

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МОСКВЫ

**З.Х. Агамов^{1,2*}, А.Д. Саркисян^{2,3}, С.П. Даренков³, Т.В. Шаповаленко²,
И.Н. Сисюкин¹, А.Л. Кошкакарян⁴, О.А. Зернова¹, М.М. Дзагоев¹, Р.Г. Зулкарнаев¹,
В.С. Гилядов², В.В. Причеп¹**

¹ ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 Департамента здравоохранения г. Москвы»

² Клиническая больница № 1, АО «Группа компаний «Медси»

³ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

⁴ ГБУЗ «Городская поликлиника № 219 Департамента здравоохранения г. Москвы»

IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM FOR EARLY DETECTION OF PROSTATE CANCER IN A CITY OUTPATIENT UNIT IN MOSCOW

**Z.Kh. Agamov^{1,2*}, A.D. Sarkisyan^{2,3}, S.P. Darenkov³, T.V. Shapovalenko²,
I.N. Sisyukin¹, A.L. Koshkakarayan⁴, O.A. Zernova¹, M.M. Dzagoev¹, R.G. Zulkarnaev¹,
V.S. Giljadov², V.V. Prichepa¹**

¹ City Polyclinics No 115, Moscow, Russia

² Clinical Hospital No 1, MEDSI Group, Moscow, Russia

³ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

⁴ City Polyclinics No 219, Moscow, Russia

*E-mail: azxur@rambler.ru

Аннотация

В статье представлены результаты организационного эксперимента по программе ранней диагностики рака предстательной железы, выполненного в городской поликлинике Москвы. Проведение данного эксперимента обусловлено выявленными в ходе интервьюирования врачей факторами, способствующими снижению доступности медицинской помощи и, как следствие, превышению сроков ожидания оказания медицинской помощи при подозрении на онкологическое заболевание, регламентированных нормативными документами, что впоследствии может приводить к увеличению количества запущенных случаев. Результаты эксперимента позволили выявить потенциальные ресурсы первичного звена в части возможностей реализации программ по ранней диагностике онкологических заболеваний, а также высокую результативность этих мероприятий, которая выразилась в увеличении выявляемости онкологических заболеваний, в том числе на ранних стадиях. Организационная модель данного эксперимента и его результаты могут быть приняты во внимание органами управления здравоохранением при разработке программ по ранней диагностике онкологических заболеваний.

Ключевые слова: скрининг, рак предстательной железы, доступность медицинской помощи, первичная медико-санитарная помощь.

Abstract

The article discusses results of a managerial experiment on early detection of prostate cancer in a municipal outpatient unit in Moscow-city. Such a project was triggered after interviewing Moscow physicians who defined

factors which could lead to an increased number of advanced prostatic cancer. First of all, it is worse availability of medical care and, as a result, a longer waiting-list for medical examination. Results of the experiment revealed potential primary care resources for implementation of this program for early detection of oncological diseases; they also demonstrated high program effectiveness. It is expected that this work will result in better detection of oncological diseases, including those at an early stage. The proposed managerial model may be used by municipal health authorities when developing programs for early diagnostics of cancer.

Key words: screening, prostate cancer, medical care availability, primary health care.

Ссылка для цитирования: Агамов З.Х., Саркисян А.Д., Даренков С.П., Шаповаленко Т.В., Сисюкин И.Н., Кошкакарян А.Л., Зернова О.А., Дзагоев М.М., Зулькарнаев Р.Г., Гилядов В.С., Причена В.В. Опыт реализации программы ранней диагностики рака предстательной железы в городской поликлинике Москвы. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022; 2: 136–148

Введение

Смертность от онкологических заболеваний занимает лидирующие позиции во всех странах мира, в том числе и в Российской Федерации, где этот показатель с 2011 г. находится на втором ранговом месте и на 2018 г. составил 16.3%. При этом, несмотря на схожую структуру ведущих причин смертности от новообразований, выявляемость онкопатологии в Российской Федерации находится на более низком уровне, чем в странах Европы, а смертность — на более высоком, что определяет необходимость внедрения современных медицинских и организационных технологий оказания помощи онкологическим пациентам с использованием передового опыта зарубежных стран [1, 2].

Разработка и реализация программ по борьбе с онкологическими заболеваниями является одной из задач в части достижения Указа Президента Российской Федерации о снижении показателей смертности от новообразований, при этом существенное внимание должно быть уделено вопросам их ранней диагностики [3–5].

Существующая в Российской Федерации система диспансеризации позволяет увеличивать охват населения медицинскими осмотрами, что способствует выявлению в том числе и онкологических заболеваний, однако диспансеризация не является значимым фактором в выявляемости новообразований и требует более детального анализа организации ее проведения с целью выработки мер по повышению результативности скрининга и ранней диагностики онкологических забо-

леваний, что также должно сопровождаться повышением уровня информированности населения и формированием приверженности к здоровому образу жизни [6, 7].

В Российской Федерации накоплен опыт реализации скрининговых программ по раннему выявлению рака предстательной железы (РПЖ), который является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у мужчин, а в ряде стран выходит на первое место в структуре онкологических заболеваний у мужчин. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России РПЖ занимает второе место с приростом заболеваемости с 2007 по 2017 г. на 70.6%, а смертности — на 13.85% [8].

