

## Доступность и качество онкологической помощи в России

Каковы особенности предоставления специализированной медицинской помощи в такой сложной и ресурсозатратной области медицины, как онкология? Каким образом Минздрав РФ и Ассоциация онкологов России могут повлиять на качество подготовки кадров для профильных медучреждений? Эти и другие актуальные темы осветили ведущие эксперты.

**С**пециалисты так-же подвели итоги VIII Всероссийского съезда онкологов России, который прошел в Санкт-Петербурге 11–13 сентября 2013 года.

**Михаил Иванович Давыдов, д.м.н., академик, главный онколог Минздрава РФ, директор РОНЦ им. Н.Н. Блохина, профессор, заведующий кафедрой онкологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, заслуженный деятель науки РФ:**

VIII Всероссийский съезд онкологов России главным образом был посвящен организации онкологической помощи нашим гражданам. Обсуждались ее проблемы, мешающие реализовать федеральные целевые программы, особое значение придавалось вопросам образования профильных специалистов и тому подобным вопросам.

Это был один из эффективных съездов, потому что в нем участвовали представители Минздрава РФ, чиновники высокого уровня, такие как директор Департамента специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации Игорь Геннадиевич Никитин. Он является крупным специалистом, настоящим профессионалом



Профессор С.А. Тюляндин

и поэтому не формально присутствовал на съезде как чиновник от Минздрава, а активно участвовал в дискуссиях, в научной программе (выступил с блистательной лекцией). На мой взгляд, это была замечательная, но, к сожалению, забытая модель эффективного взаимодействия Министерства здравоохранения и профессионального сообщества.

**Корреспондент:** По итогам работы съезда была принята резолюция. Какие вопросы в ней затронуты?

**М.И. Давыдов:** В этой резолюции было две основные части: первая



Академик М.И. Давыдов

адресована Ассоциации онкологов: какие необходимо предпринять шаги, чтобы онкологическая помощь на территории РФ оказывалась одинаково всем гражданам; вторая – Министерству здравоохранения: необходимо после обсуждения внести корректировки в некоторые приказы Минздрава, которые, с моей точки зрения, реально мешают выполнять те профессиональные задачи, которые поставлены перед нами.

Мне кажется, что на съезде мы нашли довольно конструктивное и правильное решение, которое будет рассмотрено в ближайшее время на коллегии Министерства здравоохранения. Будут обсуждаться



Профессор В.Г. Поляков

некоторые положения по целому ряду нормативных документов, которые издает Минздрав РФ.

Те положения, которые изложены в резолюции съезда, в полном объеме могут серьезно повлиять на ситуацию по оказанию онкологической помощи в нашей стране. Есть целый ряд субординационных вопросов, касающихся наличия головных институтов, отвечающих за профильную патологию. Я настаиваю на том, чтобы были созданы национальные онкологические центры, которые должны отвечать за профильную патологию. Чиновники уполномочены правительством страны реализовывать законы. А мы – «руки» Минздрава

для реализации этих законов. Я считаю, что силами головных центров нужно создать систему, при которой профессиональное сообщество будет контролировать на всей территории РФ состояние онкологической помощи, ее качество, кадровое и лекарственное обеспечение. Все коммуникации должны осуществляться по системе обратной связи.

Приведу пример: лучшая модель системы онкологической помощи выстроена в Японии. Там есть один Национальный противораковый центр, а под его руководством работает 80 профильных госпиталей, которые действуют в единой связке, оказывают помощь пациентам по единой методологии. Обо всех недочетах в работе этих госпиталей тут же докладывается в центр, и мгновенно ситуация исправляется. Во всех прогрессивных странах государство отвечает за здоровье нации, у нас в том числе. Поэтому эту проблему нужно решать силами государственных центров. С моей точки зрения, это та организационная модель, которая полностью подходит для онкологической службы. Наша специальность многопрофильная. Этим она отличается от остальных видов медицинской деятельности. Онкология включает и кардиологию, и неврологию, и психиатрию, это гигантский многопрофильный раздел – от нейроонкологии до ортопедии (и у взрослых, и у детей). Там работает колоссальное количество медработников разного уровня, класса и специализации. И всех их нужно консолидировать.

**Корреспондент:** *Какая в настоящее время ситуация с кадрами?*

**Сергей Алексеевич Тюлядин, д.м.н., профессор, замдиректора по научной работе, руководитель отделения клинической фармакологии и химиотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, председатель Общества онкологов-химиотерапевтов (RUSSCO):**

На съезде была представлена информация о заполняемости ставок в онкологических учреждениях: заполнено 66–67% ставок онкологов, не хватает примерно трети радиологов. Но самая печальная картина складывается в системе морфологической службы, где не хватает две трети специалистов. Таким образом, сегодня онкологическая служба работает в условиях кадрового голода. Этот вопрос требует и обсуждения, и усилий, в том числе со стороны государства. Сейчас идет кампания по повышению заработной платы врачей в регионах. Я не знаю, насколько это скажется на кадровых вопросах, но необходимо также работать над повышением престижа специальности, особенно в области морфологии.



*На съезде была представлена информация о заполняемости ставок в онкологических учреждениях: заполнено 66–67% ставок онкологов, не хватает примерно трети радиологов.*

Это длительный процесс и, вероятно, в ближайшие 3–5 лет мы все равно будем испытывать кадровый голод.

**М.И. Давыдов:** Причина проблемы нехватки кадров – в устаревшей модели последиplomного образования. Этот вопрос нужно обсуждать на соответствующем уровне, искать варианты модернизации этого образования. Что такое нехватка морфологов? Это означает, что половине онкологических больных не поставлен морфологически подтвержденный окончательный диагноз, а значит, лечение будет неправильным, несвоевременным.

