

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЮЛЬ
АВГУСТ
2000

4

ТОМ
LXXXI

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

УДК 616—006.6:614.1:313.13

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ: СТАТИСТИКА, НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ

Злокачественные новообразования являются одной из основных причин смерти и инвалидизации населения развитых, а в последние годы и развивающихся стран. Значительная утрата трудоспособности части населения, связанная с этой заболеваемостью, выводит ее за рамки сугубо медицинской проблемы. Ежегодный неуклонный рост абсолютного числа больных с установленным впервые в жизни диагнозом злокачественного новообразования обусловлен улучшением диагностики и учета, увеличением числа лиц старшего возраста, истинным ростом заболеваемости по ряду нозологических групп.

В 1998 г. в России у 440 721 больного впервые в жизни был установлен диагноз злокачественного новообразования, что соответствует регистрации в среднем 50,3 случая заболевания в час. Женщины составили 51,2%, мужчины — 48,8% от числа заболевших. В течение 1980—1998 гг. абсолютное число лиц мужского пола с выявленным впервые злокачественным новообразованием возросло на 43,1%, женского — на 32,5%. В целом абсолютное число заболевших увеличилось на 37,5%.

В конце 1998 г. в территориальных специализированных онкологических учреждениях страны состояли на учете 2005745 пациентов с установленным диагнозом злокачественного новообразования. Численность онкологических

больных составляла 1,4% от всего населения страны. Контингент больных (без учета пациентов с новообразованиями кожи) формируется в основном из лиц с наиболее распространенными нозологическими группами злокачественных новообразований: 28,3% — это пациенты с раком желудка, легкого, трахеи, бронхов, молочной железы. Около 50% пациентов находились под наблюдением в течение 5 и более лет. Среди них большую долю составляли пациенты со злокачественными новообразованиями губы, молочной железы, шейки и тела матки, щитовидной железы.

В структуре заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями доминируют опухоли трахеи, бронхов, легкого (14,7%), желудка (11,5%), кожи (10,6%, с меланомой—12%), молочной железы (9,7%), ободочной кишки (5,6%), прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса (4,6%), лимфатической и кроветворной тканей (4,3%), поджелудочной железы (2,9%), тела и шейки матки (соответственно 3,4% и 2,7%), почек (2,9%), яичников (2,6%), мочевого пузыря (2,6%). Каждая третья злокачественная опухоль, диагностируемая у мужчин, локализуется в органах дыхания (первое место в структуре — опухоли трахеи, бронхов, 25,3% — легкого). У женщин преобладают злокачественные опухоли молочной железы (18,9%).

Наиболее существенными изменениями структуры онкологической заболеваемости за 1980—1998 гг. являются снижение удельного веса злокачественных новообразований желудка с 19,7% в 1980 г. до 11,5% в 1998 г. и шейки матки с 5,5% до 2,7%. Наблюдается рост относительной доли злокачественных опухолей молочной железы, трахеи, бронхов, легкого, предстательной железы, тела матки, мочевого пузыря, ободочной и прямой кишки.

“Грубый” показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил в 1998 г. 300,8 (доверительный интервал — от 209,4 до 301,7). Прирост за 1980—1998 гг., равный 26,7%, обусловлен неблагоприятным направлением демографических процессов в общей популяции России, вызвавшим постарение населения, и улучшением диагностики злокачественных новообразований — опухоли почек, мочевого пузыря, щитовидной железы и др. (табл. 1).

Наиболее высокие “грубые” показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями традиционно отмечаются в ряде административных территорий страны, среди населения которых велик удельный вес старших возрастных групп. Максимальные показатели суммарной онкологической заболеваемости зарегистрированы в Санкт-Петербурге (373,5), Ивановской (382,4), Саратовской (366,8), Рязанской (372,8), Псковской (369,9), Новгородской (381,3), Тульской (363,3), Новосибирской (258,9), Орловской (358,9) и Тамбовской (356,8) областях.

В среднем у одного из 110 больных злокачественным новообразованием развивается новая, независимая от выявленной ранее злокачественная опухоль. Показатель заболеваемости первично-множественными злокачественными новообразованиями в 1998 г. равнялся 5,1 на 100 тыс. населения. Среднегодовой темп прироста данного показателя за 1989—1998 гг. составил 15,8%, что связано прежде всего с улучшением диагностики и учета.