Несмотря на спорные вопросы и дискуссии относительно популяционного скрининга РПЖ, в целом его проведение способствует снижению смертности от данного заболевания, по данным некоторых работ, реальный эффект от скрининга может достигать 30%. Однако сопряженная со скринингом РПЖ гипердиагностика, отсутствие единой позиции относительно возраста для начала скрининга с использованием онкомаркера — простатического специфического антигена (ПСА) — ограничивают рекомендации по популяционному внедрению данного метода [9]. Ключевое значение для принятия решения о проведении скрининга РПЖ отведено необходимости обсуждения между врачом и пациентом всех положительных и негативных аспектов скрининга. При этом тест на общую фракцию ПСА признается наиболее

предпочтительным инструментом скрининга РПЖ и оценки риска его метастазирования и смерти от него, позволяет повысить выявляемость РПЖ на ранних стадиях, что дает возможность проводить радикальное лечение и таким образом повысить выживаемость [10, 11].

В этой связи показателен опыт московского здравоохранения, где в 2002–2004 гг. реализовывалась программа «Целевая диспансеризация мужского населения по раннему выявлению заболеваний предстательной железы». Предложенный в рамках данной программы алгоритм обследования мужчин старше 50 лет позволил увеличить выявляемость болезней предстательной железы, в том числе и РПЖ, с 38 до 60% [12, 13]. Повышение выявляемости РПЖ также продемонстрировал опыт программы по раннему выявлению злокачественных новообразований предстательной железы с использованием телемедицинских технологий в Воронежской области. Апробированный в данном регионе метод селективного популяционного скрининга РПЖ с использованием телемедицины показал более высокую эффективность, чем традиционная диспансеризация [14].

Необходимость разработки алгоритмов ранней диагностики заболеваний предстательной железы, а также выстраивания правильной маршрутизации пациентов с подозрением на РПЖ определена резолюцией профильной комиссии Минздрава Российской Федерации, основные положения которой были детализированы в методических рекомендациях по ранней диагностике РПЖ [15, 16].

Вместе с тем стоит иметь в виду, что программы по ранней диагностике онкологических заболеваний и снижению смертности от них должны реализовываться посредством не только профилактики, но и обеспечения доступной и квалифицированной медицинской помощи, в том числе быстрого диагностирования заболевания и сокращения сроков между постановкой диагноза и началом лечения, прежде всего в первичном звене [8, 17]. Несмотря на позитивные результаты реформ здравоохранения в части повышения доступности медицинской помощи, сохра-

няются дефицит кадров, высокая нагрузка на медицинский персонал, перегруженность первичного звена обязанностями, не связанными с оказанием медицинской помощи, что в целом препятствует сокращению сроков ожидания медицинской помощи. Эти обстоятельства могут затруднять и реализацию программ по ранней диагностике онкологических заболеваний [18–22].

Одним из направлений по снижению сроков оказания медицинской помощи и повышению ее доступности является государственно-частное партнерство (ГЧП) в сфере здравоохранения, что подтверждено зарубежным опытом [23, 24]. Преимуществами реализации проектов ГЧП в здравоохранении являются более эффективное управление, сбалансированность распределения рисков между инвестором и государством, применение инновационных методов, что будет способствовать удовлетворению потребностей населения в получении качественной медицинской помощи и снижению нагрузки на социальные статьи расхода бюджетов. Несмотря на эти преимущества, широкое распространение ГЧП в Российской Федерации сдерживается несовершенством государственных механизмов регулирования, низкими тарифами на оплату медицинских услуг в рамках ОМС, а также сложной экономической обстановкой в стране, что не позволяет привлечь в этот сектор инвесторов [23, 24]. В этой связи обращает на себя внимание Государственная программа города Москвы «Столичное здравоохранение», в которой предусмотрена подпрограмма по развитию государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья с целью обеспечения лучшей доступности медицинской помощи за счет привлечения федеральных медицинских организаций, медицинских организаций частной системы здравоохранения для реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе. С учетом этого необходимы практики по реализации программ ранней диагностики на основе взаимодействия государства и частного бизнеса [25].

Цель исследования — получение опыта реализации программы ранней диагностики РПЖ с привлечением государственно-частного партнерства.

Материалы и методы

Исследования выполняли на базе городских поликлиник № 115 и № 219 Департамента здравоохранения Москвы и Клинической больницы № 1 АО «Группа компаний «Медси». Применялись следующие методы исследования: социологический (интервьюирование), организационного эксперимента, аналитический.

На первом этапе в ноябре 2018 г. с целью получения информации о различных аспектах ранней диагностики РПЖ и маршрутизации пациентов с подозрением и выявленным РПЖ в поликлинике проведено интервьюирование с врачами урологических отделений городских поликлиник № 115 и № 219 Департамента здравоохранения Москвы, в котором приняли участие 16 врачей-урологов. При этом использован метод открытых групповых дискуссий с фокус-группой, который предусматривает откровенность респондентов, а участие в дискуссии коллег позволяет получить ответы, не предназначенные для публичных высказываний [26].

Не принимая во внимание медицинскую активность пациентов в части самостоятельного посещения поликлиники с целью ранней диагностики РПЖ (компонент, на который не могут повлиять врачи поликлиники), обсуждению подверглись аспекты, затрудняющие оказание медицинской помощи пациентам на различных этапах в поликлинике и при взаимодействии со стационарными учреждениями.

