

Демидов С.М., Ирих Т.О., Демидов Д.А., Лан С.А., Рыкалина О.А

Анализ экономической эффективности хирургического лечения больных с ранней стадии рака молочной железы люминального подтипа А с целью оптимизации органо-сберегательного лечения

ГБОУВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Екатеринбург, МАУ ГКБ№40 г.Екатеринбург

Demidov S.M., Irikh T.O., Demidov, D.A., Lan S.A., Rykalina O.A.

Cost-effectiveness analysis of surgical treatment of patients with early-stage breast cancer luminal subtype A in order to optimize the treatment of organic-savings

Резюме

Цель работы -оценить экономическую эффективность различных вариантов хирургического лечения у больных с ранним РМЖ люминальным подтипом А. Проведен анализ 200 пациенток с T1N0M0 стадией РМЖ с люминальным типом А. Пациентки разделены на 4 группы: 1 гр. – мастэктомия – 50; 2 гр. – радикальная резекция молочной железы – 50, 3 гр. – секторальная резекция со стадирующей лимфодиссекцией – 50, 4 гр. – секторальная резекция с биопсией сторожевого лимфоузла. Сроки наблюдения составили 5 лет. В результате нами установлено, что выполнение секторальной резекции с биопсией сигнального лимфоузла у пациенток с раком молочной железы T1N0M0 стадией (люминальный подтипом А) позволяет сократить длительность стационарного лечения и соответственно уменьшить стоимость стационарного лечения, при сопоставимой общей и безрецидивной выживаемости.

Ключевые слова: рак молочной железы, люминальный подтип А, мастэктомия, органосберегающие операции

Summary

Evaluate the cost effectiveness of different options of surgical treatment in patients with early breast cancer luminal subtype A. An analysis of 200 patients with T1N0M0 stage breast cancer with luminal subtype A. The patients were divided into 4 groups: 1 gr. - mastectomy – 50, 2 gr. - resection of breast cancer - 50, 3 gr. - sectoral resection with lymphadenectomy stadiruyushey - 50, 4 gr. - sectoral resection with sentinel lymph node biopsy. Follow-up was 5 years. As a result, it was found that survival and distant metastasis in patients with breast cancer groups stage T1N0M0 after mastectomy and sparing surgery is no different.

Keywords: Breast cancer, luminal subtype A, mastectomy, sparing surgery

Введение

Рак молочной железы занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний у женщин. Ежегодно в мире регистрируются более 1 млн новых случаев рака молочной железы (РМЖ). В структуре онкологической заболеваемости женщин во всем мире РМЖ занимает первое место, а по числу смертей от рака у женщин второе. Абсолютное число заболевших РМЖ по Свердловской области составило 1819 [1,2]. Успех лечения рака молочной железы зависит от многочисленных условий, среди которых наиболее значимыми являются биологические особенности опухоли и степень её распространения к началу лечения. Основным этапом в комбинированном лечении РМЖ является хирургический, и радикальным лечение может быть

только в том случае, если произведено адекватное хирургическое вмешательство [3]. Благодаря достижениям маммографического скрининга и определённым успехам ранней диагностики РМЖ объём хирургического вмешательства на молочной железе сузился до квадрантэктомии или даже секторальной резекции [4]. Это органосохраняющее направление онкохирургии не касалось до последних лет характера и объёма хирургического вмешательства на регионарных лимфатических коллекторах метастазирования (подмышечно - подключичной и парастеральной зон). Одним из возможных путей для решения вопроса о степени распространения опухолевого процесса по лимфатическим узлам является также оперативное вмешательство как лимфодиссекция или лимфаденэктомия. Хорошо известно, что

лимфодиссекция, как и любая расширенная операция, сопряжена с целым рядом осложнений. Одним из возможных путей решения этих проблем является технология поиска сторожевых лимфатических узлов (СЛУ), позволяющая избежать выполнения тотальной лимфодиссекции [5]. Так же немаловажной проблемой лечения больных РМЖ усугубляется в связи с большими экономическими затратами. Затраты на лечения больных РМЖ существенно влияют на бюджет онкологических клиник. Выполнения расширенных оперативных вмешательств при раннем РМЖ существенно увеличивает длительность стационарного лечения, а также стоимость лечения.

