

РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ

УДК 616-006-052-08:615.849

СОСТОЯНИЕ РАДИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ*В. М. Виноградов*

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Санкт-Петербург, Россия
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

RADIOTHERAPY IN SAINT-PETERSBURG

V. M. Vinogradov

Russian Research Center for Radiology and Surgical Technologies, St. Petersburg, Russia
North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© В. М. Виноградов, 2014 г.

Публикуемая статья является итогом многолетней деятельности автора в роли внештатного главного специалиста по клинической радиологии (лучевой терапии) Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. Как говорится, «о наболевшем». Следует с прискорбием констатировать, что работа в этой должности оказалась неэффективной, не принесла необходимых позитивных результатов и не позволила решить ряд насущных вопросов, связанных с проведением адекватного лучевого лечения онкологическим больным в нашем городе. Возможные механизмы возникновения проблем и пути реализации основных задач в этой области приходится переосмысливать в очередной раз.

Ключевые слова: радиотерапия, рак, радиотерапевтическое оборудование, персонал.

This paper considers the state of radiotherapy in St. Petersburg. The article is the result of work as a main expert in radiation therapy of the Health Committee of St. Petersburg. Possible mechanisms of the problems and ways to improve the situation should be discussed.

Key words: radiotherapy, cancer, radiotherapy equipment, staff.

1. Общая ситуация. В Санкт-Петербурге сохраняется один из самых высоких уровней онкологической заболеваемости среди российских регионов. На протяжении многих лет он остается стабильным — 18 000–20 000 человек в год, или порядка 400 на 100 000 населения. Так, в 2012 году в Санкт-Петербурге выявлено 19 657 новых случаев онкологических заболеваний [1]. На учете в этот период состояло около 120 000 пациентов. По данным ВОЗ, в лучевой терапии нуждаются около двух третей данных пациентов. В развитых странах уровень использования радиотерапии при онкологической патологии не менее 50%. Однако Санкт-Петербург до недавнего времени существенно отставал в этом отношении — данный показатель не превышал 15–25%, даже с учетом комбинирования различных методик лечения. Очередь пациентов на радиотерапию в городских учреждениях здравоохранения в настоящее время периодически насчитывает несколько сотен человек, а сроки ожидания нередко составляют 2–3 месяца. Около половины пациен-

тов имеют III–IV стадии процесса, и подобная ситуация является недопустимой. Приблизительно потребность в лучевом лечении городских онкологических больных может быть оценена с учетом того, что ежегодно около 50% заболевших (порядка 10 000 человек) и 5% наблюдающихся больных (рецидивы, генерализация — порядка 5000 пациентов), т. е. около 15 000 человек, могут быть направлены на облучение. Следует также учитывать, что на протяжении жизни в развитых странах 20% онкологических пациентов проводится повторное лучевое воздействие.

Таким образом, ежегодная потребность в радиотерапии в целом соответствует показателям онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге, но она проводится не более чем трети больных, подлежащих лучевому лечению.

В соответствии с рекомендациями МАГАТЭ [2] для планирования необходимых мощностей службы радиационной онкологии используется показатель уровня использования радиотерапии (RUR — radio-

therapy utilization rate), который определяется отношением числа больных, получающих лучевую терапию в первый раз, к общему числу новых случаев рака. Он отражает пропорцию онкологических пациентов, которым на протяжении жизни проводится, как минимум, один курс радиотерапии. В развитых странах RUR составляет 40–100%, варьируя с учетом нозологических форм, при этом в ряде случаев (желудок, мочевого пузыря и др.) уровень использования лучевой терапии оказывается существенно ниже оптимального (табл. 1).

