

# Тамара Сиротская: «Онкологические



Об особенностях системы оказания онкологической помощи населению Курганской области, о достижениях и проблемах зауральских онкологов региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в онкологии, гематологии и радиологии» Екатерине Саламандра рассказала главный внештатный онколог Курганской области и главный врач Курганского областного онкологического диспансера Тамара Ивановна Сиротская.

## Тамара Ивановна, какова ситуация с онкозаболеваемостью в нашем регионе?

В Курганской области, как и в других регионах РФ, отмечается тенденция к росту заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. Пятнадцать лет назад наша область лидировала среди российских регионов по онкозаболеваемости, сегодня Зауралье занимает 21-е место по стране. Однако несмотря на рост количества заболеваний в области значительно возрос показатель выживаемости больных: более половины заболевших излечиваются, и после пяти лет остаются здоровыми и трудоспособными. Таким образом, можно говорить о том, что онкологические заболевания перестали быть фатальными. В целом наблюдается как

положительная, так и отрицательная динамика показателей онкологической службы. С одной стороны, заболеваемость из расчета на сто тысяч населения увеличивается, как и повсюду в нашей стране. Статистика неутешительна, свою роль здесь играет напряженная демографическая ситуация в регионе: если с рождаемостью намечаются какие-то положительные сдвиги, то процент смертности в Курганской области остается довольно высоким и пока, к сожалению, превышает рождаемость. Зауралье является одним из тех регионов, где высок уровень пожилого населения: 30% живущих в нашей области – это люди пожилого возраста. Вне всякого сомнения, в онкологии это играет огромную роль и не может не влиять на показатели заболеваемости и смертности. Средний возраст заболевших – 64-65 лет, и «пик» злокачественных новообразований приходится как раз на них. При этом обратить внимание следует на тот факт, что на возраст 70 лет и старше приходится 40% всех зарегистрированных больных со злокачественными опухолями. Именно среди этой возрастной категории высок процент смертности: как известно, людям пожилым радикальные методы лечения зачастую противопоказаны из-за сердечных патологий и многих других факторов. Напротив, если говорить о за-

болеваемости последних лет, то в абсолютных числах она уменьшается – в среднем на 15 человек ежегодно. Показатель все время увеличивается лишь за счет уменьшения общего числа населения области. Приведу пример: по РФ темпы показателей увеличения числа больных на сто тысяч населения меньше, чем по Курганской области. Однако в абсолютных числах по заболеваемости за десять лет наша область «выросла» лишь на 5,7%, в то время как вся Российская Федерация – на 20%. Если брать работающее население, то показатели смертности в Зауралье следующие: 105 человек на 100 тысяч населения. При этом по всей России показатели выше – 114 человек на 100 тысяч.

## Вопреки распространенному сегодня мнению, рак не «молодеет»?

Как я уже отметила, средний возраст заболевших остается прежним – 64-65 лет. Правда, отмечается тенденция к омоложению рака шейки матки у женщин. Связано это со многими факторами, в том числе и с ранним началом сексуальной жизни, которое сегодня нередко происходит в 12-14 лет, когда женский организм еще окончательно не сформировался. Это влечет за собой массу заболеваний в женской половой сфере, в том числе и рак. Сегодня многие знают, что одной из ведущих причин возникнове-

# заболевания перестали быть фатальными»

ния рака шейки матки является вирус папилломы человека. В целях снижения на территории Зауралья онкологической патологии репродуктивной сферы, а также заболеваний, вызываемых вирусами папилломы человека, у нас ведется активная профилактическая работа.

В планах на будущее – специальная программа вакцинации от этого вируса девочек-подростков 13-14 лет. В некоторых российских регионах подобная программа уже реализуется, мы тоже работаем в этом направлении. Проблема пока состоит в том, что программа эта требует серьезных капиталовложений: вакцинация одной девочки стоит 12 тысяч рублей.

## **Существуют ли какие-то особенности онкозаболеваемости в Курганской области?**

Если говорить о формах, то в нашем регионе высока заболеваемость раком легкого. Причем за последние пять лет рак легкого среди мужского населения нашей области не растет и даже имеет тенденцию к снижению, а незначительный рост заболеваемости отмечается, как ни печально, за счет женской половины населения. Главная причина кроется в злоупотреблении курением, ведь, как известно, женский организм более восприимчив к никотину, чем мужской. Особенностей заболеваемости среди других локализаций я выделить не могу.

