

Дискуссия вокруг приказа Минздрава России № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» продолжается. И, судя по накалу страстей и серьёзности поднимаемых проблем, обсуждение будет продолжаться до тех пор, пока регулятор не прислушается, наконец, к мнению профессионального сообщества и не внесёт в этот документ необходимые изменения.

Одной из площадок, где в очередной раз высказывались разные мнения о новом «порядке», стало Российское общество клинической онкологии (RUSSCO). Председатель RUSSCO главный научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина профессор Сергей Тюляндин отметил «плюс», который, по его мнению, имеет данный минздравовский приказ: он предполагает концентрацию онкобольных внутри существующей российской онкологической службы. Правда, эксперт тут же справедливо заметил, что у монеты есть обратная сторона.

— Как онколог, я не могу это не приветствовать. Вместе с тем, если мы говорим о пациентах с опухолями торакальной локализации, в их диагностике и лечении участвуют специалисты многих специальностей: диагносты разных профилей, пульмонологи, торакальные хирурги, реабилитологи, которые зачастую работают вне онкологических учреждений. Будет ошибкой не использовать их опыт и возможности в оказании помощи онкологическим пациентам, — убеждён профессор.

О чём спорим?

Тридцать с лишним лет назад на базе Научно-исследовательского института — Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского, крупнейшей многопрофильной больницы Краснодарского края, был создан центр грудной хирургии по лечению, в том числе, торакальных онкобольных. Здесь выполняются операции, проводится полихимиотерапия и лучевая терапия. Фактически больница забрала на себя весь объём лечения рака лёгкого из краевой онкодиспансера, и все эти годы центр грудной хирургии был высоко востребован. А что дальше? Ведь формально больница не находится в структуре краевой онкослужбы.

— В настоящее время остро стоит вопрос, кто и где должен оказывать помощь пациентам с онкологическими заболеваниями: только онкодиспансеры и профильные НМИЦы, или это можно делать в многопрофильных стационарах, имеющих необходимые технологии и опыт? На примере Краснодарского края можно увидеть, что второй вариант ответа тоже верный. Мы — сторонники многопрофильных стационаров, где есть возможность не только быстро ставить правильный онкологический диагноз, но и одновременно лечить сопутствующие заболевания у онкологических пациентов, — чётко обозначил свою позицию главный врач больницы им. С.В.Очаповского, главный торакальный хирург Минздрава Краснодарского края, академик РАН Владимир Порханов.

Схема движения пациента с раком лёгкого от диагностики до начала лечения продумана в крае давно и хорошо. Все пациенты с подозрением на новообразование обязательно направляются в ККБ № 1 на пульмонологическую комиссию для верификации диагноза. В год через пульмонологическую комиссию больницы проходит — внимание! — 50–60 тыс. человек. Хоть один региональный онкологический диспансер или федеральный онкоцентр может показать такие результаты?

Конкретно о торакальной хирургии в краевой больнице. За год хирургическое и химиотерапевтическое лечение получают до 7,5 тыс. пациентов с онкологиче-

Острая тема

Думали — порядок, а оказалось — сумятица

Стремление онкослужбы к самоизоляции неоправданно



скими диагнозами. Направления онкоторакальной хирургии здесь представлены все, какие только существуют: бронхопластические и бронхоангиопластические операции, хирургия местнораспространённого рака лёгкого, роботассистированная хирургия рака лёгкого, хирургия трахеи и др. Многие ли онкодиспансеры имеют такой арсенал возможностей?

— А как это устроено за рубежом? Мы заинтересовались и выяснили, что чаще всего онкологические пациенты проходят лечение как раз в многопрофильных стационарах. В Бельгии, Нидерландах, Канаде, Великобритании, Израиле вообще нет специализированных онкоцентров. В том числе, при раке торакальной локализации помощь оказывается в многопрофильных клиниках в соответствии с национальными онкологическими стандартами и при условии обязательной морфологической верификации диагноза с определением генетических маркеров опухоли, а оперируют таких больных торакальные хирурги или сертифицированные общие хирурги, за квалификацией которых следят национальные врачебные ассоциации. Наиболее близкой для нас является французская модель, где помощь больным с раком лёгкого оказывают и государственные, и частные клиники, а также сеть из 20 региональных противоопухолевых центров, — продолжает В.Порханов.

Неоспоримым аргументом в пользу многопрофильных стационаров как полноправных участников системы оказания помощи пациентам с «торакальным» раком В.Порханов назвал коморбидность пациентов. Средний возраст больного раком лёгкого — 65 лет, а это значит, что у человека помимо опухоли целый набор других серьёзных заболеваний — кардиопатология, атеросклероз, сахарный диабет, ХОБЛ. В их лечении требуется мультидисциплинарный подход. Онкодиспансеры же в большинстве случаев не имеют кадровой и технической возможности для этого.

