

РЕЗОЛЮЦИЯ

**научно-практической конференции «Совершенствование
медицинской помощи при онкологических заболеваниях, включая
актуальные проблемы детской гематологии и онкологии»
(VII съезд онкологов России)
Москва, 29-30 октября 2009 г.**

Современный этап развития отечественного здравоохранения характеризуется повышенным вниманием к клинической онкологии, что обусловлено устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости.

Онкологическая служба России жила, как и вся страна, испытывая экономические, организационные трудности, которые перемежались с определенными достижениями. При этом удалось сохранить структуру службы и даже, в определенной степени, улучшить материально-техническую базу, подготовку кадров, организационный компонент.

В Российской Федерации ежегодно выявляют около полумиллиона больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО). Смертность населения от онкологических заболеваний занимает второе место (после сердечно-сосудистых) (13.7% населения РФ). Стандартизованный показатель заболеваемости в 2008 г. составил 1835 на 100 тыс. населения. На учете в онкологических учреждениях состоит более 2.6 млн. больных. Доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом ЗНО достигла в целом 83% (а при раке трахеи, бронхов, легкого – лишь 58%). По-прежнему в структуре онкологической заболеваемости лидирующие места среди мужского населения занимают рак легкого и рак желудка, женского – рак молочной железы и рак шейки матки. Около 60% впервые выявленных ЗНО диагностируют в III-IV стадиях распространения опухолевого процесса.

Показатель активной выявляемости ЗНО остается низким. В частности, при профосмотрах рак полости рта и глотки выявляют в 7% (запущенность – 69%), рак прямой кишки – в 8% случаев (запущенность – 54%). Велика

запущенность среди больных с впервые выявленным раком шейки матки – 40%, молочной железы – 37%, щитовидной железы – 24%. А ведь это те локализации, которые должны осматриваться уже в смотровом кабинете, не говоря о стоматологическом, терапевтическом и хирургическом врачебных приемах. Рак предстательной железы занял первое место по приросту показателя заболеваемости среди злокачественных опухолей мужского населения России (131% за десятилетие с 1997 по 2007 гг.). Рак почки по темпам роста заболеваемости уступает только новообразованиям предстательной железы и щитовидной железы (прирост показателя заболеваемости за 10 лет – 44%).

Ежегодно в России более 200 тыс. больных признаются инвалидами от онкологического заболевания. Расходы на лечение больных в III-IV стадиях заболевания и по инвалидности являются одной из затратных статей бюджета и требуют больших материально-технических вложений.

Онкологической службе России в настоящее время уделяется значительное внимание со стороны Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития, администрации и органов управления здравоохранения субъектов Федерации.

Важнейшим событием является принятие федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями» (2007-2011 годы), одной из подпрограмм которой является «Онкология». С 2009 г. начала функционировать Национальная онкологическая программа в рамках Национального проекта «Здоровье», 3 марта 2009 г. принято постановление Правительства Российской Федерации №189 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению», 11 марта 2009 г. издан приказ Минздравсоцразвития России № 105н «О мерах реализации постановления Правительства Российской Федерации».

В результате онкологическая служба России начала получать реальную финансовую поддержку из федерального и региональных бюджетов, позволяющую постепенно модернизировать и расширять оснащенность онкологических учреждений и общей лечебной сети. Значительное финансирование выделяется на подготовку и повышение квалификации медицинских кадров высшего и среднего звена. Все это позволяет активизировать работу по раннему выявлению ЗНО, сформировать новые методологические подходы к их профилактике и повысить доступность и качество специализированной онкологической помощи населению. Продолжается активная работа по организации диспансеризации работающего населения (приказы Минздравсоцразвития России №47 от 17 января 2007 г. и №80н от 20 февраля 2008 г.). Порядок оказания помощи населению предусматривает ее этапность и объемы в соответствии с федеральными стандартами. Расширяются возможности оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным не только в федеральных, но и в территориальных онкологических учреждениях, имеющих лицензию на оказание соответствующего ее вида. Национальным проектом на 2009 г. определены 11 онкологических диспансеров (10 региональных и 1 окружной) для реализации мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи.

В отечественной онкологии достигнут значительный прогресс, что обеспечено новыми достижениями фундаментальных наук и успешными научно-практическими разработками. Поставлена цель снижения смертности и инвалидизации от онкологических заболеваний. Ведущая роль в достижении этой цели принадлежит онкологической службе России, деятельность которой должна быть направлена на снижение заболеваемости населения ЗНО и улучшение результатов лечения и реабилитации пациентов, т.е. организацию противораковой борьбы, базирующейся на современных инновационных технологиях.