Выяснено, что сдать кровь на тест ПСА, являющийся маркером РПЖ, пациенты могут, получив направление от врача, к которому необходимо предварительно записаться (участковый терапевт, участковый врач общей практики, уролог), или при прохождении диспансеризации взрослого населения. Таким образом, выделена первая проблема, затрудняющая раннюю диагностику РПЖ, которая заключается в том, что у пациентов отсутствует возможность сдать кровь

на ПСА без предварительного посещения врача. Необходимость предварительной записи к врачу и ожидание даты приема для получения направления на ПСА являются демотивирующими факторами, влияющими на принятие пациентами решения пройти онкоскрининг по ранней диагностике РПЖ. Респонденты были едины во мнении, что для повышения выявляемости РПЖ необходима возможность прохождения теста без предварительного посещения врача.

Также выявлено, что при назначении пациентам анализа крови на ПСА, в зависимости от загруженности процедурного кабинета, где выполняется забор крови, сроки ожидания даты сдачи крови могут составлять от 3 до 14 дней, а в некоторых случаях пациенты не имеют возможности записаться даже в эти сроки. Респонденты отмечают, что в таких случаях среди пациентов распространена практика обращений в частные медицинские лаборатории.

Респонденты отметили, что при получении направлений на сдачу крови на ПСА от участковых терапевтов или врачей общей практики и при получении результатов с отклонениями от нормы на повторных приемах у данных специалистов пациенты направляются на прием к врачам-урологам, что регламентировано соответствующими приказами по маршрутизации пациентов и что также связано с ожиданием приема от 3–5 до 14 дней, в зависимости от загруженности врачей-урологов. На данном этапе респонденты также отмечают учащение обращений пациентов за консультацией к урологам сторонних частных организаций из-за нежелания длительного ожидания приема.

На повторных приемах пациентам с повышенным уровнем ПСА урологи разъясняют необходимость дальнейшей диагностики и выполнения биопсии предстательной железы (БПЖ). Данный этап регламентирован соответствующим приказом, согласно приложению к которому после проведения предварительного обследования пациенты с подозрением на РПЖ направляются для выполнения БПЖ в стационар кратковременного пребывания (СКП) по территориальному принципу (табл. 1) [27].

Сроки актуальности обследований, требующихся для оформления госпитализации с целью выполнения биопсии предстательной железы

Название обследования	Срок актуальности результатов
<i>Обязательные лабораторные обследования</i>	
Определение антител (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека	3 месяца
Исследование на сифилис	3 месяца
Определение антигена к вирусу гепатита В	3 месяца
Определение антител (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С	3 месяца
Определение основных групп крови (А, В, 0)	3 месяца
Определение резус-принадлежности	бессрочно
Общий анализ мочи	бессрочно
Клинический анализ крови	1 месяц
Биохимический анализ крови	2 недели
<i>Дополнительные обследования</i>	
ЭКГ	1 месяц
Рентгенография грудной клетки или флюорография	1 месяц
Заключение врача-терапевта	6 месяцев
Колоноскопия	6 месяцев

Этап предварительного обследования перед предстоящей БПЖ помимо лабораторных анализов (сроки сдачи которых могут составлять от 3 до 14 дней, как было указано выше) включает инструментальную диагностику, которая, по данным интервьюирования, пролонгирует его до трех недель. На данном этапе урологами поликлиники также отмечена практика обращений пациентов в сторонние медицинские организации для дальнейшего обследования и лечения, а также требований пациентов направить их на консультации в федеральные и стационарные учреждения Департамента здравоохранения Москвы вне регламентированной маршрутизации, право на которые закреплено статьей 21 ФЗ № 323 [28]. При этом респонденты отмечают случаи возникновения конфликтных ситуаций с пациентами, связанные с их неудовлетворенностью сроками ожидания оказания медицинской помощи и необходимостью дальнейшего посещения именно СКП, согласно регламентирующим документам, в противоречие праву выбора пациентом медицинской организации. Респонденты были едины во мнении о необходимости пересмотра сроков актуальности результатов предварительного обследования

в сторону их увеличения, а также расширения списка регламентированных учреждений, в которые можно направлять пациентов на госпитализацию для выполнения БПЖ.

На повторных приемах после получения результатов предварительного обследования врачи-урологи оформляют направление на госпитализацию в СКП, где врач-специалист принимающей организации рассматривает представленный комплект документов и принимает решение о подтверждении наличия медицинских показаний для выполнения БПЖ, назначает дату госпитализации в СКП, а также определяет необходимость проведения дополнительного обследования с указанием его необходимого объема.

Респонденты отмечают, что на данном этапе сроки назначения госпитализации врачом-специалистом принимающей стороны могут достигать двух — четырех недель и даже более месяца, что не соответствует регламентирующим документам, согласно которым срок обследования пациента с подозрением на онкологическое заболевание должен составлять не более 10 дней [29].

При этом с учетом ограниченных сроков актуальности результатов предварительного

обследования (табл. 1) ряд пациентов вынуждены повторно обращаться на прием к урологу в поликлинику для обновления результатов анализов перед предстоящей госпитализацией, что сопряжено с необходимостью повторно записываться к урологу поликлиники. Респонденты отмечают практику необоснованных отказов врачами-специалистами принимающих организаций в госпитализации с такими формулировками, как «соответствие полученного значения ПСА возрасту пациента», «необходимость понаблюдать значение уровня ПСА в динамике», «госпитализация в круглосуточный стационар с учетом сопутствующей патологии», «необходимость выполнить дополнительное инструментальное исследование» вне регламента или «предоставить заключение врачей других специальностей об отсутствии противопоказаний к выполнению БПЖ», что также противоречит нормативным документам. Данное обстоятельство формирует недоверие пациентов к врачам-урологам поликлиники, связанное с тем, что, несмотря на преодоление всех этапов подготовки к госпитализации для БПЖ, им отказывают в ней, что обуславливает сформировавшееся в обществе представление о более высоком уровне квалификации врачей стационарных медицинских учреждений и низкий статус врачей первичного звена.