## **Тамара Ивановна, насколько я знаю, за последние годы значительно улучшилась материально-техническая база областного онкодиспансера.**

Благодаря высокотехнологичной помощи и стопроцентной обеспеченности современными высокоэффективными противоопухолевыми препаратами, у нас появилась возможность снижать

смертность и, прежде всего, одногодичную летальность. Только благодаря внедрению новых технологий лечения за последние десять лет мы снизили ее на 10%.

Речь идет в основном о высокодозной химиотерапии – внедрении новых технологий лечения лучевым методом. В 2006 году был приобретен и установлен новый аппарат – линейный ускоритель, который отличается от других гамма-триптических установок и успешно применяется в лечении онкобольных. С его помощью используются методы лучевой терапии, но без вредного воздействия традиционных гамма-аппаратов. Наши врачи очень любят на нем работать: он дает меньше осложнений на организм пациента, обеспечивая при этом более высокую эффективность.

Увеличилось количество паллиативных операций. Подобные операции, а также проводимые в послеоперационный период интенсивные курсы химиотерапии, повлияли на снижение одногодичной летальности в нашем регионе.

Построено новое здание – каньон, где смонтирован линейный ускоритель; там же установлен новый аппарат близкофокусной рентгенотерапии. Примерно в это же время приобретен и установлен рентгенодиагностический аппарат итальянского производства на три рабочих места. В 2006 году за счет средств бюджета был приобретен цифровой маммограф с маммотомом для ранней диагностики рака молочной железы. Рак молочной железы за последние годы стал очень агрессивен. Почти 43% таких больных были выявлены методом маммографии. Благодаря ранней выявляемости и возможности лечения современными противоопухолевыми и гормональными препаратами,

смертность от этого заболевания в нашей области стала значительно ниже.

В 2008 году мы приобрели передвижной палатный рентгенодиагностический аппарат итальянского производства, а также ультразвуковой аппарат экспертного класса «Philips». Кроме того, у нас появилось и менее крупное оборудование: хороший операционный стол, бестеневые лампы в операционной, шестиканальный электрокардиограф японского производства. В настоящее время уже подготовлено помещение и буквально на днях планируется монтаж компьютерного мультиспирального 16-срезового томографа «Philips». Обучение работе с новым томографом будет проходить сразу после его установки.

## **Как сегодня выглядит ситуация с обеспечением онкобольных необходимыми лекарственными препаратами?**

Мы используем практически все лекарственные препараты, которые сегодня имеются в списке необходимых противоопухолевых препаратов. Здесь я с уверенностью могу говорить о доступности и стопроцентной обеспеченности. С 2005 года



Отделение лучевой диагностики, кабинет маммографии Курганского областного онкологического диспансера

наши больные не приобретают лекарственные препараты за свой счет. Все дорогостоящие препараты приобретаются благодаря средствам ОМС (речь идет о круглосуточных стационарах). Такая же стопроцентная обеспеченность наблюдается и в дневном стационаре на 30 коек, где больные проходят курсы химиотерапии.

Для амбулаторного лечения больных и поддерживающей химиотерапии противоопухолевые препараты приобретаются за счет местной льготы и местного бюджета, в пределах суммы 20 млн рублей.

С 2009 года наши финансовые возможности значительно возросли: для получения пациентами лекарственных препаратов по программе ДЛО выделена квота. Если в 2007 и 2008 годах ситуация оставляла желать лучшего, то в этом году на полгода выделена значительная для нас сумма в 40 млн рублей. Таким образом, можно уверенно говорить об улучшении ситуации с противоопухолевыми препаратами для поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. Отмечу, что раз в месяц мы проводим анкетирование наших больных, узнаем о степени их информированности, качестве обслуживания, жалобах, пре-

тензиях, предложениях, а по его результатам осуществляем анализ работы каждого из подразделений и всего медицинского учреждения в целом.

**Тамара Ивановна, в Зауралье, в отличие от соседних регионов, нет своего медицинского вуза. По этой причине наблюдается острый дефицит квалифицированных медицинских кадров. Отразилась ли общая ситуация в регионе на онкодиспансере?**

Дефицит кадров присутствует, может быть, не такой существенный, как в других медучреждениях, но сама работа от этого пока не страдает. Постепенно мы укомплектовываем свой штат. В настоящее время три наших врача обучаются в ординатуре, вскоре учебу в ней начнет еще один врач (один из них рентгенолог, остальные – онкологи). Радиология у нас укомплектована полностью, хирургия – практически тоже. Конечно, время идет, кто-то стареет, уходит на пенсию, нужно готовить новые кадры. Но большого дефицита врачей я пока не ощущаю. А вот нехватка среднего и врачебного персонала лабораторной диагностики присутствует. Сегодня мы работаем над этим вопросом, и, надеюсь, в будущем ситуация улучшится.

