

© Соловьев В.И., Куликов Е.П., 2004
УДК 616-006.04-08

РОЛЬ И МЕСТО ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ФОРМЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В СТРУКТУРЕ ОБЛАСТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.И. Соловьев, Е.П. Куликов

Смоленский областной онкологический клинический диспансер,
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Авторами на основании анализа результатов паллиативного лечения онкологических больных, предложена его организационная форма в структуре областного здравоохранения. Подробно изложены требования, предъявляемые к врачам, осуществляющим паллиативное лечение в различных структурных подразделениях системы здравоохранения.

Действующая во многих экономически развитых странах (Англия, США, Канада, Австралия) система организации медицинской помощи онкологическим больным предполагает равное распределение ресурсов между радикальным лечением и паллиативной помощью (включая обезболивание) и отражает реальные потребности пациентов. Такое распределение ресурсов не случайно. Старение населения, ухудшающаяся экологическая обстановка и отсутствие этиотропного лечения онкологических заболеваний не позволяют строить оптимистических прогнозов о снижении уровня онкологической заболеваемости и, в частности, уменьшения числа больных 4-й клинической группы [1, 2].

Следует отметить, что в медицине неонкологические безнадежные больные любого профиля, включая даже тех, кто находится в состоянии декорткации, получают интенсивную терапию. С другой стороны онкологические больные IV клинической группы практически не получают рационального лечения, и вот почему: во-первых, такая терапия еще не разрабо-

тана, во-вторых, отсутствуют соответствующие организационные формы [3].

Проблема назрела, она требует решения. Настоящая работа ставит своей целью обоснование организации и проведения паллиативного лечения для онкологических больных, а также разработку его структуры и функций подразделений.

IV клиническая группа, как известно, является фактором субъективным. В зависимости от арсенала лечебных средств и воздействий больные могут быть отнесены ко II или IV клинической группе. Если же сформировать коллектив специалистов, которые будут длительное время заниматься так называемыми инкурабельными больными, то появится возможность авторитетного пересмотра этого контингента с отбором тех больных, которые еще подлежат специальному лечению. Какие это группы? Это пациенты с опухолями, оперативное удаление которых невозможно или затруднено, а также больные старческого возраста (Сидоренко Ю.С., 2000).

Кроме того, бурное развитие науки и техники за последние годы позволило в ряде случаев применить рациональное

лечение некоторым больным IV клинической группы с последующим их переводом в группу практически здоровых. Однако в официальных формах онкологической отчетности такая метаморфоза не предусмотрена, и по документам перевести больных из IV в III группу невозможно. То же относится и к психологии врача.

Не исключаются случаи и радикального излечения больных IV клинической группы. Возврат к жизни и даже к работе заведомо обреченных людей будет иметь огромное психологическое значение, как для врачей, так и для населения. А это, в свою очередь, приведет к уменьшению случаев отказа от лечения.

Тем не менее, концентрация онкологических больных IV клинической группы в определенных структурных подразделениях единой организационной формы позволит целенаправленно применить весь арсенал средств и воздействий с целью лечения основного заболевания или, по крайней мере, коррекции состояния больного.

Здесь придется решать вопрос комплексно. Это предполагает интеграцию различных методологических подходов к паллиативному лечению в плановом и экстренном порядке.

Проанализировав результаты паллиативного лечения 881 пациента было установлено, что 82,6% (728) из них поступили в хирургические стационары в плановом порядке, причем 582 больных госпитализированы в онкодиспансер.

Кроме того, 124 больных получили паллиативное лечение в специализированных отделениях по индивидуальным планам, разработанным Консультативным Советом диспансера. Также установлено, что 22 больных ЗНО (13,6%) были направлены в НИИ онкологии. Этим больным проведение адекватного паллиативного лечения в областном центре невозможно

из-за отсутствия соответствующей материально-технической базы. А ее создание нецелесообразно, т.к. количество таких пациентов крайне мало. Решение о направлении на паллиативное лечение в НИИ принимается Консультативным советом, а затем согласовывается с Департаментом области по здравоохранению. После проведения паллиативного лечения больные направляются по месту жительства для дальнейшего наблюдения.