Респонденты были едины в необходимости прямого личного взаимодействия между врачами-урологами первичного звена и СКП для оперативного решения возникающих вопросов по маршрутизации и ведению пациентов.

После выполнения БПЖ пациенту выдается выписной эпикриз с рекомендацией явки для получения результатов гистологического исследования, которое выполняется 10–14 дней. После получения результата гистологического исследования при подтверждении РПЖ пациент направляется к врачу-урологу поликлиники для дальнейшей маршрутизации к онкоурологу в специализированное учреждение, в остальных случаях пациент остается под динамическим наблюдением уролога поликлиники. На данных этапах респонденты отмечают, что, несмотря на установленный порядок маршрутизации па-

циентов с выявленными онкологическими заболеваниями, который предусматривает дальнейшее их направление в специализированные учреждения, в некоторых случаях врачи-специалисты СКП предлагают оперативное лечение в учреждениях вне установленной маршрутизации [29]. При этом пациенты получают рекомендации по дополнительному обследованию в поликлинике для определения распространенности процесса (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, остеосцинтиграфия) с повторной консультацией в данном учреждении, при которой пациентам ставится окончательный диагноз и определяется дата госпитализации, для которой пациент вновь должен предварительно попасть на прием к врачу-урологу в поликлинику с целью вновь получить от него направление на госпитализацию в данное учреждение. Респонденты также отмечают, что в случае направления пациента с выявленным РПЖ в специализированное учреждение дальнейшей диагностикой и ведением пациентов занимается профильный специалист — онкоуролог и вся нагрузка по дальнейшей диагностике ложится на данное учреждение, обладающее соответствующей базой для ее оперативного проведения, а в случае, когда пациент идет вне установленного регламента маршрутизации, нагрузка по диагностике ложится на первичное звено, которое не обладает соответствующими мощностями, и сроки ожидания могут составлять от двух до восьми недель. При этом пациенты вынуждены неоднократно посещать врача-уролога поликлиники для оформления соответствующих направлений, увеличивая таким образом посещаемость и, как следствие, способствуя снижению доступности медицинской помощи для других контингентов населения [21]. В то же время при посещении уролога поликлиники с уже имеющимися результатами гистологического исследования и верифицированным диагнозом РПЖ пациенту выдается направление в специализированное учреждение по оказанию помощи онкологическим пациентам в срок одна-две недели, что также больше регламентированных нормативов и связано с загруженностью данных учреждений.

Стоит отметить, что на всех этих этапах пациенту приходится обращаться к нескольким врачам-урологам: урологу поликлиники, принимающему врачу-урологу СКП, врачу-урологу, выполняющему БПЖ, и врачу-онкоурологу специализированного медицинского учреждения. Респонденты отметили, что существующая маршрутизация пациентов при отсутствии взаимодействия врачей на разных этапах оказания медицинской помощи фрагментирует медицинскую помощь, препятствует созданию доверительных отношений между пациентом и врачом, когда пациент в рамках диагностики и лечения одного и того же состояния вынужден обращаться к разным специалистам.

В целом респонденты сошлись в оценках, что с момента посещения пациентом поликлиники для ранней диагностики РПЖ до обращения в специализированные учреждения с уже подтвержденным диагнозом в среднем проходит один-два месяца; сроки с момента возникновения подозрения на РПЖ до выполнения БПЖ составляют четыре – шесть недель; с момента выявления РПЖ до обращения в специализированное учреждение – одну-две недели, что превышает сроки ожидания медицинской помощи, представленные как в базовой программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г., так и в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. по г. Москве. При сравнении данных нормативных документов выявлено, что в Москве для пациентов с подозрением и уже выявленным онкологическим заболеванием в 2019 г. сроки ожидания медицинской помощи сокращены. Так, сроки ожидания консультации врачей-специалистов в случае подозрения на онкологическое заболевание уменьшены с 14 до 10 дней, сроки выполнения диагностических инструментальных и лабораторных исследований – с 14 до 7 дней, выполнения компьютерной и магнитно-резонансной томографии – с 30 до 14 дней, сроки оказания специализированной (за исключением высокотехнологической) медицинской помощи для пациентов с онкологическими заболева-

ниями с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания – с 14 до 7 дней. В 2020 г. аналогичные изменения внесены и в базовую программу государственных гарантий [30, 31]. Изменения также внесены в действующие приказы Департамента здравоохранения Москвы, в которых помимо существенного сокращения сроков оказания медицинской помощи уточнены и детализированы этапы оказания медицинской помощи [29, 32].

