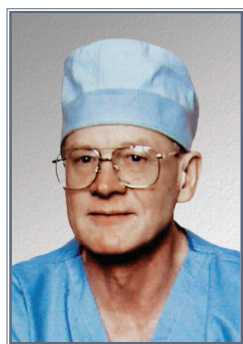


РЕАЛИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИИ

ДИРЕКТОР
МОСКОВСКОГО НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА
ИМЕНИ П. А. ГЕРЦЕНА
Валерий Иванович Чиссов



Заболеемость злокачественными новообразованиями в России, как и во всем мире, имеет тенденцию к неуклонному росту. Однако показатели уровней заболеваемости и смертности от опухолевых заболеваний в ряде зарубежных стран значительно превышают таковые в России.

Тенденции в организации онкологической помощи населению Российской Федерации, сложившиеся в 1980–1990-е годы, послужили поводом для принятия неотложных мер по совершенствованию и разработке новых организационных форм деятельности онкологической службы. Причинами принятия таких мер явились:

- сохраняющиеся в течение длительного времени показатели запущенности, обусловленные резким снижением профилактической работы, сокращением скрининговых программ, нечетким определением маршрутов пациентов от обращения к врачу до установления диагноза;
- сокращение, а в некоторых территориях полная приостановка функционирования районных онкологических кабинетов, централизованных цитологических лабораторий, смотровых кабинетов;
- слабое развитие материально-технической базы онкоучреждений, недостаточная коечная мощность онкодиспансеров (ОД), сдерживающая открытие профильных отделений, затруднение внедрения

новых лечебно-диагностических технологий (только 39% ОД имеют 300 коек и более);

- неадекватная подготовка кадров разных специальностей.

В числе неотложных мер явились:

- разработка национальной онкологической программы «Меры по совершенствованию оказания медицинской помощи онкологическим больным», рассчитанной до 2015 года;
- определение порядка и этапов оказания медицинской помощи онкобольным (приказ Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2009 года №944н);
- организация мониторинга реализации мероприятий программы, направленных на совершенствование онкологической помощи населению (приказ Минздравсоцразвития России от 18 января 2010 года №16);
- разработка стандартов диагностики и лечения злокачественных новообразований, которые находятся в настоящее время на согласовании и утверждении в Минздравсоцразвития России.

Как видно, за очень ограниченный период времени Минздравсоцразвития России подготовлен и принят ряд важных нормативных документов для здравоохранения в целом и онкологии в частности. Такого внимания Президента РФ, Правительства РФ и Минздравсоцразвития России к проблемам онкологии не было за последние более чем 30 лет. Врачи сетовали, что нет таких документов, но они появились, и теперь только от нас – руководителей служб здравоохранения и врачей всех специальностей – зависит их реализация.

В качестве основных целей программы определены:

- снижение смертности населения от злокачественных новообразований;
- увеличение показателей раннего выявления, оптимизация и стандартизация всей системы оказания медико-социальной помощи онкологическим больным;

– увеличение показателей выживаемости и улучшение качества жизни больных.

Ключевым, определяющим звеном настоящей программы в отличие от существовавших является ее профилактическая направленность: необходимо добиться, чтобы вся амбулаторно-поликлиническая сеть по-настоящему сконцентрировала свою работу на профилактическом направлении, на широком, разумном разворачивании скрининговых программ, на своевременном выявлении онкологических заболеваний. Для этого должна быть кардинально повышена ответственность департаментов субъектов, главных специалистов, врачей и средних медработников всех профилей за каждый случай запущенности онкобольного. Необходимо четко понять, что не столько от онколога, сколько от всего медицинского врачебно-сестринского сообщества зависят проблемы онкологии.

Процесс выявления онкологических заболеваний, учитывая их многообразие, должен носить комплексный характер, должны быть использованы все возможности лечебно-профилактической сети.

В качестве положительного примера можно привести данные по Москве. При проведении скрининговых исследований удалось обнаружить следующее:

- маммографическое обследование: из осмотренных 912 570 женщин в возрасте 40–60 лет у 2491 (0,3%) выявлен рак молочной железы (из них в I–II стадиях – 2218, то есть 89,0%);
- цитологическое обследование 2 209 011 женщин в возрасте 35–65 лет помогло найти рак шейки матки у 839 пациентов (0,04%), из них в I–II стадиях – 91,5%;
- комплексное обследование предстательной железы у 1 102 262 пациентов в возрасте старше 50 лет выявило рак предстательной железы у 9673 (то есть 0,9%) больных.

