

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИИ В РОССИИ

ДИРЕКТОР ФГБУ
«РОССИЙСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР»
ИМЕНИ Н.Н. БЛОХИНА РАМН,
ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ
СПЕЦИАЛИСТ-ОНКОЛОГ
МИНЗДРАВА РОССИИ
**Михаил Иванович
Давыдов**



Онкологические заболевания – одна из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения.

Так, в 2012 году в Российской Федерации было впервые выявлено 480 тыс. онкологических больных. Смертность от онкологических заболеваний по-прежнему занимает второе место после сердечно-сосудистых – 15% (289 тыс. больных умерло), при этом удельный вес этого показателя возрос – в 2009 году он составлял 13,7%.

Более 40% впервые регистрируемых в России онкологических больных выявляются в III–IV стадии заболевания, что обуславливает высокие показатели однодневной летальности (26,1%, то есть каждый четвертый пациент умирает в течение первых 12 месяцев); смертности; высокий процент инвалидизации больных (22% от общего числа инвалидов). Ежегодно в России более 185 тыс. больных впервые признают инвалидами от онкологического заболевания. За 10-летний период прирост заболеваемости составил 18%.

На конец 2012 года на учете в онкологических учреждениях России состояло около 3 млн больных, то есть 2,0% населения России.

Показатель активной выявляемости злокачественных новообразований остается низким, несмотря на некоторую положительную динамику. В 2009 году показатель активного выявления составлял 12,9%, в 2012 году – 15,6%, что свидетельствует о недостаточно

эффективной профилактической работе, низкой онкологической настороженности врачей общей практики.

Сегодня проблема борьбы со злокачественными новообразованиями перестала быть сугубо медицинской и требует системного государственного решения как наиболее острая социальная проблема, охватывающая все слои населения.

Отдельного внимания требует проблема детской онкологии, которая составляет важную часть всей онкологической специальности.

Таким образом, нашей основной и первостепенной задачей является создание в ближайшем будущем эффективной противораковой службы в России. На сегодняшний день такой службы у нас в стране нет.

Это мнение я готов отстаивать в любых кабинетах перед чиновниками любого ранга.

Да, у нас достаточно специалистов, особенно в городах-миллионниках. Известный факт – наши хирурги в онкологии ни в чем не уступают западным коллегам, а иногда и превосходят их. В стране есть отдельные вполне неплохие медицинские учреждения, где рак лечат с достаточным успехом – в меру своих знаний и понимания процесса. Но когда я говорю, что в России нет онкологической службы, то имею в виду отсутствие четко выстроенной системы онкологической помощи россиянам, в рамках которой была бы жесткая субординация между организациями и понятное разделение полномочий между учреждениями федеральными и региональными. У нас сегодня нет преемственности в оказании онкологической помощи, а региональные структуры подчас исходят из своих местечковых интересов, игнорируя рекомендации ведущих учреждений страны.

Моя основная задача – создание системной вертикали управления специализированной помощью, с едиными принципами и стандартами, с равно эффективными и хорошо оснащенными медицинскими учреждениями, независимо от того, в столице они находятся или, например, в Кировской области. Недопустимо, когда некоторые регионы вообще разгромили

свои диспансеры и соединили их с многопрофильными стационарами. Это стратегическая ошибка: больница – это больница, а диспансер обязан выполнять всю противоопухолевую программу, начиная со скрининга и заканчивая сопровождением пациента во время всего лечебного процесса. Надо ли напоминать, что онкология – комплексная дисциплина?

Построение вертикали – насущнейшая проблема! Посмотрите, как она выстроена в передовых странах. В США – Национальный институт рака и все остальные институты под ним. В Японии – Национальный противораковый центр и 80 онкологических госпиталей под ним. Головные институты, финансирующиеся государством, являются основным организационным механизмом, обеспечивающим весь процесс оказания специализированной помощи.

Я понимаю, что создать в современных условиях жесткую систему будет сложно, но над этим необходимо работать. Например, сегодня совершенно неясна роль наших крупных федеральных онкологических центров. Во времена СССР они научно и методически курировали регионы, готовили кадры, участвовали в образовательном процессе. Сейчас же научные центры и институты практически ничем не отличаются от обычных областных больниц, которые получают такие же квоты и выполняют (правда, часто лишь на словах) аналогичные операции.

Сохранить жизни и здоровье людей в нашей стране поможет внедрение скрининговых программ. В мире достаточно моделей успешного скрининга, которые можно заимствовать и внедрять.

Но в Российской Федерации многое мешает их внедрению: и наш менталитет, и наша неорганизованность, и низкое финансирование, и плохая кадровая подготовка на местах. Есть примеры, когда больного по полгода лечат в многопрофильных больницах с диагнозами «гастрит» или, скажем, «геморрой», а когда случайно посмотрят на него повнимательнее, оказывается, у человека уже, допустим, тотальный рак желудка. Львиная доля всех наших проблем в онкологии лежит именно в плоскости плохой организации комплексного лечения и сопровождения пациента с самого первого дня.