Следует отметить, что 153 человека (17,3%) доставлены в хирургические стационары ЛПУ городского, областного подчинения, ведомственного и ЦРБ в связи с осложнениями опухолевого процесса (непроходимостью, кровотечением, декомпенсированные стенозы) и паллиативные хирургические вмешательства выполнялись по экстренным показаниям. В послеоперационном периоде все пациенты осматривались на КС с разработкой индивидуального плана дальнейшего паллиативного лечения.

В связи с этим нами предложена организационная форма паллиативного лечения на базе существующих структурных подразделений областной системы здравоохранения (рис. 1), основными задачами которой являются:

- изучение и внедрение современных форм организации паллиативного лечения онкологических больных;
- подготовка специалистов по паллиативному лечению в онкологии для учреждений здравоохранения области;
- разработка методических рекомендаций для органов и учреждений здравоохранения области по вопросам проведения паллиативного лечения больных ЗНО;
- контроль за состоянием, развитием и качеством проведения паллиативного лечения в области;

- организация и проведение научно-практических конференций, семинаров по вопросам паллиативного лечения в онкологии;
- участие в научной разработке и апробации новых методов паллиативного лечения;
- проведение адекватного паллиативного лечения по индивидуальным планам, разработанным Консультативным Советом областного онкологического диспансера;
- обеспечение преемственности между всеми ЛПУ области, осуществляющими паллиативное лечение онкологических больных.

Важной составляющей организационной формы паллиативного лечения является канцер-регистр, в базу данных которого поступают сведения на всех больных IV клинической группы.

Основными задачами Регистра в рамках данной формы являются:

- контроль объективности учета больных;
- обеспечение преемственности в работе онкодиспансера с другими ЛПУ;
- автоматизированный расчет показателей;
- формирование государственной отчетности;
- предоставление комплекса методических указаний.

Работа популяционного ракового регистра обеспечивает ведение и контроль базы данных больных IV клинической группы учета. В комплекс этого раздела регистра входят следующие электронные формы:

- анализ причин поздней диагностики;
- анализ причин одногодичной летальности;
- структура врачебных ошибок;

- анализ результатов паллиативного лечения в различных ЛПУ города и области.

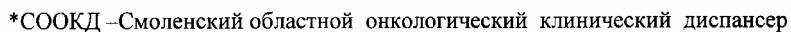
Значимость регистра определяется качеством заложенной информации и спектром ее использования в исследованиях с учетом развития системы паллиативного лечения, возрастая по мере накопления данных за более длительный период.

Все электронные формы снабжены аналитическими таблицами. Анализ информации можно проводить по любому выделенному признаку.

Данный комплекс программно-математического обеспечения регистрации злокачественных новообразований является распределенной информационной системой, позволяющей не только поддерживать учетно-отчетный уровень общепринятой медицинской статистики, но и находить решения различных научно-практических задач.

Вся информация передается из ЛПУ в организационно-методический отдел Смоленского областного онкологического клинического диспансера посредством «Модем» и вносится в базу данных регистра.

Такой организационно-методологический подход обеспечивает преемственность в работе онкодиспансера и территориальных лечебно-профилактических учреждений. Организация областного популяционного ракового регистра изменяет принцип работы от пассивного ожидания поступления документов на больных, к активному контролю, ужесточению требований к их качеству, полному и точному заполнению главных реквизитов. В раковом регистре данные на больных хранятся и анализируются постоянно, что позволяет устранить недоучет больных с IV клинической группой.