спектр методик лучевой терапии, включая дистанционную лучевую терапию (в том числе высокотехнологичную), контактную (брахитерапию), рентгенотерапию. Для проведения дистанционной лучевой терапии в городских и федеральных медицинских учреждениях предназначены тринадцать мегавольтных аппаратов. Это больше половины установок, требующихся по международным нормам, которые исходят из необходимости иметь один аппарат на 250–300 тыс. населения, что подтверждено приказом МЗ № 915-н от 15 ноября 2012 г. «Порядок

Таблица 1

Доля пациентов, получающих радиотерапию (%) в различных странах при основных локализациях рака

Локализация рака/страна	Швеция	Нидерланды	Австралия	США	Оптимальный RUR, %
Полость рта и ротоглотка	94–100	54	44	70	74–100
Пищевод	73	—	47	54	80
Желудок	7	—	6	15	65
Прямая кишка	56	28	17	41	61
Гортань	100	78	80	75	100
Легкое	71	46	38	39	71
Молочная железа	81	63	41	44	83
Шейка матки	83	60	41	33–44	58
Тело матки	64	47	26	25	46
Яичники	—	9	—	—	—
Простата	51	31	44	41	60
Мочевого пузыря	17	37	26	4	58
Лимфомы	40	47	24	—	65
Лейкозы	8	—	6	—	4
Все локализации, кроме кожи	43	33	25	24	52

Структура онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге отражает общероссийские тенденции — основную часть составляет рак молочной железы, простаты, легкого, опухоли головы и шеи. Высокий темп прироста количества новообразований ЦНС. При всех перечисленных нозологических формах должны использоваться высокотехнологичные методики облучения, реализуемые на современном оборудовании. Так, использование конформной и модулированной по интенсивности лучевой терапии позволяет существенно повысить качество жизни больных и сократить сроки лечения. Особо следует отметить, что в развитых странах доля паллиативных курсов лучевого пособия составляет не менее 40–50% от общего их числа. Однако многие пациенты нашего региона просто не успевают пройти курсы паллиативного и симптоматического лечения ввиду больших очередей, так как в Санкт-Петербурге более четверти заболевших (26,5% по данным 2012 года) умирают на первом году наблюдения.

2. Аппаратное оснащение. Лечебные учреждения Санкт-Петербурга, имеющие лицензию на проведение лучевой терапии, в целом обладают необходимым оборудованием и могут осуществлять полный

оказания медицинской помощи населению по профилю „онкология”», приложение 21. Таким образом, потребность в дистанционном оборудовании в Санкт-Петербурге составляет порядка 20 аппаратов. Однако данные нормативы не выполняются на всей территории РФ. В некоторых регионах оснащенность составляет 30% и ниже. Критичность ситуации в том, что половина установленных в ЛПУ города дальнедистанционных установок выработали свой ресурс и либо вообще не функционируют, либо требуют длительного ремонта. Ситуация с другими видами лучевой терапии относительно благоприятна. Так, количество аппаратов для брахитерапии соответствует международным нормативам, а именно — одна установка на миллион населения (приказ № 915-н — на 800 000 жителей). В настоящее время ведется планомерная работа по приведению данных показателей к стандартам развитых стран. Правительством Санкт-Петербурга предусмотрено дальнейшее совершенствование лучевой терапии, включающее дальнейшее обновление и увеличение парка лучевого оборудования в городской структуре здравоохранения. Например, при открытии нового Онкологического центра городского

подчинения — СПБКНпЦСВМП(о) проведено обновление и расширение спектра аппаратного обеспечения для лучевой терапии.

Однако как в городских, так и в федеральных учреждениях большинство аппаратов подлежит регулярному ремонту и замене в перспективе. Нестабильно работают три ускорителя производства фирмы «Siemens» в СПБКНпЦСВМП(о), это связано с тем, что два из них в течение семи лет находились на хранении в складском помещении другого лечебного учреждения. В связи с формально невыработанным ресурсом установок возникают трудности их списания. При этом фирма-производитель прекратила выпуск терапевтических ускорителей, а ремонт уже инсталлированных оказывается весьма затратным. Подлежат замене также два ускорителя в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, а гамма-установка в больнице № 8 будет демонтирована.