В 1998 г. риск развития злокачественного новообразования в течение жизни (0—74 года) при условии отсутствия всех причин смерти составил 22,33%: для мужчин — 28,28, для женщин — 18,75%. За десятилетний период кумулятивный

риск для мужского населения имеет тенденцию к снижению на 2,8%, что связано с высокой смертностью мужчин трудоспособного возраста от неонкологических заболеваний. Кумулятивный риск для женского населения вырос на 7,4%.

Доля диагнозов, получивших морфологическое подтверждение, возросла с 60,4% в 1982 г. до 75,1% в 1998 г. при всех локализациях новообразований. Однако уровень показателя в целом и для опухолей большинства локализаций не может быть оценен как адекватный возможностям современной онкологии. Так, диагноз рака трахеи, бронхов, легкого морфологически подтверждается менее чем в 50% случаев, рака пищевода — в 66,1%, рака желудка — в 70,9%, рака предстательной железы — в 71,6% (табл. 2). Показатель выявляемости злокачественных новообразований при профилактических осмотрах, достигший в 1985 г. 11,8% от числа всех новых случаев рака, на протяжении последующего периода неуклонно снижался. В 1998 г. лишь у 9% больных злокачественное новообразование было обнаружено в результате проведения профилактических диагностических мероприятий. При этом доля больных, выявленных во время профилактических осмотров, по сравнению с уровнем 1985 г. снизилась на 38% при новообразованиях шейки матки, на 22,2% — при опухолях молочной железы, на 18,5% — при новообразованиях трахеи, бронхов, легкого, на 31,8% — при опухолях прямой кишки. В среднем на 23,1% снизился показатель активного выявления злокачественных опухолей органов пищеварения (пищевода, желудка, ободочной кишки).

Как недопустимо низкий следует рассматривать показатель активной выявляемости новообразований трахеи, бронхов, легкого, а также новообразований визуальных локализаций. Результаты деятельности медицинских учреждений общего профиля по активному обнаружению злокачественных новообразований можно оценить как абсолютно не соответствующие диагностическим возможностям современной медицины. Помимо уменьшения общего объема населения, охваченного системой профилактических осмотров, очевидно снижение ее качества. Доля больных с I—II стадиями опухолевого процесса, выяв-

Показатели заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями в 1989—1998 гг.

