

Совершенствование организации амбулаторной помощи – основное направление противораковой борьбы

А.М.Галстян, А.З.Алексанян

ОНЦ им. В.А.Фанарджяна МЗ РА

г.Ереван, ул.Фанарджяна, 76

Ключевые слова: злокачественные новообразования, амбулаторно-поликлиническая помощь, ранняя диагностика, онкологические больные

Злокачественные новообразования являются одной из главных проблем современности, обуславливая высокие показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Возрастание этих показателей в большинстве стран приобретает в последние десятилетия характер растущей эпидемии, ввиду чего данная проблема имеет не только медицинскую, но и приобретает социальную и экономическую значимость.

В Армении ежегодный рост заболеваемости злокачественными опухолями составляет в среднем 2%, и только за последние годы она возросла почти на 15%, а смертность – на 35–40%. В общей структуре смертности населения РА смертность от рака занимает 2-е место. Вместе с тем менее чем у 1/3 первично выявленных случаев рак диагностируется в I–II стадиях заболевания, тогда как у 60–80% больных опухоль выявляется в III–IV стадиях заболевания [1,3]. Даже при опухолях, доступных визуальному осмотру (рот и ротоглотка, молочная железа, прямая кишка, шейка матки, кожа и мягкие ткани и др.), низок процент выявленных опухолей в начальных стадиях. Это практически означает, что более чем половина больных ограничивается паллиативными и/или симптоматическими лечебными мероприятиями, лишь облегчающими страдания и незначительно продлевающими жизнь.

Лечение онкологических больных – одно из наиболее трудоемких, поскольку требует как широкого использования расширенных хирургических вмешательств с адекватным анестезиологическим и послеоперационным пособием, весьма дорогостоящих противоопухолевых химиопрепаратов, лучевой терапии с соответствующей материально-технической базой, так и комбинированных и комплексных методов лечения. Даже в развитых странах с высоким уровнем жизни населения государство зачастую не в состоянии обеспечить все компоненты лечения онкологических больных в соответствии с медицинскими показаниями, и

часть необходимых затрат перекладывается на семью больного, а также общественные, гуманитарные и неправительственные организации и фонды.

Как показала мировая практика, за последние десятилетия капиталовложения в усовершенствование известных и разработку новых методов и методик лечения злокачественных опухолей, изыскания новых противоопухолевых средств и создание новой радиотерапевтической аппаратуры в конечном итоге не привели к существенному улучшению результатов терапии рака. В США в 1971г. президент Никсон провозгласил так называемую войну против рака. Через более чем четверть века после затрат миллиардов долларов на противораковую борьбу пришлось констатировать, что война против рака не выиграна. По мнению Р.Мохринг [7], ожидание окончательной победы над злокачественными опухолями «необходимо отвергнуть как миф», и у живущих сегодня нет другой альтернативы, как научиться сосуществовать со злокачественными заболеваниями. Нельзя не согласиться с А.Н.Деденковым [4], что «... в ближайшем обозримом будущем едва ли можно рассчитывать на создание единого метода эффективной терапии злокачественных новообразований». Однако наш опыт, а также данные литературы свидетельствуют, что рак излечим.

Эффективность и исход лечения рака зависят от стадии заболевания: чем раньше диагностирована опухоль, тем лучше результаты и экономичнее затраты на ее терапию (5-летняя выживаемость при лечении опухолей в I стадии составляет 95–100%, II – 50–80%, III – 15–45% и 0% – в IV стадии заболевания). Отсюда очевидна важность ранней диагностики рака, равно как и предопухолевых заболеваний, что выводит данную проблему в ранг важнейших медицинских и общегосударственных задач. Потребности дня диктуют необходимость коренных изменений и реоргани-

зационных мероприятий в системе амбулаторной медицинской помощи онкологическим больным, поскольку столь высокий процент запущенности, приведенный выше, обусловлен как недостатками диагностической службы на первом этапе медицинской помощи, так и отсутствием профилактической направленности медицины и онкологии, в частности.

