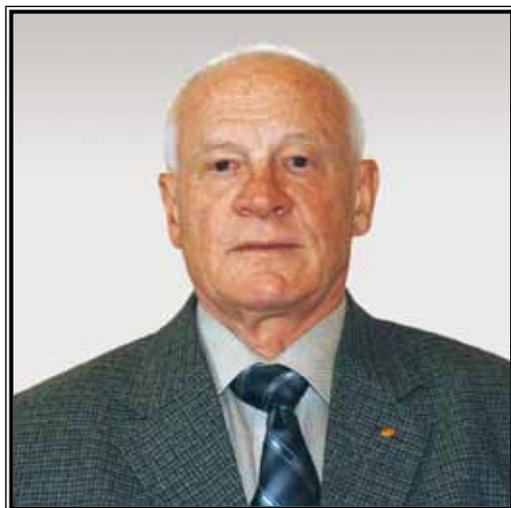


ОНКОЛОГИЯ РОССИИ В СВЕТЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОТИВОРАКОВОЙ ПРОГРАММЫ



ДИРЕКТОР МНИОИ ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА, ГЛАВНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ-ЭКСПЕРТ ОНКОЛОГ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ АКАДЕМИК РАМН, ПРОФЕССОР

Валерий Иванович Чиссов

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии – одна из характерных черт здравоохранения всех развитых стран. Это обусловлено устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости, которая достигла довольно высоких показателей и в обозримом будущем продолжит нарастать. В последние годы в Российской Федерации ежегодно впервые выявляется более 490 тыс. новых случаев злокачественных новообразований.

В 2007 году удельный вес смертности от онкологических заболеваний составил 13,7% (2-е ранговое место после сердечно-сосудистых заболеваний). Показатель распространенности злокачественных заболеваний в России в 2008 году составил 1834,6 на 100 тыс. населения. На конец 2008 года на учете в онкологических учреждениях России состояло более 2,6 млн. больных, то есть 1,7% населения страны. Около 60% среди впервые регистрируемых больных выявляются в III–IV стадиях заболевания. Это приводит к увеличению смертности и значительной инвалидизации больных из-за меньшей эффективности лечения. Ежегодно в России более 200 тыс. больных впервые признаются инвалидами от онкологического заболевания (13,5% от общего числа инвалидов). Расходы по инвалидности и лечению больных в III–IV стадиях заболевания являются наиболее затратной статьей и требуют больших материально-технических вложений.

Показатели активного выявления в России в целом абсолютно неадекватны современным возможностям медицины. Показатель активной выявляемости составил в 2008 году 12,2% (в 2007 году – 12,1%).

Из 56 тыс. больных, выявленных активно в 2008 году, только 61% имели I–II стадию заболевания, из них опухоли визуальных локализаций составили 64,6%.

В 2008 году по сравнению с 2007 годом наблюдается даже некоторое снижение показателя активного выявления ЗНО почти всех визуальных локализаций.

Вместе с тем значимость раннего выявления онкологических заболеваний трудно переоценить, поскольку оно определяет продолжительность жизни больного, успех проводимого лечения. Скрининг сегодня является единственным путем диагностики доклинического рака.

Окончательное обследование, постановка диагноза и лечение лиц со злокачественными новообразованиями должны являться делом онкослужбы. В административных территориях России в 2008 году функционировало 120 онкологических диспансеров, 32% из них имеют коечный фонд 300 коек и более. В настоящее время ведется активное строительство с модернизацией отдельных клинических корпусов, каньонов для радиотерапевтической аппаратуры. Расширение коечного фонда службы обусловлено целесообразностью проведения лечебно-диагностической помощи онкологическим больным в специализированных учреждениях с учетом многофакторности, многоэтапности лечения и мониторинга.

Минздравсоцразвития России с 2009 года начата реализация Национальной онкологической программы, рассчитанной до 2015 года. Выделяется 6 уровней функционирования программы.

Первый уровень: проведение профилактических осмотров специалистами первичного звена, участковыми и семейными врачами, медицинским персоналом «первичного контакта» (гинекологами, урологами, отоларингологами и т.д.), проведение программ массового скрининга (цитологические исследования на опухоли шейки матки, изучение маркеров опухолевого роста: ПСА – рака предстательной железы, СА-125 – рака яичника, инструментальные методы диагностики: цифровая флюорография, маммография, УЗИ – для щитовидной, молочной и предстательной желез, почек и других органов).

Второй уровень: передача данных о каждом подозрительном или выявленном случае злокачественного заболевания в первичные онкологические кабинеты.

Третий уровень: направление пациента с выявленным или подозрительным на злокачественное заболевание диагнозом в консультативно-диагностический отдел регионального (территориального) онкологического диспансера, где должен быть использован весь спектр диагностических исследований, а также проведен комплекс противоопухолевого лечения, как в амбулаторных (стационар одного дня), так и в стационарных условиях.

