

К.Н. Мовчан^{1,2}, К.Е. Чернов², Б.С. Артюшин^{1,2},
А.В. Жарков², В.В. Татаркин²,
А.Ю. Чернова², Е.В. Железный¹

Особенности оценки качества медицинской помощи больным раком предстательной железы на поздних стадиях онкологического процесса

¹Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Несмотря на успехи в обследовании и лечении больных раком предстательной железы, проблемы, связанные с организацией медицинской помощи пациентам, страдающим этим заболеванием, сохраняются. Дефекты в верификации онкологических заболеваний предстательной железы нередко обуславливают снижение параметров, отражающих качество и продолжительность жизни мужчин. Представленные в работе данные о клиническом случае демонстрируют сложности верификации заболевания больного раком предстательной железы, несмотря на привлечение к лечебно-диагностическому процессу многих специалистов нескольких лечебных учреждений. При значительных объемах лечебных мероприятий качество оказанной медицинской помощи на всех этапах может быть признано ненадлежащим прежде всего по причине нарушения преемственности в ведении больного. Ресурсы здравоохранения использованы нерационально, несмотря на то, что попытки спасти жизнь больному на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи осуществлялись. Вероятно, дефекты оказания медицинской помощи можно было бы предотвратить при применении единых подходов в лечебно-диагностическом процессе с использованием преимуществ информационных технологий в современных компьютерных базах данных лечебных учреждений, позволяющих мониторировать этапы и объем оказываемой медицинской помощи больным индивидуально. Кроме того, должную организацию медицинской помощи, а также целенаправленную маршрутизацию потоков пациентов должны обеспечивать не столько клиницисты, сколько менеджеры здравоохранения. При отсутствии в лечебно-профилактических учреждениях, куда порой незапланированно в неотложном порядке поступают пациенты, возможностей для осуществления лечебно-диагностических манипуляций организаторы здравоохранения вместе с клиницистами должны изыскивать резервы для направления больных в специализированные медицинские организации, в которых обследование и лечение больных может быть осуществлено гарантированно. При этом роль, значение и эффективность деятельности менеджеров здравоохранения при экспертизе качества медицинской помощи в каждом конкретном случае должны оцениваться отдельно.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, опухоли, рак предстательной железы, генерализованное метастазирование, качество медицинской помощи в онкоурологии, полифокальная биопсия простаты, орхэктомия, лучевая терапия, химиотерапия, гормональная терапия.

Введение. Одной из основных причин смерти населения всех стран остаются злокачественные новообразования (ЗНО) [3, 11, 13]. Заболеваемость мужчин России раком предстательной железы (РПРЖ) в настоящее время занимает ведущее место среди всех ЗНО, а как причина смерти случаи опухолей РПРЖ располагаются на 3–4-м месте [3, 4]. В Санкт-Петербурге в 2018 г. заболеваемость РПРЖ составила 66,3 случая на 100 тыс. населения (грубый показатель смертности в 2017 г. – 23,9 на 100 тыс. населения) [8]. Удельный вес наблюдений запущенной (IV) стадии онкологического процесса в Санкт-Петербурге составил 12,4% [4, 8].

Метастатические поражения при РПРЖ проявляются неоднозначной клинической картиной, что затрудняет верификацию опухоли без предшествующего скрининга онкологического заболевания, столь распространенного среди мужчин. Клинические ситуации, обусловленные метастатическим раком

предстательной железы (мРПРЖ), преимущественно возникают у людей пожилого и старческого возраста, нередко на фоне выраженной коморбидности [3, 4, 8, 12]. Таким пациентам показаны гормональная или химиотерапия [6, 14–17]. Прогноз для жизни больных метастатическим РПРЖ при своевременном использовании современных методик консервативного лечения нередко оказывается относительно благоприятным, а частота случаев смерти колеблется в пределах 50–75% [6, 16, 17].