— Преимущество многопрофильной больницы — наличие всего спектра медицинской техники для диагностики и лечения, в то время как закупка специализированного кардиохирургического или нейрохирургического оборудования отдельно для онкодиспансеров

нерентабельна. Каждый пятый онкобольной, пролеченный в ККБ № 1, был в онкодиспансере признан неоперабельным как раз по перечисленным выше причинам: тяжёлая сопутствующая патология либо техническая неспособность специалистов выполнить необходимое оперативное вмешательство, так как требовалось участие специалистов других профилей, — подчёркивает академик.

По мнению эксперта, оказание помощи онкологическим пациентам в стационарах неонкологического профиля наиболее оправданно. Искусственная самоизоляция онкологической службы может ограничить доступность специализированного лечения для больных. «Необходимо постепенное сближение региональных онкологических диспансеров с крупными региональными многопрофильными клиниками, а в перспективе — погружение онкологической помощи в многопрофильные стационары», — сформулировал задачу В.Порханов.

Не чужие, а свои

— Торакальные хирурги — абсолютно полноправные участники комплексного лечения онкологических больных в РФ. К сожалению, онкологическая служба всегда смотрела на нас как на чужих. Это — главная сенсбилизирующая часть наших отношений, — сразу расставил точки над *i* директор Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии главный торакальный хирург Минздрава России профессор Пётр Яблонский.

Он напомнил, что рак лёгкого — труднодоступная и малосимптомная опухоль и что несмотря на все усилия медиков, смертность в течение первого года после постановки данного диагноза достигает 50%, а ранняя диагностика не достигает и 30%. И вот на этом фоне кому-то могла прийти в голову мысль, что дела пойдут лучше, показали ранней выявляемости и одногодичной летальности станут оптимистичнее, если сосредоточить всех больных с ЗНО лёгкого в границах онкологических клиник, отказавшись от услуг торакальной хирургии за пределами этих границ.

Ещё одна деталь, на которую обратил внимание главный специалист Минздрава России в профессиональном стандарте «врач-торакальный хирург» — юридическом документе, утверждённом в марте 2019 г. приказом Министерства труда и социальной защиты РФ, — сказано, что все диагностические мероприятия, которые необходимы для верификации рака лёгкого и пищевода, имеет право и обязан выполнять торакальный хирург.

То же касается и хирургического лечения опухолей грудной клетки: по мнению профессора

П.Яблонского, если торакальные хирурги соблюдают онкологические принципы, они могут и должны оперировать онкологических больных. Кстати, уточнил эксперт, в онкологических диспансерах 57% торакальных операций выполняется без лимфодиссекции. И даже к учреждениям, которые сегодня определяют лицо российской онкологии, есть вопросы на этот счёт.

Вслед за академиком В.Порхановым, П.Яблонский обратил внимание коллег на важность работы дифференциально-диагностических пульмонологических комиссий (ДДПК). Следует бояться не только гипердиагностики туберкулёза, но и обратного — гипердиагностики рака лёгкого. Эксперт подчеркнул, что не ставит целью упрекнуть онкологическое сообщество, а лишь обращает внимание: всем есть над чем работать.

— Серьёзной проблемой стали так называемые гостевые операции: онкобольной уезжает на лечение в другой регион. В новом порядке оказания онкопомощи мы усмотрели признаки «крепостного права», когда региональный онкодиспансер, по сути, распоряжается пациентом и сам формирует для него индивидуальную траекторию. Так вот, согласно международным данным, дистантные операции дают лучшие результаты во всех смыслах: поскольку хирургическая помощь оказана быстрее и на более высоком уровне, в два раза ниже показатель 30-дневной послеоперационной смертности и существенно ниже показатель 90-дневной смертности. В нашей стране пока не так, и мне кажется, мы должны следовать этим путём, — настаивает П.Яблонский.

Главный торакальный хирург Минздрава России тоже считает важным использовать возможности многопрофильных стационаров в лечении онкологических больных, ссылаясь на многолетний опыт городской больницы № 2 Санкт-Петербурга, высокие результаты работы которой были представлены на Европейской конференции торакальных хирургов. Именно в многопрофильных клиниках можно использовать мультидисциплинарный подход к лечению онкобольных, в чём они чаще всего и нуждаются.

— Я знаю, что 90% онкологических учреждений России не способны выполнить тот функциональный минимум, который необходим для любого коморбидного больного с опухолями торакальной локализации, — заметил эксперт.

И, наконец, главное. Профессор согласен с тем, что целесообразно говорить об этажности в хирургических специализациях: хирургия малого таза, брюшной полости, грудной клетки. Никем в мире это не оспаривается. Но что касается нозологического деления, оно неправомерно.