Следует отметить, что основным учреждением предложенной организационной формы является областной онкологический клинический диспансер. В его составе на функциональной основе работает Консультативный Совет, представленный ведущими специалистами-онкологами, радиологами, химиотерапевтами, которые занимаются решением следующих вопросов:

- определение объема диагностических исследований для установления степеней распространенности опухолевого процесса;
- подтверждение обоснованности установления IV клинической группы учета;
- разработка индивидуальных планов паллиативного лечения больных распространенными формами ЗНО;
- определение лечебного маршрута для реализации составленных планов путем направления в специализированные отделения ЛПУ городского и областного центра или в другие лечебные учреждения системы здравоохранения.

После осмотра на Консультативном Совете все больные поступают либо в отделения онкодиспансера, либо в специализированные отделения ЛПУ городского, областного и ведомственного подчинения, где им проводится паллиативное лечение согласно плана. По окончании реализации индивидуально-го плана лечения, пациенты вновь направляются в онкодиспансер для определения дальнейшей тактики.

В настоящее время врач онкодиспансера и специализированных онкологических отделений, проводящий паллиативное лечение, должен знать:

- основные принципы выполнения паллиативных операций.

В этой связи представляется важ-

ным коснуться вопроса терминологии в отношении понятий радикальности, паллиативности и циторедукции.

До настоящего времени критерием радикальности операции считалось удаление первичного опухолевого очага при отсутствии отдаленных метастазов; если же при этом удален даже один одиночный метастаз, то операция относится к разряду паллиативных. Однако ни компьютерная томография, ни ультразвуковая диагностика, ни визуальный субоперационный контроль не могут гарантировать отсутствие отдаленных метастазов даже при радикальной операции. Риск наличия «скрытых» метастазов очень велик при распространенном опухолевом процессе - и когда удаляется только первичная опухоль, и когда удаляются рецидивы и отдаленные метастазы. Поэтому граница между терминами «радикальный» и «паллиативный» часто выглядит весьма условной. К тому же к категории «паллиативных» обычно относят и те операции, при которых удаляется первичная опухоль, а отдаленные метастазы оставляются, и те, когда удаления опухоли не производят, а формируют лишь обходные анастомозы или различного рода стомы. Все это и создает некие терминологические неточности. Если видимых опухолевых очагов в организме больного после операции не остается, то достигается 100% визуальная опухолевая циторедукция, и именно это обстоятельство является важным и должно находить отражение в документации. Если по завершении операции остались не удаленными один или несколько опухолевых очагов, в операционном протоколе должны быть точно указаны их локализация и размеры с тем, чтобы можно было оценить степень циторедукции и использовать эти данные для

последующего контроля за эффективностью дополнительного лечения. Программа дальнейшей лекарственной или лучевой терапии целиком и полностью зависит от перечисленных выше моментов.

Таким образом, циторедуктивные операции заключаются в удалении первичного или рецидивного опухолевого очага и одновременном полном или частичном удалении отдаленных метастазов. По данным Н.Н. Симонова (2002) следует различать 4 вида циторедуктивных операций:

1. 100% визуальная опухолевая редукция - когда удаляется путем типичной или комбинированной операции первичный опухолевый очаг и удаляются все отдаленные метастазы.
2. Частичная опухолевая циторедукция - когда удаляется первичный опухолевый очаг и производится частичное удаление отдаленных метастазов.
3. Частичная опухолевая циторедукция - когда удаляется первичный опухолевый очаг, а отдаленные метастазы не удаляются.
4. Удаление отдаленных метастазов в различные сроки после ранее выполненной радикальной или циторедуктивной операции. Т.е., в настоящее время термин «циторедуктивные» операции, в сущности, заменяет используемый обычно термин «паллиативные».

Противопоказаниями к выполнению циторедуктивных операций следует считать: общее состояние больного, наличие множественных метастазов сразу в нескольких органах, наличие асцита и тотального канцероматоза брюшины. Разумеется, при определении показаний к той или иной операции не-

обходим индивидуальный подход. Следует помнить, что завышение показателей к циторедуктивной операции может быть столь же неоправданно и вредно для больного, как и их занижение.