Проблемы организации оказания медицинской помощи (МП) пациентам, страдающим мРПРЖ, сочетаемые с высокими показателями их инвалидизации и смертности, сохраняются [1, 2]. При распространенности опухолевого процесса и его инвазии в шейку мочевого пузыря, устья мочеточников пациенты обычно доставляются в дежурные хирургические подразделения стационаров, в штате которых, как

правило, не предусмотрены должности специалистов онкоурологического направления медицинской деятельности [1]. В отделениях общей хирургии (в лучшем случае – урологии) объемы лечения пациентов, страдающих РПрЖ, нередко ограничиваются мероприятиями экстренного плана (устранением острой задержки мочи посредством катетеризации мочевого пузыря, цистостомией либо выполнением чрескожного пункционного дренирования полостной системы почек) с последующим переводом больных в профильные медицинские организации для дальнейшего противоопухолевого (радикального или симптоматического) лечения [1].

При традиционной градации качества организации оказания МП больным РПрЖ тактические и стратегические ошибки не только не исключаются, но и фактически оказываются программными [10]. В связи с этим совершенствование технологии оценки качества оказания МП (КМП) больным РПрЖ, особенно в случаях неблагоприятных исходов заболевания, составляет важный аспект деятельности по модернизации системы управления КМП в онкоурологической практике [5]. Однако сложности оценки КМП больным РПрЖ в медицинских организациях (МО) с разным уровнем специализации в предоставлении онкоурологической помощи сохраняются. Поэтому всесторонний разбор и обсуждение данных об экспертизе КМП, оказываемой больным РПрЖ, особенно на терминальных IV стадиях онкологического процесса, является важным направлением клинко-экспертной деятельности в поиске путей улучшения эффективности управления качеством и безопасностью медицинской деятельности при оказании МП больным заболеваниями онкоурологического профиля.

Цель исследования. Продемонстрировать особенности оценки качества оказания медицинской помощи пациентам, страдающим РПрЖ IV стадии, при метастатическом поражении головного мозга.

Материалы и методы. В качестве иллюстрации приводим клинический случай оказания медицинской помощи больному С., 56 лет. Житель Санкт-Петербурга, который 01.01.2015 г. обратился в один из многопрофильных стационаров города по поводу впервые возникшей острой задержки мочеиспускания. В анамнезе: наблюдается по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перенес субтотальную резекцию желудка), гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа. Медицинская помощь пациенту оказана амбулаторно посредством катетеризации мочевого пузыря. Уретральный катетер удален в поликлинике по месту жительства 12.01.2015 г. Спланировано комплексное обследование больного на 11.02.2015 г. с госпитализацией в режиме дневного стационара.

22.01.2015 г. обследован в поликлинике специализированного онкологического учреждения. Заподозрен РПрЖ. Принято решение о выполнении биопсии

простаты. Пациент на данную процедуру не прибыл. Проводил самолечение.

29.01.2015 г. бригадой скорой медицинской помощи (СМП) в экстренном порядке больной доставлен в один из дежурных стационаров СПб с диагнозом «Острая задержка мочеиспускания. Острый пиелонефрит». При поступлении предъявлял жалобы на затрудненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 40°C, боли в пояснице. В объективном общем статусе – без особых изменений. При пальцевом исследовании per rectum: простата увеличена, с участками уплотнения в обеих долях. Состояние пациента расценено как относительно удовлетворительное. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) выявлена гиперплазия ПрЖ, острая задержка мочеиспускания (365 мл остаточной мочи), а также умеренная каликопиелозектазия справа. Спланировано выполнение внутривенной урографии. По данным клинического анализа крови: снижение уровня гемоглобина до 89 г/л, повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) до 70 мм/ч. Установлен уретральный катетер, назначен ципрофлоксацин 500 мг перорально по 2 раза в день, омник 400 мкг по 1 капсуле в день.

30.01.2015 г. при обзорной рентгенографии груди обнаружена инфильтрация легочной ткани в прикорневых зонах с обеих сторон. Заподозрена двусторонняя нижнедолевая пневмония. Однако терапевт убедительных клинических данных за воспаление легких не обнаружил. Назначен эгилек 25 мг по 2 раза в день. По данным контрольной рентгенографии органов грудной клетки (ОГК) от 04.02. 2015 г., свежих очаговых и инфильтративных изменений в обоих легких нет.

03.02.2015 г. с целью исключения злокачественного новообразования ПрЖ выполнена трансректальная мультифокальная биопсия простаты.

05.02.2015 г. удален уретральный катетер, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. УЗИ мочевого пузыря: объем остаточной мочи составил 28 мл.

09.02.2015 г. выполнено контрольное УЗИ почек, предварительные сведения о каликопиелозектазии справа не подтверждены. В связи с этим от проведения внутривенной урографии решено воздержаться.