На втором этапе с учетом полученных данных в ходе интервьюирования врачей-урологов с целью повышения доступности и расширения возможностей по ранней диагностике РПЖ на базе ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 ДЗМ» (ГП № 115) проведен организационный эксперимент по ранней диагностике мужского населения на РПЖ. При разработке эксперимента руководствовались принципом создания для пациентов доступности проведения лабораторного скрининга ПСА, а при выявлении увеличения его концентрации – обеспечения максимально быстрой диагностики с проведением БПЖ и дальнейшей маршрутизации. На основании предложений был сформирован внутренний приказ по ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 ДЗМ» от 24.01.2019 № 129п, в котором отражен регламент мероприятий по проведению онкоскрининга, определены участники и ответственные лица [33].

Путем широкого информирования населения (сайт поликлиники и социальные сети, места массового скопления людей в поликлинике, на приеме врачами всех специальностей), проживающего на территории ГП № 115, распространена информация о проведении онкоскрининга, в рамках которого мужчины старше 40 лет приглашались в отделение медицинской профилактики для прохождения теста на ПСА (каждую вторую субботу месяца с 9.00 до 13.00 без предварительной записи к врачу). Регламентом определено формирование групп пациентов с превышением предельно допустимых значений уровня ПСА крови для возрастной группы 40–49 лет – более 2.5 нг/мл, для мужчин старше 50 лет – более 4 нг/мл, согласно

действующим клиническим рекомендациям. Сроки выполнения и получения результатов составляли не более трех рабочих дней. Всю необходимую информацию по онкоскринингу граждане могли получить по телефону отделения медицинской профилактики.

После прохождения онкоскрининга пациенты с нормальным уровнем ПСА имели возможность получить результат на сестринском посту отделения медицинской профилактики с рекомендацией ежегодного контроля данного анализа. Все пациенты с повышением уровня ПСА были информированы об этом по телефону и приглашались на прием в специально выделенные для этого часы к врачу-урологу для дальнейшей диагностики. Для этого был выбран наиболее опытный профильный специалист, владеющий навыками ультразвукового исследования. На приеме выполнялось ультразвуковое исследование предстательной железы и с учетом особенностей каждого пациента принималось персонализированное решение о дальнейшем выполнении БПЖ для верификации диагноза после предварительного обследования, согласно приказу. С целью сокращения сроков ожидания на всех этапах предварительного обследования (процедурный кабинет, кабинет ЭКГ, рентген-кабинет, консультация терапевта) было выделено время для данной категории пациентов, что позволило без очередей обследовать пациентов в течение не более пяти рабочих дней. Общее время от получения результатов лабораторной диагностики крови на ПСА (подозрение на РПЖ) до направления пациента на БПЖ в среднем составило не более семи дней.

По результатам ранее выполненного интервьюирования, сроки ожидания госпитализации для выполнения БПЖ при направлении в СКП составляли две – четыре недели, что превышает регламентированные сроки. С целью исключения практики необоснованных отказов пациентам в выполнении БПЖ и сокращения сроков ожидания выполнен поиск медицинских организаций, готовых госпитализировать пациентов для выполнения БПЖ без длительных сроков ожидания госпитализации, а также расположенных в территориальной близости от

ГП № 115, в пределах Северо-Западного административного округа Москвы. Одной из таких организаций является Клиническая больница № 1 АО «Группа компаний «Медси» (КБ № 1 «Медси»), которая входит в перечень медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования г. Москвы. С учетом имевшегося на тот момент положительного опыта взаимодействия с данной медицинской организацией по госпитализации урологических пациентов в рамках ОМС для выполнения оперативных вмешательств, в том числе высокотехнологичных, между ГП № 115 и КБ № 1 «Медси», на базе которой есть центр урологии и литотрипсии, данной медицинской организации предложено вступить в организационный эксперимент по ранней диагностике РПЖ в части госпитализации пациентов ГП № 115 для выполнения БПЖ. При этом в рамках данного эксперимента врач-уролог, ведущий прием пациентов с повышенным ПСА в ГП № 115, был оформлен в штат центра урологии и литотрипсии КБ № 1 «Медси» для выполнения БПЖ. Таким образом удалось сформировать маршрутизацию пациентов с подозрением на РПЖ, при которой пациент взаимодействует с одним врачом-урологом, что будет способствовать созданию доверительных отношений между пациентом и врачом. Также достигнута договоренность о том, что пациенты с показанием на госпитализацию для выполнения БПЖ будут записываться дистанционно урологом путем взаимодействия с администратором центра урологии и литотрипсии КБ № 1 «Медси». Определены сроки выполнения гистологического исследования – не более семи дней с момента выполнения БПЖ, при этом результаты гистологического исследования по мере готовности пересылались по электронной почте врачу-урологу.

В результате маршрутизация пациентов с подозрением на РПЖ сложилась следующим образом: после получения результата повышенного ПСА – вызов на прием к врачу-урологу, где при определении необходимости выполнения БПЖ сразу назначается дата госпитализации с учетом пятидневного срока выполнения предварительной догоспитальной

диагностики и информированием пациента о правильной подготовке к БПЖ. С учетом объема оперативного вмешательства госпитализация составляла один день (выполнение биопсии в первой половине дня, наблюдение в палате кратковременного пребывания в течение двух — четырех часов с последующей выпиской пациента). Пациента при выписке приглашали на повторный прием в поликлинику через семь дней для ознакомления с результатами гистологического исследования и определения дальнейшей тактики, в зависимости от результата. В случае подтверждения РПЖ пациенту выдавали направление к онкоурологу в поликлиническое отделение Московской городской онкологической больницы № 62 для постановки на учет и определения дальнейшей тактики лечения. В целом срок от получения результата повышенного ПСА (подозрение на РПЖ) до подтверждения диагноза РПЖ составил не более 14 дней, что существенно ниже существующих сроков ожидания, определенных ранее в ходе интервьюирования и представленных в Программе государственных гарантий. В случае если к врачу-урологу, а также участковому терапевту и врачу общей практики обращаются пациенты с повышенным уровнем ПСА, совместно с администрацией принято решение маршрутизировать их по тому же пути, что установлен для пациентов с выявленным в ходе онкоскрининга подозрением на РПЖ.