— На сегодняшний день нет официально признанной специальности «торакальная онкохирургия» ни в одной стране по обе стороны Атлантического океана. Торакальные хирурги должны демонстрировать компетентность в использовании адьювантных и неадьювантных методах лечения опухолей, глубокое понимание онкологического процесса и использовать эти знания в практике, — процитировал П.Яблонский коллективное мнение своих вы-

дающихся зарубежных коллег Жильбера Массара, Жюля-Линн Ноеля, Алессандро Брунелли и других, которое они сформулировали ещё в 2017 г. в статье Transatlantic Editorial: Thoracic Surgeons Need Recognition of Competence in Thoracic Oncology. Странно, что авторы нового российского порядка оказания онкопомощи не обратили на неё внимания.

Когда «развод» неизбежен

Главный врач Нижегородского областного клинического онкологического диспансера и главный онколог Минздрава Нижегородской области Сергей Гамаюнов, выступая как представитель противоположной стороны — онкологов и организаторов здравоохранения — решил восстановить справедливость и показать, что новый Порядок оказания онкологической помощи вовсе не так плох, как кажется. По его словам, объективному отношению к данному документу мешают две иллюзии. Первая, якобы, невозможность оказывать помощь онкологическим больным вне онкологического диспансера, и вторая — «крепостное право» онкодиспансеров на лечение онкологических пациентов. На самом деле, говорит эксперт, таких запретов нет ни в отношении торакальной онкопатологии, ни какой-либо иной.

— В «порядке» нигде не написано, что онкологический пациент не может лечиться вне онкологического учреждения. Там написано, что он может лечиться в медицинской организации, где есть соответствующие условия и определённое количество коек для хирургии и химиотерапии, — возразил С.Гамаюнов тем специалистам, кто именно в искусственном установлении «количественных» параметров усматривает стремление вытолкнуть из системы оказания онкопомощи те стационары, в которых есть технологии, специалисты и опыт лечения онкобольных, но не хватает кровати до указанного нового стандарта.

Лучевая терапия, согласно новому «порядку», теперь тоже может быть оказана только в тех клиниках, где количество коек онкологического профиля не менее установленного. Данное положение С.Гамаюнов назвал действительно сложным моментом.

На примере Нижегородской области главный врач онкодиспансера показал, как было раньше и как теперь организовано взаимодействие онкологических и неонкологических медицинских организаций в свете новых требований Минздрава России.

— До 2021 г. ровно половина онкологических коек в нашем регионе находилась вне онкодиспансера. И когда мы проанализировали их работу, нас самих удивило: объём оказанной онкопомощи абсолютно не соответствовал тому количеству профильных коек, которое было в этих больницах. 7 тыс. операций выполнялось в онкодиспансере и только чуть более 2 тыс. — в других лечебных учреждениях, вместе взятых. В крупных клиниках — федеральный центр, областная больница, одна городская и одна районная — выполнялось более 250 онкологических операций в год, то есть одна или больше операций ежедневно. Тогда воз-

ник вопрос, а зачем в системе онкопомощи остальные лечебные учреждения, в которых выполняются одна-две-три онкологических операции в месяц? Ведь при такой низкой хирургической активности нельзя говорить о большом опыте и высоком качестве онкологической помощи, – резонно отмечает С.Гамаюнов.

В итоге в Минздраве Нижегородской области посчитали реальную онкозаболеваемость и точное число онкологических пациентов, соотнесли эти данные с возможностями областного онкодиспансера и определили, какое число больных «не помещается» в существующий коечный фонд диспансера. Таких больных набралось на 40 недостающих коек, которые надо дополнительно где-то разворачивать. Выбрали для этого многопрофильную Нижегородскую областную клиническую больницу им. Н.А.Семашко, открыли новое отделение. Таким образом, отныне онкохирургическая помощь в области оказывается только в 5 лечебных учреждениях. Остальным «дали развод».

Вторым ключевым моментом нового Порядка оказания онкологической помощи С.Гамаюнов назвал требование о проведении онкологического консилиума до начала лечения. Он заметил, что консилиум можно проводить не только очно, но и дистанционно, с помощью телемедицинских технологий, это разрешено.

– Прежде хирурги, даже высочайшего уровня, работающие вне онкодиспансера, не всегда адекватно выбирали тактику лечения при раке. Сегодня благодаря работе консилиума нет случаев, когда бы мы переводили пациентов на хирургическое лечение из областной больницы в онкодиспансер, Нижегородский областной клинический онкологический диспансер не занимается тем, что отбирает пациентов у коллег. Мы выстроили абсолютно нормальное взаимодействие между нашими учреждениями, – уверяет главный врач.

