



Александр Петров: «Главное —

За последние 10 лет рост онкологической заболеваемости в Нижегородской области составил 14,3%. Однако за 5 лет показатель одногодичной летальности снизился на 3%, а 5-летняя выживаемость – практически на 1%.

О достижениях и трудностях организации онкологической помощи в интервью нашему региональному корреспонденту Татьяне Кокиной-Славиной рассказал главный онколог министерства здравоохранения Нижегородской области, главный врач Онкологического диспансера Нижнего Новгорода, кандидат медицинских наук Александр Борисович Петров.

Александр Борисович, как менялся показатель заболеваемости в регионе в последние годы?

В 2009 году по области было зарегистрировано 12 608 больных с впервые установленным злокачественным новообразованием. Таким образом, по сравнению с 2008 годом показатель онкологической заболеваемости увеличился на 0,8%. Среди положительных тенденций можно отметить снижение заболеваемости среди детей до 14 лет на 11,4%. Показатель на 100 000 населения составил 406,07 (по РФ – 341,55). Всего за последнее десятилетие онкологическая заболеваемость в регионе выросла на 14,3%.

Какие заболевания чаще всего поражают нижегородцев?

Первое место (11,41%) занимает рак легкого, второе (10,32%) – молочной железы, третье (10,02%) – кожи, четвертое (9,37%) – желудка, пятое (6,74%) – ободочной кишки. В структуре заболеваемости среди мужчин первое место занимает рак легкого (20,56%), второе место – рак желудка (10,52%), третье место – предстательной железы (8,77%). Женщин чаще поражают рак молочной железы (19,06%), кожи (12,16%) и желудка (8,43%).

Александр Борисович, согласно статистическим данным прошлых лет, кто больше подвержен риску заболевания раком – мужчины или женщины?

Среди заболевших выявлено 46,6% мужчин и 53,4% женщин. Заболеваемость женского населения составила 393,66 на 100 000 женского населения (по России – 339,6), мужского – 421,27 (по России – 343,9). Характерно, что

среди заболевших было 78,7% городских жителей. Доля лиц старше 50 лет составила 86,3%.

По патологиям каких локализаций наблюдается особенно выраженный рост?

В 2009 году на 14,1% выросла заболеваемость меланомой кожи, на 12,3% – раком шейки матки, на 12,3% – раком печени, на 12,4% – раком почки, на 7,9% – раком поджелудочной железы, на 7,5% – раком щитовидной железы, на 5,4% – раком ободочной кишки, на 3,7% – раком прямой кишки, на 3% – раком тела матки, на 2,2% – раком молочной железы. С облегчением можно отметить, что в минувшем году существенно замедлился галолирующий темп заболеваемости раком печени, предстательной железы, щитовидной железы, поджелудочной железы, головного мозга и почки.

По каким видам рака отмечено снижение заболеваемости?

Действительно, в 2009 году мы регистрируем падение заболеваемости раком губы (30,6%), пищевода (18,4%), желудка (20%), легкого (9,5%), гортани (на 6,6%).

Какая часть больных выявляется уже с запущенным процессом?

В 2009 году Нижегородской области удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, выявленными уже при наличии отдаленных метастазов, составил 22,09% (по России – 22,8%). Наиболее высока частота выявления больных с запущенной стадией опухолевого процесса таких локализаций, как желудок (41,74%), ободочная кишка (30,59%), прямая

кишка (22,97%), пищевод (24,52%), легкое (26,41%), яичники (22,4%). Поражает уровень запущенности при визуальных локализациях рака – 34% (по России – 34,6%). Крайне высокие цифры запущенности мы видим при раке прямой кишки (76,7%), молочной железы (40,3%), шейки матки (42,3%). В связи с этим хотелось бы подчеркнуть, что раннее выявление опухолей – прерогатива, в первую очередь, общей лечебной сети, а не специализированных учреждений.

Александр Борисович, каковы показатели летальности в регионе?