09.02.2015 г. заключение гистологического исследования: мелкоацинарная аденокарцинома ПрЖ Gleason 8 (4+4).

Клинический диагноз: основной – РПрЖ T3NxMx Gleason 8 (4+4); осложнения – острая задержка мочеиспускания от 29.01. 2015 г.; сопутствующие заболевания – ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз; гипертоническая болезнь II стадии; сахарный диабет 2-го типа; язвенная болезнь, язва желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии; анемия лёгкой степени.

11.02.2015 г. в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение врачей по месту жительства с рекомендацией целенаправленного обследования и лечения под контролем онкоуролога. Принимал омник 400 мкг по 1 капсуле в день в течение 1 месяца.

12.02.2015 г. больной впервые осмотрен в лечебно-профилактическом учреждении, специализирующемся на оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВтВМП) (онкологической). Сформирован план обследования по поводу впервые выявленной распространенной формы РПрЖ (спланировано проведение остеосцинтиграфии, магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ) и других исследований).

13.02.2015 г. урологом консультативно-диагностической поликлиники (КДП) по месту жительства пациент направлен на осмотр районного онкоуролога.

18.02.2015 г. госпитализация в стационар для проведения планового хирургического лечения. 19.02.2015 г. выполнена билатеральная орхэктомия по программе максимальной андрогенной блокады.

25.02.2015 г. больной осмотрен онкологом поликлиники по месту жительства. Пациент предъявлял жалобы на слабость, болезненные ощущения в зоне послеоперационных швов на мошонке. За 2 месяца похудел на 40 кг. Отмечал затрудненное мочеиспускание. Признан нетрудоспособным. Оказание медицинской помощи осуществлялось по программе ее высокотехнологичного варианта.

По результатам остеосцинтиграфии сформулирован диагноз «Аденокарцинома ПрЖ сT3bN0M1(oss.)». В дальнейшем больному проводилась гормонотерапия.

В общем плане наблюдался онкологом-урологом по месту жительства. На фоне гормонотерапии отмечал слабость, боли в суставах, дизурию. Однако с течением времени в клинической картине заболевания стала отмечаться и положительная динамика: показатель простатического специфического антигена (ПСА) снизился до 134 нг/мл (уровень ПСА до начала лечения от 13.01.2015 г. – 1708 нг/мл). После завершения курса лечения диагноз сформулирован как «Аденокарцинома ПрЖ сT3bN0M1(oss.), состояние после билатеральной орхэктомии (февраль 2015 г.) на фоне гормональной терапии».

С 19.03.2015 г. пациент приступил к трудовой деятельности. Ему рекомендовано осуществлять регулярный контроль уровня ПСА, УЗИ органов малого таза.

26.05.2015 г. на очередном приеме врачей по месту жительства отметил выраженные боли в костях. Онкологом КДП пациенту назначено симптоматическое лечение (сильнодействующие анальгетики, по показаниям – наркотические препараты). Сформулирован диагноз: «Аденокарцинома ПрЖ сT3bN0M1(oss.), состояние после билатеральной орхэктомии (февраль 2015 г.) на фоне гормонотерапии. Болевой синдром 2 ст.».

Пациент регулярно в амбулаторном режиме наблюдался участковым терапевтом и специалистами хосписа. 15.10.2015 г. стал отмечать боли в спине (в проекции позвоночника) и в животе, головокружения, общую слабость, отеки нижних конечностей. Терапия симптоматически осуществлялась анальгетиками (трамадол), мочегонными средствами (верошпирон), препаратами железа. В октябре 2015 г. комиссией

медико-социальной экспертизы больной признан инвалидом 1 группы (бессрочно).

21.10.2015 г. при обследовании в специализированном онкологическом лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) выявлено увеличение показателя ПСА до 400 нг/мл, констатирована гормонорезистентность. 29.10. 2015 г. специалистами онкоучреждения сформулирован диагноз «Cancer prostatae T3bN0M1(oss.), болевой синдром». Спланирована консультация радиолога для решения вопроса о проведении лучевой терапии. 19.11.2015 г. врачебной комиссией принято решение о госпитализации пациента в отделение химиотерапии для проведения 1-й линии химиотерапии доцетакселом. С 23.11.2015 г. по 10.02.2016 г. осуществлены 4 цикла монотерапии этим препаратом. После их завершения эффект терапии врачебной комиссией (ВК) оценен как позитивный. Принято решение о завершении одного из этапов специализированного лечения.