Наконец, третий принципиально важный пункт нового «порядка» – требование ко всем учреждениям, работающим в системе оказания онкопомощи, предоставлять отчетность в региональную онкослужбу. Прежде это действительно являлось серьезной проблемой.

– Яркий пример по Нижегородской области: в 2021 г. мы пофамильно выверяли списки ракового регистра и данных территориального фонда ОМС и увидели существенное расхождение. По данным ракового регистра, в регионе было 99 тыс. онкобольных, а по данным ТФОМС – всего 63 тыс. В итоге выяснилось, что и та, и другая базы данных неполноценны. Между тем, реальное число онкобольных, состоящих на учёте, лежит в основе расчёта всех ключевых показателей работы региона по борьбе с раком. Поэтому нами изданы приказы об обязательной работе всех медицинских организаций независимо от форм собственности в системе канцеррегистра и о синхронизации канцеррегистра с базой данных ТФОМС, – делится опытом С.Гамаюнов.

Он также высказал несогласие с утверждениями о «крепостном праве», которое, якобы, устанавливается новым Порядком оказания онкопомощи. По мнению С.Гамаюнова, всё как раз наоборот: сегодня человек самостоятельно может выбирать для лечения любое федеральное учреждение, и эта помощь будет оплачена не из средств территориального фонда ОМС, а из средств Федерального фонда ОМС, что «в разы облегчило возможность миграции пациента».

– Мне кажется, главные онкологи субъектов РФ позитивно относятся к данному нововведению, так как оно позволяет за счёт дополнительных источников финансирования пролечить большее число жителей своего региона, – рассуждает эксперт. Эх, если бы это на самом деле было так...

Минус лучшие

В Новосибирской области в список учреждений, которые так или иначе участвуют в системе оказания медицинской помощи по профилю «онкология» в рамках территориальной программы госгарантий, включили 34 лечебных учреждения, подведомственных региональному Минздраву, поликлинику ФМБА и РЖД, и даже одну частную клинику, где разместили ЦАОП.

При этом в регионе специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь онкобольным также оказывают три федеральных медицинских центра – Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна (профиль – травматология и ортопедия, нейроонкология), Федеральный центр нейрохирургии (один из профилей – нейроонкология) и НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина (профили – кардиохирургия, нейрохирургия, онкология). Нужно ли говорить, что техническая оснащённость, уровень квалификации специалистов и степень сложности выполняемых здесь онкологических операций уж точно не ниже, чем в онкодиспансере или любой из городских многопрофильных больниц? Поэтому не использовать их потенциал в системе оказания онкопомощи жителям региона было бы, как минимум, странно, а точнее – неразумно. Однако здесь решили обойтись без «федералов».

Объяснить, почему ни один федеральный центр не вошёл в список учреждений по маршрутизации новосибирских онкобольных, только тем, что региональные клиники финансируются из средств ТФОМС, а федеральные – напрямую из ФФОМС, теперь уже нельзя. Ведь, по сути, наоборот – это своего рода подарок судьбы для территории, которая имеет возможность получить дополнительные средства на лечение своих жителей. Тем не менее, областная онкослужба не спешит этот шанс использовать. В приказе регионального Минздрава об организации оказания онкологической помощи названия новосибирских «федералов» не упомянуты в принципе, в схемах маршрутизации пациентов на СМП и ВМП эти клиники не значатся. Если это демонстрация местечковой позиции «обойдёмся как-нибудь сами», то как она соотносится с интересами онкологических больных?

Заместитель директора НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина по экономике Артём Пухальский рассказал, что клиника обратила внимание Минздрава области на возможность использования всего потенциала учреждения. Но пока пациенты приходят сюда самотёком, благо здесь имеются все три составляющих комбинированного лечения рака – хирургическое, химиотерапевтическое и радиологическое. А, например, лечение злокачественных опухолей костной ткани, конформная лучевая терапия, работассистированная онкохирургия, химиоэмболизация и медицинская реабилитация онкобольных на территории региона вообще проводятся только в НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина.

– За минувший год мы увеличили объём помощи взрослым больным с новообразованиями в 2,5 раза, в том числе, пролечили 3,6 тыс. жителей Новосибирской области. НМИЦ не просит у региона денег за лечение онкобольных, Федеральный ФОМС оплатил данный вид медицинской помощи для жителей области в сумме более 530 млн руб., – говорит А.Пухальский.

Заканчивается I квартал года, а изменения намерений региональной онкослужбы в отношении федеральных клиник не заметно. То, к чему, по выражению главного онколога Нижегородской области, нужно относиться позитивно, в Новосибирской области и, скорее всего, не только здесь, позитивного отношения почему-то не вызвало. Спрашивается: а в чём виноваты онкобольные?

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».