В ближайшие годы для радиотерапевтических отделений ЛПУ городского подчинения планируется закупить более пятнадцати аппаратов различного уровня сложности для дистанционной лучевой терапии. Поставки оборудования рассчитываются с учетом медико-технического задания на строительство «Поликлинического корпуса и корпуса под лучевой блок СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер по адресу Ульянка, квартал 8» и мощностей ГБУЗ СПБКНпЦСВМП(о). Данные рекомендации были представлены в проекте региональной государственной программы Санкт-Петербурга «Развитие здравоохранения» (2013 г.), однако не вошли в ее окончательный вариант.

Федеральными учреждениями Санкт-Петербурга также планируется расширение спектра используемых методик лучевой терапии. Нельзя не отметить наличие в Российском научно-исследовательском институте онкологии им. Н. Н. Петрова и Российском центре радиологии и хирургических технологий современных линейных ускорителей для проведения роботизированной стереотаксической конформной, модулированной по интенсивности и визуально контролируемой лучевой терапии. По функциональным возможностям данные аппараты («NovalisTx» и «Axesse») не уступают пресловутому «Cyber Knife».

Также в рамках государственно-коммерческого содружества за счет средств бюджета Санкт-Петербурга на контрактной основе проводится облучение пациентов с использованием установок «Gamma Knife» и «Cyber Knife» в лечебно-диагностическом центре МИБС. Это позволяет задействовать возможности частной клиники для оказания высокотехнологичной радиотерапевтической помощи относительно небольшой части нуждающейся в ней городских больных. Однако нередки случаи, когда на коммерческой или бюджетной основе осуществляется необоснованно затратное лечение. Так, например, иногда пациентам с неизлеченной первичной опухолью и множественными (более десяти)

метастазами низкодифференцированного рака в головной мозг проводится дорогостоящее радиохирургическое пособие, а не воздействие на весь объем пораженного органа.

Особо следует подчеркнуть наблюдающуюся в последние годы порочную тенденцию попыток закупки радиотерапевтической аппаратуры непрофильными учреждениями здравоохранения. Редкий главный врач неонкологического ЛПУ Санкт-Петербурга не мечтает прикупить лечебную установку, причем самую что ни есть высокотехнологичную. Эти странные желания провоцируются огромной очередью на лечение, а также рекламными анонсами и прайс-листами коммерческих центров, осуществляющих лучевую терапию. Следует учитывать, что рассматривается, как правило, возможность покупки самых «продвинутых» в технологическом плане узкоспециализированных установок — «Cyber Knife», «View Ray», «True Beam», «Vero» и т. п. Однако поставка дорогостоящего лечебного оборудования в линейные многопрофильные больницы при выраженном дефиците квалифицированного медицинского и инженерно-физического персонала неизбежно приведет к некачественному лечению (если вообще удастся наладить функционирование аппаратуры) и чревата разбазариванием бюджетных средств.

3. Организационные особенности. В целом, пациентам, нуждающимся в проведении лучевой терапии, она осуществляется в городских и федеральных учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга в соответствии с порядком оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным. Ввиду дефицита оборудования для дистанционного облучения, сроки проведения лучевой терапии определяются онкологической врачебной комиссией с учетом конкретной нозологической формы и стадии онкологического процесса у каждого конкретного больного. При этом оказание данного пособия находится под постоянным контролем администрации государственных учреждений здравоохранения, где осуществляется эта деятельность, а также Комитета по здравоохранению. Однако эти меры часто оказываются неэффективными.

