникновения инфекционных осложнений.

Сохранение привычного образа жизни является одним из положительных факторов, позволяющим больному быстрее и с минимальными потерями адаптироваться к изменившимся жизненным обстоятельствам. В конечном счете это помогает ему активно участвовать в борьбе с недугом. Однако подобное обстоятельство таит в себе дополнительную психологическую нагрузку на врача: многие наши пациенты остаются дома при числе лейкоцитов не превышающем $1-1,5$, и тромбоцитов — $40-60 \cdot 10^9/\text{л}$, что, невзирая на проводимую профилактическую антибактериальную терапию, уже вызывает чувство тревоги у врача, требуя постоянной связи с больным.

Как показало месячное хронометрирование рабочего времени сотрудников отделения, ежедневно на телефонные переговоры с больными, врач, в среднем, затрачивает 82,6 мин. Несложные расчеты указывают на необходимость уменьшения нормативной нагрузки на врача гематологического ДС [32].

Другие особенности работы гематологического ДС (краткосрочность одной госпитализации больного при достаточной их частоте) потребовали разработки новых форм документации гематологического ДС, что было сделано в 2003 г. [33]. В дневном стационаре ГНЦ РАМН с 1998 г. создана база данных, содержащая информацию об имени, поле, возрасте, социальном статусе пациента, регионе его проживания, диагнозе, количестве и продолжительности госпитализаций и медицинской помощи, оказанной больному. Как следует из данных таблицы, в настоящее время отделение в своей клинической работе вышло на своеобразное плато.

Дальнейшее увеличение числа больных при тех же штатах отделения может привести к снижению качества работы ДС. При сохраняющихся примерно на одном уровне количестве больных и средней продолжительности одной госпитализации отмечается тенденция к увеличению как койко-дней, так и числа госпитализаций. Эти факты, с одной стороны, могут быть объяснены усложнившимися программами химиотерапии, а с другой — увеличением количества пожилых больных, получающих лечение в ДС (например, в 2006 г.

среди больных, госпитализированных в ДС, 25,7% были в возрасте старше 60 лет, в 2007 г. таких больных было уже 29,2%), требующими более частого наблюдения для предупреждения различных осложнений [34].

По мере совершенствования методологии курации гематологических больных в условиях ДС менялся и их контингент — значительно увеличилось число пациентов, направляемых не только для обследования, но и последующей терапии. Так, в 1993 г. из 586 больных, госпитализированных в ДС, 101 пациент (17,3%) был направлен только для выполнения диагностических процедур. В 2003 г. 94,2% поступивших в ДС больных, наряду с необходимым обследованием проводилось специфическое лечение. В лечебный арсенал отделения включались все более сложные, многокомпонентные программы химиотерапии. Значительно возросла трансфузионная активность в отделении.

Все это позволило отделению перейти на качественно новый уровень клинической работы [35]. Основным контингентом гематологического ДС являются больные лимфопролиферативными заболеваниями — их количество колебалось за прошедшие годы от 54,9 до 65,2%, в тоже время среди больных отделения постепенно увеличивалось число пациентов с острыми лейкозами, апластической анемией — в 2000 г. соответственно 10 и 9 больных, в 2003г. — 11 и 14%, в 2007 г. — 23 и 19%. Усложнялись программы химиотерапии, например, от программы MOPP и ABVD при лимфогранулематозе в ДС перешли к лечению по программам BEACOPP всех модификаций, от COP, CNOP и CNOP-подобных схем лечения — к программам, включающим аналоги пуринов, моноклональные антитела.

В опубликованных ранее работах [29, 32], продемонстрирована возможность снижения, примерно на 30%, нагрузки на круглосуточные отделения центра. В то же время необходимо принять во внимание, что уменьшение госпитализации в круглосуточное гематологическое отделение относительно компенсированных пациентов за счет использования возможностей ДС приведет к концентрации в гематологических стационарах крайне тяжелого контингента больных, многократному возрастанию физической и психологической нагрузки на персонал отделения. Работа в этих стаци-

Таблица

Статистические показатели работы ДС ГНЦ РАМН в 2003-2007 гг.