Проблема профилактики рака является весьма важной в противораковой борьбе и нуждается в обсуждении. Целью данной работы является анализ амбулаторной помощи в свете ранней диагностики онкопатологии и онконастороженности врачей общелечебной сети.

Системе первичного звена онкологической службы в настоящее время незаслуженно уделяется мало внимания. Можно констатировать, что на современном этапе развития медицины и общества (в переходном периоде) в целом принципы противораковой борьбы, основанные на законодательной базе, определяющей медицинские стандарты, нормативы, табель оснащенности службы и т.п., регламентированные старыми (советскими) формами и организационно-методическими установками, устарели, не оправдывают себя и требуют пересмотра. Децентрализация организации здравоохранения в Республике, проводимые в последние годы различные программы его оптимизации, приватизации, неудавшаяся попытка ввести систему медицинского страхования, наметившаяся политика внедрения института семейного врача (процессы затянулись и не имеют тенденции к логическому и оптимальному завершению) превносят все большую путаницу и диссонанс в проблему организации действенной противораковой борьбы на этапе амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

Функционирующие в поликлинической сети онкологические кабинеты с врачом-совместителем (не онкологом) на 0.5 ставки не в состоянии обеспечить соответствующую консультативно-диагностическую помощь всем нуждающимся (второй, не менее важный вопрос – отсутствие надлежащих знаний по онкологии и низкая онкологическая настороженность – обсуждался нами ранее). Действующие ещё с советских времен 2 региональных онкологических диспансера (г.г. Гюмри, Ванадзор) не выполняют полностью предназначенных функций.

Судьба онкологического больного практически решается на уровне амбулаторно-поликлинической службы, где больные проходят первичный «диагностический фильтр», и от онкологической настороженности врачей общего профиля, их знаний клинической симптоматики и основных методов диагностики зависит диагностирование. Ведь именно их, а не онкологов посещают первичные онкологические больные. Например, при колоректальном раке, по данным С.В. Орлова (1984) 40% больных обратились за медицинской помощью к хирургу, 40% – к проктологу,

30% – к терапевту и ни один больной не обратился при первичном посещении врача к онкологу. По нашим данным [3], более 1/3 больных до поступления в онкологический стационар долгое время ошибочно лечатся в поликлиниках или неспециализированных лечебных учреждениях. Лишь у каждого третьего больного рак диагностируется при первичном обращении [5].

Одной из причин запущенности рака является не только скрытое течение болезни, поздняя обращаемость больных и низкая онкологическая настороженность населения и врачей общей лечебной сети, но и недоступность для большинства жителей Республики многих не только новейших, но и рутинных методов диагностики опухолей. Отсутствие необходимой диагностической аппаратуры на вооружении поликлиник лишает возможности предварительного амбулаторного обследования, не говоря уже о постановке диагноза на ранней стадии развития опухолевого процесса. Подавляющее большинство поликлиник республики (и даже некоторые центральные районные больницы) не оснащены ультразвуковыми, эндоскопическими, простыми рентгеновскими и др. диагностическими службами, не говоря о специальных методах уточняющей диагностики. Кроме города Гюмри, в марзах нет патоморфологической службы. С другой стороны, низкий социальный уровень подавляющего большинства населения страны, отсутствие регулярных коммуникаций и удаленность мест проживания, снижающих в последние годы возможность передвижения основных категорий граждан, делают невозможной своевременную постановку диагноза. Определенную роль играет факт неплатежеспособности подавляющего большинства жителей Республики за консультативно-диагностическую помощь в государственных и частных медицинских центрах.

В создавшейся реалии образовавшегося «организационного и диагностического вакуума» между первичным амбулаторно-поликлиническим звеном и головным профильным учреждением в Республике – Онкологическим национальным центром лишь весьма незначительная часть больных поступает своевременно на специализированное лечение – часть подвергается неадекватному или ошибочному лечению в непрофильных больницах и клиниках, другая – не получает никакой медицинской помощи, и функция районного онколога сводится лишь к регистрации и взятию на учет больного в последующем в терминальной стадии заболевания и назначении наркотических анальгетиков.