По опыту многолетних попыток осуществить маршрутизацию онкологических больных, подлежащих радиотерапии, нельзя не признать определенный конфликт интересов различных сторон, участвующих в процессе. Пациентам, прежде всего, необходимо быстро получить высокотехнологичное лечение. Это обоснованное желание наталкивается на ряд препятствий — нехватка соответствующей аппаратуры, плохая организация этапов обследования, принятия решения и подготовки к облучению (от записи на консультацию специалиста до проведения первого сеанса). В ходе лечения врачами часто традиционно назначаются длительные («конвенционные») схемы фракционирования. Также имеется

определенная конкуренция между структурами регионального и федерального подчинения, и в центры, располагающие высокотехнологичной аппаратурой, направляются пациенты на грани курабельности или уже не подлежащие лучевому лечению. Отмечается неудовлетворительная регламентация финансовых отношений между «заказчиком» и «исполнителем». Рассмотрим эти обстоятельства более подробно.

Если недостаточное количество лечебных установок невозможно компенсировать организационными мероприятиями, то запись на консультацию к врачу-радиотерапевту через месяц и более после обращения больного является недопустимой. Далее временной промежуток от решения врачебной комиссии до первого сеанса облучения может составлять два-три месяца. При этом следует учитывать, что в ряде случаев (опухоль головного мозга, его метастатическое поражение, распространенный рак головы и шеи, легкого) предполагаемая продолжительность жизни пациентов может соответствовать длительности ожидания лечения. И поэтому необходимо дифференцировать больных, стоящих в очереди на лучевую терапию, по степени ургентности оказания пособия, иначе существует реальная угроза не дожидаться помощи.

Пропускную способность установок можно существенно увеличить, используя ускоренные режимы фракционирования. В настоящее время они широко внедряются в мировую клиническую практику. Для многих нозологических форм проведено радиобиологическое обоснование этих схем, а на клиническом материале доказано, что эффективность лечения не снижается. Так, при разработке стандартов послеоперационной лучевой терапии больных раком молочной железы британскими медиками [3] установлено, что применение среднего фракционирования (порядка 3 Гр за сеанс) в суммарных дозах, эквивалентных конвенциональному воздействию, не только не ухудшает результатов лечения, но и, как ни парадоксально, снижает частоту лучевых реакций и осложнений. При этом длительность курса сокращается в два раза — с пяти до двух с половиной недель. Учитывая, что данные пациенты составляют существенную часть в структуре радиотерапевтической помощи, увеличение пропускной способности отделений лучевой терапии представляется реальным. Особенно целесообразной представляется комбинация ускоренного облучения с одновременной химиотерапией, что при ряде нозологических форм повышает эффективность лечения. Однако подобный подход наталкивается на несогласованность административных и финансовых интересов. В прошлом году, наконец, удалось переломить ситуацию с оплатой лучевого пособия из фондов обязательного медицинского страхования, и тарифы в Санкт-Петербурге были значительно повышены. Но при этом расценки отражают стоимость сеанса облучения, а не заверщенного курса

радиотерапии. Это ведет к тому, что врачу проще провести за те же деньги курс конвенциональной лучевой терапии одному больному, а не ускоренный — двум. Трудозатраты оказываются меньше — не нужно осуществлять подготовку к облучению и оформление документации еще одного пациента. Очередь на лучевое лечение, кроме всего прочего, в условиях отсутствия конкуренции с другими учреждениями, гарантирует врачам радиотерапевтических отделений постоянную высокую заработную плату. Ну, а если кто-то не доживет — такова судьба. Вместе с тем, в некоторых развитых странах, где оборудования вполне достаточно, страховые компании отказывают в выплатах лечебным учреждениям, если, например, больным с множественными костными метастазами проведен фракционированный курс противоболевого облучения, а не однократное воздействие, предусмотренное стандартами. В целом, среднее число фракций, и, соответственно, длительность курса радиотерапии за рубежом при ряде локализаций опухолей оказываются меньше, чем в России (табл. 2; Wong, 2008)

При этом федеральные структуры не могут в полной мере реализовать свой потенциал, так как многие нозологические формы, требующие безотлагательного лучевого лечения, в последние годы исключены из «Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи» по разделу «Онкология». Примерами могут служить доброкачественные опухоли головного мозга, его метастатическое поражение и т. п. Также ряд учреждений федерального подчинения, располагающих современной аппаратурой для проведения лучевого лечения, из-за бюрократических препятствий не вошли в систему ОМС. Вместе с тем, некоторые коммерческие центры в нее включены. Создается ощущение, что государственно-коммерческое сотрудничество иногда значительно крепче государственно-государственного.