У нас совершенно другая степень запущенности всех онкологических заболеваний, да и время от постановки диагноза до начала адекватного лечения, например при раке желудка, тоже сильно разнится с лучшими мировыми показателями.

Технологий раннего выявления опухолей, конечно, достаточно, и не только западных, но и отечественных. Задача медиков – правильно организовать потоки для скрининговых программ. И разъяснительная работа среди различных контингентов населения – тоже наша задача. Другое дело, что рядом с онкологами должны работать и врачи других специальностей – тут без государственной поддержки не обойтись.

В некоторых развитых странах онкология вышла на первое место среди заболеваний (в Японии, например). Это связано с большой продолжительностью жизни:

у японцев она составляет 87 лет. К тому же у них самая высокая заболеваемость раком желудка. Правда, японцы как раз «заточены» на его раннее выявление. Некоторое время назад к нам приезжал читать лекции видный японский хирург Кейши Маруяма. Выяснилось, что 85% всех его операций по поводу рака желудка выполняются на самых ранних стадиях. А у нас практически всё наоборот. Когда большинство пациентов поступает на лечение на первой стадии заболевания, лицо онкологии меняется: эффективность возрастает, а затраты многократно сокращаются.

Мне приходится слышать, что не последнюю роль в ранней диагностике рака играет низкая онконастороженность врачей первичного звена. Но, откровенно говоря, я не понимаю, что такое «первичное звено»! В добрые советские времена любой человек мог прийти в поликлинику и получить специализированную консультацию кардиолога, уролога, онколога. Сегодня вы имеете дело с неким гипотетическим врачом общей практики, который должен разобраться один во всем за те несколько минут, что ему отведены нормативами на прием конкретного пациента. К тому же ему необходимо успеть написать тома отчетов для страховых компаний. И поскольку времени у него нет, он вообще ни в чем не разбирается – незачем.

Сегодня в российской глубинке в не закрытых еще районных больницах редко встретишь хирурга или анестезиолога. Я недавно был в одной области: там на три района одна больничка и – без хирурга. А онкологов в стране еще меньше, и тех, что есть, надо учить и учить. По официальным данным, дефицит кадров онкологов составляет 33,3%, радиологов и радиотерапевтов – 36,4%, анестезиологов-реаниматологов – 44,6%, патоморфологов – 63,8%. Повышение уровня подготовки врачей по онкологии должно решаться комплексно, и в первую очередь увеличением часов преподавания на кафедрах онкологии.

На последнем, VIII Всероссийском съезде онкологов многие симпозиумы были посвящены передовым технологиям, например месту эндоскопических методов в онкологической хирургии.

Эндоскопические операции, в общем, стандартны, но требуют специальных навыков в исполнении. Но надо понимать, что эндоскопическое вмешательство – это хирургия неосложненных, маленьких опухолей, а мы обычно встречаемся с другими случаями, когда людям часто требуется так называемая высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) и использование инновационных лекарственных препаратов.

Формально всё это у нас доступно: и квоты по ВМП, и любые лекарства в стране есть. Но различия в финансировании и в уровне медицинской помощи в разных регионах, в ее качестве – главная беда, для победы над которой я и считаю необходимым построение жесткой вертикали управления онкологической службой. Сегодня я, главный онколог страны, не могу сказать коллеге в регионе: «Ты неправильно лечишь пациента», ибо он мне ответит, что лечит так, как нравится его местному, региональному руководству.



Мы сегодня завалены пациентами с рецидивами, недолеченными в непрофильных учреждениях опухолями, вынуждены выполнять повторные операции, что гораздо тяжелее и для больных и для хирургов.

Ежегодно в России регистрируют 0,5 млн пациентов с онкологической патологией, из них 65% впервые выявляют на III–IV стадиях, что требует самого дорогого – комплексного – лечения.

А что касается квот на ВМП, я с самого первого дня их появления выступал против. Что такое квота? Некий денежный сертификат на оплату неких медицинских услуг. А что такое «высокотехнологичная помощь»? Этот термин совершенно порочен. Абсолютно всё, что мы делаем в онкологии, и есть специализированная помощь. А выделение ее в категорию «высокотехнологичной» довольно условно: многие сложнейшие операции в перечень почему-то не вошли. Кроме того, сумма квоты не оплачивает всех затрат: она равна сегодня 109 тыс. рублей, а мы подчас расходует на пациента 1,5 млн. И вынуждены постоянно мудрить и выкручиваться.

Я знаю, что, согласно решению Минздрава России, с 1 января будущего года ряд видов помощи, имеющих статус высокотехнологичной, переходит в ранг специализированной (в том числе и онкология). Но не так важно, как назвать медицинскую помощь – высокотехнологичной или специализированной. Важно, чтобы эта помощь была качественной, эффективной и хорошо профинансированной.