Цель исследования - проанализировать экономическую эффективность различных вариантов хирургического лечения у больных с ранним РМЖ люминального типа А.

Материалы и методы

За период с 2006г. до 2011г. нами был проведен анализ результатов лечения 200 больных с ранним РМЖ люминального типа А, прооперированных на базе МАУ ГКБ№40 и Свердловского областного онкологического диспансера №1 г.Екатеринбурга. Пациенты были разделены на четыре группы. В первую группу включены 50 пациенток, которым была выполнена мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц. Во вторую группу включены 50 пациенток, которым была выполнена радикальная резекция (РР) молочной железы. В третью группу включены 50 пациенток, которым была выполнена секторальная резекция (СР) со стадирующей лимфодиссекцией. В четвертую группу включены 50 пациенток, которым была выполнена секторальная резекция с биопсией сигнального лимфоузла. В результате сравнительного анализа полученных данных по общей пятилетней выживаемости пациентов с T1N0M0 стадией рака молочной железы люминального типа А, не выявил статистически значимых отличий в зависимости от объема проведенного оперативного вмешательства (p = 0,90). Выживаемость во всех четырех исследуемых группах составила от 96,0 до 100,0%. Показатели безрецидивной выживаемости и отдаленное метастазирование в группах пациенток в зависимости от объема лимфодиссекции также не выявил статистически значимых отличий.

Результаты и обсуждение

Экономический эффект от уменьшения объема оперативного вмешательства включает две составляющие:

1. снижение пребывания больного в стационаре с 20,2 до 10,2 койко-дня;

2. сокращение стоимости стационарного больного.

Для расчета показателей стоимости медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования использовались тарифы стоимости одного койко-дня в профильном отделении онкоммаммологии в г. Екатеринбург е МАУ ГКБ№40.

В рамках действующего тарифного соглашения от 30.12.2013г. на 2015 г. оплата стационарной медицинской помощи осуществляется:

- по стоимости клинико – статистических групп заболеваний (КСГ);
- по тарифу одного койко-дня в профильном отделении;
- в соответствии с нормативами финансовых затрат, установленных для оплаты методов, используемых при оказании высокотехнологической медицинской помощи;
- за медицинскую услугу по перечню и тарифам, установленным Тарифным соглашением.

Для расчета экономической эффективности по оперативному вмешательству в отделении онкоммаммологии предложены четыре группы хирургического лечения у больных с ранним РМЖ люминального типа А.

Стоимость случая лечения (Ссл) по тарифу одного койко-дня определяется по формуле:

$$Ссл = Тпкд * Дсл + Тсод * Дсл, \text{ где}$$

Тпкд – тариф одного койко-дня по профилю отделения, в котором пролечен пациент;;

Дсл – фактическая длительность лечения в отделении (койко-дней);

Тсод – тариф на содержание, установленный в расчете на 1 койко-день для группы, к которой относится данная медицинская организация [6,7].

Показатели стоимости и послеоперационного койко-дня в зависимости от объема проведенного хирургического лечения у больных с ранним РМЖ люминального типа А представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, средний показатель койко-дня был наименьший в группах СР с биопсией сигнального лимфоузла и СР со стадирующей лимфодиссекцией – 10,20 и 14,20 дней соответственно и практически не отличался в группах РМЭ и РР, составив при этом 20,20 и 18,20 дней госпитализации соответственно. При анализе стоимости госпитализации в группах: РМЭ, РР, СР со стадирующей лимфодиссекцией и СР с биопсией лимфоузла было выявлено, что стоимость госпитализации была меньше в группах СР со стадирующей лимфодиссекцией и СР с биопсией лимфоузла по сравнению с группами

Таблица 1. Показатели стоимости и послеоперационного койко-дня в зависимости от объема проведенного хирургического лечения у больных с ранним РМЖ люминального подтипа А.