Локализация, нозологическая форма	Код МКБ-10	Оба пола			Мужчины			Женщины		
		"грубый" показатель на 100000 населения (1998 г.)	средне- годовой темперис- роста, %	при- рост, %	стандарти- зированный по- казатель на 100 тыс. населения (1998 г.)	средне- годовой темперис- роста, %	при- рост, %	стандарти- зированный по- казатель на 100 тыс. населения (1998 г.)	средне- годовой темперис- роста, %	при- рост, %
Все новообразования	C00-97	210,08	0,41	3,8	268,18	- 0,54	- 4,7	180,79	1,15	10,8
Губа	C00	2,55	- 3,79	- 29,4	5,29	- 4,26	- 32,4	0,83	- 2,56	- 20,8
Полость рта	C01-09,									
	46.2	3,14	- 0,82*	- 7,1*	5,93	- 1,51	- 12,8	1,14	- 0,47*	4,3*
Глотка	C10-13	2,21	1,93	- 18,8	4,57	1,80	17,4	0,51	- 1,20*	11,4*
Пищевод	C15	3,71	- 2,64	- 21,4	7,51	- 2,45	- 20,0	1,27	- 4,83	- 35,9
Желудок	C16	23,11	2,88	- 23,1	35,54	- 3,07	- 24,4	15,37	- 3,10	- 24,7
Ободочная кишка	C18	11,12	1,81	17,5	12,83	1,57	15,1	10,36	1,83	17,7
Прямая кишка, ректосиг- моидное соединение, анус	C19-21	9,18	0,74	6,9	12,02	1,01	9,5	7,74	0,20*	1,8*
Печень и внутрипеченоч- ные желчные протоки	C22	3,55	- 1,24	- 10,7	5,48	- 1,95	- 16,2	2,38	- 0,84*	- 7,3*
Поджелудочная железа	C25	5,85	0,72	6,7	8,34	0,35*	3,2*	4,16	0,51	4,7
Полость носа, среднего уха и придаточных пазух	C30, 31	0,38	- 1,48	- 12,6	0,57	- 2,12	- 17,5	0,25	- 1,38*	- 11,7*
Гортань	C32	3,75	- 1,44	- 12,2	8,71	- 1,93	- 16,1	0,31	- 0,57*	- 5,0*
Трахея, бронхи, легкое	C33, 34	30,41	- 1,55	- 13,1	66,87	- 2,10	- 17,4	7,20	- 1,57	- 13,3
Кости и суставные хрящи	C40, 41	1,39	- 1,60	- 13,5	1,80	- 2,06	- 17,1	1,11	- 1,49	- 12,6
Соединительная и дру- гие мягкие ткани	C46.1, 3, 7-9,47, 49	1,56	1,83	17,8	1,78	1,50	14,4	1,42	1,87	18,2
Меланома кожи	C43	3,03	3,90	41,1	2,86	4,22	45,0	3,22	3,47	36,0
Другие новообразова- ния кожи	C44, 46.0	20,66	1,63	15,7	22,76	1,32	12,5	20,03	1,82	17,6
Молочная железа	C50	—	—	—	—	—	—	37,36	2,81	28,3
Шейка матки	C53	—	—	—	—	—	—	10,82	- 1,06*	- 9,1
Плацента	C58	—	—	—	—	—	—	0,18	- 4,13	- 31,6
Тело матки	C54	—	—	—	—	—	—	12,49	3,11	31,8
Яичник	C56	—	—	—	—	—	—	10,17	0,91	8,5
Предстательная железа	C61	—	—	—	13,21	4,80	52,4	—	—	—
Яичко	C62	—	—	—	1,46	3,78	39,7	—	—	—
Половой член	C60	—	—	—	0,48	- 1,51	- 12,8	—	—	—
Мочевой пузырь	C67	5,18	2,07	20,2	11,54	1,52	14,6	1,56	1,45	13,8
Почки	C64	6,36	6,18	71,6	9,07	5,83	66,5	4,59	6,02	69,2
Головной мозг и другие неуточненные отделы нервной системы	C71, 72	3,09	3,20	32,7	3,62	2,72	27,4	2,68	3,48	36,1
Щитовидная железа	C73	3,45	6,59	77,7	1,24	3,26	33,5	5,36	7,46	91,0
Лимфатическая и кровеносная ткани	C81-96	10,71	1,09	10,3	12,81	0,27*	2,4*	9,37	1,75	16,9

* Различия статистически незначимы.

ленных при профилактических осмотрах, от числа всех больных с указанной стадией уменьшилась с 17% в 1986 г. до 12,5% в 1998 г. Редким событием является диагностика новообразований в преинвазивной стадии. Так, новообразования в стадии *in situ* составляют в среднем не более 10% от всех диагностированных опухолей шейки матки.

Общий показатель запущенности, отражающий состояние диагностики

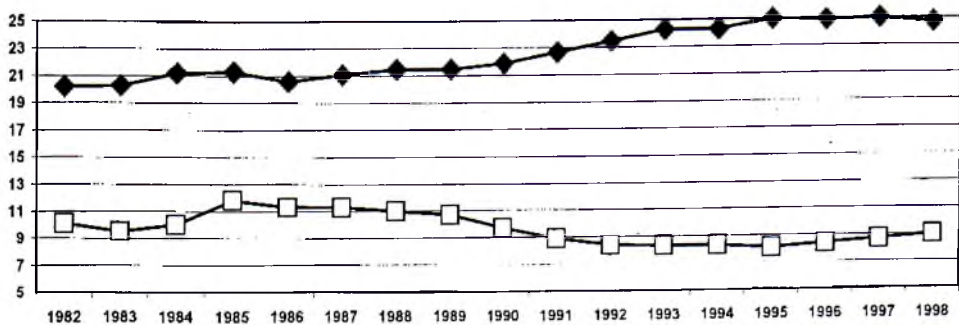
злокачественных новообразований, составил в 1998 г. 24,7%. Таким образом, у каждого четвертого больного опухоль диагностируется уже при наличии отдаленных метастазов. Для всех злокачественных новообразований в совокупности показатель запущенности вырос с 1980 по 1998 г. на 28%. Несомненно, этот рост не подлежит односторонней интерпретации, так как отчасти он обусловлен повышением диагностических

Контингенты больных злокачественными новообразованиями, состоявших на учете в онкологических учреждениях России в 1998 г.