Вызывает тревогу, что уже на протяжении ряда лет около 4% больных, которым впервые поставлен диагноз злокачественного новообразования, отказываются от лечения, считая, что рак неизлечим: по России это составляет около 17 тыс. человек ежегодно, из них 39,4% с ранними стадиями. В то же время необоснованные противопоказания к лечению отмечены еще почти у 9% от выявленных больных, среди которых 30,5% с I–II стадиями заболевания. Это еще десятки тысяч спасенных жизней.

Хотелось бы обратить внимание, что численность врачей-специалистов первичного звена значительна, и именно на них лежит бремя выявления онкологических заболеваний на I и II стадиях заболеваний. Тем не менее выявление на ранних стадиях заболевания остается невысоким, что говорит о недостаточной онконастороженности врачей первичного звена. Врачи-онкологи, несмотря на их недостаточную укомплектованность в регионах, должны справиться с поставленной задачей, так как целая армия врачей терапевтов, стоматологов, дерматовенерологов, хирургов, урологов, гинекологов, оториноларингологов, окулистов, неврологов должна обеспечить значимую помощь врачам-онкологам, не позволяя им распылять свой ресурс.

Первичные онкологические кабинеты (ПОК) – первичное звено в системе онкологической помощи. Они создаются на базе городских и центральных районных поликлиник, в том числе и детских. Возглавляет ПОК квалифицированный врач-онколог или врач – детский онколог, имеющий соответствующий сертификат. В методическом отношении он подчиняется главному врачу областного (краевого, окружного, республиканского) онкологического диспансера, а в административном – главному врачу своего лечебного учреждения. Работу ПОК строят в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2009 года №944н.

Основными задачами, стоящими перед ПОК, являются:

- учет больных злокачественными новообразованиями;
- оказание консультативной и диагностической помощи путем направления в онкологический диспансер;
- диспансерное наблюдение;
- консультации и патронаж на дому;
- контроль за своевременной госпитализацией;
- анализ и разбор диагностических ошибок;
- методическая помощь врачам общей сети, санитарно-просветительная работа среди населения.

Первичная диагностика онкозаболеваний первого уровня включает себя:

- визуальный осмотр;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- цервикоскопию; мазки; цитологическое исследование;
- маммографию;
- рентгенологическое исследование (флюорография, компьютерная томография и др.);
- эндоскопические исследования (ректороманоскопия, гастроскопия);
- УЗИ;
- маркеры (PSA, CA-125 и др.).

В итоге обследования – выявление злокачественного новообразования (ЗНО) и формирование групп риска развития онкозаболевания.

Второй уровень диагностики включает в себя первичные онкологические кабинеты учреждений здравоохранения, которые осуществляют:

- направление пациентов в региональные онкодиспансеры;
- диспансерное наблюдение;
- лекарственное лечение по рекомендациям онкоучреждений;
- мониторинг эффективности лечения;
- анализ заболеваемости.

В третий уровень диагностики входит:

- дообследование;
- при подтверждении диагноза – проведение противоопухолевого лечения на основании решения

консилиума, состоящего из онкохирурга, радиолога и химиотерапевта;

– при отсутствии в онкодиспансере соответствующих отделений больного направляют в окружной онкодиспансер или в соответствующее лицензированное учреждение (нейроонкология, онкогематология и др.).

Четвертый уровень:

– дообследование (при необходимости – позитронно-эмиссионная томография);

– лечение больных при невозможности его проведения в региональном онкодиспансере (радионуклидная терапия).

Пятый уровень:

– оказание высокотехнологичной медицинской помощи;

– организационно-методическое сопровождение;

– разработка и внедрение новых методов диагностики и лечения.

На шестом уровне Министерство здравоохранения и социального развития РФ осуществляет руководство и контроль за организацией работы всех уровней.

Развитие онкологической службы Российской Федерации происходит по трем основным направлениям:

- системный подход в организации медицинской помощи;
- совершенствование подготовки медицинских кадров (качественно новые профессиональные стандарты);
- использование научного потенциала в диагностике и лечении злокачественных новообразований.

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

Также разработаны унифицированные электронные версии 216 стандартов оказания медицинской помощи онкологическим больным, включающих 34 нозологии.

Стандарты находятся на рассмотрении в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ.

Дополнительно подготовлены для загрузки в электронную базу Минздрава России 18 стандартов оказания медицинской помощи онкологическим больным по 8 нозологиям.

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

На сегодняшний момент одной из важных структурных составляющих в профилактических обследованиях являются смотровые кабинеты поликлиник.

Смотровой кабинет организуется в установленном порядке в амбулаторно-поликлиническом учреждении как самостоятельное подразделение или структурное подразделение данного учреждения и работает в режиме учреждения.

