

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. Кафедрой д.м.н., проф. Зуков Р.А.

РЕФЕРАТ

Тема: «Введение в организацию онкологической службы в
Российской Федерации»

Проверил:

Руководитель ординатуры, к.м.н., доцент
ГАВРИЛЮК ДМИТРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

Выполнила:

Клинический ординатор 2 года обучения
по специальности онкология
КОБЕР КРИСТИНА ВЛАДИМИРОВНА

Красноярск, 2021

Содержание

1. Введение
2. Структура онкологической службы в РФ
3. Маршрутизация пациента с ЗНО
4. Организация онкологической службы за рубежом
5. Заключение
6. Список литературы

Введение

На данный момент в РФ организация онкологической службы претерпевает модернизацию в рамках проекта «Здравоохранение» 2019-2024. Основная цель проекта - увеличение продолжительности жизни и снижение смертности от неинфекционных заболеваний, в т.ч. онкологических.

Одной из основных проблем онкологической службы в Российской Федерации является крайне низкая выявляемость ЗНО на I-II стадиях заболевания. Согласно федеральному проекту предполагается достичь показателя в 57,9% выявляемости ЗНО на I-II стадиях в 2019 году, в то время как в США в 2013 году на I-II стадиях выявлено 84,2% ЗНО [2].

Для достижения поставленной задачи по всей стране организуются центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП).

Создание ЦАОП предполагает наличие всего спектра диагностического оборудования, необходимого для полного обследования пациента при подозрении на наличие злокачественного новообразования еще до его направления в онкодиспансер. Это позволяет сократить сроки начала его диагностики. Дополнительно в ЦАОП планируется создание коек дневного стационара.

Однако задача распознать или заподозрить онкологический процесс у больного остаётся в руках первичного звена, терапевтов.

Структура онкологической службы в РФ

В состав онкологической службы входят следующие подразделения от меньшего к большему: онкологический кабинет поликлиники, цаоп, онкологическое отделение в составе ЦРБ или городской диспансер, краевой\республиканский диспансер, НИИ онкологии (П.А. Герцена, Н.Н. Блохина, Н.Н. Петрова). Так же к онкологической службе относятся главный онколог региона (край, область), главный онколог МЗ России, которые выполняют роль управления и подчиняются МЗ РФ.

На данный момент функционирует 95 онкологических диспансеров, 3 специализированные онкологические больницы, и около 100 ЦАОПов [1,3].

Ведущие центры онкологии в РФ

1) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России - одно из крупнейших медицинских учреждений мира и ведущее в России. В настоящее время генеральным директором РОНЦ им. Н.Н. Блохина является д.м.н., член-корреспондент РАН, Иван Сократович Стилиди

В состав РОНЦ входят 5 институтов:

- Научно-исследовательский институт клинической онкологии
- Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии
- Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной радиологии
- Научно-исследовательский институт канцерогенеза
- Научно-исследовательский институт экспериментальной диагностики и терапии опухолей

2) МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России - ведущий научно-исследовательский онкологический институт страны, головной по проблеме «Злокачественные новообразования в РФ». В настоящее время его возглавляет Д.м.н., профессор, академик РАН, член-корреспондент РАО, заслуженный врач РФ Андрей Дмитриевич Каприн

3) Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации - Директор ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» д.м.н., профессор Беляев Алексей Михайлович

4) ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» министерства здравоохранения Российской Федерации - Директор ФГБУ «РНЦРР» академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ Владимир Алексеевич Солодкин

5) Научно-исследовательский институт онкологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр российской академии наук» - в настоящее время его возглавляет д.м.н., проф., академик РАН Евгений Лхамацыренович Чойнзонов

6) ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации - Генеральный директор Ростовского научно-исследовательского онкологического института д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ Олег Иванович Кит.

Маршрутизация пациента с ЗНО

1. Выявление или подозрение на наличие ЗНО

При подозрении или выявлении у больного онкологического заболевания врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют больного на консультацию в центр амбулаторной онкологической помощи, либо в первичный онкологический кабинет, первичное

онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

В медицинской карте пациента (форма № 025/у) фиксируются признаки наличия онкологического заболевания, и оформляется направление к врачу-онкологу на первичную диагностику.

