

МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

А. Русских, кандидат медицинских наук,
В. Фомин, доктор медицинских наук, профессор,
Л. Сырцова, доктор медицинских наук, профессор,
Л. Козловская, доктор медицинских наук, профессор
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: avrusk@yandex.ru

Дана сравнительная характеристика эффективности разных моделей (городской, ведомственной, университетской) оказания медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами С и В с точки зрения качества диагностики и методов лечения, отвечающих международным стандартам.

Ключевые слова: хронический гепатит С и В, международные стандарты диагностики и лечения.

Хронические гепатиты вирусной этиологии – хронический гепатит С (ХГС) и хронический гепатит В (ХГВ) – характеризуются неуклонным увеличением распространенности [1], серьезностью прогноза заболевания с развитием тяжелых осложнений – цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [4], определяющих высокую частоту инвалидизации и летальности среди молодых людей. Диагностика ХГС и ХГВ часто затруднена и несвоевременна ввиду нередко бессимптомного течения заболевания и высокой частоты внепеченочных проявлений. Более того, многие лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) – поликлиники и стационары общего профиля – не располагают необходимыми методами исследования (серологическими, вирусологическими, иммунологическими) или их использование не всегда возможно в рамках программ обязательного медицинского страхования (ОМС), в том числе из-за отсутствия алгоритмов позиционирования данных методов на рынке платных услуг.

Изучение подходов к улучшению медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) приобретает особую актуальность с точки зрения планирования мер организационного характера, направленных на повышение качества диагностики, лечения и профилактики. В этом отношении ЛПУ общего типа могут рассматриваться в качестве приоритетной модели исследования, поскольку именно в них из-за наибольшей обращаемости диагнозы ХГС и ХГВ нередко устанавливают больным впервые.

Цель исследования: проанализировать существующие формы оказания медицинской помощи больным ХГС и ХГВ в поликлиниках и стационарах общего профиля и определить оптимальные из них для внедрения в практическую деятельность ЛПУ.

Задачи исследования:

1. Определить частоту и соотношение ХГС и ХГВ среди пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

(ЖКТ), наблюдаемых в медицинских учреждениях общего профиля за 10 лет (2001–2011 гг.) по данным первичной медицинской документации.

2. Сравнить эффективность разных моделей оказания медицинской помощи больным ХВГ (городской, ведомственной, университетской) с точки зрения качества диагностики и методов лечения, отвечающих международным стандартам, выбрать оптимальную модель и обосновать целесообразность ее практического применения.

Исследование проводили в 3 ЛПУ Москвы: 1) городская поликлиника; 2) ведомственная клиническая больница (стационар общего профиля, включающий 2 терапевтических, 2 неврологических, кардиологическое и поликлиническое отделения; обслуживает прикрепленный спецконтингент (40%), коммерческих больных (30%), пациентов по добровольному медицинскому страхованию – ДМС (30%); 3) Клиника нефрологии внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева Первого МГМУ им. И.М. Сеченова – Университетская клиническая больница (УКБ) №3 (многопрофильный стационар; включает общетерапевтическое, пульмонологическое, нефрологическое, гепатологическое и поликлиническое отделения).

Исследование проходило в несколько этапов. После изучения литературы по теме исследования, в том числе нормативных и законодательных актов, проанализирована организация медицинской помощи больным ХВГ в Москве. Определена методика исследования, на основании которой научно обоснованы пути оптимизации существующих форм (моделей).

По плану исследования среди гастроэнтерологических больных, наблюдавшихся в указных ЛПУ с 2001 по 2011 г., выделены больные с диагнозами ХГС и ХГВ.

Исследование проводили с учетом существующих нормативных документов (приказы №238 от 2000 г., №44 от 2007 г., №415 от 2010 г.), регламентирующих оказание медицинской помощи больным ХГС и ХГВ. Были проанализированы отчетные формы государственного статистического наблюдения (талон амбулаторного пациента – форма №025-12/у, статистический талон для регистрации заключительных диагнозов – форма №025-02/у, статистическая карта выбывшего из стационара – форма №066/у, контрольная карта диспансерного наблюдения – форма №030/у-04) из 3 ЛПУ Москвы – всего 135 871 единица наблюдения. Далее мы отобрали больных с патологией ЖКТ и из них выделили пациентов с ХГС и ХГВ (n=2021). Затем методом квотной выборки (модель воспроизводит структуру генеральной совокупности по проценту изучаемых признаков) были проанализированы данные о 507 больных ХВГ: 323 – с ХГС и 184 – с ХГВ.