В настоящее время в условиях проводимого в Республике реформирования национального здравоохранения особая роль должна отводиться совершенствованию организационных технологий амбулаторной помощи онкологическим больным и оптимизации амбулаторного этапа ранней диагностики злокачест-

нвенных новообразований. Имеющиеся нормативные документы, как было сказано, устарели и не оправдывают себя ни с медицинской, ни с экономической точки зрения. Расчет потребности населения в онкологической помощи любой административной территории должен проводиться в свете социально-медицинской значимости проблемы с учетом заболеваемости, ее ежегодного прироста, реальной нагрузки на врача-онколога и врачей-диагностов. Должен учитываться при этом факт, что онкологическая помощь оказывается не только жителям Республики Армения, но и армяноязычному населению соседних стран.

В Армении имеется определенный опыт по организации раннего выявления онкологических больных. Начатые еще 20 лет назад профессором А.М. Амбарцумяном [2] исследования в рамках Республиканской программы активного выявления опухолевых заболеваний пищеварительного тракта позволили определить основные подходы и выработать наиболее оптимальные мероприятия, способствующие ранней диагностике онкопатологии наиболее частых локализаций: желудка, толстой и прямой кишки, легких, кожи и др. Активному выявлению онкологических заболеваний в амбулаториях и поликлиниках способствовало проведение у лиц старше сорока лет реакции Грегерсена для определения скрытой крови в кале; определение фибриногена крови; проведение анкетного метода обследования неорганизованного населения. При наличии положительной реакции на скрытую кровь в кале, при уровне фибриногена крови выше 600 мг% или наличии определенных ответов (жалоб) в политематической анкете-опроснике обследуемые включались в группу повышенного онкологического риска и подвергались, по показаниям, комплексному клинико-инструментальному обследованию. Программа была одобрена Минздравом Республики и рекомендована в виде приказов №№ 1441 и 2695 для широкого внедрения в амбулаторно-поликлиническую сеть. Думается, такой подход, базирующийся на информативных методах исследований, не требует дополнительных финансовых поступлений и легко осуществим врачами амбулаторного звена общелечебной сети. Единственным требованием к его успешной реализации является более тесное сотрудничество с врачами общего профиля онкологов поликлиник и онкодиспансеров.

Для совершенствования проблемы ранней диагностики и раннего выявления онкобольных немаловажной представляется и научно-исследовательская база. Проводимые в последние 2–3 десятилетия в Республике (а также в Российской Федерации и других странах СНГ) научные разработки в области онкологии посвящены в основном разработке новых методов уточненной диагностики и лечения, и нет научно-исследовательских работ с конкретными методическими рекомендациями и практическим внедрением по организации раннего выявления первичных онко-

логических больных в помощь районному онкологу. Предлагаемые же различные программы по скринингу или проведению профилактических осмотров, выявлению и формированию групп повышенного риска и др. весьма трудоемки, трудно реализуемы в группах неорганизованного населения и требуют значительных материальных вложений, которые государство осуществить не в состоянии.

Естественно, достижение адекватного уровня медицинского обследования в каждом конкретном случае с существенным сокращением времени диагностики злокачественного новообразования требует определенных материально-технических вложений. Вместе с тем, однако, не замечать или обходить проблему, учитывая ее социально-медицинскую значимость, ошибочно, поскольку это еще более усугубит ситуацию в последующем. Как было отмечено выше, высокие показатели заболеваемости, запущенности, инвалидности и смертности злокачественных заболеваний имеют стойкую неуклонную тенденцию к возрастанию. Проблема, думается, должна рассматриваться в свете экономической и государственной значимости.

