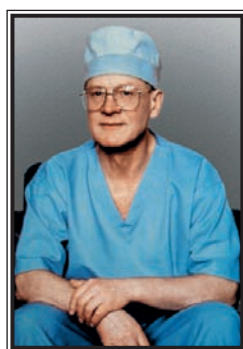


СТРАТЕГИЯ СОВРЕМЕННОЙ ОНКОСЛУЖБЫ РОССИИ

ДИРЕКТОР
МОСКОВСКОГО НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА
ИМ. П. А. ГЕРЦЕНА
МЗСР РФ
Валерий Иванович
Чиссов



В настоящее время рак является одной из самых распространенных причин заболеваемости и смертности. Ежегодно во всем мире регистрируется более 10 млн. новых случаев заболевания раком и более 6 млн. случаев смерти. Сейчас в мире насчитывается более 20 млн. человек, которым поставлен диагноз «рак». Рак является причиной около 20% всех случаев смерти в промышленно развитых странах и 10% в развивающихся странах.

Не является исключением и Российская Федерация, где заболеваемость злокачественными новообразованиями ежегодно возрастает. В России состоит на учете более 2 млн. 300 тыс. пациентов с установленным диагнозом злокачественного новообразования. В среднем регистрируется почти 470 тыс. больных в год. У 60% из впервые выявленных больных наблюдаются запущенные формы злокачественных опухолей.

Экономический ущерб от злокачественных новообразований составляет более 90 млрд. рублей в год, а при сохранении нынешних тенденций к увеличению заболеваемости к 2010 году он может возрасти до 200 млрд. рублей.

Злокачественные новообразования являются одной из основных причин инвалидизации, утраты трудоспособности и смерти населения, что выводит онкологию за рамки сугубо медицинской проблемы. Это социальная проблема общегосударственного масштаба. Около 150 тыс. человек ежегодно признаются ин-

валидами по онкологическому заболеванию, то есть каждый третий из вновь регистрируемых больных.

В настоящее время достаточно хорошо известны причины возникновения рака, что дает возможность предотвратить не менее одной трети всех случаев заболевания. Вместе с тем эти знания не всегда применяются на практике. Работа по профилактике рака и борьбе с ним сдерживается в результате низкого уровня приоритетности, чрезмерным акцентом на лечение и значительными расходами, связанными с его проведением.

Основная работа по раннему выявлению онкологических заболеваний ложится на общую лечебную сеть. Снижение запущенности, в свою очередь, предполагает соответствующее оснащение, подготовленность кадров, а также разнообразие форм организации. Результаты деятельности медицинских учреждений общегосударственного профиля по активному выявлению злокачественных новообразований не вполне соответствуют диагностическим возможностям современной медицины.

В профилактической работе важны не только организационные мероприятия и современные технологии, но и финансовая поддержка. В частности, необходимо более расширенное участие федерального и территориального фондов обязательного медицинского страхования в выделении средств на проведение специализированных онкоосмотров населения (в том числе скрининга). В мировой практике на профилактику выделяется 30% финансовых средств, на лечение – 50%, на реабилитацию – 20%. В то же время в России из средств ОМС на профилактику расходуется 6%, на лечение – 94%, на реабилитацию – 0. В настоящее время обоснованно ставится вопрос о необходимости перехода от медицинского страхования к страхованию здоровья.

Общезвестна значимость раннего выявления онкологических заболеваний, поскольку именно оно определяет продолжительность жизни больного, успех или неуспех проводимого лечения. Скрининг сегодня является основным путем диагностики доклинического рака.

Свертывание программ по профилактике и раннему выявлению привело к росту запущенности и односторонней летальности, падению 5-летней выживаемости, что особенно показательно при раке шейки матки и молочной железы.

Федеральной целевой программой по онкологии предусмотрен раздел «Проведение профилактических обследований женского населения Российской Федерации» с целенаправленным финансированием на 2002–2006 годы 1 млрд. 45 млн. рублей, в том числе из Федерального бюджета – 268 млн. рублей. Однако эти деньги до 2005 года не были выделены.

Учитывая недостаточно пристальное внимание, уделяемое ранней диагностике злокачественных новообразований и развитию государственных скрининговых программ, доля больных с распространенными формами заболевания остается недопустимо высокой. Именно этот контингент больных, а это более 270 тыс. человек ежегодно, в первую очередь представляет группу повышенного риска в плане развития рецидива заболевания, который является основной причиной малоутешительных отдаленных результатов лечения.

Вместе с тем «рецидив болезни» при злокачественных новообразованиях представляет собой чрезвычайно широкое понятие, совершенно недостаточное для адекватной формулировки правильного диагноза. Только точный, морфологически верифицированный, вариант рецидива болезни (продолженный рост, возобновленный рост при мультицентрических зачатках, локорегионарный рецидив, отдаленные метастазы, первично-множественные опухоли) позволяет выработать оптимальный план лечения больного и добиться успешных результатов.

Причины развития рецидива болезни чрезвычайно разнообразны. Среди объективных причин в первую очередь следует отметить индивидуальные молекулярно-биологические факторы, свойственные каждой конкретной опухоли (генетические, апоптоз, неоангиогенез, адгезия и метастазирование).