Результаты изучения отчетности в 3 ЛПУ Москвы позволили оценить частоту заболеваемости ХВГ по отношению к патологии ЖКТ (рис. 1).

Так, число случаев заболевания ХВГ в исследуемых ЛПУ в течение 10 лет увеличилось с 10,34 (на 1000 больных с заболеваниями ЖКТ) в 2001 г. до 64,7 – в 2010 г. Если в 2001 г. соотношение ХГС и ХГВ было примерно одинаковым, то в последующем отмечено значительное нарастание заболеваемости ХГС: с 5,11 в 2001 г. до 46,4 – в 2010 г. при менее значительном росте заболеваемости ХГВ – с 5,23 до 18,32 (на 1000 пациентов с болезнями ЖКТ). Соотношение ХГС и ХГВ к 2010 г. составило 2,5:1 (p=0,005).

Результаты наших исследований, выявившие изменение соотношения между ХГС и ХГВ в пользу ХГС в послед-

ние годы, соответствуют данным государственного доклада о санитарно-эпидемиологической обстановке в России за 2010 г. [5].

На основании полученных данных о деятельности разных ЛПУ методом стратометрического отбора (больных с учетом целей и задач исследования делят на группы с определенными характеристиками) были выделены 3 группы (модели наблюдения) больных ХВГ:

- 1-я (городская): начало наблюдения в поликлинике – у терапевта; при подозрении на вирусный гепатит больного обычно направляют к инфекционисту, который чаще продолжает лечить его амбулаторно либо дает направление в соответствующий стационар. При этом гастроэнтеролог поликлиники не обязательно участвует в наблюдении этих больных, поскольку они традиционно считаются «инфекционными». После поступления больного в инфекционный стационар преемственность наблюдения часто утрачивается, и дальнейшая судьба больного не прослеживается. По этой модели наблюдались 143 больных (79 – с ХГС и 64 – с ХГВ);
- 2-я (ведомственная): начало наблюдения в ведомственной поликлинике – у терапевта, где больному ставят предположительный диагноз ХВГ, затем его направляют к гастроэнтерологу поликлиники, который обычно переводит больного в стационар для уточнения стадии болезни и определения тактики лечения. Постстационарный этап лечения осуществляется той же поликлинике, т.е. больной прослеживается на всех этапах болезни. По этой модели наблюдались 233 пациента (160 – с ХГС и 73 – с ХГВ);
- 3-я (университетская): начальное обследование – у терапевта и гастроэнтеролога в поликлинике, чаще по месту жительства, а затем в поликлиническом отделении УКБ, где в большинстве случаев устанавливают диагноз ХГС или ХГВ. Дальнейшее лечение осуществляется в гастроэнтерологическом отделении университетской клиники, где уточняют стадию болезни, спектр и выраженность внепеченочных проявлений (с привлечением других специалистов, которыми располагает УКБ); проводится соответствующая каждой стадии высокоспециализированная помощь, которая часто (но не всегда) продолжается в поликлиническом отделении клиники. Т.е. все этапы лече-

ния и его результаты контролируются специалистами гастроэнтерологами-гепатологами и научными сотрудниками, работающими в данной университетской клинике. По этой модели наблюдался 131 пациент (84 – с ХГС и 47 – с ХГВ).

Период диагностики ХГС от первого обращения за медицинской помощью, при котором выявлены HCVab, до установления точного диагноза в 1-й группе составил 2,0 года [2,8; 5,4], во 2-й – 2,0 года [3,3; 5,3], в 3-й – 0,17 года [0,17; 0,28] (различия между группами: $p_{1-3} < 0,05$, $p_{2-3} < 0,01$); при ХГВ – соответственно 2,5 [2,2; 3,5]; 1,7 [0,8; 7,5] и 0,25 [0,18; 0,26] года ($p_{1-3} < 0,05$; $p_{1-2} < 0,05$).

Нами выявлены существенные различия между группами (моделями наблюдения) по объему используемых диагностических методов. Сравнение всего арсенала методов, применяемых для диагностики ХГС и ХГВ, показало, что наиболее широким он был в 3-й группе (университетская модель), за счет использования новых прогрессивных технологий эластографии и фибромакса; у больных ХГС эти методики использовались соответственно в 70,2 и 32,1% случаев. Близкие к 3-й группе показатели по частоте применения фибромакса у больных ХГС отмечены во 2-й группе (ведомственная модель) – 22,5%; но по частоте использования эластографии у этих больных (11,3%) 2-я группа значительно уступала 3-й ($p < 0,05$). В 1-й группе (городская модель) применение данных технологий ограничивалось отдельными случаями, причем только у больных ХГС.