Повторно ВК с оценкой эффекта лечения проведена 14.03.2016 г. в поликлиническом отделении ЛПУ, специализирующемся на оказании ВтВМП. По клинической картине и данным КТ, анализов крови отмечена положительная динамика. Принято решение о продолжении химиотерапии. С 23.03.2016 г. по 18.04.2016 г. проведены еще 2 цикла монотерапии доцетакселом. Пациент вновь обследован с оценкой эффекта лечения и повторно представлен на ВК. Принято решение о целесообразности динамического наблюдения этапными обследованиями. Запланированную ранее на 25.03.2015 г. консультацию радиолога пациент проигнорировал.

03.06.2016 г. больной обратился за МП, предъявлял жалобы на слабость в ногах, головокружение, шаткость походки, нарушение чувствительности кожи терминальных отделов нижних конечностей, затруднение мочеиспускания. При осмотре: состояние больного средней тяжести, 09.06.2016 г. выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга и пояснично-крестцового отдела позвоночника, исследованы количественные параметры ПСА. Выявлено многоочаговое поражение головного мозга. Смещение срединных структур вправо на 0,6 см. В анализе крови на ПСА отмечен рост показателя. Пациент вновь представлен на заседание ВК для оценки результатов обследования и выработки дальнейшей тактики. С учетом клинической картины заболевания и данных специальных методик обследования больному рекомендовано осуществлять противоопухолевую терапию и системную химиотерапию ломустаном, повторный осмотр – через 1,5 мес. для решения вопроса о целесообразности проведения локальной терапии.

В течение 2016 г. пациент прибыл на прием онкоуролога КДП по месту жительства лишь однократно (03.08.2016 г.). После осмотра специалиста и исследования уровня ПСА крови больной направлен на консультацию к онкологу-урологу специализированного онкологического учреждения. Исполнение этих рекомендаций пациент проигнорировал.

06.06.2016 г. в 13:45 больной доставлен в отделение скорой медицинской помощи (ОСМП) одного из многопрофильных стационаров Санкт-Петербурга с диагностированной закрытой черепно-мозговой травмой. Ушибом головного мозга от 03.06.2016 г.? Метастазированием опухоли предстательной железы в головной мозг? Острым нарушением мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом от 03.06.2016 г.? В результате осмотра и обследования пациента установлен диагноз: множественные образования головного мозга (Mts cerebri). С противоточной целью больному введены дексазон – 12 ед., лазикс – 20 мг, 4% раствор хлорида калия – 20 мл. С учетом хронического характера процесса и отсутствия показаний для экстренной госпитализации выписан из ОСМП для дальнейшего лечения под наблюдение специалистов в учреждениях по профилю заболевания.

24.06.2016 г. пациент обращался на прием в базисное онкологическое учреждение, где диагностирован рак предстательной железы T3bN0M1(oss.), гормонорезистентность. 01.07.2016 г. проконсультирован заведующим урологическим отделением, рекомендована симптоматическая терапия под наблюдением врачей по месту жительства.

В период с 11.07.2016 г. по 22.07.2016 г. больной проходил стационарное лечение в одном из специализированных лечебно-диагностических центров (ЛДЦ) Санкт-Петербурга. Осуществлен курс лучевой терапии на весь объем головного мозга: разовая очаговая доза (РОД) – 3 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) – 30 Гр. 18.07.2016 г. осуществлен сеанс радиохирургии на конгломерат очагов в затылочной доле с РОД 12 Гр, предписанная изодоза 90%. 21.07.2016 г. проведен сеанс радиохирургии на конгломерат очагов опухоли правой височной доли с РОД 14 Гр, предписанная изодоза 80% на линейном ускорителе электронов «TrueBeam STx», энергия 6 МэВ. Проводилась противоопухолевая, симптоматическая терапия. 22.07.2016 г. пациент выписан из стационара в стабильном состоянии под наблюдение районного онколога.