США демонстрируют опыт успешного лечения рака молочной железы – излечение происходит в 96–98% случаев. В России

этот показатель официально обозначен как 60%, но я думаю, что и с этой цифрой чиновники лукавят. Это связано с тем, что 40% пациентов в стране не имеют морфологического диагноза. Отсутствует система подготовки патологоанатомов, специализирующихся на онкоморфологии. Эта профессия сегодня не престижна. Кроме того, в стране довольно много мусульманских регионов, где вообще негативно относятся к такой службе, как патологическая анатомия. И установить окончательный диагноз после смерти больного, прибегнув к вскрытию, весьма проблематично.

Я беседовал с крупнейшим российским онкоморфологом академиком Георгием Авраамовичем Франком, одним из основоположником отечественной школы

онкоморфологов. Он жаловался, что в стране сейчас нехватка морфологов настолько велика, что есть области, в которых онкологические учреждения не имеют своей патологоанатомической службы. Врачи вынуждены обращаться в областные патологоанатомические бюро, чтобы там провели соответствующее исследование. Понятно, что требования к проведению таких исследований не соблюдаются, условия транспортировки и изучения препарата не соответствуют положенным. Поэтому качество исследований сильно страдает.

Что касается образования, то это действительно большая проблема, которую нужно обсуждать с организаторами постдипломного образования и с участием Минздрава. Нужно пересмотреть целый ряд положений о повышении квалификации молодых специалистов. «На обе ноги хромает» и само институтское образование. Я как председатель комиссии, принимающий молодых врачей на стажировку в онкологический центр, каждый год провожу экзамены в ординатуру. Должен сказать, что есть люди с таким уровнем знаний, что складывается впечатление, что они пришли прямо с улицы, а не закончили вуз. С этим нужно серьезно работать.

**Корреспондент:** *Существует ли проблема кадров в детской онкологии?*

**Владимир Георгиевич Поляков, д.м.н., профессор, главный детский онколог Минздрава РФ, замдиректора НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, завкафедрой детской онкологии РМАПО Минздрава РФ (на базе НИИ детской онкологии и гематологии):**



В детской онкологии проблем во много раз больше. Это касается и оказания помощи на местах, и уровня подготовки работающих кадров. Существуют кафедры, на которых люди проходят ординатуру, далее они могут либо поступить в аспирантуру, либо они возвращаются по месту жительства. Дело в том, что у нас мало таких кафедр, и если мы приглашаем молодого человека в ординатуру, это означает, что он едет из Иркутска, Ханты-Мансийска, Владивостока, оставляя семью, детей или имеющиеся там перспективы. Это всегда происходит крайне сложно и болезненно. Кроме того, людям, которые приезжают сюда, нищенская стипендия не позволяет нормально существовать. И заработная плата у детских онкологов невысока. А ведь профессия и так непрестижна из-за своих трудностей, моральных соображений, психологических моментов работы с детьми онкологического профиля.

**М.И. Давыдов:** Детская онкология – это эмоционально тяжело. Во-первых, это трагедия в семье, а во-вторых, дети со злокачественными опухолями – совершенно особая категория детей. Они уже прошли все круги ада. К счастью, детская онкология на несколько порядков эффективней по результатам лечения в сравнении с взрослой онкологией. Примерно 85–90% заболевших детей при адекватном лечении выздоравливают. Эти дети, после того как пройдут весь цикл противораковой онкологической терапии, полностью вылечиваются, возвращаются к нормальной жизни, рожают полноценных детей. К счастью, таких детей мало – 3,5–4% от всех больных с онкологической патологией.



*Примерно 85–90% заболевших детей при адекватном лечении выздоравливают. Эти дети, после того как пройдут весь цикл противораковой онкологической терапии, выздоравливают, рожают полноценных детей и в дальнейшем ведут здоровый образ жизни. К счастью, таких детей мало – 3,5–4% от всех больных с онкологической патологией. Суммарно на территории РФ это 3 500–4 000 детей в год.*

гией. Суммарно на территории РФ это 3 500–4 000 детей в год.

Стратегия развития данного направления медицины – это проблема, которую можно решить силами двух-трех специализированных центров. Ведь педиатр за свою жизнь может не встретиться с ребенком, страдающим онкологическим заболеванием. Задача врача первичного звена – заподозрить он-

кологическую патологию, поставить диагноз и отправить больного малыша в специализированный центр. Многие такие пациенты лечатся в детских гематологических отделениях областных больниц. Если там их лечат более-менее адекватно, то дети, имеющие соматическую патологию (поражение костей, ЦНС, врожденные дефекты брюшинного пространства, почки) зачастую на местах не получают нужного лечения. Это проблема, которую нужно решать. Строить в каждой области научный онкологический центр бессмысленно и дорого. Нужно уметь вовремя выявить болезнь у ребенка и направить его в специализированное учреждение, имеющее опыт эффективного профильного лечения. Это проблема чисто коммуникационного и организационного характера.

**В.Г. Поляков:** Мы неоднократно обращались в Минздрав с идеей в каждом федеральном округе построить по одному хорошему клиничко-диагностическому онкологическому центру, где будут

работать и педиатры, и химиотерапевты, и детские хирурги-онкологи, где будет возможность проводить лучевую диагностику и терапию, химиотерапию. В то же время там будет хороший коллектив докторов, которых можно подготовить на федеральных базах. Когда, например, в Тверской области за год заболевает 15 человек, понятно, какая практика будет там у врача-онколога. Мы стараемся реализовать эту идею, но, к сожалению, не все удается.