**Тамара Ивановна, вы четверть века возглавляете областной онкологический диспансер, имеете за плечами многолетнюю, с 1967 года, врачебную практику и огромный опыт хирурга-онколога. В чем, на ваш взгляд, особенности этого раздела медицины?**

Быть онкологом – это что-то природное. На мой взгляд, «выучиться» на хорошего онколога нельзя. Это направление особое, сложное, но очень интересное и захватывает человека на всю жизнь. Онкологию не предают, ей не изменяют. Об этом говорит тот факт, что даже в сложные девятые годы никто из наших врачей – онкологов, хирургов, химиотерапевтов – не ушел работать в другую, более пре-

стижную и выгодную отрасль медицины. Рубль не должен быть доминантой в голове у врача, на первом месте всегда должно стоять качество работы.

В онкологии очень важен тесный контакт врача и пациента. Найдите время остановиться у постели больного, посмотреть ему в глаза, поговорить с ним по душам, все детально разъяснить. Будьте в курсе всех его проблем: чем он живет, в каких социальных условиях, одинок ли он. Я всегда говорю врачам: «Представьте, что вместо больного перед вами сидит ваша мама или кто-то из близких». Наша задача – убедить больного в том, что здесь работают профессионалы, и другой альтернативы, кроме операции и предлагаемого вида лечения, у него нет.

**Как представлена психологическая помощь онкобольным, есть ли в штате диспансера психолог?**

Психологи были и должны быть, тем более в таком учреждении, как онкодиспансер. Они нужны и врачам, и пациентам. К сожалению, на сегодняшний день штатного специалиста у нас нет. Мы принимали на работу двух психологов, но... тесного контакта с больными и серьезного воздействия у них не получилось. Онкология – это социальная проблема. Врач, который посвятил себя онкологии, сам по себе должен обладать всеми качествами психолога. Если больной поступает к нам сегодня в тревожном состоянии, то завтра оно исчезает. И в этом заслуга наших врачей, которые вселяют в человека надежду, спокойствие, уверенность в завтрашнем дне. Психологическая реабилитация у нас ведется, скорее, самими лечащими врачами: начинается она на уровне хирургов и заканчивается химиотерапевтами, которые тесно общаются с больными длительное время в послеоперационный период – от полугода и более и, без преувеличения, становятся для них близкими людьми. Зачастую хороший лечащий врач воздействует на больного



Пациентка пятилетняя Алина Лобанова, после операции проходит курс химиотерапии в Курганском областном онкологическом диспансере

намного больше и лучше, чем психолог. Хотя, если нам все же повезет с хорошим психологом, я непременно возьму его в штат.

**Какие меры принимаются в Курганской области в отношении профилактики онкозаболеваний?**

В этом направлении мы делаем очень много. Если говорить о профилактике и ранней диагностике, мы осуществляем подготовку врачей общей лечебной сети как Кургана, так и районов области. Ежегодно мы проводим четыре декадника (недельных семинара) для врачей города и области. Четыре раза в год наш медицинский совет выезжает в районы Зауралья, где я очень подробно объясняю врачам и фельдшерам, каким образом следует проводить профилактику онкозаболеваний по всем локализациям, начиная от рака кожи, заканчивая опухолью мочевого пузыря. Такая конференция обычно длится 2-3 часа. Кроме того, мы осуществляем, в среднем, 40 выездов за год в районы области: наши врачи в качестве кураторов выезжают туда для проведения консультативной и организационно-методической работы. На каждом уровне, в каждой больнице как в областном центре, так и в районах области проводятся лекции, ведется активная работа со СМИ. Так, совместно с Курганской гостелерадиокомпанией был запущен информационный телепроект, направленный на пропаганду здорового образа жизни, профилактику и раннюю диагностику злокачественных опухолей. С 2009 года Управление здравоохранения Курганской области запланировало комплексные выезды специалистов разных направлений в районы. Таким образом, в бригаде с главными специалистами нашей области в течение этого года я совершу 24 рабочих поездки в районы Зауралья. Вся профилактическая работа направлена на обучение медиков и повышение информиро-