Вместе с тем, при организации онкологической помощи населению существуют серьезные проблемы.

Учитывая, что ЗНО – патология, в основном, населения старшей возрастной группы, необходима разработка программ медицинских осмотров пенсионеров. Кроме того, проводимые мероприятия по диспансеризации населения пока не оказали существенного влияния на показатели раннего выявления ЗНО.

Законодательное разграничение полномочий между уровнями власти в соответствии с федеральными законами № 95-ФЗ и № 122-ФЗ от 22.08.2004 г. и приказ Минздравсоцразвития России от 13.12.2005 г. № 633 вывели специализированную онкологическую помощь на территориальный уровень ответственности, в то время как центральные районные больницы, в которых работали районные онкологи, в настоящее время находятся в сфере ответственности муниципальных образований. Это поставило под угрозу исторически сложившуюся эффективную этапную систему оказания онкологической помощи в России.

Единственная возможность улучшения выживаемости онкологических больных – разработка и внедрение скрининговых методов ранней диагностики среди лиц групп повышенного онкологического риска и их дальнейшее дообследование. С этой целью в большинстве высокоразвитых стран функционируют специальные структуры, занимающиеся разработкой, организацией и подведением итогов скрининговых исследований.

В организации активного выявления ЗНО (а именно – рака молочной железы и меланомы) заслуживает внимания ежегодное проведение в Москве, Уфе и некоторых других городах «Дней выявления» этих злокачественных опухолей при активном участии средств массовой информации (телевидения, радио, газет). Это способствует и формированию общественного мнения о необходимости активного обращения широких масс населения за врачебными консультациями.

Во многих регионах России активно работают маммографические центры, созданные на базе онкологических диспансеров, что сокращает маршрут больного до специалиста-онколога, и, главное, избавляет его от неоправданно длительного наблюдения и лечения в непрофильных учреждениях. В то же время, созданные в территориальных поликлиниках маммографические кабинеты, к сожалению, не всегда работают в контакте с онкологами.

Разработанные в последние годы пути активного выявления ЗНО, организации онкологической помощи и современные методы диагностики и лечения ЗНО нашли свое отражение в «Национальном руководстве по онкологии», изданном в 2008 г.

В соответствии с приказом МЗ РФ от 23.12.96 г. № 420 «О создании Государственного ракового регистра», в стране ведется работа по формированию системы автоматизированного учета, регистрации и мониторинга онкологических заболеваний. На начало 2009 г. территориальные регистры в автоматическом режиме функционировали уже в 78 регионах.

Реализация приказа Федеральной службы государственной статистики Министерства экономического развития Российской Федерации от 13.10.2008 г. № 259 о представлении для официального статистического учета персональных данных при условии их обязательного обезличивания разрушает сложившуюся за десятилетия систему динамического наблюдения за онкологическими больными.

За истекший период согласованы требования к квалификации кадров и объемов медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях различного уровня организационно-административного подчинения, в том числе организационные основы деятельности патолого-анатомических подразделений, отделов лучевой терапии и т.д. Разработаны, согласованы и переданы на утверждение в Минздравсоцразвития России стандарты диагностики и лечения больных со ЗНО основных локализаций.

Вместе с тем вызывает тревогу некомплектованность онкологических лечебных учреждений медицинскими кадрами. Обеспеченность врачебными кадрами в целом по России составляет 66% от штатной необходимости. Из них врачами-онкологами, осуществляющими хирургическое лечение, – 86%; специалистами по лучевой терапии – 66%; по лекарственному лечению – 77%. Обеспеченность кадрами врачей анестезиологов-реаниматологов составляет 59%. Следует отметить, что и полноценное лечение, и динамическое наблюдение за пролеченными онкологическими больными также зависит от состояния и возможностей основных методов диагностики: лучевой, эндоскопической и морфологической. Диагностические подразделения онкологической службы обеспечены врачами диагностических специальностей на 59%. Из них врачами УЗ диагностики – на 56%, эндоскопистами – на 76%, рентгенологами – на 55%, врачами специалистами по радиоизотопной диагностике – на 51%, цитологами – на 60%, патоморфологами – на 35%.