Мы создали порядки оказания медицинской помощи больным онкологического профиля (и взрослым, и детям).

Если у взрослых порядок более или менее обеспечивается, потому что по всей стране существуют онкологические диспансеры (районные, областные, окружные, институты федерального уровня), то в детской онкологии – с этим огромная проблема. Прежде всего существует проблема кадров. В ЛПУ должно быть определенное количество штатных единиц, но этот порядок нигде не соблюдается. Если посмотреть на европейскую или американскую систему ухода за больным ребенком, то там нагрузка на врача составляет пять больных, а на медицинскую сестру – шесть. У нас у дежурной сестры – 30–35 больных. Понятно, что уровень оказания помощи больным оставляет желать лучшего.

**Корреспондент:** Как врачу получить узкую специализацию: «онколог», «химиотерапевт», «детский онколог»?

**М.И. Давыдов:** Специалист по окончании вуза называется «врач-лечебник». Он в дальнейшем может проходить субординатуру



по хирургии, терапии, акушерству-гинекологии, но эта специальность не отражается в его дипломе. Настоящую профессию он приобретает на этапе постдипломного образования – за два года в ординатуре. Если речь идет об онкологии, то он становится специалистом в области онкологии-хирургии, онкологии-химиотерапии, онкологии-радиологии и детской онкологии.

Когда человек в нашем центре заканчивает ординатуру и аспирантуру, мы его тренируем, но все равно полностью доверить ему ведение пациента еще нельзя. Если он изучал хирургические дисциплины, его еще нужно обучать практическим навыкам 5–6 лет для того, чтобы он был самостоятельным специалистом.

Во всем мире эта проблема решается по-другому. На этапе постдипломного образования врачи заканчивают резидентуру. В зависимости от специальности эти резидентуры имеют разную продолжительность: например, по грудной хирургии предусмотрено 5 лет стажировки, по нейрохирургии – 7 лет. Причем это настоящая «потогонная система»: резиденты живут в госпитале и являются его основной рабочей силой. В свое время я сам пожил с такими резидентами и посмотрел, как их готовят. Они встают в 6 утра, на ходу берут из автомата гамбургер и кофе, садятся в зале и слушают лекцию, например, по пластике грыжевого канала. После этого они идут в операционную и с утра до вечера ассистируют хирургам при различных операциях. Эта модель позволяет подготовить не каких-то специалистов-асов, а всего лишь дать приемлемый средний уровень подготовки. Один из моих учеников, который в свое время уехал в США и прошел там 2 резидентуры подряд, сегодня является одним из главных хирургов крупнейшего госпиталя.

Необходимо и в России пересмотреть модель подготовки кадров, а для того, чтобы она была эффективной, нам нужно сделать профессию престижной. А это можно сделать только тогда, когда к медицине будут относиться с уважением, не будут воспринимать ее как сферу обслуживания. Такой подход противоречит идеологии российского врача. Когда медицину относят к сфере обслуживания, когда это услуга, за которую нужно платить, деформируется само понятие медицинской помощи, и возникает целый ряд проблем этического и организационного плана.

**С.А. Тюляндин:** В нашей стране очень актуален вопрос увеличения продолжительности постдипломного образования – для того, чтобы подготовить специалиста более высокого уровня. Но вопрос его финансовой поддержки в долж-

ной мере не решен: до недавнего времени стипендия ординатора была 2 тысячи рублей в месяц. И таким образом он учится два года. Если сейчас мы говорим об увеличении срока обучения до 4–5 лет, то представьте молодых людей, только вступивших в жизнь, не только может, уже обзавелись семьями. Если посадить их на несколько лет на нищенскую зарплату, я думаю, что на выходе мы не получим ни одного специалиста. Сегодня очень трудно говорить об увеличении срока постдипломного обучения, если не будет решен этот вопрос. Сейчас стипендия составляет 6 тысяч рублей. Для Москвы это крайне мало, учитывая высокую стоимость жизни в столице.

**М.И. Давыдов:** Я недавно смотрел прейскурант на оплату общежития аспирантов онкоцентра – это 7 тысяч рублей в месяц. Как аспирант может оплатить общежитие, если он получает стипендию 6 тысяч рублей? Нужно общежитие делать бесплатным – за счет учреждения. В Европе аспиранты получают 1,5–2 тысячи евро, причем им бесплатно предоставляется общежитие, они имеют льготы на питание и транспорт. Там есть заинтересованность в том, чтобы готовить национальные кадры в области здравоохранения. Не может хорошо работать нищий врач, когда он обслуживает людей, которые на 3–4 порядка состоятельней его. Иначе его

сознание будет деформировано с молодости.

**Корреспондент:** Согласно стандартам оказания онкологической помощи, она должна быть качественной. Эти стандарты должны быть одинаковыми для всех либо создаваться для каждого региона в отдельности, подстраиваясь под какие-то его особенности?