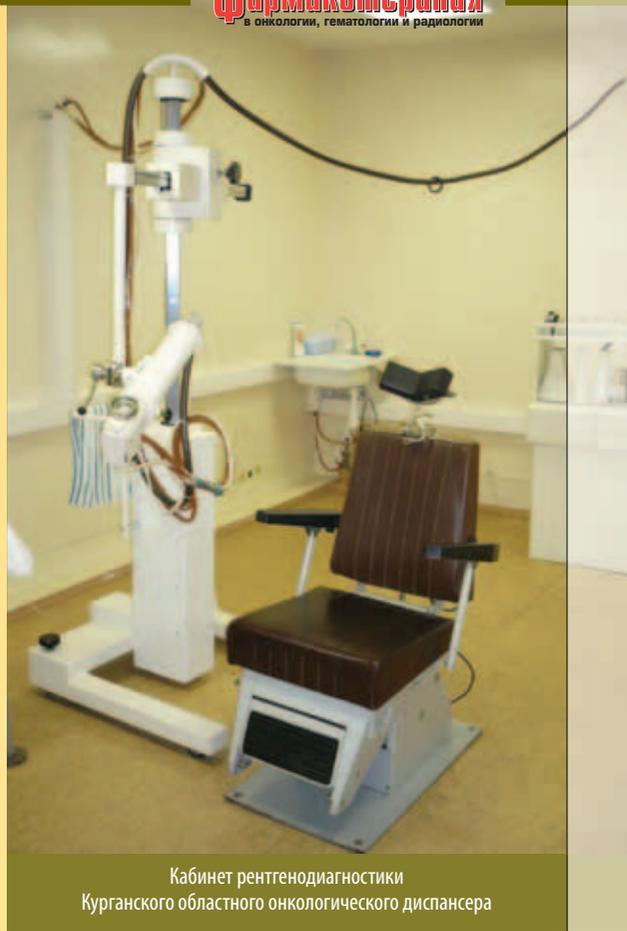
ванности населения. Наши врачи пишут статьи в газеты, журналы как для специалистов, так и для широкого круга населения. Однажды прослушав мои лекции по местному радио, моя близкая подруга, тоже врач, бросила курить. Мелочь, казалось бы? Но для меня это очень важно.

**Какое значение для профилактики онкозаболеваний имеет здоровый образ жизни и много ли, на ваш взгляд, зависит от самого человека?**

Правильное питание и отказ от вредных привычек играют здесь огромную роль, ведь 65% возникновения злокачественных опухолей зависят от самого больного: курит ли он, какова его культура питания, много ли в его рационе растительной и свежей пищи, рыбы, фруктов, овощей. Если говорить о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, то 85% причин возникновения онкологии – это нарушения питания. Что касается остальных локализаций, то в 35% случаях всему виной неправильное питание, в 30% – курение. Таким образом, хоть и не стопроцентно, но человек может себя обезопасить и предостеречь, только лишь правильно питаясь и отказавшись от вредных привычек. А если говорить о раке легкого, то в 90% случаев причиной его возникновения является именно курение. В целом следует говорить о важности первичной профилактики – здоровом образе жизни; необходимости вторичной – профосмотрах, выявлении предраковой патологии и своевременном лечении, и о третичной профилактике, когда речь идет о хирургическом или другом методе лечения предраковой патологии, которую вовремя обнаружили.

**Возникает закономерный вопрос о том, каков уровень ранней диагностики онкозаболеваний в нашем регионе?**

К сожалению, уровень ранней диагностики злокачественных



Кабинет рентгенодиагностики  
Курганского областного онкологического диспансера

заболеваний в муниципальных учреждениях здравоохранения пока остается прежним. Недостаток в работе врачей муниципального звена, а также позднее выявление заболеваний не позволяют существенно улучшить ситуацию в регионе. Статистика говорит о том, что только в 35,1% случаях (по РФ – 44,7%) регистрируются заболевания в I-II стадиях, когда выживаемость больных значительно выше и существует намного больше возможностей провести радикальное лечение. Биологически, по своей структуре, онкология – очень сложное, серьезное и агрессивное заболевание, где не все и всегда зависит от врача-онколога. Если болезнь выявлена не вовремя, то нашей вины здесь нет. Очень важно, чтобы профилактикой онкозаболеваний занималась вся общая лечебная сеть, чтобы участки были укомплектованы врачами, а не фельдшерами. Наш потенциальный больной сталкивается прежде всего с



участковым терапевтом, 80-90% пациентов приходят именно к нему. От его знаний и профессионализма зависит то, в каком направлении человек будет обследован, не отправится ли он домой недообследованным, а также то, насколько своевременно он будет направлен в наше учреждение. Излеченность больных, направленных к нам на ранних стадиях, составляет 85-90%, а при некоторых локализациях – до 100%. Ну а на III-IV стадиях говорить об успешном лечении и хороших результатах трудно.