Кабинет осуществляет:

- доврачебный опрос пациентов;
- проведение профилактического осмотра пациентов, обратившихся впервые в течение года

в амбулаторно-поликлиническое учреждение на предмет раннего выявления хронических, предопухолевых и опухолевых заболеваний видимых локализаций.

Профилактический осмотр женщин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию молочных желез, осмотр и пальпацию области щитовидной железы, осмотр и пальпацию живота, периферических лимфоузлов, осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища, бимануальное обследование матки и придатков, пальцевое обследование прямой кишки женщинам старше 40 лет и при наличии жалоб измерение артериального давления.

Профилактический осмотр мужчин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию области наружных половых органов, области грудных желез, щитовидной железы, живота, периферических лимфоузлов, пальцевое обследование прямой кишки и области предстательной железы, измерение артериального давления.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

В ДИАГНОСТИКЕ

В клинической онкологии на современном этапе в качестве приоритетных направлений следует выделить:

- 1) расширение объемов операций;
- 2) разработку новых методик анестезиологии и реанимации;
- 3) внедрение микрохирургической техники;
- 4) внедрение новых имплантатов и эндопротезов;
- 5) расширение показаний к операбельности и повышение эффективности лечения больных с местнораспространенным процессом;
- 6) развитие методов лучевой диагностики, в том числе компьютерной томографии; протонно-эмиссионной томографии, создание ПЭТ-центров; ядерного магнитного резонанса (ЯМР), УЗИ для точного стадирования опухолевого процесса;
- 7) разработку методов и аппаратуры для флуоресцентной диагностики и новых фотосенсибилизаторов для прецизионной детекции опухолей;
- 8) применение микроэндоскопии и эндоскопической робототехники;
- 9) молекулярно-генетические исследования для выявления факторов риска, прогноза возникновения и течения ЗНО, индивидуализации лечения и последующего его мониторинга, диагностику вирусных инфекций как предикторов риска возникновения рака;
- 10) определение сторожевых лимфоузлов;
- 11) разработку подходов к органосохраняющему и функционально щадящему лечению, которое включает:
 - применение физических методов разрушения опухолей с минимальной травматизацией окружающих тканей;

- активное внедрение эндоскопических методик;
- повсеместное внедрение стандарта химиолучевого лечения рака III–IV стадий.

Современное состояние клинической онкологии позволяет утверждать, что в настоящее время существуют реальные возможности добиться стойкого излечения или продолжительной ремиссии у большинства больных злокачественными опухолями при условии их своевременного выявления и адекватного лечения. Данный тезис подтверждается ежегодно увеличивающимся числом больных I–II стадий.

Между тем число больных распространенными формами заболевания III–IV стадии остается большим. Особенно тревожно, что это касается опухолей визуальных локализаций. Во многом данный факт объясняется значительным количеством врачебных ошибок, допускаемых на различных этапах выявления, диагностики и лечения онкологических больных.

Степень влияния этих ошибок на конечный результат лечения различна. Если деонтологические ошибки в конечном итоге могут не сказаться на непосредственных и отдаленных результатах лечения, то все остальные типы врачебных ошибок неизбежно приводят к ухудшению конечного результата лечения. Причем организационные ошибки могут отразиться на судьбе и даже жизни сотен и тысяч больных.

Более одного года прошло с момента издания приказа Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2009 года №944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях».

Между тем недостаточное знание врачами общей практики утвержденного порядка существенно затягивает процесс обследования и попадания пациента к врачу-специалисту. Так около 75% больных раком желудка, легкого, прямой кишки, шейки матки в течение двух лет, предшествующих установлению диагноза, посещают поликлинику или лечатся в неонкологических стационарах от 4 до 15 раз. По самым скромным подсчетам, у 43% больных по вине врачей диагноз рака был установлен через 3–6 месяцев после первого обращения к доктору, у 28% потеря времени составила 6–9 месяцев, у остальных 32% – более года.

Оказание онкологической помощи в непрофильных лечебных учреждениях, включая платные клиники, негативно сказывается на непосредственных и отдаленных результатах лечения. Показатели резектабельности в подобных ЛПУ в 1,5–2 раза ниже по сравнению с аналогичным показателем крупных онкологических клиник, а 5-летняя выживаемость хуже на 35–50%. В качестве примеров могут быть представлены результаты 5-летней выживаемости больных, пролеченных в онкологических учреждениях и стационарах общелечебной сети на примере рака молочной железы и рака ободочной кишки.

Ежегодно увеличивающийся объем выполняемых диагностических исследований больным злокачественными заболеваниями, а также необходимость проводить анализ динамики развития заболевания за несколько лет требуют организации центров хранения и обработки медицинской информации, привлечения телекоммуникационных систем.