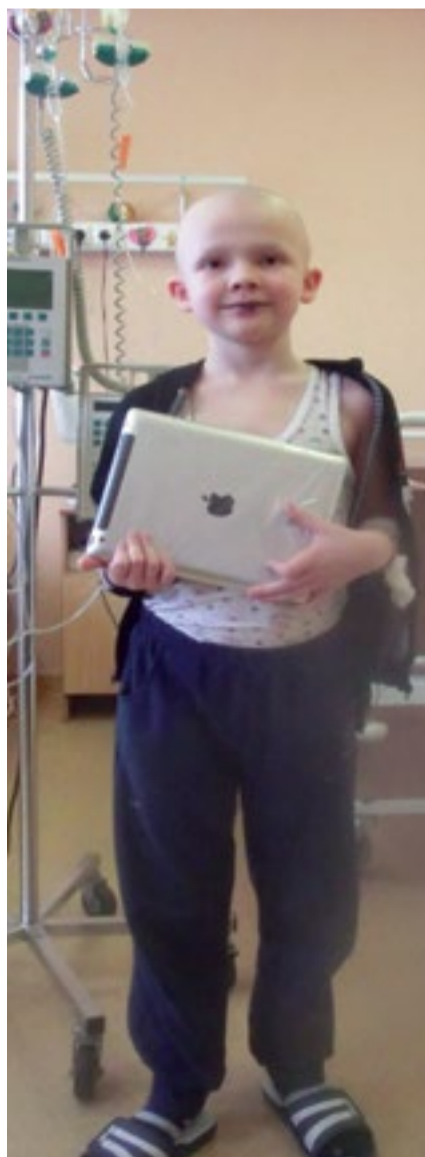
**М.И. Давыдов:** Надо понимать, что такое стандарт и что такое клинические рекомендации по лечению того или иного вида заболевания. Стандарт лечения – это некоторый объем финансирования на лечение пациентов. Клинические рекомендации – это то, как нужно лечить заболевание.

С моей точки зрения, стандарт – это вообще не наша проблема. О стандартах оснащения ЛПУ мы еще можем говорить. А вот стандарты лечения нужны лишь с точки зрения некоего планирования затрат на лечение. В основном это нужно страховым компаниям. Причем сегодня они все частные, но работают с государственными деньгами, с деньгами страхового фонда. Это нелепая конструкция, которую никто внятно не может объяснить. Каким образом государственный страховой фонд заключает договоры с частными компаниями, передавая им в руки государственные деньги для оплаты деятельности государственных

учреждений? Эта модель вызывает целый ряд вопросов. Зачем нам этот ненужный посредник между государственным фондом и государственным учреждением? Но тем не менее эта модель существует. Допустим, Минздравом предложены стандарты лечения и переданы в регионы. Но регионы не могут их выполнить, так как у них нет необходимых средств. Этот вопрос постоянно дискутируется.

Задача федеральных центров – создавать современные клинические рекомендации, технологии для внедрения их в широкую практику. По сути, мы как федеральный центр должны работать с областными и краевыми диспансерами, исправляя их ошибки, обучая, направляя, контролируя качество лечения. Но сегодня такой вертикали пока нет. Я надеюсь, что по мере реализации резолюции съезда мы ее создадим.

Почти 40 лет я занимаюсь вопросами онкологии, и все 40 лет мы говорим на одну и ту же тему: к нам поступают пациенты с запущенными стадиями болезни. Мы недовольны тем, что пациенты обращаются к нам тогда, когда мы уже не можем их излечить, а можем лишь немного продлить им жизнь. Нужен конструктивный диалог с руководством Минздрава. Сегодня это возможно, потому что нынешнее руководство понимает необходимость консолидации усилий профессионального сообщества и чиновников.





У меня создается впечатление, что в течение ближайших 1,5–2 лет мы сможем создать некую конструкцию, которая будет в какой-то степени удовлетворять наши потребности.

Ни одна страна в мире в полном объеме не может обеспечить своих граждан противоопухолевыми лекарствами, потому что они очень дорогостоящие. У нас пока недостаточно развиты собственное фармпроизводство и приборостроение в медицинской промышленности. Поэтому мы вынуждены в основном закупать импортное оборудование. Оно порой ломается, и так как обслуживается зарубежными производителями по условиям договора, то нам приходится ждать по 2–3 месяца, когда придет новая запасная часть, чтобы запустить, например, линейный ускоритель. Нередко это оборудование бывает задействовано в течение года на 15–20% от своих технических возможностей. А в некоторых учреждениях нашей страны оно стоит в ящиках, потому что нет специалистов для работы на нем.

Как сегодня нужно готовить врача-радиолога, радиотерапевта, медицинского физика? Эти вопросы нужно обсуждать с чиновниками Минздрава.

*Сейчас разрешено оказывать первую специализированную онкологическую помощь в многопрофильных больницах, имеющих соответствующие лицензии. В основном это касается хирургии: хирургическому сообществу интересны большие операции, которые выполняются в онкологии.*

Проблем в онкологии значительно больше, чем в других монопрофильных дисциплинах. Что такое профессиональное звено онкологической помощи? Например, НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН имеет опыт протезирования конечностей у детей, где у 95% пациентов сохраняют конечности при остеогенной саркоме, в то время как по всей стране у 95% детей от 5 до 16 лет делают ампутацию конечностей. НИИ детской онкологии и гематологии – единственный многопрофильный институт в стране, который решает все проблемы в детской онкологии – от ЦНС до ортопедии. Это единственная школа кадровой подготовки.

Конечно, нужно готовить специалистов на базе крупных федеральных центров, имеющих научные и практические коллективы и специалистов соответствующего класса, которые могут не только прочитать лекции, но и передать свой практический опыт.

Появление квот на высокотехнологичное лечение (некий сертификат на оплату медицинских услуг) у меня это вызвало резкое отторжение. Что за абсурд? Во-первых, не высокотехнологичной помощи в онкологии нет, она всегда высокотехнологичная, специализированная. С какой стати пациент, живущий, допустим, в Муроме, должен приобретать квоту, чтобы лечиться в онкологическом центре? Ему не да-

дут эту квоту и предложат лечиться по месту жительства. Таким образом, идет борьба за деньги. Организаторы здравоохранения в России придумали некую философию: «деньги идут за больным». Получается, что больной уже никому не интересен – нужны его деньги на лечение.