Иногда кажется, что мы все играем в какую-то нелепую игру, сути которой многие не понимают. Сегодня все каналы финансирования медицинского учреждения: деньги ОМС, квоты, бюджет – разные источники, но из одного кармана. Их искусственное разделение – глупейший подход! И на каждом «пересечении» деньги теряются, хотя каждый «канал» отдельно контролируется. Мы, например, по системе ОМС работаем с 22 страховыми компаниями – это 44 проверки в месяц. Грузовиками возим макулатуру – отчеты. А зачем они нас проверяют? Стремятся лучше организовать процесс лечения? Нет, надеются снять деньги: малейшая неточность в оформлении документов – результат-то лечения никого не интересует – и штраф. В итоге получается, что вы лечили больного за собственные средства.

Отменить квоты и всё оплачивать через фонд ОМС – тоже непонятная модель. Пока не придумано ничего умнее сметного финансирования, когда учреждение в начале года получало деньги из расчета его конечной мощности и объемов выполняемых работ. Имея смету, руководитель мог планировать какие-то мероприятия: закупку оборудования, лекарственных средств. Сейчас, откровенно говоря, всё слишком запутанно. Помоему, пора заканчивать болтовню про одноканальное, многоканальное финансирование – оно просто должно быть адекватным. Всё очень просто. А сегодня наш Центр финансируется на треть от его потребностей.

Кроме финансовых, есть и другие серьезные проблемы. Например, проблемы паллиативной помощи нашим больным. Необходимые для обезболивания

наркотики недороги, но мы законодательно катастрофически усложнили ситуацию, опять же не продумав ничего стратегически. Подчас медучреждения просто не хотят брать наркотики: условия хранения так ужесточены, что это настоящая головная боль для руководства. За тобой следит немыслимое количество контролирующих организаций, и многие ограничиваются закупкой обезболивающих препаратов среднего класса, что совершенно не решает проблемы. В итоге, если сравнить Россию с той же Швейцарией, мы применяем в онкологии наркотические средства в 40 раз реже, чем они. Конечно, и знаний в области лекарственной терапии паллиативных больных нашим онкологом явно не хватает.

Почему-то у нас не получается сразу всё сделать правильно – сначала надо заварить что-то бестолковое, а потом пытаться исправить, еще более усугубляя ситуацию.

Несмотря на все трудности, мы твердо идем вперед. Уже последние лет 15 в клинику активно внедряются научные достижения. В одной только онкогематологии удалось добиться потрясающих результатов: раньше дети и подростки за неделю-другую стогали от лимфомы, а теперь не только выздоравливают, но и потом женятся, рожают детей. Та же таргетная химиотерапия – результат открытий в фундаментальной науке.

Правда, 90% всей информации по фундаментальным исследованиям сегодня идет из-за рубежа, поскольку российская фундаментальная наука до сих пор хромает на обе ноги. Не по своей вине – последние лет 25 ее финансирование было хаотичным, многие ученые уехали работать в западные лаборатории, где сейчас занимают довольно серьезные позиции. Они, конечно, нам помогают, делятся своими наработками, привозят нашим ученым препараты для клинических исследований. Словом, наша наука как-то жива, но говорить о ее развитии пока не приходится.

Достаточно много разночтений и внутри онкологических структур. Спорные вопросы можно годами обсуждать – при отсутствии субординационных отношений. Нам нужно наладить контакт между учреждениями, обмен опытом, чтобы качество лечения в регионах было таким же высоким, как в лучших учреждениях Москвы и Петербурга.

Онкология – одна из самых сложных и наукоёмких дисциплин.

Во-первых, это проблема мультидисциплинарная, и потому при лечении опухолей задействовано много разных специалистов. Во-вторых, половина проблем вообще малоизвестна и находится на этапе изучения. Поэтому когда кто-то решает поставить задачу снижения смертности от онкологических заболеваний и уже через полгода рапортует о положительных результатах, это вызывает только смех. При этом всем надо помнить: только 40% наших больных имеют морфологически подтвержденный диагноз.

И наша статистика хромает на обе ноги, и патоморфологов в стране почти не осталось – эту службу тоже придется воссоздавать практически с нуля.



Поэтому не устаю повторять, что самое конструктивное при реформировании онкологической службы – это все-таки создание жесткой вертикали управления.

Мы, онкологи, никогда не были пессимистами. Профессия не позволяет.

Мы ясно представляем, где находимся, и готовы к решению сложных задач. Необходима срочная ревизия существующих региональных центров, кли-

ник, раковых регистров, инфраструктуры всех профильных учреждений. Надо определить место федеральных институтов, призванных разрабатывать передовые технологии лечения. Нужно срочно пересмотреть номенклатуру специальностей в онкологии. Словом, надо активно работать, и первостепенную роль в этом процессе должна сыграть Ассоциация онкологов России.