Известно, медицина и здравоохранение не являются производительными сферами народного хозяйства. Вместе с тем, с экономических позиций (таковым было мнение советской экономической школы) они являются весьма доходными отраслями – каждый «рубль», вложенный в медицину, приносит косвенно два «рубля» прибыли. В этом плане весьма наглядно исследование экономических аспектов лечения рака одной из наиболее распространенных локализаций – шейки матки, проведенное А.Х.Рахимбаевым [6]. Автором выявлено снижение национального дохода в связи с пребыванием и лечением больных в стационаре, а также последующей частичной или полной утратой трудоспособности. Экономические потери включают ряд разделов: а) расходы на догоспитальную (амбулаторно-поликлиническую) диагностику и лечение; б) расходы на пребывание и лечение в стационаре; в) оплату листа временной нетрудоспособности за 4–6 мес.; г) выплата пенсии по инвалидности; д) экономические потери от произведенного труда за время болезни и нетрудоспособности; е) расходы на подготовку работника, заместившего инвалида (сюда можно добавить стоимость реабилитационных мероприятий, коррекции тех или иных осложнений после радикального лечения, а также стоимость проводимых паллиативных и симптоматических лечебных мероприятий у инкурабельных больных). Автором на основании четких математических расчетов и статистических данных было показано, что экономический ущерб в зависимости от стадии опухолевого процесса, вида и продолжительности лечения носит разный характер – на лечение больных в первой стадии заболевания расходуется средств на одну треть меньше, чем на лечение в третьей стадии. Оправданность меро-

приятный по выздоровлению в среднем составляет 1.54 рубля на 1 рубль, вложенный во все, что сделало бывшую больную здоровой, т.е. затраты по лечению оправданы с экономической стороны, т.к. "выгода" от этого достигается больше чем в полукратном размере.

С учетом стадии заболевания выигрывают все комплекс диагностических и лечебных мероприятий значительно выше. Отсюда следует, что и вложения, особенно в раннюю диагностику онкологических заболеваний, вполне оправданы.

Понятно, что бюджет страны не позволит в короткие сроки усилить диагностическую службу первичного звена здравоохранения, однако перераспределение имеющихся огромных кадровых ресурсов, материально-технических средств, сконцентрированных в основном в столичных медицинских учреждениях, и оптимальное распределение продолжающей поступать гуманитарной помощи позволит в течение ближайших лет значительно оснастить соответствующие службы марзов и районов.

Думается, работа должна вестись в следующих направлениях:

1. Вместо существующих 0.5–1.0 должностей врачей-онкологов должны быть введены в городских и районных поликлиниках 1 полная, а в марзах – 2–3 ставки онкологов. При этом необходимо полностью отказаться от совмещения должности другими специалистами.
2. Помимо функционирующих в городах Гюмри и Ванадзоре онкодиспансеров, необходимо развертывание диспансеров с 2–3 врачами-онкологами в южном регионе Республики (Сюник) и Гегаркунике (Камо), возможно, без коечного фонда.
3. Онкодиспансеры необходимо оснастить диагностическими службами (рентгеновским, УЗИ, эндоскопия) с соответствующими штатными единицами врачей-специалистов.
4. Для успешной деятельности онкодиспансеров и реализации одного из основных принципов онкологии – верификации опухолевого процесса обязательно функционирование патоморфолога - гистолога или цитолога.

Реальная нагрузка врачей-онкологов и врачей функциональной диагностики в поликлиниках и онкодиспансерах должна предусматривать активные консультации в поликлиниках и многопрофильных стационарах, участие в консилиумах, дообследование лиц с подозрением на онкопатологию, выявление и формирование групп повышенного риска по основным нозологическим локализациям, подготовка онкологических больных к стационарному лечению, диспансеризация и патронаж больных. С целью поднятия онкологической настороженности населения весьма важно их сотрудничество со всеми местными СМИ.