Кроме принципов адекватного хирургического паллиативного лечения врач-онколог должен знать:

- современные возможности лекарственного паллиативного лечения (химио-, гормоно-, иммунотерапии);
- технику использования и особенности применения противоопухолевых препаратов;
- побочные реакции, возникающие на фоне проведения специального лечения с паллиативной целью;
- основные принципы радиологического пособия больных распространенными формами злокачественных новообразований.

Врач должен владеть:

- основными видами паллиативных хирургических вмешательств;
- техникой применения наиболее широко используемых схем химио-, гормоно-, иммунотерапии;
- методами купирования побочных явлений лекарственного и лучевого лечения;
- навыками ведения больных в послеоперационном периоде.

Общеизвестно, что основной причиной поздней диагностики ЗНО, по-прежнему, остается так называемое «позднее обращение» за медицинской помощью. Поэтому у 17,3 % пациентов диагноз злокачественного новообразования и степень его распространенности устанавливается интраоперационно, когда больные бригадой скорой медицинской помощи доставляются в хирургические стационары ЛПУ городского, областного, ведомственного подчинения.

ния и ЦРБ с осложнениями опухолевого процесса (кишечная непроходимость, кровотечения и др.), когда паллиативные операции выполнялись по экстренным показаниям.

В связи с этим, врачи-хирурги ЛПУ городского, областного, ведомственного подчинения и ЦРБ должны знать:

- основные принципы выполнения паллиативных операций;
- оптимальные объемы хирургических вмешательств;
- классификацию циторедуктивных операций;
- требования к оформлению операционного протокола, в котором должны быть точно указаны локализация и размеры не удаленных видимых опухолевых очагов, с тем, чтобы можно было оценить степень циторедукции и использовать эти данные для последующего контроля за эффективностью дополнительного лечения;
- тактику ведения больных в послеоперационном периоде;
- методологические подходы дальнейшего паллиативного лечения (консультации онколога в раннем послеоперационном периоде, на-

- правление после выписки из стационара в онкодиспансер);
- перечень учетных документов, подлежащих оформлению после завершения стационарного этапа лечения (выписка ф.№027-1/у, протокол ф.№027-2/у, извещение ф.№090/у);
- противопоказания к выполнению циторедуктивных операций (тяжелое общее состояние больного, наличие множественных метастазов сразу в нескольких органах, асцит и тотального канцероматоза брюшины).

Врач-хирург ЛПУ городского, областного, вневедомственного подчинения и ЦРБ должен владеть:

- техникой выполнения циторедуктивных операций у онкологических больных;
- навыками ведения больных в послеоперационном периоде.

Анализ данных территориального канцер-регистра позволил установить структуру запущенности злокачественных опухолей основных локализаций (табл. 1), а также определить перечень причин, приведших к этой ситуации (табл. 2).

Таблица 1

Структура запущенности злокачественных опухолей основных локализаций за период с 1998 по 2002 гг.

Локализации	Число протоколов	Причины запущенности														
		Врачебные ошибки (%)					Позднее обращение (%)					Скрытое течение (%)				
		1*	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Рак легкого	826	35,5	32,0	32,3	28,0	27,2	31,4	33,5	32,7	36,1	38,6	33,1	34,5	35,0	35,9	34,2
Рак желудка	704	23,8	23,6	19,0	18,2	16,5	48,5	46,2	47,1	48,0	49,4	27,7	30,2	33,9	33,8	34,1
Рак мол. железы	160	26,3	22,0	19,4	16,4	15,7	64,4	66,0	69,2	60,1	63,1	9,3	12,0	11,4	10,5	11,2

*Примечание: 1-5 – года по возрастающей.

Результаты анализа показали, что 2/3 больных распространенными формами злокачественных новообразований регистрируются в районах области, в этой связи врач-онколог ЦРБ должен знать:

- перечень учетных документов, подлежащих оформлению при выявлении больного с распространенной формой ЗНО;
- правила направления больных, подлежащих паллиативному лечению в онкодиспансер для определения его целесообразности;

- современные возможности лекарственного паллиативного лечения (химио-, гормоно-, иммунотерапии);
- показания и противопоказания к выполнению паллиативных операций;
- технику использования и особенности применения противоопухолевых препаратов;
- побочные реакции, возникающие на фоне проведения специального лечения с паллиативной целью.