Год	Число больных	Число госпитализаций	Количество койко-дней	Кратность госпитализаций	Средняя продолжительность одной госпитализации
2003	427	3960	9921	9,2	2,5
2004	377	3882	8784	10,3	2,3
2005	429	3961	9977	9,2	2,5
2006	459	4647	12150	10,1	2,6
2007	442	5048	13947	11,4	2,8

онарах во многом будет сопоставима с деятельностью отделения интенсивной терапии. В подобной ситуации вполне закономерно возникают вопросы о пересмотре нормативов работы и оплаты врача гематологического отделения.

Возросшая доступность высокотехнологичной специализированной помощи в амбулаторных условиях привлечет в центры, ее оказывающие, большой приток пациентов, что делает чрезвычайно актуальной проблему строительства в непосредственной близости от таких центров пансионатов (общежитий) для проживания больных и сопровождающих их лиц.

Как уже отмечалось, при оказании специализированной гематологической помощи во внегоспитальных условиях у многих больных сохраняется привычный образ жизни, что является одним из положительных факторов, позволяющим больному быстрее и с минимальными потерями адаптироваться к изменившейся жизненной ситуации. Еще одним позитивным психологическим фактором является возможность лечиться, не прерывая работу или учебу [32]. Трудно переоценить и положительный психоэмоциональный эффект общения больных, начинающих лечиться, с пациентами, успешно ее заканчивающими или достигшими в результате лечения полной ремиссии.

Немаловажным аспектом является также экономическая целесообразность организации гематологического дневного стационара [29], экономическую эффективность работы гематологического ДС убедительно демонстрирует такой интегральный показатель как стоимость одного койко-дня: в ДС — 980 рублей, в общей палате гематологическом отделении — 1400 рублей (в одностойной — 2800 рублей).

К сожалению, проводимая химиотерапия не всегда является успешной. Во многих случаях, взвесив все «за» и «против», врач вынужден отказываться от программной, нацеленной на достижение ремиссии, терапии и обращаться к паллиативному, также химиотерапевтическому лечению, основной целью которого является максимально возможное продление жизни больного с наименьшим (насколько это возможно) ухудшением ее качества. Указанное лечение может проводиться годами, и реализация его в гематологическом отделении стоит чрезвычайно дорого. Такая паллиативная терапия является весомой частью работы гематологического ДС и существенно отличается

от паллиативной терапии в онкологии, направленной, в основном, на предотвращение и купирование болевого синдрома.

Логическим развитием идеи проведения паллиативной терапии, является создание гематологических дневных стационаров на дому, как это сделано в Санкт-Петербурге и Казани для некурабельных онкологических больных [36-37]. В ряде случаев, например, пожилым больным, в стационарах на дому может проводиться и программная терапия заболеваний системы крови. В настоящее время, по крайней мере, в Москве и других крупных городах России существуют научные и практические предпосылки для организации гематологических стационаров на дому. Несомненно, им будут присущи и элементы работы хосписа, что позволит разрешить трудный для любого врача вопрос о целесообразности госпитализации больного, резистентного к проводимой терапии, при этом не оставляя его без медицинской и психологической поддержки. Нами разработано Положение о таком стационаре и подсчитана ориентировочная стоимость организации одной бригады, курирующей пациентов в гематологическом стационаре на дому. С нашей точки зрения, деятельность таких стационаров не исключает и оказание платных услуг. В случае создания стационаров на дому отдельные звенья специализированной внегоспитальной помощи преобразуются в систему, обретающую завершенность: специализированный гематологический прием в поликлинике — гематологический дневной стационар — гематологический стационар на дому. Конечно, высказанные положения требуют профессиональной экономической оценки, равно как и оценки возможностей медицинского учреждения.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что гематологический ДС является эффективной, экономически целесообразной формой оказания специализированной диагностической и лечебной помощи большой группе больных с патологией системы крови, во многом сохраняющим привычное качество жизни пациентов, а рациональная организация его работы позволяет увеличить доступность этого вида помощи населению.

ЛИТЕРАТУРА

(в редакции)