Руководствуясь принципами консультационно-диагностического центра (по аналогии с деятельностью функционирующих в Республике диагностических центров), активная деятельность врача-онколога в средних и малых городах и райцентрах позволит сделать должность онколога престижной, а онкологическую помощь – более достижимой, повысив при этом онкологическую настороженность как врачей общего профиля, так и организованного и неорганизованного населения.

Оптимизации проведения обследования больных в онкодиспансерах будет способствовать применение унифицированных диагностических алгоритмов при наиболее распространенных нозологических формах, при постоянной помощи ведущих специалистов (клиницистов, диагностов) из ОНЦ МЗ РА. И наконец, одним из сложных элементов деятельности врачей-онкологов поликлиник и диспансеров является проведение паллиативного и симптоматического лечения инкурабельных больных. Адекватный патронаж и организация хосписа на дому с участием социальных служб и различных благотворительных организаций не потребует серьезных дополнительных капиталовложений.

Что касается прогнозируемой эффективности функционирования оснащенных минимумом диагностических служб онкодиспансеров, то в пользу их создания можно привести следующие доводы. Во-первых, функционирование и равномерный охват всей территории Республики позволит ликвидировать диагностический «вакуум» онкологической службы на периферии, сблизить ее с населением отдаленных регионов. Во-вторых, это позволит наладить их действенную взаимную связь с ОНЦ и Республиканским противораковым диспансером, которые должны заниматься, помимо организационно-методической и отчетно-координирующей работы, также подготовкой и распределением соответствующих кадров, консультационно-лечебной помощью, курировать вопросы их материально-технического оснащения, реализацию Национальной противораковой программы. Думается, что предлагаемые меры по реорганизации и усилению амбулаторно-поликлинического звена онкологической службы позволят в течение 2–3 лет восполнить систему профилактических осмотров – одного из активных звеньев советского здравоохранения, практически не действующего в последние 1,5 десятилетия.

В заключение можно констатировать, что в Республике в постсоветском периоде значительное развитие претерпели такие отрасли здравоохранения, как кардиохирургия, офтальмология, сосудистая- и реконструктивно-пластическая хирургия и др. Многие были достигнуты не только вложениями со стороны государства, но и благодаря помощи извне. Естественно, что в условиях скудного финансирования здравоохранения и медицинской науки осуществление предла-

гаемой оптимизации онкологической амбулаторной службы, диктуемой реалиями дня, возможно лишь объединением усилий и привлечением средств различных государственных учреждений и ведомств, общественных и гуманитарных организаций, средств частных предпринимателей. Для последнего необходима пересмотр законодательства о спонсорстве, а также изменения в законе о налогообложении медицинских учреждений.

Резюмируя изложенное, можно утверждать, что раннее выявление онкологических больных среди задач противораковой борьбы является приоритетным. С этой целью необходимо усиление онкологической помощи, особенно в малых городах и районных центрах, где имеется существенный разрыв между достижениями медицины в диагностике и лечении и возможностями врача-онколога и врачей общей амбулаторно-поликлинической лечебной сети.

Поступила 23.01.04

Литература

1. *Алексян А.З., Галстян А.М.* Вестник хирургии Армении, 2002, 2, с. 67.
2. *Амбарцумян А.М.* Пути оптимизации массовых профилактических осмотров для выявления опухолевых и предопухолевых заболеваний. Автореф. дисс. к.м.н. Ереван, 1982.
3. *Галстян А.М., Алексян А.З., Бердов Б.А.* Комбинированное и комплексное лечение местнораспространенного рака прямой кишки. Ереван, 1987.
4. *Деденков А.Н.* Рассасывающиеся препараты лучевого и комбинированного действия. Автореф. дисс. д.м.н. Обнинск, 1978.
5. *Зыбина М.А.* Диагностика и лечение рака прямой кишки. Киев, 1980.
6. *Рахимбаев А.Х.* Вопр. онкологии, 1988, XXXIV, 8, с. 974.
7. *Mohring P.* Mit Krebs Leben: Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und personlicher perspektive. Berlin etc. Springer-Verlag, 1988.