25.07.2016 г. проведен однократный сеанс паллиативной лучевой терапии по поводу множественных метастазов РПРЖ в головной мозг. От дальнейшего лучевого лечения пациент стал отказываться ввиду плохой переносимости последнего. При КТ грудной клетки, брюшной полости, малого таза с внутривенным контрастированием (17.08.2016 г.) выявлена выраженная распространенность онкологического процесса (метастазирование в регионарные лимфоузлы, инвазия опухоли в стенку мочевого пузыря, рост количества метастатических поражений в костях). По просьбе родственников пациент повторно проконсультирован радиологом 29.08.2016 г. Рекомендовано проведение химиотерапии, при положительной динамике – повторная консультация радиолога. 31.08.2016 г. при осмотре больного в региональном головном онкоучреждении рекомендовано продолжить симптоматическое лечение под наблюдением районного онколога.

С 10.08.2016 г. больной находился под наблюдением выездной службы одного из Санкт-Петербургских хосписов с формулировкой основного диагноза «РПРЖ IVст. Состояние после комбинированного лечения (билатеральная орхэктомия в 2015 г., химиотерапия, гормонотерапия). Прогрессирование заболевания. Множественные метастазы в кости, позвоночник, головной мозг. Осложнения – раковая интоксикация, хронический болевой синдром, гипохромная анемия». Сопутствующий диагноз – ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск сердечно-сосудистых осложнений 4. Атеросклероз сосудов головного мозга и аорты, энцефалопатия смешанного генеза. Хроническая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ремиссия). Состояние после субтотальной резекции желудка по 2-му способу Бильрота (2013 г.). Сахарный диабет 2-го типа. Диабетическая нейропатия. Хроническая обструктивная болезнь легких. Хронический бронхит.

Первичное посещение на дому бригадой хосписа осуществлено 10.08.2016 г. При опросе больной предъявил жалобы на выраженную слабость, снижение массы тела, плохой аппетит. Состояние пациента расценено как средней тяжести, сознание ясное. Больной в сопровождении близких ему людей выходил на улицу, в превентивном обезболивании не нуждается. Родственники, инструктированные в вопросах ухода за пациентом, соблюдали контроль за использованием назначений симптоматического лечения. Госпитализация в хоспис для продолжения лечения в паллиативном режиме рекомендована в плановом порядке.

В начале сентября 2016 г. больной в порядке оказания скорой помощи поступил в один из многопрофильных стационаров Санкт-Петербурга с явлениями гематурии без направления и предварительной договоренности. 19.09.2016 г. больной по настоянию родственников выписан и доставлен в приемное отделение хосписа. При поступлении в хоспис пациента беспокоили боли в костях скелета, головокружение, снижение массы тела, ухудшение аппетита. Состояние расценивалось как тяжелое, сознание ясное, положение активное в пределах постельного режима. При внешнем осмотре отмечены множественные гематомы на коже тела, нижних конечностей, области правой орбиты (на фоне тромбоцитопении, количество тромбоцитов при поступлении – $16 \times 10^9/\text{л}$). С учетом тяжести состояния больной госпитализирован. В качестве симптоматической терапии назначена обезболивающая терапия (р-р трамадола 100 мг 4 раза в день, конвалис 300 мг 2 раза в день), адьювантная гормонотерапия (дексаметазон 8 мг в день), гемостатическая терапия (этамзилат, аминокaproновая кислота). Вечером 19.09.2016 г. у больного наблюдались непроизвольные кратковременные судорожные сокращения мышц лица. В качестве противосудорожной терапии 19.09.2016 г. внутримышечно введен сибазон 5 мг 2 мл в 22 ч. В течение ночи судороги

не повторялись 20.09.2016 г. состояние больного ухудшилось до крайне тяжелого, периодически наблюдались судорожные подергивания мышц нижних конечностей. Отмечалось пассивное положение в постели, глубокий сон. В качестве противосудорожной терапии назначено введение сибазона в 22 ч. С 21 ч 20.09.2016 г. дежурным врачом зафиксировано ухудшение состояния больного, которое проявлялось как агональное. Программированные инъекции трамадола и сибазона отменены. В 23 ч 10 мин в связи с сохранением судорог внутримышечно введено 250 мг сульфата магния 5 мл.

В 23 ч 40 мин 20.09.2016 г. констатируется смерть больного. Реанимационные мероприятия на фоне прогрессирования достоверно установленного неизлечимого заболевания не проводились на основании статьи 66 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [7].