К субъективным причинам относятся слабая базовая подготовка студентов по онкологии в медицинских вузах. Многие медицинские институты придерживаются межфакультетской программы по онкологии (утвержденной в 1996 году), которая предусматривает обучение студентов V и VI курсов в объеме 68 часов, что крайне недостаточно и не позволяет дать глубокие знания по современным методам диагностики и лечения опухолевых заболеваний. Недопустимым представляется утвержденное учебным планом систематизированное изучение наиболее распространенных злокачественных новообразований на IV и V курсах на кафедрах хирургии, терапии, акушерства и гинекологии, на клинических базах которых практически отсутствуют онкологические больные, необходимые для эффективного проведения учебного процесса.

Основными стратегическими направлениями развития здравоохранения применительно к онкологии можно выделить:

- совершенствование профессиональной подготовки и повышение квалификации кадров;

- совершенствование системы лекарственного обеспечения;
- обеспечение государственных гарантий по предоставлению бесплатной помощи в тесной увязке с имеющимися финансовыми ресурсами;
- совершенствование системы управления и финансирования;
- повышение качества медицинской помощи и усиление мер по защите прав пациента;
- широкое внедрение стандартов обследования и лечения онкобольных на всей территории России;
- ускорение работы по усовершенствованию лабораторно-технической базы онкологических учреждений лечебной и диагностической аппаратурой;
- совершенствование системы паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований;
- активное участие учреждений общего профиля в территориальных программах противораковой борьбы;
- развитие телемедицины, которая будет способствовать устранению диспропорции в уровнях оказания онкологической помощи в лечебно-профилактических научных центрах России;
- увеличение объема стационарозамещающих услуг;
- создание условий для повышения интенсивности лечебно-диагностического процесса.

С января 2005 года вступил в силу Закон о разграничении территориальных полномочий. В системе здравоохранения он выражается в выделении функций на различных административно-территориальных условиях:

- муниципальный уровень – первичная медицинская помощь с определением крупных центральных больниц, где может быть оказана специализированная помощь;
- территориальный уровень – с оказанием специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи;
- федеральный уровень – с оказанием только высокотехнологичной помощи.

Предоставление высокотехнологичной помощи в федеральных учреждениях будет осуществляться в соответствии с выделяемыми квотами для территорий.

Одним из направлений реформы здравоохранения, определенной «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации», является внедрение стационарозамещающих форм и ресурсосберегающих технологий в оказании медицинской помощи населению с рациональным использованием имеющегося коечного фонда. Традиционно распространенные в общей медицинской сети дневные стационары и стационары одного дня в силу сложившихся обстоятельств до 1998 года не имели распространения в онкологической службе. Организация дневных стационаров при онкологических диспансерах, где проводятся профилактические, диагностические, лечебные, реабилитационные мероприятия, не требующие круглосуточного медицинского наблю-



дения, дают возможность их лечения без нарушения этапов комбинированной и комплексной терапии, позволяют разгрузить койки стационара и уменьшить стоимость лечения больного, обеспечить своевременное выявление рецидива и метастазов опухоли и возможных осложнений после лечения, предоставить медицинские услуги, направленные на реабилитацию и устранение осложнений, связанных с лечением.

Необходимость обеспечения этого контингента больных полноценной медицинской помощью требует развития эффективных механизмов распределения имеющихся ресурсов. Одной из форм решения этой задачи является создание клиничко-экономических матриц плана ведения больного, представляющих собой формализованное описание минимального объема медицинской помощи, оказание которой должно быть обеспечено пациенту с конкретным заболеванием или в конкретной клинической ситуации в рамках пакета социальной помощи. Матрица включает основные характеристики пациента (модель пациента): наименование нозологической формы или синдрома, соответствующий код по МКБ-10, фазы заболевания и стадии осложнения, указываются условия оказания помощи (амбулаторные или стационарные), функциональное назначение медицинской помощи (диагностика, профилактика, лечение, реабилитация).

При наличии на местах хорошо организованного учета всего контингента онкологических больных

(популяционного и госпитального регистров) можно реально оценить потребность в тех или иных медицинских услугах и медикаментах для оказания необходимой помощи больным на этапе диагностики и лечения.

Концепция государственной системы популяционных раковых регистров предусматривает качественное повышение эффективности мониторинга злокачественных новообразований и результатов анализа данных путем внедрения унифицированных методов сбора, систематизации, хранения, анализа информации на всех этапах регистрации рака.

Территориальный уровень ракового регистра является составной частью системы государственного ракового регистра России. На июнь 2005 года в автоматическом режиме работает в 75 регионах из 80, из них собирают информацию в полном объеме 62 региона.

Среди актуальных проблем функционирования онкологической службы на современном этапе следует указать на необходимость более активного участия учреждений общего профиля в территориальных программах противораковой борьбы, совершенствование системы паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований, развитие телемедицины, которая будет способствовать устранению диспропорции в уровнях оказания онкологической помощи в практических и научных учреждениях России.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
ЗАМЕСТИТЕЛЯ ДИРЕКТОРА МОСКОВСКОГО
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА МЗСР РФ
В.В. Старинского