Биопсия печени при диагностическом процессе уступала по частоте современным неинвазивным биопрогностическим технологиям во 2-й и 3-й группах в связи с доказанным сходством эффективности биопрогностических и морфологических методов. Лишь в 1-й группе биопсия печени выполнялась хотя и редко (в 10,1% – при ХГС и в 7,8% – при ХГВ), но чаще, чем эластография и фибромакс (соответственно в 8,9 и 5,1% случаев при ХГС и 0% – при ХГВ), что свидетельствует о задержке внедрения данных методов исследования в практическую деятельность ЛПУ городского типа.

Что касается использования полимеразной цепной реакции (ПЦР) для диагностики и мониторинга ХГС и ХГВ [3], то качественная ПЦР (ПЦР_{кач}) применялась в преобладающем большинстве случаев в университетской и ведомственной моделях, а в городской для диагностики ХГВ использовалась у 50% больных и ХГС – в 79,8% случаев. Ча-

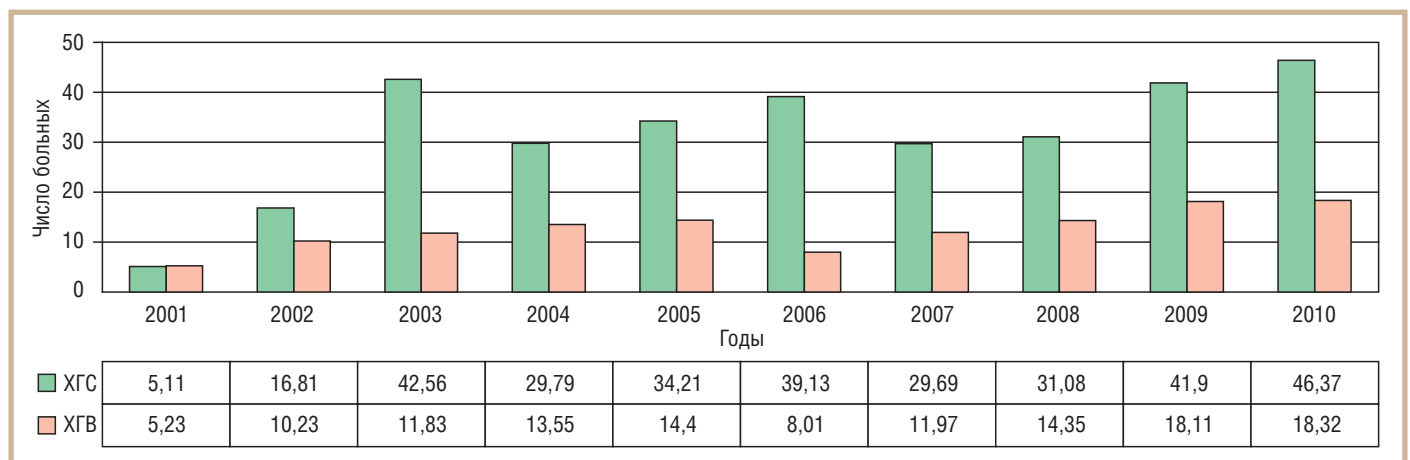


Рис. 1. Динамика распространенности ХВГ (на 1000 пациентов с заболеваниями ЖКТ за 10 лет)

Частота использования различных методов диагностики и мониторинга у больных ХГС и ХГВ

Метод	Группа больных ХГС, абс. (%)			p	Группа больных ХГВ, абс. (%)			p
	1-я	2-я	3-я		1-я	2-я	3-я	
Фибромакс	4 (5,1)	36 (22,5)	27 (32,1)	$p_{1-3}<0,05$	–	8 (11,0)	10 (21,3)	–
Эластография	7 (8,9)	18 (11,3)	59 (70,2)	$p_{1-3}<0,01$	–	12 (16,4)	18 (38,3)	$p_{2-3}<0,05$
ПЦР _{кач}	63 (79,4)	119 (74,4)	76 (90,5)	$p_{2-3}<0,05$	32 (50,0)	63 (86,3)	47 (100,0)	$p_{1-3}<0,05$
ПЦР _{кол}	54 (68,4)	111 (69,4)	80 (95,2)	$p_{2-3}<0,05$	27 (42,2)	46 (63,0)	42 (89,4)	$p_{1-3}<0,05$
Биопсия	8 (10,1)	9 (5,6)	12 (14,3)	–	5 (7,8)	–	10 (21,3)	–