Нужно, чтобы квоты давались на равных условиях областным больницам и федеральным центрам, которые готовили специалистов для этих областных больниц. Зачем нам готовить специалистов для этих учреждений, если там будут лечить больных, а с рецидивами направлять к нам?

С моей точки зрения, создана деструктивная модель управления всем процессом финансирования здравоохранения, которая привела ко многим дополнительным проблемам. Сейчас нет серьезной мотивации для подготовки кадров, а они должны быть. Появятся они тогда, когда федеральный центр будет отвечать за состояние медицинской помощи на всей территории РФ или в той зоне, которая ему поручена. Здесь имеется много спорных вопросов, которые мы обсуждаем. Но конструктивных решений пока никто не принимает.



**С.А. Тюляндин:** Мы наблюдаем процесс централизации и видим, что федеральный центр передает регионам свои полномочия, не подкрепляя это соответствующей финансовой помощью. Теперь у нас губернаторы отвечают за лечение онкологических больных и похоже, что мы придем к тому, что у нас будет 89 различных стандартов лечения одной и той же патологии. Это, конечно, совершенно недопустимо. Сегодня в законе написано, что медицинская помощь осуществляется на основании порядка и стандартов лечения. Когда непонятно, что это за стандарты, крайним останется врач.

**Корреспондент:** Работает ли порядок оказания онкологической помощи детям, принятый в 2012 году?

**В.Г. Поляков:** Мы подготовили этот порядок – получилось что-то более или менее толковое со штатным расписанием, нагрузкой врачей и медицинских сестер, штатным обеспечением каждого подразделения. Но он практически еще нигде не реализован, потому что для этого должны быть большие финансовые вливания. Мы написали 36 стандартов, в которых прописаны порядки оказания помощи с учетом возможностей подразделений в виде трехуровневого механизма. На самом деле – это мертворожденная модель, так же как и модель с квотами. Если зашла речь о том, что «деньги должны идти за пациентом», то они должны идти за ним по финальному принципу. Когда выделяют 109 тысяч рублей на квоту онкологическому больному, это в корне неправильно. У нас есть некоторые препараты, которые стоят 1,5 миллиона рублей. Иногда больному проводят банальную химиотерапию, у него возникают осложнения и в конечном итоге онкологический научный центр тратит на этого больного 1,5 миллиона рублей.

**Корреспондент:** В этом году был зарегистрирован в Минюсте России приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю онкология», который вызывает массу эмоций в профессиональном сообществе. Нужно ли вносить в него какие-то изменения?

**М.И. Давыдов:** Несомненно, данный приказ нуждается в очень серьезной корректировке. Свое мнение по этому вопросу я высказал директору Департамента специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации. Сейчас разрешено оказывать первую специализированную онкологическую помощь в много-

профильных больницах, имеющих соответствующие лицензии. В основном это касается хирургии: хирургическому сообществу интересны большие операции, которые выполняются в онкологии. Но помимо интереса нужно иметь и определенный уровень подготовки. Просто выданная на кафедре лицензия не имеет к делу никакого отношения.

В итоге у нас создается впечатление, что качество медицинской помощи гражданам от этого вовсе не улучшилось. Мы считаем, что онкологическими больными должны заниматься учреждения, которые в состоянии оказать комплексное лечение пациента. Сегодня к нам множество обращений по поводу рецидивов, мы вынуждены проводить повторные операции. Мы опять пришли к тому, с чего начали: «деньги идут за больным». На совещании Минздрава мы будем корректировать некоторые положения приказа № 915н для того, чтобы четко определить порядок оказания онкологической помощи гражданам.

Есть одна довольно серьезная проблема: когда мы говорим, что наше онкологическое сообщество в полной мере соответствует по своей квалификации современным требованиям, то мы лукавим. Ряд учреждений действительно имеет такие условия и квалифицированно оказывает помощь, но некоторые учреждения онкологического профиля это делают на очень низком уровне, специалисты, работающие там, тоже не имеют достаточного уровня квалификации. Такие учреждения нуждаются в серьезной экспертизе, которую нужно проводить силами профессионального сообщества. Мы провели в ряде учреждений мастер-классы (читаем там лекции, оперируем), в одной из областей силами 8 профессоров за неделю мы выполнили 52 показательные операции. Насколько это помогло, сказать не могу. Плановая, системная работа в этом направлении, безусловно, изменит ситуацию.

Самое главное – контроль качества. У нас ведь существует финансовый контроль, и любой руководитель, нарушивший нормативы финансовой деятельности, несет наказание. Должны быть и контролирующие органы со стороны профессионального сообщества над качеством медицинской помощи в регионах. Тут возникают определенные проблемы – существует закон о разграничении полномочий центра и регионов. Мы не имеем права осуществлять в регионе свои контрольные мероприятия. Почему? В любой цивилизованной стране есть референс-центры, которые способны и должны консультировать учреждения (как по их желанию, так и без него). Эту систему надо



строить и у нас. РОНЦ имени Блохина – один из крупнейших центров в мире, это единственное учреждение в медицинском сообществе, которое признается на международном уровне, что позволяет обмениваться образовательными программами, кадрами, научными наработками и т.д. У нас огромный потенциал, нужно только его правильно распределить и направить.