Локализация, нозологические формы	Код МКБ-10	Находились под наблюдением		Из них 5 лет и более		Индекс накопления*	Летальность, %	Летальность на первом году с момента установления диагноза, %	Из числа больных с установленным впервые в жизни диагнозом					
		абсолютное число	на 100 000 населения*	абсолютное число	% к числу наблюдаемых в течение дня				выявлено при профосмотрах, %	диагноз подтвержден морфологически, %	имели стадию заболевания, %			стадия не установлена, %
											I-II	III	IV	
Злокачественные новообразования, в том числе у детей до 14 лет	S00-97	2005743	1365,0	984214	49,1	4,7	11,9	36,3	9,0	75,1	37,9	27,8	24,7	9,6
Губа	S00-97	12038	40,8	3949	32,8	4,3	8,5	19,3	2,5	83,7	26,7	15,1	8,7	49,5
Полость рта и глотка	C00	97770	66,5	69975	71,6	17,8	1,6	4,8	18,0	96,6	82,9	13,0	3,0	1,1
Пищевод	C01-14; 46..2	36285	24,7	16878	46,5	3,6	17,7	40,8	5,3	91,9	29,7	40,7	26,4	3,1
Желудок	C15	10315	7,0	2566	24,9	1,3	41,4	64,9	2,2	66,1	18,6	42,4	29,6	9,5
Ободочная кишка	C16	132878	90,4	62244	46,8	2,7	24,1	56,0	3,3	70,9	17,6	32,4	41,9	8,2
Прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус	C18	85254	58,0	38435	45,1	3,7	16,1	41,9	1,5	71,3	19,9	41,8	31,8	6,5
Гортань	C19-21	78478	53,4	35608	45,4	4,0	15,5	35,8	5,8	82,9	30,3	36,5	28,6	4,6
Трахея, бронхи, легкое	C32	40171	27,3	21223	52,8	5,6	12,5	31,9	4,1	90,4	31,5	50,4	15,7	2,4
Кости и мягкие ткани	C33, 34	109129	74,3	34143	31,3	1,8	33,6	56,8	16,7	48,9	20,1	37,1	34,3	8,5
Меланома кожи	C40, 41, 46.1, 3, 7-9, 47, 49	33283	22,7	18441	55,4	6,4	9,1	31,4	3,0	82,0	35,6	23,7	20,9	19,8
Другие новообразования кожи	C43	38855	26,4	19950	51,3	6,8	6,7	16,7	8,6	96,5	60,0	22,9	10,8	6,2
Молочная железа	S44, 46.0	287549	195,7	103015	35,8	6,4	0,7	1,0	15,4	97,4	93,1	3,9	0,9	2,2
Шейка матки	C50	325215	221,3	172584	53,1	7,8	6,2	12,6	15,4	92,1	57,6	28,1	12,9	1,5
Тело матки	C53	176686	120,2	128943	73,0	15,1	4,1	21,0	24,0	95,1	56,4	29,3	12,0	2,3
Яичники	C54	129585	88,2	76356	58,9	9,0	4,1	15,0	9,4	94,2	72,6	15,3	7,5	4,6
Предстательная железа	C56	61646	42,0	33592	54,5	5,6	10,7	35,2	7,3	82,6	31,5	36,8	27,5	4,1
Мочевой пузырь	C61	30913	21,0	8122	26,3	3,1	15,8	27,3	4,1	71,6	31,5	39,9	22,1	6,4
Щитовидная железа	C67	48042	32,7	19563	40,7	4,3	12,5	31,7	1,8	76,3	41,3	37,9	14,5	6,2
Злокачественные лимфомы	C73	53358	36,3	30132	56,5	8,5	2,6	11,1	11,1	94,3	61,7	22,1	13,2	3,0
Лейкемии	S81-85, 88, 90, 96	54234	36,9	26147	48,2	5,6	10,4	28,9	2,6	93,2	36,2	22,3	12,8	28,7
	C91-93, 94.0, 5, 7; 95.0-2, 7, 9	35260	24,0	13044	37,0	4,1	14,7	36,6	3,0	93,2	—	—	—	—

* Для детей до 14 лет включительно расчет на детское население.

** Отношение контингентов, состоявших на учете на конец года, к числу вновь выявленных больных.



Выявление злокачественных новообразований при профилактических осмотрах и частота запущенных их случаев в России в 1982—1998 гг. (%).