**Тамара Ивановна, три года назад вы были на Всемирном конгрессе онкологов в США, в Атланте. Поделитесь, пожалуйста, вашими впечатлениями.**

Я еще раз убедилась, что сегодня мы лечим больных в соответствии с европейскими стандартами и на лучшей технике. Большинство вопросов конгресса были посвящены лекарственной терапии в онкологии, и все те препараты, схемы лечения, которые обсуждались и предлагались там, у нас в то время уже были. А те немногие препараты, которых на тот момент не было, появились сразу после моей поездки. К сожалению, они очень дорогие, и сегодня мы не можем предоставить их всем пациентам, однако для больных, подлежа-

щих лечению по радикальной программе, мы все равно их приобретаем. Речь идет о лечении рака поджелудочной железы, мочевого пузыря, почки и некоторых других локализациях. Мне было очень приятно, что наш уровень оказания помощи онкологическим больным не отстал от мирового, а наши результаты кардинально не отличаются от результатов в других странах несмотря на то, что возможностей там во многом больше, чем у нас. Это подтвердила и недавняя поездка делегации нашей области в Болгарию, где мне удалось посетить Национальный онкологический институт. Примерно с 2005 года мы работаем по европейским стандартам оказания онкологической помощи больным, а наши федеральные стандарты сейчас практически аналогичны европейским. Приведу интересный пример. В диагностике и лечении рака молочной железы, как известно, есть несколько школ, которые немного отличаются своим подходом. Как врач я очень люблю работать с этой локализацией и всегда говорила, что если оставлю должность главного врача, буду работать маммологом. Каждый конкретный случай уникален, над историей болезни каждой пациентки нужно размышлять, и одинаковый подход здесь, конечно, неприемлем. У каждой женщины своя гормональная система, возраст, свое гистологическое исследование, свое количество метастатических лимфоузлов. В зависимости от всего этого, а также от расположения опухоли в молочной железе и особенностей ее роста, выбирается необходимая тактика лечения, решается, следует ли применять более агрессивную терапию, которая в таких случаях будет высокоэффективна. Суммировав это все и разработав свою методику лечения, через год или два я ознакомилась с только что вышедшими европейскими стандартами, которые полностью соответствовали моим выводам, моему мышлению. Конечно, это не могло не порадовать.

**Подводя итоги нашего разговора, стоит отметить, что для успешной борьбы с онкозаболеваниями необходима не только первичная профилактика, но и более эффективная и качественная работа общей лечебной сети нашего региона?**

Как заметила недавно начальник Управления здравоохранения Курганской области Елена Ивановна Скляр, каждый должен заниматься своим делом. Меня очень радует, что она правильно понимает наши проблемы. Онкологическая служба – это не только областная онкодиспансер, это работа общей лечебной сети. Должно существовать четкое разграничение: профилактика, ранняя диагностика, количество и качество профосмотров – на уровне лечебной сети, а методическое руководство, консультации, лечение – работа онкодиспансера. Какие бы новые технологии мы ни внедряли, сколько бы возможностей лечения дорогостоящими и эффективными препаратами у нас ни было, сколько бы нового оборудования мы ни приобретали, все это будет малоэффективно, если общая лечебная сеть будет выявлять низкий процент больных с I-II стадией рака. Мы не сможем постоянно улучшать эти показатели. В прошлом году было выявлено 35% больных с I-II стадией, и на будущий год, скорее всего, будут те же цифры. Мы исчерпаем свои возможности, хороших результатов и улучшения не будет, все «застрянет» на одном уровне. Общая лечебная сеть должна работать вместе с нами. Речь идет не только о диспансеризации работающего населения, но и о работе с пожилыми людьми, которые после ухода на пенсию практически остаются «за бортом». Основная задача – как можно раньше выявить болезнь: или в состоянии предрака, или в начальной стадии. А лечить наша онкологическая служба научилась. Все возможности для этого у нас есть. 



Отделение лучевой терапии Курганского областного онкологического диспансера, аппарат линейный ускоритель