Также важную роль в создании неблагоприятной обстановки при оказании радиотерапевтической помощи онкологическим больным играет недостаточная их информированность, а вернее полное отсутствие сведений о возможности лучевого лечения в нашем городе. Большинство пациентов в силу различных обстоятельств, возраста и своего состояния не являются компьютерными пользователями, незнакомы с современными информационными технологиями, а родственники зачастую мало обеспокоены их проблемами. Заняв место в очереди на лучевое лечение в каком-либо учреждении, больные, как правило, безропотно в ней стоят. Ускорить процесс удастся «счастливым», обладающим скандальным характером или(и) имеющим знакомых в административной сфере. Еще один вариант, исключаящий многомесячное стояние в очереди, — лечение на коммерческой основе в соответствующих учреждениях. Однако Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации» предусматривается, что «*при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации...*» (ст. 21, п. 1). Но фактически гражданин ввиду отсутствия необходимой доступной информации лишен данного права. Врачами первичного звена полностью игнорируется пункт № 4 данной статьи Федерального закона, а именно: «для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. *В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бес-*

ЛПУ городского и федерального подчинения также не получили реального воплощения. Вместе с тем, нарушенное право больного очень легко восстановить — необходимо обнародовать соответствующую информацию. Ничто, в конце концов, не мешает пациенту проконсультироваться в различных учреждениях, даже встать в очередь на лучевую терапию. А дальше, по желанию, лечиться там, где быстрее будет реализовано его право, или больше понравилось. Эта определенная конкуренция между субъектами здравоохранения пойдет на пользу онкологическим больным Санкт-Петербурга, сократит количество жалоб и будет способствовать не только повышению качества жизни, но, скорее всего, и показателей выживаемости.

Таблица 2

Оптимальное число фракций в расчете на пациента и курс по различным опухолям

Локализация	Доля от числа всех новообразований, %	Оптимальный уровень использования радиотерапии, %	Оптимальное число фракций на новый случай рака	Оптимальное число фракций на курс
ЦНС	2	92	27,4	29,8
Голова-шея	4	78	23,0	29,5
Пищевод	1	80	17,1	21,4
Желудок	2	68	17,0	25,0
Прямая кишка	5	59	15,6	26,4
Поджелудочная железа	2	57	13,2	23,2
Легкое	10	76	13,1	17,2
Лимфомы	4	65	9,6	14,8
Желчный пузырь	1	13	3,2	24,6
Толстая кишка	9	14	3,0	21,4
Миелома	1	38	0,4	1,1
Лейкозы	3	4	0,3	7,5

платного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания...» и далее по тексту (выделено автором).

Около десяти лет тому назад на одном из заседаний Комитета по здравоохранению даже было принято решение вывесить в ЛПУ онкологического профиля нашего города списки тех лечебных учреждений, где оказывается радиотерапевтическая помощь. Однако не только никто не видел данной информации, но и пациентам внушается, что в другие центры попасть весьма затруднительно, а очереди там еще больше. Многократные совещания на предмет «маршрутизации» пациентов (с разработкой образцов соответствующих документов) и созданию единой городской очереди на лучевое лечение не увенчались существенными позитивными результатами. Разработанные меры по нормализации ситуации в данной сфере совместными усилиями