—◆— Удельный вес больных с запущенными стадиями опухолевого процесса (IV) с установленным впервые в жизни диагнозом злокачественного новообразования.

—□— Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, выявленных при проведении профилактических осмотров, от числа больных с установленным впервые в жизни диагнозом злокачественного новообразования.

возможностей при уточняющей диагностике злокачественных новообразований. Тем не менее высокие показатели удельного веса злокачественных новообразований, выявленных в IV стадии (для визуальных локализаций в III и IV) развития неопластического процесса свидетельствуют о крайне неудовлетворительном состоянии диагностики онкологических заболеваний. На рисунке представлена сравнительная динамика показателей запущенности и активной выявляемости злокачественных новообразований.

Показатели летальности больных злокачественными новообразованиями в течение года после установления диагноза являются одним из наиболее объективных интегральных параметров, отражающих состояние диагностики и лечения данной категории пациентов. Динамика показателей для всех злокачественных новообразований в совокупности весьма консервативна. В целом 36,3% больных злокачественными новообразованиями умирают не прожив года после установления диагноза. На протяжении всего рассмотренного периода высокой остается летальность в течение года у больных раком пищевода (64,9% в 1998 г.), желудка (56%), трахеи, бронхов, легкого (56,8%), ободочной кишки (41,9%). Значительна она и при злокачественных опухолях с относительно благоприятным прогнозом (новообразования молочной железы, шейки матки, прямой кишки и др.), что свидетельствует о поздней диагностике и неадекватном лечении опухолей данных локализаций.

Таким образом, статистические и эпидемиологические данные о заболе-

ваемости различных групп населения злокачественными новообразованиями являются основой для разработки региональных и общегосударственных противораковых программ и планирования научных исследований.

Секцией по онкологии Минздрава России координировалось проведение научных исследований по наиболее значимым проблемам. Так, в рамках договоров с Минздравом России разработано несколько вариантов пластических операций с использованием микрохирургической техники при опухолях головы и шеи, позволяющих осуществлять медицинскую и социальную реабилитацию больных с большим дефектом тканей (МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ). Все методы защищены патентами РФ на изобретение.

Разработаны методики лечения начальных форм рака яичников и эндометрия, позволяющие при радикализме лечения пациенткам репродуктивного возраста сохранять детородную функцию (НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова МЗ РФ совместно с МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ).

При раке мочевого пузыря (локальное или мультицентрическое поражение) предложен метод фотодинамической терапии, используемый как самостоятельный, так и в качестве адьювантного метода (МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ).

С учетом большой социальной значимости борьбы с хроническим болевым синдромом и контроля за использованием наркотических средств

МНИОИ им. П.А. Герцена разработаны методические указания "О порядке и сроках назначения наркотических средств". В них изложен единый подход к лечению острых и хронических болевых синдромов, основанный на дифференцированном назначении наркотических анальгетиков в зависимости от интенсивности болевого синдрома. Даны конкретные схемы лечения наиболее распространенных и тяжелых вариантов острой и хронической боли, требующих применения наркотических средств.

Значительное внимание уделялось разработке перспективных методов лечения злокачественных опухолей с использованием ультразвуковой хирургии. На модели рака шейки матки создан метод ультразвуковой хирургии злокачественных опухолей (МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ). Применение его в клинической практике позволяет в 1,5—3,5 раза снизить частоту ближайших послеоперационных осложнений, а безрецидивное течение болезни было отмечено у 98,4% пациентов.

Способ хирургического лечения рака легкого с помощью ультразвукового скальпеля, защищенный патентом РФ, предложен Ростовским НИОИ МЗ РФ. Он основан на эффекте кавитации. Атипичная резекция легкого с использованием низкочастотных ультразвуковых колебаний может быть альтернативным методом хирургического лечения функционально ослабленных и пожилых больных периферическим раком легкого T_{1,2}N₀M₀ стадий. Применение ультразвукового скальпеля повышает эффективность операции за счет предотвращения интраоперационного рассеивания в плевральной полости опухолевых клеток, что приводит к снижению числа местных рецидивов заболевания.