**Корреспондент:** Какова роль скрининговых программ в ранней диагностике онкологических заболеваний?

**М.И. Давыдов:** Успех всей онкологической службы сегодня будет во многом обусловлен профилактическими медицинскими технологиями. В этом процессе должны участвовать в совокупности все структуры власти. Задача Минздрава и профессионального сообщества – совершенствовать современные системы доклинической диагностики, проводить поисковые скрининговые программы среди здорового населения. Это наиболее действенные меры, потому что если мы будем во время обследования подавляющего большинства граждан выявлять доклиническую стадию болезни, то резко повысим



эффективность лечения онкологических больных, намного уменьшив сегодняшние показатели смертности. Для этого нужны соответствующая организация, соответствующие формы ее работы и соответствующее финансирование. Что такое скрининг? Он многообразен, для каждого вида патологии он разный: для РМЖ, рака легкого, шейки матки, простаты и т.п. Эта проблема пока на территории РФ не решена, даже в пилотных проектах.

Мы должны найти средства для проведения скрининговых программ. Я до конца не понимаю пользу частно-государственного партнерства (ЧГП). Когда человек вкладывает средства в частный бизнес, он четко знает, что со временем может их вернуть. А какова степень ответственности ЧГП? На мой взгляд, привлечение таких мощных инвесторов, как банки, для финансирования скрининговых программ, – это другое дело. Поставить задачу банкам может только государство. Привлечение таких структур, имеющих мощный потенциал, может сдвинуть эту проблему с мертвой точки. У Минздрава таких денег нет. Либо государство выделит транш для этих скрининговых программ, либо обяжет их финансировать некоторые олигархические системы.

**Корреспондент:** *Может ли пациент, не имея квоты, попасть на лечение в федеральный онкологический центр?*

**Давыдов М.И.** Законом определено, что каждый гражданин имеет право лечиться там, где он посчитает нужным. Другое дело, что игры с финансированием специализированной помощи (вы-

*Один из пунктов резолюции съезда – вопросы организации и создания на территории РФ оптимальной модели скрининговых программ. Можно быть настороженным сколько угодно, но если у врача нет специальных знаний, он никогда не распознает онкологическое заболевание, если оно не выросло больше головы.*

дача квот, направление по квотам) излишне бюрократизируют и в ряде случаев деформируют саму модель организации медицинской помощи. В принципе каждый гражданин может приехать в федеральный центр и получить лечение не по квоте, а за счет бюджетных средств. Таких пациентов, неудовлетворенных медицинской помощью по месту жительства, поступает очень много. Если они имеют областную или региональную страховку, то получают деньги по ней, но страховая медицина обычно не покрывает всех затрат. Мы постоянно вынуждены тратить средств большие, чем положено по инструкции. В итоге комиссия из страховых компаний нас штрафует и, по сути, мы лечим за свой счет. Онкологический центр работает с 22 страховыми компаниями. Это 44 проверки в месяц. Мы грузовиками возим документацию, чтобы отчитываться, а нас еще и капитально штрафуют. Эта модель была бы хороша, если бы мы были частной компанией, которая имеет кредитные деньги. Но мы государственное учреждение и работаем с государственными деньгами, а нас штрафует частная компания. Это абсурдная ситуация, при которой

частная компания держит в напряжении федеральное учреждение.

**Корреспондент:** *Если оценивать уровень оказания онкологической помощи в нашей стране, выделяется ли как-то Москва среди остальных регионов? Можете ли вы назвать регионы, которые в этом плане неблагоприятны?*

**М.И. Давыдов:** Качество оказания медицинской помощи в регионах разное, диапазон – от высокого современного класса до самого низкого уровня, в том числе и в Москве. Конечно, Москва – более благополучный регион – здесь достаточно много коммуникаций, высокая концентрация оснащения и специалистов. Хотя можно привести достаточно много примеров, когда к нам поступают люди с очень запущенной стадией болезни, проходившие до этого длительное время лечение в некоторых учреждениях столицы.

Если говорить об отдаленных регионах, то, например, состояние онкологической помощи в Якутии на сегодняшний день – просто устрашающее: оснащенность диспансера не менялась с 50-х годов,

низкая кадровая обеспеченность. Но у нас есть договоренность с президентом Якутии. Он направил к нам на стажировку около 30 молодых врачей, они уже третий год получают образование на базе онкологического центра для того, чтобы, вернувшись на родину, создать платформу для организации системной онкологической помощи гражданам. Там в ближайшее время планируется строительство нового национального онкологического центра.

В каждой области должен быть онкологический центр, соответствующий стандартам и уровню центра в Москве. Нужно сделать так, чтобы уровень оказания медицинской помощи, например в Архангельске, был ничуть не ниже, чем в Москве. Для этого центр нужно оснастить, научить специалистов и должным образом контролировать их работу.

**Корреспондент:** *Можете ли вы назвать регионы, где уже создана онкологическая школа хорошего уровня?*

**М.И. Давыдов:** Недавно мы проводили мастер-классы в Калуге. Там блестящий диспансер, прекрасно организованы диагностика и лечение. Многие врачи по несколько раз стажировались в нашем центре. Мне было приятно с ними оперировать, потому что у них очень высокий уровень подготовки. Великолепный диспансер, прекрасно подготовленный персонал в Уфе. Филиал онкологического научного центра отлично работает в Казани. В Томске существует мощный институт онкологии РАМН.

Но есть и регионы, где этого нет, и именно о них мы говорим. Все медучреждения в той или иной мере нуждаются в постоянной

поддержке, модернизации, дооснащении, освоении новых технологий, работающие там врачи – в повышении квалификации.