Обеспеченность онкологической службы России средним медицинским персоналом составляет 68% от необходимой по штатному расписанию. Операционные отделения обеспечены операционными сестрами на 72%, анестезистками – на 71%. Диагностические отделения укомплектованы на 55%.

В онкологии, как ни в какой другой области, оснащенность аппаратурой и квалификация кадров прямо влияют на судьбу больного. Говоря о лечении больных со ЗНО, особо следует подчеркнуть, что его эффективность в специализированном учреждении выше, чем в больнице общего профиля, не располагающей всеми необходимыми компонентами комбинированного и комплексного лечения. Сравнительный анализ показал, что 5-летняя выживаемость выше при раке пищевода на 35.6%, раке желудка – на 19.2%, ободочной кишки – на 34.6%, прямой кишки – на 37.0%. При этом процент диагнозов онкологических заболеваний с неустановленной стадией в стационарах общей лечебной сети в 2-3 раза выше, чем в специализированных онкологических учреждениях. Поэтому очень важным является соблюдение

принципа единства проведения уточняющей диагностики и лечения на базе специализированных онкологических учреждений.

Закончен первый этап формирования и апробации перечня высокотехнологических методов оказания медицинской помощи онкологическим больным, который необходимо периодически совершенствовать и корректировать. Ряд методов высокотехнологичной медицинской помощи подлежит внедрению в практику работы онкологических диспансеров, а ряд новых должен пополнить перечень.

По-прежнему нерешенным остается вопрос об организации санаторно-курортного лечения пациентов после проведения им высокотехнологичных и часто агрессивных методов лечения, что ухудшает медицинскую и экономическую эффективность лечебных мероприятий, увеличивает социально-экономические потери из-за низкой социальной и трудовой реабилитации заболевших.

Широкое распространение в практической онкологии в последние годы получили компьютерная томография и магниторезонансная томография, что позволило улучшить качество обследования пациентов и уровень диагностики ЗНО.

В последние 4-5 лет благодаря активному внедрению высоких медицинских технологий происходит постепенная замена традиционных эндоскопических диагностических систем на принципиально новые, в которых сочетаются видеоэндоскопия с высоким разрешением, микроэндоскопия с 150-1100 кратным увеличением, узкоспектральная, флуоресцентная и ультразвуковая эндоскопия.

Комбинированный и комплексный методы лечения и сегодня лежат в основе оказания высокотехнологичной помощи онкологическим больным.

В последние 15 лет в практику здравоохранения были последовательно внедрены методы высокотехнологичного протокол-ориентированного лечения большинства ЗНО у детей и подростков, что привело к существенному

улучшению результатов их лечения. Так, сегодня выживает 70-80% больных с острым лимфобластным лейкозом, более 80% больных с различными видами лимфом, 75% детей с опухолью Вильмса, 60-65% детей и подростков с саркомами костей и мягких тканей, 25-60% – с опухолями центральной нервной системы. Однако соответствующие стандарты диагностики и лечения на основании этих протоколов не утверждены. В практику здравоохранения внедрены методы трансплантации костного мозга и стволовых клеток периферической крови (Москва, Санкт-Петербург, Самара, Нижний Новгород, Новосибирск, Екатеринбург и др.).

За последние годы в диагностике и лечении гемобластозов достигнут значительный прогресс. Благодаря внедрению в клиническую практику новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения, в т.ч. ранней диагностики, 5-летняя безрецидивная выживаемость больных острым миелоидным лейкозом увеличилась с 20% до 35%, острым лимфобластным лейкозом взрослых – до 40%, острым промиелоцитарным лейкозом – более чем в 7 раз; медиана выживаемости больных хроническим миелолейкозом возросла с 4.5 до 7 лет, а 5-летняя выживаемость больных лимфопролиферативными заболеваниями – до 75%.

Разработаны и внедрены в клиническую практику новые методики органосохраняющих оперативных вмешательств при ранних формах злокачественных опухолей основных локализаций, а также методики агрессивных расширенно-комбинированных операций с использованием физических методов (радиочастотной абляции, лазерной деструкции, фотодинамической терапии, криотерапии) при местно-распространенных формах рака и рецидивах заболевания. Внедрение методов микрохирургической пластики и реконструктивной хирургии позволило значительно расширить контингент больных, подлежащих хирургическому лечению, открыло дополнительные возможности их реабилитации и улучшения качества жизни (особенно больных с опухолями молочной железы, головы и

шеи, опорно-двигательного аппарата). В торакальную, абдоминальную и урогинекологическую практику внедрены эндоскопические методы хирургического лечения. Современный уровень расширенных и комбинированных оперативных вмешательств в онкологии потребовал совершенствования методологии пред- и послеоперационной интенсивной терапии и анестезиологического пособия.