В ГНЦ колопроктологии МЗ РФ продолжались исследования по совершенствованию методов диагностики и лечения ректального рака. Разработана совокупность достоверных эндоскопических признаков малигнизации крупных аденом толстой кишки. При различных сочетаниях комплекса таких признаков, как плотная консистенция новообразования, наличие участков уплотнения, бугристость поверхности, наличие наложений фибрина, вероятность злокачественной трансформации

составляет от 86 до 100%. Эффективность колоноскопии в диагностике крупных доброкачественных и злокачественных аденом составила 95% и 91% соответственно. Разработан метод оперативно-пособия по поводу рака толстой кишки, заключающийся в формировании гладкомышечного сфинктера при брюшно-анальной резекции прямой кишки (способ защищен патентом РФ на изобретение).

Улучшение качества жизни больных, нуждающихся в консервативном лечении и паллиативной помощи, — одна из актуальных проблем онкологии. Создана структура системы паллиативной помощи, которую можно использовать на федеральном и региональном уровнях. Предложенная организационная структура системы паллиативной помощи онкологическим больным и методы оптимальной фармакотерапии симптомов запущенного рака являются основой для организации в стране специализированной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований (МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ, НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова МЗ РФ).

Разработана методология комплексного лечения генерализованных форм лимфогранулематоза (IIАБ, IVАБ стадий), позволяющая достигнуть оптимальных результатов на основе учета факторов прогноза и особенностей течения заболевания. В группе больных с распространенностью процесса IIIА общая 10-летняя выживаемость составила 91%, безрецидивная — 81%. В группе больных с IIIБ стадией показатели 5-летней общей и безрецидивной выживаемости оказались соответственно равными 82% и 62%, общая и безрецидивная 10-летняя выживаемость — 74% и 59%. Аналогичная направленность эффекта комплексной терапии наблюдалась и в группе больных IVА,Б стадий (НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова МЗ РФ).

В НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова разработан метод определения канцерогенов в объектах окружающей среды, в том числе в продуктах питания. Для анализа используется флуоресцентно-спектральный метод, основанный на селективном возбуждении флуоресценции канцерогенного агента при темпе-

ратуре кипения жидкого азота. Преимуществом разработанного метода является то, что он позволяет определять канцерогены при содержании их в пробе в минимальной концентрации (не более 0,0005 мкг/мг) и расширяет число идентифицируемых полициклических ароматических углеводородов за счет не выявляемой ранее новой группы канцерогенов.

МНИОИ им. П.А. Герцена совместно с НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова подготовлен пакет документации, регламентирующей регистрацию и учет больных злокачественными новообразованиями в условиях перехода на работу в системе Государственного ракового регистра. Пакет включает общую инструкцию по регистрации, учету и диспансерному наблюдению онкологических больных, учетные формы, инструкции по их заполнению и "Комплексный классификатор данных о больных злокачественными новообразованиями в системе Государственного ракового регистра Российской Федерации". Документация прошла апробацию в 27 территориальных онкологических учреждениях.

Создан и находится на этапе внедрения комплекс программных средств территориального уровня канцер-регистра, обеспечивающий стандартизацию, создание, хранение и анализ информации ("Программное средство: информационная система управления специализированной онкологической службой на основе территориального ракового регистра", сертификат №228 МЗ РФ).

В 1999 г. департаменты здравоохранения ряда территорий предприняли попытки объединить онкологические учреждения с ЛПУ общей лечебной сети с ликвидацией, по существу, основного звена онкологической службы (Ивановская, Томская области). Такого рода усилия были продиктованы недостаточным финансированием здравоохранения и необходимостью решения территориальных проблем здравоохранения за счет специализированной службы. При этом следует иметь в виду, что эффективность лечения больных злокачественными новообразованиями в специализированном учреждении выше, чем в больнице общего профиля, не располагающей всем

необходимым для комбинированного и комплексного лечения больных.

К другой крайности следует отнести случаи, когда онкологические учреждения предлагали заявить о себе как об учреждениях федерального уровня с курацией целых регионов России. Так, Новгородская область предлагала возглавить Северо-западный регион, не имея практически никакой материально-технической базы и подготовленных кадров, в то время как регион традиционно имеет тесные контакты с онкологическими НИИ Санкт-Петербурга. Аналогичная тенденция была отмечена в Уральском регионе (Челябинская область). Подобные вопросы, очевидно, следует предварительно обсуждать на совете главных врачей при главном онкологе МЗ РФ.