На мировых конгрессах постоянно представляют новые технологии, эту информацию нужно донести до регионов, научить использовать новшества. Мне не нравятся съезды, где все рапортуя лишь о своих достижениях. Толку от этого нет никакого. Мне нравятся съезды, на которых говорят о проблемах, неудачах, оценке осложнений. Этот опыт помогает специалистам идти вперед. На съезде в Санкт-Петербурге я был вынужден осадить одного из руководителей, повествующего о небывалых достижениях. Нет смысла обсуждать наши достижения в профессиональной аудитории, где все друг друга хорошо знают. Есть смысл обсуждать те проблемы и те недостатки, которые существуют. В этом задача любого съезда. С моей точки зрения, мы пока неважно делаем свое дело, мы сами не удовлетворены этим. И нам не поможет никакое правительство, если мы не будем понимать, что и как мы должны делать.

**Корреспондент:** Сейчас при закупке лекарственных препаратов выигрывают в основном дешевые дженерики. Как это отражается на качестве лечения?

**М.И. Давыдов:** Сегодня весь мир выпускает дженерики. По сути, это та же молекула, что и в оригинальном препарате. Вопрос только в качестве этой копии. Молекула бывает одна и та же, а ингредиенты, из которых делается препарат, могут быть некачественными. У нас есть ряд претензий к некоторым видам дженериков и к компаниям, которые, с нашей точки зрения, не в полной мере

выдерживают контрольные циклы выпуска продукции. В целом дженерики, которые выпускают компании мирового уровня, такие, как Roche, мы довольны. Это высокотехнологичный, более скоростной вариант получения препарата, позволяющий решать проблемы, связанные с получением в достаточном количестве лекарств для лечения пациентов. Это мировая практика. Дискуссии ведутся только в отношении качества этих дженериков. Оно оставляет желать лучшего у препаратов некоторых индийских компаний и некоторых отечественных. В результате происходит снижение эффективности лечения при увеличении токсичности. И это сразу видно.

**С.А. Тюляндин:** Дженерики более доступны и реально уменьшают стоимость курса лечения наших пациентов. Но здесь очень важна регулирующая роль государства. В первую очередь на этапе проведения регистрации препарата должны быть проведены соответствующие предклинические и клинические исследования, которые доказывают, что дженерик по своим свойствам идентичен оригинальному препарату. Второй важный момент – это контроль качества при выпуске препарата на российский рынок. У нас на фармацевтических производствах до сих пор не введен стандарт GMP. Поэтому как можно сравнить препарат, произведенный на предприятии вне рамок GMP, с препаратом, произведенным в соответствии со всеми требованиями? У нас практически отсутствует контроль государства за качеством препаратов, которые обращаются на рынке, несмотря на то, что в каждом федеральном округе Росздравнадзором созданы специальные лаборатории. Мы постоянно должны контролировать качество препаратов

и при обнаружении несоответствия установленному стандарту качества проводить соответствующие проверки, останавливать производство. Зайдите на сайт Росздравнадзора и посмотрите, какие препараты тестируются этими лабораториями. В основном вы увидите раствор глюкозы, физиологический раствор и т.п., а не те сложные формулы, к которым относятся противоопухолевые препараты. Что в реальности обращается на рынке, очень трудно понять. Если бы контроль был строгим, дженерики ничем не уступали бы оригинальным препаратам.

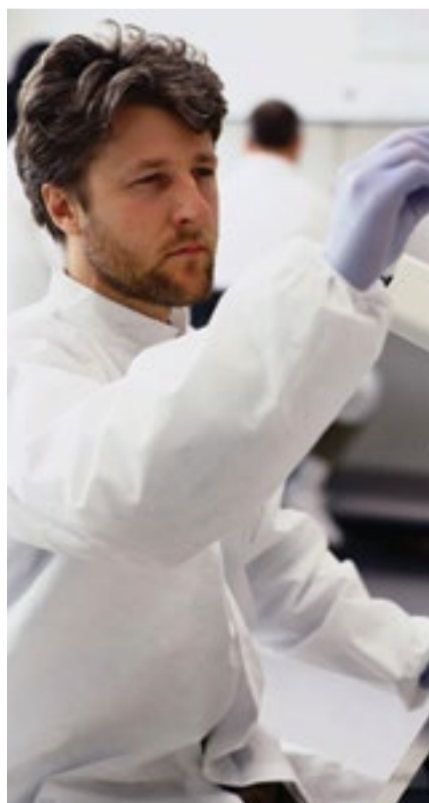
**Корреспондент:** В последние годы Минздрав очень настойчиво призывает врачей первичного звена к онкологической настороженности. Реализуется ли это каким-то образом на практике?

**М.И. Давыдов:** Я не понимаю, что такое «врач первичного звена». В советское время в ближайшей поликлинике бабушка могла получить консультацию любого специалиста. Сегодня появился врач первичного звена – некий суперспециалист, который должен знать все. Успех диагностики зависит от организации и широкого внедрения скрининговых программ. Их проводит не первичное звено, а профессионалы в данной области. Если в деревне вы поставите 25 маммографов, это не означает, что вы выявите раннюю стадию рака молочной железы. К ним должны прилагаться асы, которые нацелены на поиск полусантиметровых новообразований.

Один из пунктов резолюции съезда – вопросы организации и создания на территории РФ оптимальной модели скрининговых программ. Можно быть настороженным сколько угодно, но если у врача нет специальных знаний, он никогда

не распознает онкологическое заболевание, если оно не выросло больше головы. Даже онкологическую патологию у пациента с яркой клиникой этого заболевания не всякий врач увидит. Мы имеем массу примеров, когда в элитных учреждениях Москвы 8 месяцев смотрят желудок пациента гастроскопическим методом и лечат его от язвы желудка. Смотрим мы и ставим диагноз «тотальный рак с переходом на пищевод». Роль врача первичного звена сегодня в результате реформ в значительной мере деформирована. Условия работы врача сейчас таковы, что ему некогда работать с больными, он большую часть рабочего времени пишет отчетные документы, причем как в поликлинике, так и в стационаре.