Виды групп	Виды операций	Стоимость 1 койко-дня, руб.	Койко-день в стационаре	Стоимость по госпитализации, руб.
I	РМЭ	2739,00	20,20	56216,60
II	РР	2739,00	18,20	50650,60
III	СР + стадирующая лимфодиссекция	2739,00	14,20	39518,60
IV	СР + биопсия сигнального лимфоузла	2739,00	10,20	28386,60

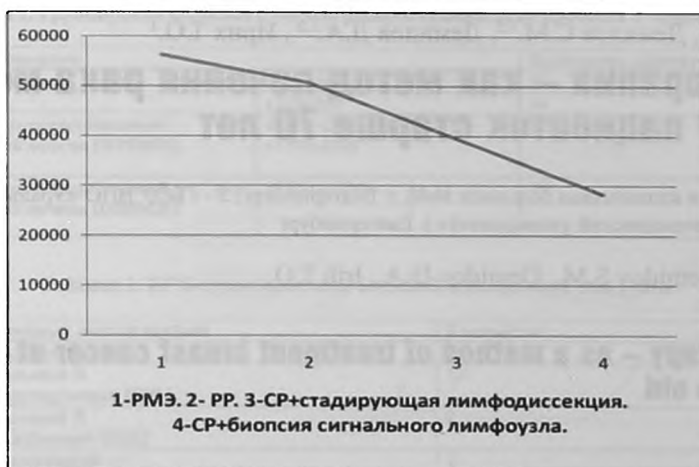


График №1. Стоимость госпитализации пациентов с ранним РМЖ люминального подтипа А.

РМЭ и РР практически в два раза, что привело к уменьшению затрат на одного пациента в сумме 27 830 руб.

Таким образом, нами установлено, что прослеживается существенная разница в сроках пребывания пациентов в стационаре, а также изменяется стоимость хирургического лечения пациентов, при сопоставимых показателях общей и безрецидивной выживаемости.

График стоимости госпитализации пациентов с ранним РМЖ люминального подтипа А схематически представлен на графике 1.

На графике 1 мы видим прямую зависимость понесенных затрат на лечение одного пациента в стационаре в зависимости от вида групп.

При проведении клинико-экономического анализа следует стремиться к максимально-полному учету всех затрат за фиксированный период времени.

Необходимо принимать во внимание, что в тех случаях, когда эффект медицинского вмешательства растягивается во времени, период учета затрат может в несколько раз превышать продолжительность непосредственного лечения.

Выводы

1. Выполнение секторальной резекции с биопсией сигнального лимфоузла у пациенток с раком молочной

железы T1N0M0 стадией (люминальный подтип А) позволяет сократить длительность стационарного лечения на 50% по сравнению с выполнением радикальной мастэктомии.

2. В результате выполнение секторальной резекции с биопсией сигнального лимфоузла позволяет уменьшить стоимость стационарного лечения на 50,2% при сопоставимой общей и безрецидивной выживаемости. ■

Ирих Т.О., ассистент кафедры онкологии и мадрдиологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, врач - маммолог МАУ ГКБ№40, г. Екатеринбург; Демидов С.М. д.м.н., профессор заведующий кафедрой онкологии и медицинской радиологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, зав. маммологическим отделением МАУ ГКБ№40, г. Екатеринбург; Демидов Д.А. ассистент кафедры онкологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, врач-маммолог МАУ ГКБ№40, г. Екатеринбург; Лан Светлана Алексеевна ассистент кафедры онкологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, фармаколог МАУ ГКБ№40, г. Екатеринбург; Рыкалина Ольга Анатольевна к.э.н., доцент. Главный бухгалтер. МАУ ГКБ№40, г. Екатеринбург.

Литература:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований России и стран СНГ, 2010г. – 16 с.
2. Чиксов В.И., Старинской В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России. М, 2011г. – 96 с.
3. Дьмарский Л.Ю. Рак молочной железы. – М.: Медицина, 1980г. – 192 с.
4. Семизлазов В.Ф. Хирургическое лечение рака молочной железы (история и современность). // Практическая онкология 2002. - Т.3, № 1. - С 18-20
5. Вельдшер Л.З., Габуня З.Р., Праздников Э.Н., Лучшев А.И., Чочуа Г.А., Гвахария Н.В., Прилепо Ю.В. Пути оптимизации объема лимфодиссекции при раке молочной железы. Вестник Московского Онкологического Общества, 2001г. – 1: 2-3.
6. Александров М.А. Доказательная медицина и экономический анализ в здравоохранении. Главный врач. 2012г., №3
7. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. Пер.с англ. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2004г. – 240 с.