Через 3 месяца (в январе 2017 г.) родственники пациента обратились в административно-юридические инстанции, предъявив претензии к качеству МП, оказанной в лечебных учреждениях города, настаивая на том, что к смерти пациента привело бездействие медицинских работников и несвоевременное исполнение мероприятий обследования и лечения, что, по мнению заявителей, послужило фактором, ускорившим летальный исход.

Случай рассмотрен на заседании Городской клинико-экспертной комиссии Санкт-Петербурга. При подготовке к заседанию экспертами осуществлено целенаправленное ознакомление с данными медицинской документации пациента. Оценка качества МП методически осуществлялась по В.Ф. Чавпецову и др. [9].

При анализе данных об оказании МП больному, следует обратить внимание на то, что во время амбулаторного лечения пациента с 12.02.2015 г. по 03.06.2016 г. усматриваются дефекты сбора информации, формулировки диагноза и содержания лечебных мероприятий, которые могли повлиять на качество лечебно-диагностического процесса (ЛДП).

Весь период амбулаторного лечения больной наблюдался участковым терапевтом, но не осматривался ни одним из так называемых «узких» специалистов (урологом, неврологом, окулистом), что не способствовало дополнению содержания лечения, используемого участковым терапевтом, рядом специфических медикаментозных средств и, в свою очередь, не повлияло положительно на качество жизни больного с запущенным онкологическим процессом. Больному назначались сильнодействующие анальгетики.

Наблюдение пациента в специализированном онкологическом учреждении стало осуществляться лишь после непосредственно гистологической идентификации диагноза злокачественного новообразования ПрЖ, проведения хирургической кастрации и установления факта вторичного поражения костной

системы. Несмотря на выявление множественных очагов поражения костей, больной целенаправленно не был проконсультирован химиотерапевтом по поводу назначения химиотерапии таксанами, также не был обсужден и вопрос об осуществлении пациенту альтернативной терапии (абиратерона ацетат). Монотерапию антиандрогенами при метастатическом процессе, вероятно, нельзя считать единственно допустимым и самодостаточным способом лечения.

Курсы химиотерапии таксанами больному осуществлены через 9 месяцев наблюдения за ним, что привело к временному положительному эффекту (улучшение самочувствия, снижение ПСА). Выполнение 6 курсов химиотерапии доцетакселом происходило при выявлении по данным МРТ множественных вторичных поражений головного мозга со смещением его срединных структур. Клинически это сопровождалось появлением у больного шаткой походки, головокружения и эпизодов падения. От проведения больному лучевой терапии специалисты изначально воздерживались. Курс лучевой терапии впоследствии был осуществлен, однако оптимальные сроки его проведения, вероятно, были упущены, и эффект оказался не столь ожидаемым.

Несомненно, у больного РПрЖ изначально констатировалась высокая степень риска прогрессирования опухолевого процесса (гистологическая градация, уровень ПСА, наличие костных метастазов) и выбор вариантов терапии не представлялся широким. Ограниченный набор лечебных технологий в период наблюдения в противовес современным клиническим рекомендациям, не позволил обеспечить больному надлежащее качество жизни.

Целенаправленное обследование пациента с целью подтверждения/исключения метастатического процесса в головном мозге проведено с запозданием. Тактика лечения не в полной мере соответствовала изначально выявленному и должным образом не интерпретированному специалистами диагнозу: «Метастатическое поражение головного мозга».

Ретроспективно установить показания к проведению пациенту радиохирургической операции не представляется возможным, так как необходимость ее проведения зависит от состояния больного на момент коллегиального обсуждения специалистами. Основное преимущество радиохирургических операций – высокая эффективность воздействия на метастатические очаги, отсутствие осложнений, связанных с открытой хирургической операцией, возможность лечения множественных, глубоко расположенных метастазов при компенсированном удовлетворительном состоянии пациента. В случаях состояния пациента средней или тяжелой степени проявления заболевания ставится вопрос о необходимости проведения тотального облучения головного мозга (при 10 и более метастазах). Такой вариант лучевого лечения позволяет продлевать сроки выживаемости больных до 6 месяцев. Метастазы в головной мозг – тяжелое, часто фатальное (при отсутствии лечения) осложне-

ние онкологических заболеваний, которое отмечается у многих больных. Воздействие на множественные метастазы в головном мозге (в первую очередь – паллиативное) проводится с целью попытки снижения выраженности порой мучительных для пациентов расстройств со стороны ЦНС и повышения качества их жизни посредством применения кортикостероидной и противосудорожной терапии.