Лучевая терапия остается одним из эффективных методов лечения онкологических больных. Ее проведение показано более чем половине впервые выявленных пациентов. В составе онкологических учреждений России функционирует более 130 радиологических отделений. Их мощности позволяют проводить лучевое лечение лишь половине нуждающихся в ней.

Обращает на себя внимание неудовлетворительная по современным требованиям техническая оснащенность радиотерапевтических отделений. Для решения этой проблемы сформирована Концепция развития радиационной онкологии в России. В качестве одного из путей технического перевооружения радиотерапевтической службы рассмотрена возможность производства отечественного оборудования. Под эгидой и при финансовой поддержке Минатома по согласованию с Минздравсоцразвития России в качестве начального этапа предложена научно-техническая программа «Создание технологий и аппаратуры для лучевой терапии злокачественных опухолей». Однако каких-либо значимых результатов выполнения этой программы не отмечено.

В России лучевая терапия на современном уровне проводится только в научно-исследовательских и крупных лечебных онкологических центрах, в достаточной мере обеспеченных оборудованием. В этих же учреждениях сконцентрированы высококвалифицированные кадры радиотерапевтов и медицинских физиков, используются высокотехнологичные методики предлучевой топометрической подготовки и лучевого лечения с применением

радиомодификаторов, интраоперационная лучевая терапия, различные варианты брахитерапии.

Следует констатировать, что в разных регионах эффективность использования радиотерапии может различаться более чем на порядок. Поэтому сегодня нельзя обойти вопрос о подготовке кадров – врачей-радиотерапевтов и медицинских физиков. Однако отсутствие нормативной базы не позволяет в настоящее время проводить плановую подготовку специалистов. В частности, в приказе Минздравсоцразвития России от 11.03.2008 г. №112н «О номенклатуре специальностей с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» выделена специальность «радиология». В связи с этим необходимо введение должности врача-радиотерапевта с базовой подготовкой по специальности «онкология». Это же относится и к должности врача-химиотерапевта.

Изучаются показания к использованию таргетных препаратов и методов направленной доставки цитостатиков. В практику лекарственного лечения введен ряд новых отечественных противоопухолевых препаратов и препаратов-дженериков. Разрабатывается оригинальный метод терапии рака, основанный на генерации радикалов в процессе катализируемого комплексом металлов окисления аскорбиновой кислоты. Проходят клинические испытания новые препараты и каталитические системы на их основе. Открылись перспективы использования бинарных каталитических систем в качестве радио-, химио- и термомодификаторов.

Следует отметить слабую базовую подготовку в медицинских ВУЗах студентов по онкологии. Многие медицинские институты придерживаются межкафедральной программы по онкологии, утвержденной в 1996 г., которая предусматривает обучение студентов на V и VI курсах в объеме 68 час., что крайне недостаточно и не позволяет дать глубокие знания по современным методам диагностики и лечения онкологических заболеваний. Недопустимым

представляется утвержденное учебным планом изучение студентами IV и V курсов наиболее распространенных ЗНО на кафедрах хирургии, терапии, акушерства и гинекологии, на клинических базах которых практически отсутствуют онкологические больные. Все это не позволяет эффективно проводить учебный процесс.

Постановление Правительства Российской Федерации № 189 от 3 марта 2009 г. «О финансовом обеспечении в 2009 г. за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению» предусматривает в рамках Национального проекта по онкологии финансирование и его источники мероприятий по повышению дополнительного профессионального образования медицинских кадров.

КОНФЕРЕНЦИЯ И СЪЕЗД ПОСТАНОВЛЯЮТ:

1. Считать приоритетным направлением деятельности онкологической службы России выполнение мероприятий по реализации Национальной онкологической программы.

2. Активизировать работу по первичной профилактике ЗНО (оценку канцерогенных факторов окружающей среды, включая мониторинг канцерогенных производственных факторов и производств).

3. Продолжить работу по совершенствованию и внедрению в практику эффективных скрининговых программ, направленных на активное и раннее выявление онкологических и предопухолевых заболеваний, особенно занимающих лидирующее положение в структуре заболеваемости, и, прежде всего, визуальных локализаций.