Таким образом, все пациенты с уровнем ПСА, превышающим предельно допустимые значения, были закреплены за одним врачом-урологом, который занимался как их маршрутизацией, так и диагностикой и лечением с момента выявления повышения уровня ПСА до получения результатов гистологического исследования после БПЖ. Также данным пациентам была предоставлена возможность дистанционного консультирования с врачом-урологом на всех этапах как по порядку маршрутизации, так и по вопросам их состояния.

Результаты

В ходе проведения онкоскрининга с января по май 2019 г. анализ на определение уровня ПСА крови сдали 585 мужчин. У 102 (17,4%)

пациентов было выявлено повышение уровня ПСА крови, из них показания для биопсии простаты определены у 91 пациента, которым эта процедура в дальнейшем выполнена. РПЖ гистологически верифицирован у 60 пациентов, из них у 39 на ранних стадиях. Вне онкоскрининга за данный период на текущих приемах врачей-урологов, участковых терапевтов и врачей общей практики за этот период выявлено 58 пациентов с повышенным ПСА, из которых 28 была показана и выполнена БПЖ, у 18 из них верифицирован РПЖ. Все пациенты с верифицированным РПЖ были направлены к врачу-онкоурологу в профильное учреждение.

Реализация программы ранней диагностики РПЖ в ГП № 115 позволила сформировать для прикрепленного контингента мужского населения дополнительную возможность пройти онкоскрининг на РПЖ, что привело к увеличению числа выявленных пациентов с подозрением на РПЖ, а также сократить сроки ожидания медицинской помощи от получения результата повышенного ПСА (подозрение на РПЖ) до подтверждения диагноза РПЖ — не более 14 дней, что существенно ниже фактических сроков ожидания, определенных ранее в ходе интервьюирования.

Обсуждение

Результаты проведенного интервьюирования врачей-урологов позволили выявить проблемные аспекты, препятствующие ранней диагностике РПЖ и увеличивающие сроки оказания медицинской помощи, которые связаны с ее организацией, материально-техническим обеспечением медицинских организаций, а также с этико-деонтологическими аспектами при взаимодействии врач — пациент и врач — врач.

Выявлено отсутствие возможности у пациентов без предварительного посещения врача сдать кровь на онкомаркер ПСА, что может служить барьером для ранней диагностики РПЖ и является демотивирующим фактором, влияющим на принятие пациентами решения пройти онкоскрининг.

Практически на всех этапах оказания медицинской помощи при ранней диагностике РПЖ ввиду длительных сроков ожидания

среди пациентов распространена практика отказа от дальнейшей диагностики и обращения в сторонние медицинские организации, в том числе негосударственной формы собственности, что сопряжено с личными расходами граждан, а также затрудняет ведение статистической отчетности пациентов с онкологическими заболеваниями.

Определена необходимость увеличения сроков актуальности предварительного обследования, а также расширения списка регламентированных учреждений для выполнения БПЖ. Респонденты также отметили, что алгоритмы маршрутизации пациентов с подозрением на РПЖ должны быть освоены и участковыми врачами-терапевтами, и врачами общей практики с целью ускорения диагностики РПЖ, минуя посещения пациентами урологов поликлиники.

При сопоставлении данных, полученных в ходе интервьюирования, выявлено увеличение сроков ожидания медицинской помощи, не соответствующее как государственной, так и территориальной программе государственных гарантий.

В результате проведенных мероприятий по итогам первого полугодия 2019 г. ГП № 115 заняла первое место в городе Москве по числу выявленных случаев РПЖ на ранних стадиях, а в 2020 г. – второе место и была премирована грантами [34, 35]. Разработанный в ходе данного эксперимента исследования алгоритм маршрутизации пациентов с подозрением на РПЖ нашел дальнейшее применение в практической работе первичного звена.

Заключение

Таким образом, проведенные мероприятия в рамках программы ранней диагностики РПЖ в ГП № 115 позволили создать условия для прикрепленных жителей беспрепятственно пройти онкоскрининг, оптимизировать маршрутизацию пациентов и получить положительный опыт сотрудничества в рамках государственно-частного партнерства по реализации программ ранней диагностики РПЖ, что позволило существенно сократить сроки ожидания медицинской помощи на всех этапах. В результате эксперимента

выявлены потенциальные ресурсы первичного звена в части возможностей реализации программ по ранней диагностике онкологических заболеваний, а также высокая результативность этих мероприятий, которая выразилась в увеличении обнаружения онкологических заболеваний, в том числе на ранних стадиях. Организационная модель данного эксперимента и его результаты могут быть приняты во внимание органами управления здравоохранения при разработке программ по ранней диагностике онкологических заболеваний.