4. Подготовка кадров. Особо следует отметить необходимость обеспечения в новых условиях более высокого уровня гарантии качества лучевой терапии и обусловленную этим обстоятельством актуальность подготовки в масштабах Санкт-Петербурга высококвалифицированного инженерно-физического и медицинского персонала, а также полного укомплектования им ЛПУ. Внедрение высокотехнологичных инновационных радиотерапевтических методик существенно повысило трудозатраты на их реализацию. Значительно возросли профессиональные требования ко всем сотрудникам, участвующим в процессе лучевого лечения. Международный анализ серьезных осложнений лучевой терапии, возникших в результате ошибок планирования и реализации лечения, свидетельствует, что они, как правило, встречаются в центрах с недоукомплектованным персоналом. Вместе с тем в Санкт-Петербурге ощущается острая нехватка высококвалифицированных кадров — радиотерапевтов и инженерно-физического персонала. Неоднократно на уровне Комитета по здравоохранению поднимался вопрос о необходимости целевой подготовки врачей и среднего медицинского персонала

ла на кафедре клинической радиологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. Формирование соответствующих групп для продолжения последилового обучения на этапе окончания учащимися базового образования позволило бы в будущем если не полностью ликвидировать, то, по крайней мере, существенно уменьшить дефицит радиотерапевтических кадров. В части комплектации отделений квалифицированными физиками необходимо отметить, что их подготовка в ограниченном масштабе проводится лишь на кафедре ядерной физики Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Представляется целесообразным задействовать студентов данного профиля в работе радиотерапевтических отделений в плане совмещения и выполнения дипломных работ с заключением соответствующих договоров между ЛПУ и вузами. Таким образом, мониторинг медицинскими учреждениями города специалистов разного уровня подготовки и их целевое направление на дальнейшее обучение позволит системно решить вопрос подготовки кадров для социально значимой и активно развивающейся отрасли здравоохранения Санкт-Петербурга.

Необходимо ясно представлять, что простое увеличение числа современных лечебных аппаратов при отсутствии специалистов требуемой квалификации не только не улучшит ситуацию с оказанием данного вида специализированной медицинской помощи, но и может привести к трагическим последствиям.

Свою лепту в дезорганизацию радиотерапевтической службы в масштабах не только Санкт-Петербурга, но и всей страны внесло также изменение номенклатуры российских медицинских специальностей и квалификационных требований к врачам. В соответствии с рядом приказов [4–6], наряду с сохранившейся специальностью «радиология» была введена «радиотерапия», подразумевающая непосредственное участие специалистов в процессе лучевого лечения. Таким образом, исконная «радиология» разделилась на «радиотерапию» и диагностическую «радиологию» (т. е. ядерную медицину). При этом первичная переподготовка врачей-радиотерапевтов возможна лишь на базе уже имеющейся основной специальности «онкология», в отличие от радиологов, которые изначально могут быть рентгенологами. Это справедливый подход, однако он не был продуман полностью. Все-таки, как отмечается в рекомендациях МАГАТЭ, определение «радиотерапия», хотя и применяется во многих, преимущественно европейских странах, является более узким, чем «радиационная онкология», имеющая в виду более основательную подготовку врача по основным фундаментальным и частным разделам онкологии. В ряде государств радиотерапевтами называются специалисты со средним образованием, работающие в одной команде с радиационными онкологами. В целом, современное состояние российских квалификационных требований по данной врачебной специальности находится в явном противоречии со здравым смыслом.