Таблица 2

Структура врачебных ошибок при диагностике ЗНО в общепрофильных ЛПУ за период с 1998 по 2002 гг.

Локализации	Кол-во проктолов	Врачебные ошибки														
		Клинические (%)					Рентгенологические (%)					Неполное обследование (%)				
		1*	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Рак легкого	826	21,5	21,9	23,2	25,1	25,7	40,0	38,8	36,7	35,5	35,6	38,5	39,3	40,1	39,4	38,7
Рак желудка	704	15,6	19,3	22,1	28,1	30,4	10,7	10,5	9,3	5,8	4,1	73,7	70,2	68,6	66,0	65,4
Рак мол. железы	160	21,9	23,0	21,6	30,9	31,7	-	-	-	-	-	78,1	77,0	78,4	69,1	68,3

*Примечание: 1-5 – года по возрастающей.

Врач-онколог должен владеть:

- навыками ведения послеоперационных больных с распространенными формами злокачественных новообразований;
- техникой применения наиболее широко используемых схем гормонотерапии;
- методами купирования побочных явлений лекарственного лечения.

В условиях участковых больниц, больниц сестринского ухода и фельд-

шерско-акушерских пунктов возможно проведение поддерживающей гормонотерапии больным при соответствующих локализациях опухолей.

Медицинские работники этих подразделений должны знать:

- современные возможности паллиативной гормонотерапии;
- технику использования и особенности применения противоопухолевых гормональных препаратов;
- побочные реакции, возникающие

на фоне проведения специального лечения с паллиативной целью.

Должен владеть:

- техникой применения наиболее широко используемых схем гормонотерапии;
- методами купирования побочных явлений лекарственного лечения.

После внедрения в практику областного здравоохранения организационной формы паллиативного лечения в 1,3 раза возросла хирургическая активность специалистов по выполнению паллиативных операций, в 1,8 раза уменьшилось количество дней с момента обращения пациента в ЛПУ до установления диагноза и степени распространенности процесса, в 2 раза сократилось количество дней с момента постановки диагноза до начала паллиативного лечения.

Кроме того, в результате эффективной работы региональной системы в 1,8 раза уменьшилось общее количество жалоб от онкологических больных и их родственников. Не стало отказов от госпитализации с целью проведения паллиативного лечения, на 16,8% сокра-

тилось число жалоб в связи с несоблюдением этики и деонтологии, на 10,1% – по поводу несвоевременного предоставления документов в онко МСЭ, на 13,4% – из-за неудовлетворительного проведения паллиативного лечения.

Таким образом, пятилетний опыт работы позволил нам разработать и внедрить в практику областного здравоохранения в качестве неотъемлемого компонента онкологической службы организационную форму паллиативного лечения и предложить его алгоритм для ЛПУ областной системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение мира в 1996 году / ВОЗ. - Женева, 1997.
2. Чиссов В.И. Перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным в России / В.И. Чиссов и др. // Тез. докл. IV Всерос. конф. - М., 1999. - С. 6.
3. Bone R.C. Hospice and palliative care / R.C. Bone // Dm Disease. - 1995. - Vol.41, N12. - P.773-842.

THE ROLE AND THE PLACE OF THE ORGANIZED FORM OF PALLIATIVE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH MALIGNANT TUMORS IN THE STRUCTURE OF THE REGIONAL PUBLIC HEALTH SYSTEM

V.I. Solovyov, E.P. Kulikov

Authors on the basis of the analysis of results of palliative treatment of the oncological patient, offer its organizational form in structure of regional public health services. The requirements showed to doctors carrying out palliative treatment in various structural divisions of system of public health services are in detail stated.