Наиболее достоверным показателем качества лечебно-диагностической деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) является показатель одногодичной летальности. В 2009 году умерло, не прожив года с момента установления диагноза, 4459 человек, что составило 35,2% (по России – 29,9%). Наиболее высока одногодичная летальность при злокачественных новообразованиях пищевода (72,73%), желудка (61,75%), легкого (56,97%), ободочной кишки (39,83%), прямой кишки (35,68%), полости рта и глотки (42,21%). Эти достаточно высокие показатели свидетельствуют о низком уровне диагностики, недостатках в проведении профилактических мероприятий, недостаточной подготовке врачей общей лечебной сети по вопросам онкологии. Соотношение показателей одногодичной летальности (35,2%) и запущенности (22,09%) свидетельствуют о весьма высокой частоте клинических ошибок в оценке распространенности опухолевого процесса. Между тем наблюдается и положи-

Выявить рак на ранних стадиях»

тельная динамика. За последние 8 лет показатель одногодичной летальности снизился с 42,8% до 35,2%, а 5-летняя выживаемость составляет 54,3% (по России – 50,4%).

Тем не менее в 2008 году от злокачественных новообразований умерло 7066 человек – это на 0,4% меньше, чем в предыдущем году. В структуре онкологической смертности первое место занимает рак легкого, далее идут рак желудка, молочной железы, ободочной и прямой кишки.

Сколько онкологических коек функционирует в Нижегородской области и достаточно ли этого количества?

Сеть онкологических учреждений в области представлена областным онкологическим диспансером на 584 койки (головное учреждение – 239, из них 105 – онкологических, 109 – радиологических, 25 – торакальных, 6 – реанимационных). В онкоотделениях по области насчитывается следующее количество коек: в Арзамасском – 30, Павловском – 54. Таким образом, специализированную онкологическую помощь в Нижегородской области оказывают на 869 койках. Из них 675 – онкологического профиля, 194 – радиологического. Норматив онкологического коечного фонда составляет 4 на 10 000 населения (данные VII Съезда онкологов России, Москва, 2009 год). Таким образом дефицит коечного фонда онкологической службы составляет 437 коек.

Оказывается ли онкологическая помощь в непрофильных медучреждениях?

Действительно, ЛПУ общего профиля функционирует 161 онкологическая койка. Но надо признать, что больные, проходящие лечение в ЛПУ общего профиля – а их 44%, – не могут получить комбинированные и комплексные методы лечения, поскольку учреждения не имеют для этого возможностей. Поэтому лечение в непрофильных стационарах зачастую дает худший результат. Если больной с раком желудка оперируется в стационаре общего профиля, то 5-летняя выживаемость

составляет 25%. Если же пациента оперирует хирург-онколог, то это уже 63%. Дело в том, что хирурги общего профиля оперируют строго зону опухоли, как, например, при язвенной болезни. Если же оперируем мы, то убираем больший объем органа и, мало того, те участки, где, по нашим прогнозам, могут быть метастазы. В специализированных учреждениях объем лечения шире, и это дает лучшие результаты.

Как организована работа с онкобольными в сельских условиях?

По области работает 34 онкокабинета. К сожалению, амбулаторный онкологический прием не организован в 17 районах.

Александр Борисович, расскажите, пожалуйста, сколько онкологов работает в учреждениях области и каков их квалификационный уровень?

106 онкологов, из которых 36 имеют высшую категорию, 9 – первую, 2 – вторую. Из 29 радиологов высшую категорию имеет 6 человек, первую – 2. Также в области трудятся 6 детских онкологов, четверо из которых – специалисты высшей категории. Однако обеспеченность онкологами недостаточна. Она составляет 0,3 на 10 000 населения (показатель по России – 0,4), врачами-радиологами – 0,08 (по России – 0,1). Кроме того, в ряде районов области онкологический прием ведут врачи, не имеющие первичной специализации и сертификата по онкологии.