Четвертый уровень: в случае необходимости более точного дообследования, а также лечения с применением последних высокотехнологичных методик больного направляют в окружной онкологический диспансер.

Пятый уровень: федеральные онкологические институты (НИИ Минздравсоцразвития России, ФМБА России, РАМН) наряду с окружными онкодиспансерами оказывают высокотехнологичные виды медицинской помощи, являются разработчиками основных высоких медицинских технологий, обеспечивают организационно-методическое сопровождение деятельности региональных и окружных диспансеров, осуществляют внедрение новых методов и организационно-методическое руководство службой закрепленных территорий.

Шестой уровень: Министерство здравоохранения и социального развития РФ осуществляет контроль за работой всех уровней, тесно взаимодействует с федеральными онкологическими институтами.

Преимущества предлагаемого порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным заключаются в четкой маршрутизации процесса выявления, обследования и лечения, в персональной ответственности за выполнение поставленных задач, в обеспечении мониторинга лечения, единой регистрации заболеваемости, смертности, в обеспечении эффективного специализированного лечения на разных уровнях диспансерного наблюдения.

Одной из важных задач Национальной программы является выстраивание схемы взаимодействия между лечебными учреждениями.

Успешная реализация Национальной онкологической программы базируется на развитии современных высокоэффективных, высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

За последние годы произошли существенные сдвиги в диагностике онкологических заболеваний всех локализаций, это связано с постепенным оснащением лечебных профильных учреждений КТ, МРТ, УЗИ- и радионуклидной аппаратурой. Практическим стандартом для онкологической службы стала волоконная эндоскопическая диагностика.



1



Эндоскопическая ультразвуковая диагностическая аппаратура последнего поколения позволяет с высокой точностью устанавливать толщину анаплазированной ткани при раннем раке, исследовать лимфатические узлы регионарной зоны и окружающие ткани.

Дальнейшие перспективы совершенствования эндоскопической диагностики связаны с созданием нового поколения эндоскопов и автоматическим изменением кратности увеличения, эндомикроскопией, флуоресцентно-спектроскопическим, оптическим и ультразвуковым сканированием всех слоев стенки полых органов и окружающих тканей.

Переход на новые принципы эндоскопической диагностики потребует создания новых учебно-педагогических подходов в подготовке врачей-эндоскопистов с углубленным изучением патоморфологии, микроскопии и ультразвукового диагностического исследования.

Широкое распространение приобрело использование серологических маркеров для уточнения распространенности процесса и мониторинга больных в процессе лечения.

Среди перспективных направлений в диагностике следует отметить: развитие методов протонно-эмиссионной томографии, создание ПЭТ-центров, ядерного магнитного резонанса (ЯМР), УЗИ для точного стадирования опухолевого процесса; внедрение флуоресцентной диагностики и новых фотосенсибилизаторов для прецизионной детекции опухолей; применение микроэндоскопии и эндоскопической робототехники; молекулярно-генетические исследования для выявления факторов риска, прогноза возникновения и течения злокачественных новообразований, индивидуализации лечения и последующего его мониторингирования; диагностику вирусных инфекций как предшественников возникновения рака.

Методика определения сторожевых лимфоузлов позволяет существенно улучшить результаты ЛАЭ, а также сократить количество интра- и послеоперационных осложнений.

Современный этап развития клинической онкологии характеризуется активным внедрением новейших технологий в практику.

Это становится возможным при успешном внедрении новых методик анестезиологии и реанимации, реконструктивно-пластических операций с применением микрохирургической аутотрансплантации органов и тканей, использованием новых имплантатов и эндопротезов (более долговечных, физиологичных, биологически совместимых, созданных в том числе с применением нанотехнологий, природных и идентичных им синтетических материалов для замещения дефектов мягких и костных тканей).

Онкохирургия в последние годы характеризуется большими успехами в разработке подходов к органосохраняющему и функционально щадящему лечению, чему способствует развитие физических методов разрушения опухолей с минимальной травматизацией окружающих тканей (интраоперационная лучевая терапия (ИОЛТ), радиочастотная, лазерная, плазменная, ультразвуковая термоабляция, фотодинамическая терапия), активное внедрение эндоскопических манипуляций, лапароскопических и робот-ассистированных операций.



Лапаро- и тораковмешательства являются перспективными методами радикального хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями ряда локализаций.

В последние годы внедряется в практику метод фотодинамической терапии. К настоящему моменту определены основные показания для ФДТ и ее сочетанного применения.

В связи с высокой частотой больных III–IV стадий важным этапом развития специализированной помощи стало повсеместное внедрение стандарта с применением химиолучевого лечения рака.

Таким образом, проводимые мероприятия по реализации Национальной онкологической программы являются существенным шагом вперед на пути оптимизации работы онкологической службы и повышения качества оказания онкологической помощи населению.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
В.В. Старинского