Неблагоприятный прогноз течения раковой болезни и тяжесть состояния пациента обусловлены прежде всего степенью запущенности патологии, что отражено в формулировке диагноза «Рак предстательной железы T3bN0M1b. Гормонорезистентность (вторичная кастрационно-резистентная форма). Химиорезистентность. Прогрессирование». Заболевание больного изначально характеризовалось агрессивным течением (IV ст.) с метастатическим поражением системы опоры и движения, а также ЦНС – головного мозга. Возможности лечения ограничивались также сопутствующей патологией, сниженной реактивностью и резистентностью организма пациента. Негативно на состояние пациента могли повлиять несколько запоздалое дообследование, ограниченное использование ресурсов диагностики и лечения, отсутствие должной интерпретации полученных данных специальных исследований (лабораторных, инструментальных и др.). Нельзя не отметить несвоевременность проведения консультаций и созыв консилиумов специалистов (химиотерапевтов, радиологов, нейрохирургов др.) для уточнения степени распространенности патологического процесса, выработки коллегиального решения в плане тактики и преемственности на этапах оказания помощи. Все это не создало условий для замедления развития исходного и развития новых патологических состояний в виде осложнений основного заболевания.

В целом, несмотря на участие в оказании МП пациенту многих специалистов нескольких лечебных учреждений и очевидность существенного объема обследования и мероприятий лечения, качество оказанной МП на всех этапах может быть признано ненадлежащим – 2-го класса по В.Ф. Чавпецову и др. [9]. Прежде всего такой вердикт может быть вынесен по причине нарушения преемственности в ведении больного. Ресурсы здравоохранения использованы нерационально, несмотря на то, что попытки спасти жизнь больному на всех уровнях и этапах оказания МП осуществлялись. Вероятно, дефекты преемственности лечения могли бы быть предотвращены, если бы применялись единые подходы с использованием преимуществ информационных технологий в современных компьютерных базах данных лечебных учреждений, позволяющих мониторировать этапы и объем оказываемой МП каждому больному.

Заключение. Представленное наблюдение в очередной раз позволяет продемонстрировать не только сложности лечения пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями урологического

профиля, но и трудности оценки КМП этой категории больных. Вместе с тем должную организацию МП должны обеспечивать не столько клиницисты, сколько руководители организаций здравоохранения. Организационные и технические проблемы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи больным, должны устраняться оперативно, в максимально короткие сроки, без ущерба здоровью находящихся на обследовании и лечении пациентов. При отсутствии в ЛПУ возможностей для осуществления лечебно-диагностических манипуляций организаторы здравоохранения вместе с клиницистами должны изыскивать резервы для незамедлительного направления больных в специализированные медицинские организации, в которых обследование и лечение может быть осуществлено гарантированно. При этом роль, значение и место деятельности менеджеров здравоохранения при экспертизе КМП в каждом конкретном случае должны оцениваться отдельно.