Литература

1. Какорина Е.П. и др. Особенности структуры смертности в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 5. – С. 822–826. [Kakorina E.P. et al. Features of the structure of mortality in Russian Federation // The problems of social hygiene, public health and history of medicine. – 2019. – № 5. – P. 822–826. In Russian].
2. Мадьянова В.В. Смертность лиц старше трудоспособного возраста от новообразований // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 3–4. – С. 63–71. [Madyanova M.M. Neoplasms mortality for adults aged 60 and over // Health care standardization problems. – 2020. – № 3–4. – P. 63–71. In Russian].
3. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». [Decree of the President of the Russian Federation on May 7, 2018 № 204 «On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024». In Russian].
4. Паспорт национального проекта «Здравоохранение». – М. – 2019. [Passport of the national project «Health». – Moscow. – 2019. In Russian].
5. Заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам. 24 декабря 2018 года. – Москва. –

2018. [Meeting of the Presidium of the Council under the President of the Russian Federation for Strategic Development and National Projects. December 24, 2018. In Russian].
6. Захарченко О.О. и др. Выявляемость злокачественных новообразований в процессе диспансеризации взрослого населения в Северо-Западном федеральном округе в 2016–2019 годах // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. – № 6(5). [Zakharchenko O.O. et al. Detectability of malignant neoplasms in the process of medical examination of the adult population in the northwestern federal district in 2016–2019 // Social aspects of population health. – 2021. – V. 67. – № 6(5). In Russian].
 7. Каприн А.Д. и др. Технологии диагностики и скрининга в раннем выявлении злокачественных новообразований // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2018. – Т. 7. – № 1. – С. 34–40. [Kaprin A.D. et al. Technologies for early diagnosis and screening in the early detection of malignant neoplasms // P.A. Herzen Journal of Oncology. – 2018. – V. 7. – № 1. – P. 34–40. In Russian].
 8. Каприн А.Д. и др. Рак предстательной железы. Клинические рекомендации // Современная онкология. – 2021. – № 2. – С. 211–247. [Kaprin A.D. et al. Prostate cancer. Clinical recommendation // Journal of Modern Oncology. – 2021. – № 2. – P. 211–247. In Russian].
 9. Барчук А.А. Перспективы популяционного скрининга рака предстательной железы // Демографическое обозрение. – 2017. – № 3. – С. 181–189. [Barchuk A.A. Perspectives on population-based prostate cancer screening // Demographic review. – 2017. – № 3. – P. 181–189. In Russian].
 10. Катибов М.И. Скрининг рака предстательной железы: современное состояние проблемы // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – № 2. – С. 68–76. [Katibov M.I. Prostate cancer screening: current state of the problem // Experimental and clinical urology. – 2020. – № 2. – P. 68–76. In Russian].
 11. Киричек А.А. и др. Риск-адаптированный подход к скринингу рака предстательной железы // Онкоурология. – 2018. – № 2. – С. 109–121. [Kirichek A.A. et al. Risk-adapted approach to prostate cancer screening // Cancer Urology. – 2018. – № 2. – P. 109–121. In Russian].
 12. Приказ Комитета здравоохранения г. Москвы от 6 февраля 2002 г. № 50 «О реализации программы «Целевая диспансеризация населения Москвы на 2002–2004 гг.» (Подпрограмма «Целевая диспансеризация мужского населения по выявлению заболеваний предстательной железы»»). [Order of the Moscow Health Committee of February 6, 2002 № 50 «On the implementation of the program «Targeted medical examination of the population of Moscow for 2002–2004» (Subprogram «Targeted medical examination of the male population for the detection of diseases of the prostate gland»»). In Russian].
 13. Лопаткин Н.А. и др. Оптимизация ранней диагностики заболеваний предстательной железы в условиях мегаполиса // Урология. – 2009. – № 5. – С. 50–54. [Lopatkin N.A. et al. Optimization of early diagnosis of prostate diseases in the conditions of a megapolis // Urology. – 2009. – № 5. – P. 50–54. In Russian].
 14. Аполихин О.И. и др. Популяционный скрининг злокачественных новообразований предстательной железы с использованием телемедицинских технологий // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 2. – С. 72–85. [Apolikhin O.I. et al. Efficiency of the telemedicine-based population screening of prostate cancer // Current problems of health care and medical statistics. – 2018. – № 2. – P. 72–85. In Russian].
 15. Резолюция профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по ранней диагностике заболеваний предстательной железы в России. – М. – 18 марта 2015 года. [Resolution of the relevant commission of the Ministry of Health of the Russian Federation on the early diagnosis of prostate diseases in Russia. Moscow. – March 18, 2015. In Russian]. <https://uronephro.ru/spetsialistam/rezolyutsiya-profilnoj-komissii-po-urologii-mz-rf.html>.