Какие методы лечения злокачественных новообразований чаще всего используются в Нижегородской области?

Как и прежде, наиболее часто используется хирургический метод (в 53,9% случаев), комбинированный или комплексный (27,9%), лучевой (8,2%), лекарственный (7,5%), химиолучевой – 2,5%.

Вы довольны уровнем оснащенности нижегородских онкодиспансеров?

Сегодня ни один из нижегородских диспансеров не располагает современ-

ным диагностическим оборудованием. У нас нет ни одного компьютерного томографа. Устарела эндоскопическая техника, ультразвуковое и операционное оборудование. Сейчас мы работаем над тем, чтобы Нижегородскую область включили в Федеральную программу «Здоровье», в рамках которой в регионы поступает современное оборудование. К сожалению, на 2010 год Нижегородская область в программу не включена.

Есть и другая серьезная проблема. В таком крупном регионе, как Нижегородская область, до сих пор нет ни онкогинекологического, ни онкоурологического отделения. Между тем наука шагнула далеко вперед, и если раньше онколог общего профиля принимал всех пациентов, то сейчас ведение больных с патологиями разной локализации настолько принципиально отличается, что требует более узкой специализации онколога. Допустим, врач, специализирующийся на опухолях головы и шеи, должен иметь серьезную подготовку по лечению ЛОР-патологий, обладать стоматологическими знаниями. Пока у нас есть только следующие узкоспециализированные отделения: радиологическое (лучевые методы лечения), химиотерапевтическое и торакальное (лечение опухолей грудной клетки, средостения, легких). Остальные отделения монопрофильные – общей онкологии.

Александр Борисович, внедряются ли в Нижегородской области новые методы диагностики и лечения?

В настоящее время появилось новое поколение лучевых аппаратов, имеющих возможность прицельно подводить дозу лучевой терапии прямо в опухоль, минимизируя поражения здоровых тканей. Аппарат дает возможность более эффективно лечить опухоли головного мозга, средостения, глубоких локализаций. К сожалению, пока о таком аппарате мы только мечтаем.

Сегодня мы можем после операции детально исследовать структуру опухолевой клетки, что позволяет индивидуально подбирать лечение.



Таргетные препараты – новое поколение лекарственных средств – характеризуются узконаправленным действием, «атакуют» определенную мишень. При некоторых опухолях – лимфома, лимфогранулематоз – лекарственное лечение является основным, и в ряде случаев современные препараты позволяют добиться полного излечения. Единственный минус – они крайне дорогостоящие.

Получается, что пациенту приходится приобретать их за свой счет?

Нет. Существуют разные формы финансирования. Пациенты, которые получают лечение в стационаре, финансируются за счет средств учреждения из разных источников: бюджета ОМС. Кроме того, существуют государственные программы в виде дополнительного обеспечения лекарствами пациентов за счет средств федерального бюджета. Есть и региональная программа дополнительного лекарственного обеспечения.

Почему же так много говорят о том, что онкологическое лечение обходится больному очень дорого?

Базовое лечение – лучевая, химиотерапия – сопровождается серьезными побочными эффектами. Существует огромная линейка возможностей оказывать сопутствующую терапию, чтобы минимизировать эти побочные эффекты. Но в полном объеме на это средств никогда не хватает. Сегодня в мире не существует ни одного государства, которое бы на 100% на современном уровне обеспечивало лечение онкологического больного с включением сопутствующей терапии. Кроме того, бывают ситуации, когда пациенты настаивают на назначении препаратов, не входящих в стандарты лечения. Поэтому, если больной желает получать другие виды лечения и диагностики, эти услуги оказываются ему на платной основе.

В российском здравоохранении началось возрождение профилактических осмотров. Как Вы оцениваете их эффект?

Как сугубо положительный. В 2009 году в ходе целевых профосмотров мы выявили 1403 онкобольных, что составило 11,13% от количества больных с впервые установленным диагнозом.