4. Для формирования общественного мнения в отношении скрининговых мероприятий и повышения онкологической грамотности населения шире привлекать медицинскую общественность и средства массовой информации.

5. Считать необходимым создание в рамках органов управления субъектов и Минздравсоцразвития России специальных организационных структур по профилактическим мероприятиям.

6. По проблеме развития специализированной помощи детям и подросткам с онкологическими заболеваниями считать необходимым:

- активизировать работу по формированию протокол-ориентированных стандартов диагностики и лечения ЗНО у детей, включая онкогематологические заболевания;
- разработать и внедрить в практику детского здравоохранения систему диспансерного наблюдения, реабилитации, санаторно-курортной и паллиативной помощи детям и подросткам с онкологическими заболеваниями.

7. Продолжить реконструкцию специализированных онкологических учреждений и их переоснащение современным медицинским и технологическим оборудованием.

8. Продолжить работу по совершенствованию федеральных стандартов диагностики и лечения больных со ЗНО, в том числе гемобластомами, с использованием высокотехнологичных методов.

9. Актуальной задачей онкологической службы считать необходимость обязательной морфологической верификации диагноза ЗНО у всех впервые выявленных больных, включая гистологические и цитологические методы исследования, в том числе с использованием иммунофенотипирования и молекулярно-биологических тестов. Обратиться в Минздравсоцразвития об издании приказа по внедрению морфологической классификации МКБО-3 (вместо МКБО-2) и классификации по системе TNM шестого пересмотра.

10. Разрабатывать методы социальной и психологической реабилитации онкологических больных, включающих коррекцию функциональных расстройств и анатомических дефектов.

11. В целях повышения эффективности реализации мероприятий Национальной онкологической программы:

- разработать и предоставить к утверждению концепцию развития ядерной медицины в России, включая производство радиофармпрепаратов, создание радиоизотопных лабораторий, создание ПЭТ центров;
- продолжить переоснащение радиотерапевтической службы современными аппаратами для лучевой терапии; в учреждениях, имеющих более двух источников облучения, ввести службу радиационной безопасности;
- выделить должность врача-радиотерапевта с базовой подготовкой по специальности «онкология»;
- предусмотреть в штатах онкологических учреждений должность медицинского физика;
- предусмотреть в штатах онкологических учреждений должность врача-химиотерапевта с базовой подготовкой по специальности «онкология».

12. Считать целесообразным:

- ввести преподавание клинической онкологии студентам всех факультетов, начиная с IV курса, с увеличением объема учебных часов не менее чем в 2 раза;
- регламентировать проведение циклов первичной специализации по онкологии на базах кафедр онкологии послевузовского профессионального образования врачей;
- при составлении и утверждении учебных планов подготовки интернов и ординаторов по основным клиническим дисциплинам предусмотреть обязательный цикл по онкологии на базе кафедр онкологии продолжительностью не менее 144 час.;
- при прохождении врачами общей практики сертификационных циклов обязательно предусмотреть в программе отдельно выделенные часы

обучения по онкологии на базе профильной кафедры сроком не менее 72 час.;

- ввести в состав комиссий по присвоению квалификационной категории врачам-онкологам представителей профессорско-преподавательского состава кафедр онкологии и радиологии или научно-исследовательских онкологических институтов.

13. Использовать в системе непрерывной профессиональной подготовки современные информационные технологии, в том числе дистанционное обучение, телекоммуникации, компьютерные системы тестирования и др.

14. Совершенствовать систему автоматизированного ракового регистра с интегрированием в единую информационную сеть здравоохранения; совершенствовать и внедрять телекоммуникационные технологии с созданием и развитием единой электронной базы по сбору, архивированию и передаче информации на основе современных телекоммуникационных систем. С целью постоянного повышения квалификации разработать систему дистанционного обучения врачей. Считать целесообразным внедрение компьютерных медицинских систем диагностики с целью поддержки принятия решения, основанных на экспертной оценке, аккумулирующей опыт и знания специалистов.

15. Продолжить разработку и внедрение в клиническую практику новых медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с ЗНО, основанных на достижениях науки. Современные методы диагностики и лечения должны быть доступны не только в передовых научных центрах. Лечение должно быть доступно каждому больному.

16. Считать важнейшим направлением деятельности укрепление кадрового потенциала службы.