16. Пушкарь Д.Ю. и др. Ранняя диагностика рака предстательной железы. Методические рекомендации № 19 ДЗМ. — М. — 2015. — С. 52. [Pushkar D.Yu. et al. Early diagnosis of prostate cancer. Guidelines No.19. — Moscow. — 2015. — P. 52. In Russian].
17. Ахметова А.И. и др. Международный опыт сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи и возможности его использования в России // Вопросы государственного и муниципального управления. — 2021. — № 4. — С. 137–158. [Akhmetova A.I. et al. International experience in reducing the waiting time for planned medical care: the possibility of applying this experience in Russia // Public administration issues. — 2021. — № 4. — P. 137–158. In Russian].
18. Заздравных Е.А. и др. Удалось ли реформам здравоохранения в России уменьшить очередь к врачу? // Экономическая политика. — 2021. — № 5. — С. 118–143. [Zazdrawnykh E.A. et al. Have healthcare reforms in Russia reduced queues to a doctor? // Economic policy. — 2021. — № 5. — P. 118–143. In Russian].
19. Чижова О.В. Изучение основных показателей здравоохранения г. Москвы в условиях реформы // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. — 2016. — № 24. — С. 53–58. [Chizhova O.V. Study of the main indicators of Moscow's health in the conditions of reform // Fundamental and applied research: problems and results. — 2016. — № 24. — P. 53–58. In Russian].
20. Ярашева А.В. и др. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. — 2020. — № 1. — С. 174–190. [Yarasheva A.V. et al. Problems and prospects personnel provision of Moscow healthcare // Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast. — 2020. — № 1. — P. 174–190. In Russian].
21. Агамов З.Х. Анализ структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники // Исследования и практика в медицине. — 2018. — № 3. — С. 142–148. [Agamov Z.K. Analysis of the structure of patients visits to the city polyclinic // Research and Practical Medicine Journal. — 2018. — № 3. — P. 142–148. In Russian].
22. Гришина Н.К. и др. Результаты изучения мнения пациентов пожилого возраста о качестве организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. — 2017. — № 2. — С. 13–18. [Grishina N.K. et al. Results of study of opinion of patients of aggrsious age on quality of organization of primary health care in Moscow // Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. — 2017. — № 2. — P. 13–18. In Russian].
23. Роднянский Д.В. и др. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: региональный анализ // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». — 2019. — № 1. — С. 133–139. [Rodnyansky D.V. et al. Public-private partnership in healthcare: regional analysis // International Journal of Applied Sciences and Technologies «Integral». — 2019. — № 1. — P. 133–139.
24. Смышляев А.В. и др. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и его роль в формировании новой модели медицинской организации: отечественная практика и зарубежный опыт // Проблемы экономики и юридической практики. — 2018. — № 5. — С. 292–297. [Smyshlyaev A.V. et al. Public-private partnership in health care and its role in the formation of a new model of medical organization: domestic practice and foreign experience // Economic problems and legal practice. — 2018. — № 5. — P. 292–297. In Russian].
25. Постановление Правительства Москвы от 4 октября 2011 г. № 461-ПП об утверждении государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012–2020 годы». [Decree of the Government of Moscow dated October 4, 2011 № 461-PP on the approval of the state program of the city of Moscow «Development of health care in the city of Moscow (Metropolitan health care) for 2012–2020». In Russian].
26. Штейнберг И.Ф. и др. Качественные методы. Полевые социологические исследования //

- СПб.: Алетейя. — 2009. — С. 356. [Shtejnberg I. F. et al. *Quality methods. Field sociological research // SPb.: Aletejja. — 2009. — P. 356. In Russian*].
27. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.10.2016 № 855 «Об организации направления пациентов в стационар кратковременного пребывания по профилю «урология». [Order of the Health Department dated 10/18/2016 № 855 «On organizing the referral of patients to a short-stay hospital in the urology profile». In Russian].
28. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Federal Law № 323-FZ of November 21, 2011 (as amended on July 2, 2021) «On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation». In Russian].
29. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18 декабря 2015 г. № 1087 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». [Order of the Department of Health of Moscow dated December 18, 2015 № 1087 «On further improvement of the organization of the provision of specialized medical care in the field of oncology in medical organizations of the state healthcare system of the city of Moscow». In Russian].
30. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». [Decree of the Government of the Russian Federation of December 10, 2018 № 1506 «On the Program of State Guarantees of Free Medical Assistance to Citizens for 2019 and for the Planning Period of 2020 and 2021». In Russian].
31. Постановление Правительства Москвы 27.12.2018 № 1703-ПП «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». [Decree of the Government of Moscow dated December 27, 2018 № 1703-PP «On the territorial program of state guarantees of free medical care for citizens in the city of Moscow for 2019 and for the planned period of 2020 and 2021». In Russian].
32. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 15.01.2020 № 16 «Об оказании медицинской помощи по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». [Order of the Moscow Department of Health of January 15, 2020 № 16 «On the provision of medical care in the field of oncology in medical organizations of the state healthcare system of the city of Moscow»].
33. Приказ главного врача ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 ДЗМ» от 24.01.2019 № 129н «Об организации мероприятий по скринингу мужского населения на выявление рака предстательной железы в ГБУЗ «ГП № 115 ДЗМ» в 2019 году». [Order of the chief physician of the City Polyclinic No. 115 DZM dated January 24, 2019 № 129n «On the organization of activities for screening the male population for the detection of prostate cancer in the State Budgetary Healthcare Institution «GP No. 115 DZM» in 2019». In Russian].
34. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.11.2019 № 983 «О получателях грантов Правительства Москвы «Ранняя диагностика. Рак победим» по итогам первого полугодия 2019 года». [Order of the Moscow Department of Health of November 18, 2019 № 983 «On recipients of grants from the Moscow Government «Early diagnosis. We will defeat cancer» based on the results of the first half of 2019. In Russian].
35. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 07.10.2020 № 1171 «О получателях грантов Правительства Москвы «Ранняя диагностика. Рак победим» по итогам первого полугодия 2020 года». [Order of the Moscow Department of Health of October 7, 2020 № 1171 «On recipients of grants from the Moscow Government «Early diagnosis. We will defeat cancer» based on the results of the first half of 2020. In Russian].