2. Проведение диагностики

Оказание приема в центре амбулаторной онкологической помощи, первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении должно быть проведено не позднее 5 рабочих дней (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.02.2019 № 48н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915н) с даты выдачи направления врачом-специалистом/ врачом-терапевтом. После проведения приема врач-онколог устанавливает предварительный диагноз ЗНО и направляет пациента на диагностические исследования для подтверждения диагноза. Также проводится взятие биопсийного материала в течение одного дня с даты установления предварительного диагноза и выдается направление в патолого-анатомическое бюро (отделение) на прижизненное патолого-анатомическое исследование материала (согласно Приложению №2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.02.2019 № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований»). Срок проведения исследования материала не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления материала. В случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован центр амбулаторной онкологической помощи (первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение), биопсийного (операционного) материала, проведения иных диагностических исследований пациент направляется лечащим врачом в онкологический диспансер или медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

По результатам всех исследований врач-онколог подтверждает или опровергает диагноз ЗНО, параллельно с этим направляя заполненную форму № 025/у. Если результат не подтвердился, пациент направляется к врачу-специалисту для постановки на диспансерное наблюдение. Если результат подтвердился, то врач-онколог центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения создает извещение о пациенте с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО (форма № 090/у) и направляет его в онкологический диспансер или медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания врачом- онкологом центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения) и оказания

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Извещение может быть заполнено врачами всех медицинских организаций всех ведомств, любой подчиненности, всех форм собственности, выявившими новый случай злокачественного новообразования. Извещение направляется в окружной онкологический диспансер/диспансерное онкологическое отделение по месту постоянной регистрации больного. Далее создается направление в онкологический диспансер для дальнейшего лечения пациента.

3. Лечение онкологического заболевания

В онкологическом диспансере производятся дополнительные исследования и определяются тактика лечения (лекарственная терапия, радиотерапия, хирургическое лечение). При этом выработка тактики лечения должна осуществляться с учетом подтверждения диагноза, полученного от референсного центра.

Срок начала лечения не должен превышать 14 календарных дней с даты гистологической верификации ЗНО или 14 календарных дней с даты установления предварительного диагноза. Все больные с подтвержденными онкологическими диагнозами регистрируются в канцер-регистре. Диагноз может быть установлен в процессе

диагностики, при лечении или посмертно. Тактика лечения больного устанавливается консилиумом врачей- специалистов (онкологов, радиотерапевтов, хирургов, химиотерапевтов и др.), при этом:

- определяется необходимость оперативного вмешательства;
- формируются рекомендации по медикаментозному лечению.

Проводится лечение пациента по выбранной тактике и, если лечение не дало результата, то тактика лечения меняется. Если лечение дало положительный результат, пациента выписывают из диспансера с постановкой на пожизненное диспансерное наблюдение.

После выписки онкологического больного эпикриз заболевания (результаты исследования, подробное описание операции и т.д.) и выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием должны быть высланы в медицинскую организацию, оказывающую первичную специализированную помощь по профилю «онкология» территориального (областного, республиканского, краевого) уровня по месту постоянного жительства больного, в трехдневный срок с момента заполнения, а также должны быть внесены в медицинскую карту амбулаторного пациента.

Если после смены тактики лечение не дало ожидаемого результата, то пациента направляют в федеральную медицинскую организацию, либо в организацию, оказывающую паллиативную помощь.

4. Диспансерное наблюдение

Больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в центре амбулаторной онкологической помощи, а в случае его отсутствия – в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются:

- в течение первого года – один раз в три месяца;
- в течение второго года – один раз в шесть месяцев;
- в дальнейшем – один раз в год.

В зависимости от нозологической формы ЗНО различаются сроки и медицинские мероприятия на этапе диспансерного наблюдения. Медицинский персонал медицинской организации, наблюдающей больного, должен уведомлять больного о необходимости явиться на очередной диспансерный осмотр, а также получать информацию о состоянии пациента. Все медицинские мероприятия, оказанные на этапе диспансерного наблюдения, фиксируются в регистрационной карте больного ЗНО и, соответственно, попадают в канцер-регистр. Больные, о которых онкологическое учреждение не имеет сведений в течение отчетного года, считаются выбывшими из-под наблюдения. Больной после прохождения стационарного лечения записывается на прием и посещает врача-онколога для постановки на диспансерное наблюдение. Врач-онколог на основании полученной информации из медицинской карты амбулаторного пациента, извещения о впервые в жизни

установленном диагнозе ЗНО, выписки больного ЗНО, медицинской карты стационарного больного заполняет контрольную карту диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием.