Литература

1. Аляев, Ю.Г. Урология. Российские клинические рекомендации / Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкар. – М.: Гэотар-Медиа, 2016. – 496 с.
2. Засухина, Т.Н. Основные итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2017 году и основные задачи на 2018 год / Т.Н. Засухина [и др.]. – СПб.: МИАЦ, 2018. – 60 с.
3. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. – 250 с.
4. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. – 236 с.
5. Мовчан, К.Н. О системе оценки качества медицинской помощи пациентам хирургического профиля / К.Н. Мовчан [и др.] // Альм. Инст. хир. им. А.В. Вишневского: тез. второго съезда хирургов Урала. – Екатеринбург. – 2017. – № 3. – С. 192–193.
6. Устинова, Т.В. Неoadъювантная и адъювантная химиогормональная терапия у больных раком предстательной железы высокого и крайне высокого риска прогрессирования: собственный опыт / Т.В. Устинова [и др.] // Онкоурология. – 2018. – Т. 14, № 3. – С. 58–67.
7. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Рос. газета. – 2011. – № 263 (5639).
8. Хижа, В.В. Оценка основных медико-статистических показателей оказания медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга со злокачественными новообразованиями предстательной железы в 2016–2018 гг. / В.В. Хижа [и др.] // Вестн. Башкирского гос. мед. ун-та. – 2019. – № 5. – С. 209–211.
9. Чавпецов, В.Ф. Основы экспертизы качества медицинской помощи и автоматизированная технология его оценки: метод. пособие. Ч. 1 / В.Ф. Чавпецов [и др.]. – СПб., 2007. – 47 с.
10. Шевцов, В.Д. К вопросу о врачебной ошибке как одном из видов дефектов медицинской помощи при хирургических вмешательствах / В.Д. Шевцов, О.А. Дмитриева // Проблемы экспертизы в медицине. – 2007. – Т. 7, № 2–3. – С. 4–7.
11. Щербакова, Е.М. Демографическая ситуация в странах СНГ, 2014 год / Е.М. Щербакова // Демоскоп Weekly. – 2016. – С. 675–676.
12. Юрков, Е.Ф. Модель диагностики с учётом врачебных предпочтений. Прогноз клинического статуса рака

- предстательной железы / Е.Ф. Юрков [и др.] // Информационные процессы. – 2018. – Т. 18, № 4. – С. 243–260.
13. Ferlay, J. GLOBOCAN 2012 v1.0: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2013. 2015 / J. Ferlay [et al.] // Int. J. Cancer. – 2015. – Vol. 5, № 136. – P. 359–386.
 14. Eisenberger, M.A. Bilateral orchiectomy with or without flutamide for metastatic prostate cancer / M.A. Eisenberger [et al.] // N. Engl. J. Med., – 1998. – Vol. 15, № 339. – P. 1036–1042.
 15. Fizazi, K. Abiraterone plus Prednisone in Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer / K. Fizazi [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2017. – Vol. 4, № 377. – P. 352–360.
 16. James, N.D. Abiraterone for Prostate Cancer Not Previously Treated with Hormone Therapy / N.D. James [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2017. – Vol. 4, № 37. – P. 338–351.
 17. Pagliarulo, V. Contemporary role of androgen deprivation therapy for prostate cancer / V. Pagliarulo [et al.] // Eur. Urol. – 2012. – Vol. 1, № 61. – P. 11–25.

K.N. Movchan, K.E. Chernov, B.S. Artyushin, A.V. Zharkov, V.V. Tatarkin, A.Yu. Chernova, E.V. Zheleznyy

Features of assessing the quality of medical care for patients with prostate cancer in the late stages of the oncological process

Abstract. *Despite the successes in the examination and treatment of patients with prostate cancer, the problems associated with the organization of medical care for patients suffering from this disease remain. Defects in the verification of oncological diseases of the prostate often cause a decrease in parameters reflecting the quality and life expectancy of men. The data on the clinical case presented in the work demonstrate the difficulties of verifying a disease of a patient with prostate cancer, despite the involvement of many specialists of several medical institutions in the diagnostic process. With significant amounts of medical measures, the quality of the medical care provided at all stages can be considered inappropriate, primarily due to a violation of continuity in the management of the patient. Health care resources were used irrationally despite the fact that attempts were made to save the patient's life at all levels and stages of medical care. Probably, defects in the provision of medical care could have been prevented by applying unified approaches in the diagnostic and treatment process using the advantages of information technology in modern computer databases of medical institutions, which make it possible to monitor the stages and volume of medical care provided to patients individually. In addition, the proper organization of medical care, as well as the targeted routing of patient flows should be provided not so much by clinicians as health managers. In the absence of opportunities in the treatment and prevention facilities, where patients are sometimes unplanned in urgent cases, the possibilities for carrying out diagnostic and treatment procedures, the healthcare organizers, together with the clinicians, must find reserves for referring patients to specialized medical organizations, in which examination and treatment of patients can be guaranteed. At the same time, the role, importance and effectiveness of the activities of health managers in the examination of the quality of medical care in each case should be evaluated separately.*

Key words: *malignant neoplasms, tumors, prostate cancer, metastases, quality of care in oncology, polyfocal prostate biopsy, orchiectomy, radiation therapy, chemotherapy, hormone therapy.*

Контактный телефон: +7-967-302-33-30, e-mail: chernov_ke@mail.ru