стота применения количественной ПЦР (ПЦР_{кол}) для определения вирусной нагрузки также нарастала от 1-й группы (68,4% при ХГС и 42,2% – при ХГВ) ко 2-й (соответственно 69,4 и 63,0%) и особенно – к 3-й (95,2 и 89,4%), что является дополнительным свидетельством преимущества ведомственной и университетской моделей оказания медицинской помощи (см. таблицу).

Нами проанализирована частота применения противовирусной терапии (ПВТ) и ее качества у пациентов с ХГС и ХГВ в 3 группах (моделях) наблюдения.

Из 323 больных ХГС ПВТ была проведена 276 (85,4%) пациентам: в 1-й группе – 57 (72,2%), во 2-й – 140 (87,5%) и в 3-й – 79 (94%); из 184 больных ХГВ – у 144 (78,3%): соответственно у 31 (48,4%); 68 (93,2 %) и 45 (95,7%).

Соответствие международным стандартам ПВТ при ХГС (пегилированный интерферон + рибавирин в течение 6–12 мес – в зависимости от генотипа вируса) [2] отмечено у 15 (26,3%) больных 1-й, 55 (39,3%) – 2-й и 58 (73,4%) – 3-й группы (различия статистически значимы: $p_{1-3}<0,001$; $p_{2-3}<0,05$).

Для лечения ХГВ по международным стандартам применялась монотерапия аналогами нуклеозидов (ламивудин, адефовир, энтекавир, телбивудин и др.); длительность курса лечения колебалась от 1 года до 3 лет [4]. При этом из 144 пациентов с ХГВ ПВТ соответствовала международным стандартам у 17 (54,8%) пациентов 1-й группы, 54 (79,4%) – 2-й и 43 (95,6%) – 3-й (различия статистически значимы: $p_{1-3}<0,001$; $p_{2-3}<0,05$).

Таким образом, из 420 пациентов с ХГС и ХГВ ПВТ соответствовала международным стандартам у 32 (36,4%) в 1-й группе, 109 (52,4%) – во 2-й и 101 (81,5%) – в 3-й (различия статистически значимы: $p_{1-3}<0,001$; $p_{2-3}<0,05$). ПВТ не отвечала международным стандартам в 1-й группе в 63,6% случаев (у 56 пациентов из 88), несколько реже – во 2-й группе: в 47,6% случаев (у 99 пациентов из 208), и еще реже – в 3-й группе: только в 18,5% случаев (у 23 пациентов из 124).

Анализ эффективности терапии больных с ХГС позволил отметить, что устойчивый вирусологический ответ (УВО) в 1-й группе достигнут только

у 16 (28%) обследованных, во 2-й группе – у 55 (39,4%), в 3-й – у 60 (75,9%) ($p_{1-3}<0,001$; $p_{2-3}<0,05$). Доля рецидивов в 3-й группе значительно меньше (20,3%), чем в 1-й (64%) и 2-й (60%) группах ($p_{1-3}<0,001$; $p_{2-3}<0,05$).

Показатель эффективности терапии ХГВ также был лучшим в 3-й группе: УВО достигнут у 18 (40,0%) пациентов, тогда как в 1-й – у 3 (9,7%), во 2-й – у 12 (22,5%) больных ($p_{1-3}<0,001$; $p_{2-3}<0,05$). Рецидивы ХГВ достоверно чаще выявлялись в 1-й группе (61,3%), чем во 2-й и 3-й (соответственно у 44,0 и 37,8%).

По результатам корреляционного анализа можно заключить, что, согласно нашим данным, принадлежность к 1-й группе – скорее отрицательный, а к 3-й – положительный предвестник достижения УВО.

На основании анализа эффективности существующих моделей медицинской помощи пациентам с ХГС и ХГВ оптимальной следует признать следующую схему: терапевт (осуществляет скрининг) – инфекционист (проводит дообследование и исключает острый вирусный гепатит) – гастроэнтеролог-гепатолог в поликлинике или стационаре устанавливает окончательный диагноз ХВГ, оценивает степень и стадию поражения печени, назначает лечение и в дальнейшем наблюдает пациента. Эта схема допускает перестановку этапов наблюдения у специалистов (рис. 2).