Анализируя весь пакет регламентирующих документов, хочется, подобно героям голливудских боевиков, воскликнуть: «Вы оскорбляете мой разум!». Так, например, в учебных заведениях страны сохранилось большое число кафедр рентгенологии и радиологии (вариант — «лучевой диагностики и терапии»), где ведется преподавание радиотерапии. Между тем, преемственность между этими дисциплинами полностью ликвидирована. Более того, в номенклатуре ВАК осталась специальность 14.01.13 «лучевая диагностика, лучевая терапия», хотя логичным представляется наличие идентичных названий врачебных и научных дисциплин с отражением особенностей обучения, например, «онкология, радиотерапия». Сегодня ученый-радиотерапевт имеет степень по специальности, включающей диагностическую составляющую. Однако если раньше базовая подготовка подразумевала широкий круг специальностей, включая рентгенологию, то теперь лучевые терапевты готовятся из врачей-онкологов или в ординатуре. Это вызывает недоумение и может привести к конфликтным ситуациям, так как у обладателя данной ученой степени возникают необоснованные права на занятие чуждым видом деятельности. Особенно остро данный вопрос может встать в результате возможной в будущем отмены сертификата специалиста. В целом, прежде чем принимать отдельные разрозненные приказы и «тянуть одеяло на себя», следовало бы озвучить, обсудить и воплотить в жизнь весь блок необходимых мер по урегулированию проблемы подготовки кадров.

5. Пути улучшения ситуации. Предлагаемые меры не смогут резко улучшить обстановку в области радиотерапии и вывести нас на уровень ведущих мировых стран. Однако при бездействии ситуация будет неизбежно ухудшаться. И поэтому, как минимум, следует предпринять определенные шаги на всех структурных уровнях для нормализации условий функционирования службы лучевой терапии.

1. Необходимо при назначении курса радиотерапии полностью информировать пациентов обо всех учреждениях Санкт-Петербурга, где возможно проведение лучевого лечения.

2. Надлежит тщательно планировать закупки оборудования для подготовки и реализации терапевтического облучения с привлечением профильных специалистов и учетом задач ЛПУ. Необходимо обеспечить его совместимость с уже имеющимся оснащением. Аппараты обязательно должны дублироваться, чтобы перевод больных (при необходимости) с одной лечебной установки на другую осуществлялся без дополнительных перерасчетов лечебных планов.

3. Следует широко использовать ускоренные курсы лучевой терапии и синхронную химиолучевую терапию, что увеличит пропускную способность отделений и улучшит результаты лечения.

4. Включить все федеральные учреждения, располагающие необходимой аппаратурой для прове-

дения лучевой терапии в систему ОМС, что позволит оказывать бесплатную медицинскую помощь большему числу пациентов.

5. Необходимо разработать новые тарифы в рамках ОМС, где оплата производилась бы по завершённому случаю оказания радиотерапевтической помощи с учетом ее сложности.

6. Нужно предусмотреть оплату в рамках ОМС высокотехнологичных методик облучения (IMRT, IGRT, стереотактические воздействия и т. д.) или изыскать другие источники бюджетного финансирования данных видов лучевой терапии.

7. Привести квалификационные требования, общую и научную номенклатуру специальностей к единому знаменателю.

8. Целесообразно ввести непрерывное последипломное образование врачей, физиков и среднего медицинского персонала на базе высокотехнологичных радиотерапевтических центров.

Только поэтапная реализация всего комплекса подобных мероприятий позволит оказать существенное позитивное влияние на состояние радиотерапевтической помощи населению Санкт-Петербурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. — М., 2014. — С. 1–249.
2. Planning national radiotherapy services: a practical tool. — Vienna: International Atomic Energy Agency, 2010. — P. 1–83.
3. The UK standardisation of breast radiotherapy (START) trials of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: 10-year follow-up results of two randomised controlled trials / J. Haviland, J. Owen, J. Dewar et al. // The Lancet Oncology. — 2013 — Vol. 14, Iss. 11. — P. 1086–1094.
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 февраля 2011 г. № 94н «О внесении изменений в Номенклатуру специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. № 1644н «О внесении изменений в Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415-н».
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183н г. Москва «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

Поступила в редакцию: 3.07.2014 г.

Контакт: В. М. Виноградов, vinogradov_oncology@rambler.ru.

Подписные индексы:

Агентство «Роспечать» 57991

Объединенный каталог «Пресса России» 42177