В свое время приказом Минздрава России был создан ряд межтерриториальных узкопрофильных онкологических отделений (центров) по лечению ряда локализаций опухолей как наиболее целесообразных в кадровом и экономическом планах. К сожалению, в системе обязательного медицинского страхования нередко отсутствует единая система взаиморасчетов за пролеченного больного между территориями.

Успех в лечении больных злокачественными новообразованиями в не малой степени зависит от внедрения в повседневную практику врачей онкологических и общелечебных учреждений единых подходов к диагностике и лечению новообразований на основе протоколов ведения больного (стандартов). МНИОИ им. П.А. Герцена совместно со всеми онкологическими учреждениями России, уделяя большое внимание этим вопросам, подготовил согласованный вариант таких стандартов по всем локализациям злокачественных опухолей. Однако в связи с новым приказом Минздрава России требования к стандартам резко изменены, что требует, в свою очередь, коренной переработки подготовленных стандартов.

В соответствии с приказом МЗ РФ "О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ" (1999 г.) онкология была отнесена к хирургической специальности. Известно, что в онкологии, как и в хирургии, широко используются другие методы консерва-

тивной специальной противоопухолевой терапии (радио-, химио-, иммуно-, био-, гормонотерапия), которые могут применяться самостоятельно, без хирургических вмешательств. Отсутствие отдельной специальности онколога приведет к многочисленным трагическим ошибкам в диагностике и лечении больных со злокачественными новообразованиями (контингент около 2 млн. человек), ориентирует образовательные медицинские учреждения на второстепенность этой специальности. Подготовка врача-онколога только после получения им сертификата хирурга исключает возможность зачисления в ординатуру перспективных выпускников вузов. Переучивание же хирургов в хирургов-онкологов требует дополнительных затрат и не всегда эффективно. За рамками данной номенклатуры оказывается большая группа специалистов-химиотерапевтов и врачей других специальностей, работающих в области онкологии.

На наш взгляд, существующая система лицензирования, с одной стороны, чрезвычайно перегружена, а с другой — будучи отдана на откуп территориальным органам здравоохранения для решения вопроса о выдаче лицензий, не всегда соответствует современному уровню. Последнее в значительной степени обусловлено экономическими соображениями и не всегда подкреплено достаточным профессиональным уровнем. Отрицательным моментом в этой работе является также отсутствие стандартных требований к лицензированию по различным отдельным видам деятельности, а также суммарной оценки деятельности всего лицензируемого учреждения. На сегодняшний день медицинскому многопрофильному учреждению требуется получение многих лицензий на наркотики, лечебную, диагностическую, аптечную, издательскую, образовательную деятельность и т.д. Кроме сложности их оформления для заявителя, они требуют также существенных финансовых затрат. По нашему мнению, необходимо сделать выдачу лицензий для го-

сударственных учреждений бесплатной, повысив квалификационные требования к ним, с введением в состав лицензионных комиссий представителей профильных головных учреждений. Для хозрасчетных и частных лечебных учреждений следует увеличить плату за выдачу лицензий, а квалификационные требования должны соответствовать предъявляемым к государственным учреждениям.

Утверждение Федеральной программы по проблеме "Онкология" проводится в течение последних 4 лет с постоянным внесением уточнений и изменений. Наличие такой программы и ее финансирование является очень важной задачей: для территорий — это основа для дальнейшего развития и выбора приоритетов, для больных — повышение уровня и качества лечебной помощи, увеличение продолжительности жизни, а значит и сохранение трудовых ресурсов для страны.

Закупка импортного оборудования и лекарственных средств ставит здравоохранение России в зависимость от иностранного капитала со всеми вытекающими отсюда экономическими, организационными и другими последствиями. Отечественные производители при этом не могут развиваться, налаживать выпуск продукции в необходимых объемах. Не секрет, что в значительной степени это обусловлено заинтересованностью отдельных руководителей, больше поощряющих посредническую деятельность в контактах с иностранными фирмами, чем с отечественными. Поэтому, очевидно, настало время восстановить централизованные закупки по оптовым ценам у инофирм только такого оборудования и препаратов, которые не имеют отечественных аналогов.

В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Б.Н. Ковалев, В.М. Мерабишвили, Г.В. Петрова, Л.М. Александрова, Н.В. Харченко, О.П. Грепова, Е.Р. Филиппова
(Москва)

Поступила 05.06.00.