5. Паллиативная помощь

При наличии распространенной или неоперабельной формы онкологического заболевания, пациенту оказывается паллиативная (в том числе специальная паллиативная) помощь. Целью назначения такой помощи являются продление жизни пациента, эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц до момента их смерти. Помощь оказывается во всех случаях, кроме:

- наличия противопоказаний к специализированной помощи;
- юридически оформленного отказа пациента от специализированной помощи;
- отсутствия возможности проведения специализированной помощи по другой причине.

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляют:

- врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;
- врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения [2].

Организация онкологической службы за рубежом

Для примера возьмём США, где показатели смертности и выявляемости ЗНО на ранних стадиях имеют очень хорошие результаты.

В исследовании Американского онкологического общества (ACS) отмечается, что за 25 лет — с 1991 по 2016 год — смертность от онкологических заболеваний в США сократилась на 27%. А это означает, что удалось сохранить жизни более 2,6 млн американцев [6].

Однако в США даже в государственных клиниках любые медицинские услуги оказываются на платной основе, и какой либо онкологической службы или системы оказания онкологической помощи в принципе нет, а некоторые слои общества, около 20% вообще не имеют доступа к медицинской помощи, т. к. у них нет страховки. В чем успех снижения смертности от ЗНО в США?

Главной причиной исследователи ACS называют снижение числа курильщиков с 1960-ых и по настоящее время, и сейчас наблюдается отдаленный эффект (пачка обычных

сигарет 800-900 р.). Кроме того это снижение произошло за счет улучшения ситуации с выявлением ЗНО на 1 и 2 стадии за счет относительно эффективных программ скрининга. Кроме того стоит отметить в последние десятилетие рост моды на здоровое питание, снижение в пище жиров и мяса, сахара, и увеличение в рационе овощей и фруктов.

Заключение

Проводимая модернизация онкологической службы однозначно будет иметь положительный эффект в виде увеличения скорости оказания онкологической помощи больным с подозрением на ЗНО. Однако, имея в виду существующие программы скрининга, и то что их выполнение находится в руках первичного звена, а так же отсутствие четкой программы профилактики на гос. уровне, можно предположить, что снижение уровня смертности от ЗНО не будет таким значительным, как в США [1,3]. Например, на данный момент отмечается рост курения среди женщин, а следовательно через 15-25 лет это будет рост показателей по раку легкого [4,5].

Список литературы

1. Нечаева О.Б. Оценка оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях в России // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-pri-onkologicheskikh-zabolevaniyah-v-rossii> (дата обращения: 19.02.2021).
2. МЗ РФ, КОНЦЕПЦИЯ создания Федеральной системы «Онкология» (вертикально-интегрированной медицинской информационной системы по профилю «Онкология») 2019 г. rosminzdrav.ru
3. Пикалова Л.В., Ананина О.А., Жуйкова Л.Д., Одинцова И.Н., Кудяков Л.А. Состояние организации онкологической помощи сельскому населению Томской области // Российский онкологический журнал. 2016. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-organizatsii-onkologicheskoy-pomoschi-selskomu-naseleniyu-tomskoy-oblasti>
4. Александрова Л.М., Старинский В.В., Калинина А.М., Каприн А.Д., Бойцов С.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В 2013-2014 ГГ. // Терапевтический архив. 2016. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-vyyavleniya-zlokachestvennyh-novoobrazovaniy-pri-dispanserizatsii-naseleniya-v-2013-2014-gg>
5. Валькова Л.Е., Левит М.Л., Мерабишвили В.М., Панкратьева А.Ю., Дубовиченко Д.М., Агаева А.В., Рыжов А.Ю., Потехина Е.Ф., Вальков М.Ю. Первичная