Преимущественно на профосмотрах диагностируются опухоли шейки матки, легкого, нижней губы, молочной железы, кожи и щитовидной железы. Когда в середине 90-х годов закрылись многие смотровые кабинеты, перестали функционировать передвижные флюорографические установки, опять «подняла голову» туберкулез, стало выявляться больше запущенного рака легких. Не секрет, что эффективность лечения и наши терапевтические возможности напрямую связаны с исходной стадией заболевания. Поэтому наша основная задача – выявить на ранних стадиях максимальное количество пациентов. Кроме того, если сравнивать стоимость лечения больного на ранней стадии и запущенного пациента – получается колоссальная разница.

В последнее время обсуждается низкий уровень онкологической настроженности врачей-терапевтов. Проблема действительно существует?

К сожалению, это так. Уверен, что формирование онкологической настроженности должно начинаться еще при получении будущим врачом базового образования. Впоследствии врачам всех квалификаций необходимо проходить периодические циклы усовершенствования, на которых они получали хотя бы базовые знания по онкологии. Другая проблема – огромный поток посетителей у участкового терапевта. Врач попросту не имеет времени, чтобы сосредоточиться на больном. Нас больше всего тревожит не запущенность каких-то сложных, глубинных форм, которые не являются основными в структуре заболеваемости (например, патологии поджелудочной железы, забрюшинных структур). Беспокоит запущенная заболеваемость так называемых визуальных локализаций, для диагностики которых не требуется ничего, кроме осмотра. Часто врачу достаточно пальпаторно обследовать молочную железу, чтобы поставить диагноз, не прибегая больше ни к какому методу исследования. Достаточно осмотра специалиста (на основе мазка), чтобы выявить рак шейки матки. Достаточно рентгеновского снимка грудной клетки, чтобы диагностировать рак легких. Достаточно пальцевого исследования прямой кишки для того, чтобы поставить диагноз рака прямой кишки. Но у нас в стране никогда не существовало мужских смотровых кабинетов,

необходимых для диагностики рака прямой кишки и предстательной железы.

Диагноз «рак» часто звучит как приговор. Ведете ли вы психотерапевтическую работу с больными и их близкими?

Мы считаем, что такая структура в штате онкодиспансера совершенно необходима. Для успеха лечения нам нужно убедить пациента, что ситуация не фатальная, что результат во многом зависит от его психологического, эмоционального настроя. Совершенно четко прослеживается тенденция, что у оптимистов, «бойцов» результаты лечения намного выше, чем у депрессивно настроенных пациентов. Но, к сожалению, иметь в штате постоянно действующего психолога у нас нет возможности. Сейчас в структуре диспансера работает подходящий психолог, услуги которого оплачивает один благотворительный фонд.

Александр Борисович, Вы говорите человеку, чем он болен?

Врачи общей практики, как правило, придерживаются старой традиции: скрывать от больного истинный диагноз. Но нам очень тяжело работать с такими пациентами. Получается, что их лечили якобы от язвы желудка, а потом отправляют к нам на химиотерапию. Естественно, у больных возникают вопросы.

Я уверен: человек должен знать, чем он болен, чтобы серьезно относиться к лечению. Например, не отказываться от химиотерапии, которая дает хорошие ремиссии. Порой приходится сталкиваться с полнейшим непониманием важности лечения.

Александр Борисович, какие Вы можете назвать примеры, в которых пациенту и врачу удалось справиться с раком?

У нас до сих пор наблюдаются пациенты, которых мы оперировали в 1987 году по поводу рака желудка. По раку прямой кишки есть больные, которые стойко излечились после операции в 1984 году. Даже при запущенных формах рака иной раз удается существенно продлить жизнь. Мне вспоминается пациентка с раком прямой кишки IV стадии. По всем прогнозам, она не должна была прожить больше года. Однако она прожила четыре. Это хороший результат. 