**В.Г. Поляков:** Что касается педиатрической онкологической настороженности, то когда мы проводим обучающие курсы, читаем лекции для педиатров, то говорим об этом. На самом деле у врача возникнет онкологическая настороженность зачастую только тогда, когда он пропустит онкологическое заболевание. После этого резко повышается онкологическая настороженность, доходящая до массовой гипердиагностики. Во всех случаях, когда у ребенка болезнь протекает нетипично, не подается стандартным методам лечения, педиатр будет направлять его к онкологу. Если, например, мы сделали разбор позднего выявления в какой-либо больнице, то оттуда начинают поступать больные, но это продолжается в течение одной – двух недель, потом все идет на спад и об этом забывают. Бывают случаи, когда педиатр за всю жизнь не встречает в своей практике ребенка с онкологическим заболеванием.







**С.А. Тюляндин:** Вопрос взаимодействия онкологического сообщества с врачами первичного звена очень широко обсуждался на съезде в Санкт-Петербурге. С этого года запущена программа диспансеризации населения. В рамках этой программы осуществляется несколько тестов и исследований, направленных на выявление онкологических больных. Например, у женщин это маммография, взятие мазка с шейки матки. Мы предлагаем, чтобы онкологическая часть этой программы или проводилась, или хотя бы оценивалась специалистами-онкологами. Если выполняется маммограмма, то пусть она делается где угодно, но снимки должны анализировать специалисты, имеющие опыт ранней диагностики рака молочной железы. Если их будет смотреть обычный рентгенолог, то польза от таких тестов может быть невелика. А если это будет специалист, который видит десятки маммограмм каждый день, пользы будет гораздо больше. Взаимодействие с первичным звеном, с теми, к кому в первую очередь обращаются наши пациенты, важно.

**В.Г. Поляков:** Нам надо строить детские онкологические центры в ряде регионов страны, где уже имеются базовые организации, – в Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Краснодаре, Ростове-на-Дону, Иркутске, Владивостоке. Семь таких центров могли бы обеспечить 3 тысячи больных в год адекватной и полноценной помощью. Несколько лет назад я обращался с идеей об отдельном финансировании детской онкологии к Т.А. Голиковой. На мой взгляд, несколько олигархов могут решить эту проблему. Больных детей (3 500 в год) гораздо меньше, чем взрослых. Если привлечь к этому внимание сильных мира сего, было бы очень хорошо. Мы планируем объединить сообщество детских онкологов с Ассоциацией онкологов России. Это, на мой взгляд, будет способствовать консолидации, большей поддержке и правильному решению тех задач, которые мы ставим перед Минздравом.

**Тюляндин С.А.** Я специалист по лекарственному лечению злокачественных опухолей и могу сказать, что лекарственное обеспечение наших больных – это наиболее частая проблема, которая вызывает поток жалоб наших пациентов. В принципе, мы жертвы своих собственных успехов, потому что лет 20 назад лекарственная терапия была маломощной, болезнь быстро прогрессировала, больные погибали. В настоящее время лекарственная терапия стала важным этапом лечения онкологических больных. Она уже используется на самых ранних этапах, поддержи-

вая лучевую терапию или оперативное лечение, уменьшая шанс развития рецидивов и таким образом увеличивая процент выздоравливающих. У пациентов с метастатическим процессом, у которых раньше продолжительность жизни была 4–6 месяцев, мы переводим болезнь в хроническое состояние, при котором они живут годами, а это требует больше лекарств, делает вопрос о лекарственном обеспечении этих пациентов более острым.

**М.И. Давыдов:** За последние 10–15 лет произошел колоссальный прорыв в онкологии с точки зрения ее эффективности. Я помню то время, когда мы не успевали выписать больного после операции, а болезнь уже начинала прогрессировать. Сегодня более половины пациентов выздоравливает, несмотря на то, что больных с запущенными стадиями в нашей стране по-прежнему достаточно много и, как правило, мы имеем дело с распространенными формами заболевания. Начальные формы, которые должны подвергаться хирургическому лечению, сегодня составляют не более 10% всех онкологических заболеваний. Остальные лечатся комплексно: лекарственной терапией, лучевыми методами в сочетании с хирургическими.

Россия имеет относительно прогрессивную модель онкологической службы. Структура ее несовершенна, но у нас имеется сеть диспансеров, которые сопровождают пациентов весь период лечения. Такой модели нет ни в одной стране мира. Если сделать эту конструкцию более совершенной (при существующем ныне многообразии научных и клинических школ в России), то удастся успешно решать сложные вопросы. Несмотря на несовершенство модели финансирования, административные препоны, всегда можно найти выход. Если в каком-то регионе не хватает специалистов или они не могут справиться с проблемой, они всегда знают, что есть крупные федеральные центры, где этот вопрос можно решить.

Кстати, 12–14 ноября состоится XVII Российский онкологический конгресс, который проводится ежегодно под руководством профессора С.А. Тюляндина. На это мероприятие прибудет более 3 500 делегатов из различных регионов, чтобы ознакомиться с новыми технологиями, обменяться опытом с коллегами.

Я убежден, что консолидированная позиция нынешнего профессионального сообщества и та поддержка Минздрава, которая сейчас ощущается, позволят нам достичь значительных успехов с точки зрения организации и более высокой эффективности оказания медицинской помощи гражданам с онкологической патологией.