Важным условием ведения больных ХГС и ХГВ является соблюдение международных стандартов диагностики и лечения, что реализовано в университетской и частично – в ведомственной моделях оказания медицинской помощи боль-

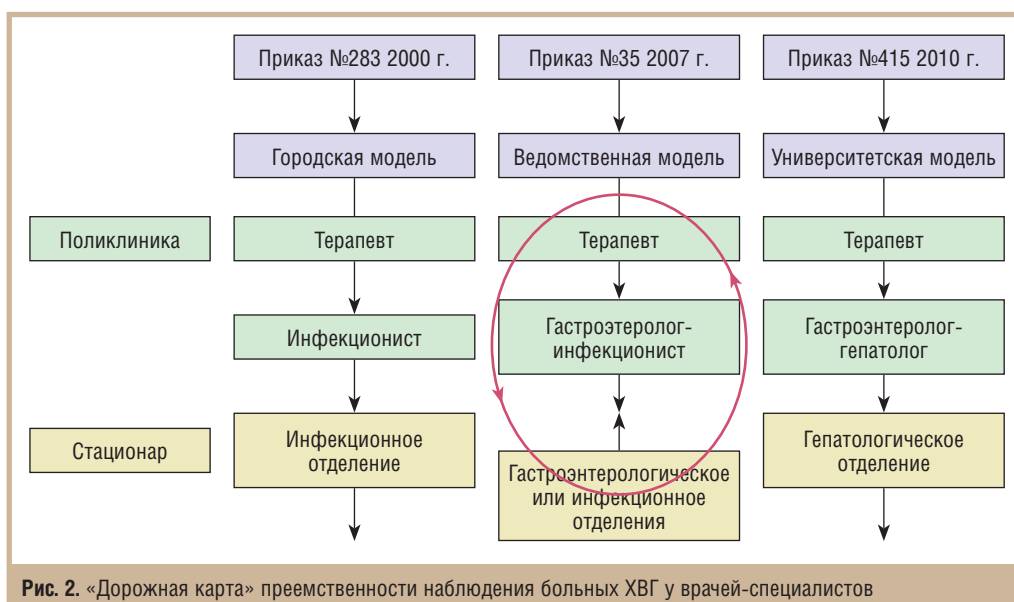


Рис. 2. «Дорожная карта» преемственности наблюдения больных ХВГ у врачей-специалистов

ным: при этом сокращались сроки диагностики до 1–2 мес (в отличие от городской модели, при которой диагностика может проводиться длительно). Соблюдение международных стандартов по лечению в университетской модели с привлечением гастроэнтеролога/гепатолога обуславливает высокий показатель УВО (соответственно у 75,9% больных с ХГС и у 40,0% – с ХГВ).

Таким образом, на основании изучения эффективности у существующих моделей оказания медицинской помощи пациентам с хроническим гепатитом С и В оптимальной можно считать модель, сочетающую в себе преимущества университетской (с возможностью организации высококвалифицированного процесса диагностики и лечения) и ведомственной моделей (с опытом соблюдения принципа преемственности в наблюдении больного) с повышением роли гастроэнтеролога/гепатолога, как это отражено в принятом к исполнению приказе №415 от 2010 г.

Литература

1. Практическая гепатология. Под ред. акад. РАМН Н.А. Мухина / М., 2004.
2. Рекомендации по лечению гепатита С. Согласительная конференция по лечению гепатита С. Франция, 27–28 февраля 2002 // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003; 2: 4–12.
3. Дифференциальная лабораторная иммунодиагностика вирусных гепатитов. М., 2002.
4. Абдурахманов Д.Т. Хронический гепатит В и D / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
5. Брико Н.И. Эпидемиология парентеральных гепатитов В и С. М., 2010.

MODELS OF MEDICAL CARE IN CHRONIC VIRAL LIVER DISEASES

A. Russkikh, Candidate of Medical Sciences; Professor V. Fomin, MD; Professor L. Syrtsova, MD; Professor L. Kozlovskaya, MD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper provides comparative characteristics of the efficiency of different models of (urban, departmental, and university) medical care to patients with chronic hepatitis C and B from the viewpoint of the quality of diagnosis and treatments that comply with international standards.

Key words: chronic hepatitis C and B, international standards for diagnosis and treatment.