



ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ГИНЕКОЛОГИИ В АСПЕКТЕ ЭФФЕКТИВНОЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ

Л.А. Ашрафян, И.Б. Антонова, И.О. Басова,
С.В. Ивашина, А.В. Люстик, М.А. Антошечкина
ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Росздрава, Москва

POSSIBLE WAYS OF REORGANIZING PRIMARY HEALTH CARE IN GYNECOLOGY IN THE LIGHT OF EFFECTIVE EARLY DIAGNOSIS OF REPRODUCTIVE SYSTEM CANCER

L.A. Ashrafyan, I.B. Antonova, I.O. Basova, S.V. Ivashina, A.V. Lyustik, M.A. Antoshechkina
Russian Radiology and Nuclear Medicine Research Center, Russian Agency for Medical Technologies, Moscow

The oncological care system, established in Russia as early as the mid-twentieth century, is presently unable to provide an effective early diagnosis of malignancies, including reproductive system tumors. The past 10-15 years have become the years of missed opportunities and losses to a greater extent than modernization of a primary obstetric and gynecological care system. This paper deals with this problem and a search for its solution.

Основной целью медицины является увеличение средней и максимальной продолжительности жизни. Несмотря на огромный прогресс в фундаментальных и прикладных направлениях медицины, каждому виден тот разрыв, который существует между целью медицины и ее современными возможностями. Вероятно, на современном этапе развития в медицине необходимы интегральные, системные подходы, которые могут быть обеспечены динамичными механизмами внедрения. Чрезвычайно актуален этот вопрос в тех разделах медицины, где наблюдаются наиболее высокие показатели заболеваемости и особенно смертности.

В России смертность от злокачественных новообразований на протяжении многих десятилетий сохраняет вторую позицию после смертности от болезней системы кровообращения (Федеральная служба государственной статистики, 2007; рис. 1). За последние годы сформировалась положительная динамика темпов снижения числа умерших практически по всем основным классам причин смерти: от болезней системы кровообращения — на 5% (67,3 тыс.), от внешних причин смерти — на 11% (33,1 тыс.), от болезней органов дыхания — на 13% (12 тыс.), от болезней органов пищеварения — на 5% (4,4 тыс.),

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней — на 8% (3,3 тыс.), от туберкулеза — на 12% (3,7 тыс.). Лишь при новообразованиях смертность практически не изменилась. Более того, статистические данные свидетельствуют о некотором росте смертности при ряде новообразований, особенно в женской популяции (рис. 2) [1].

При этом заметно (до 21,8%) возросла летальность в течение первого года с момента установления диагноза по всем 4 основным локализациям рака репродуктивных органов (рис. 3):

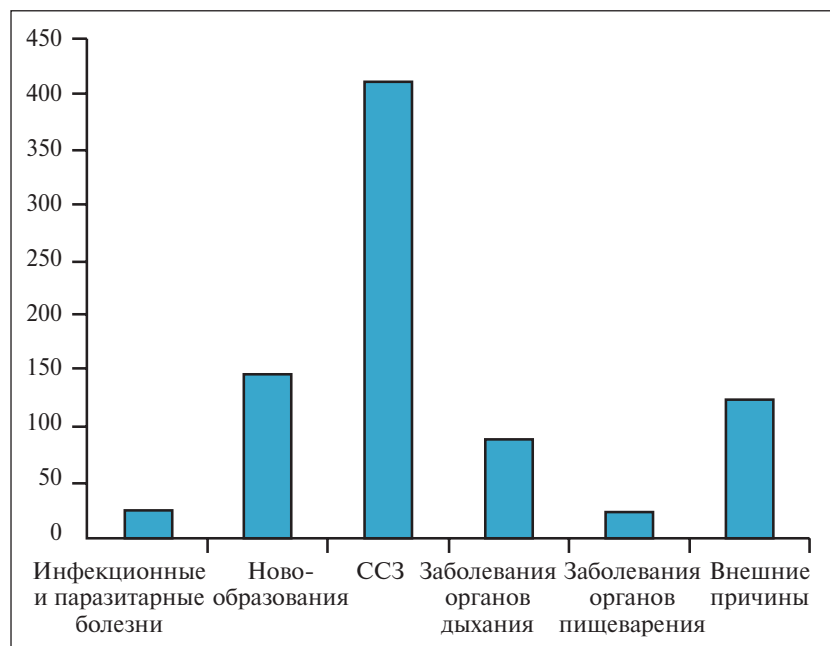


Рис. 1. Классификация основных причин смертности в России в 2007 г. (на 100 000 населения). ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания

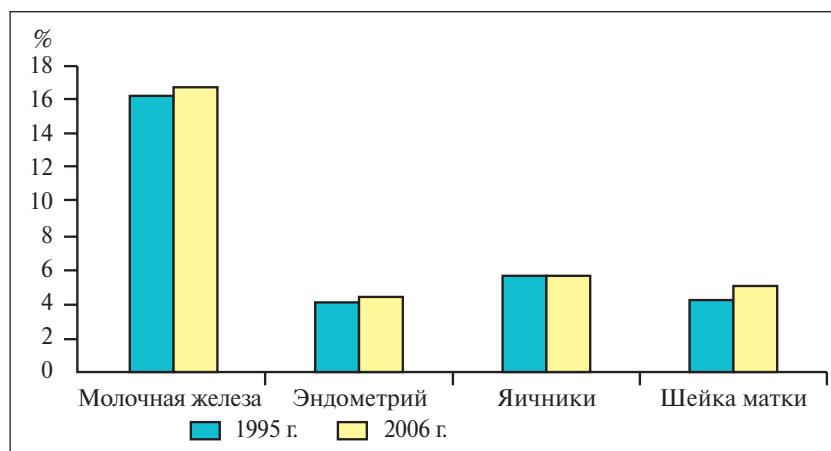


Рис. 2. Динамика смертности при злокачественных опухолях репродуктивных органов у женщин за период 1995–2006 гг. (РФ)

- при раке молочной железы (РМЖ) — 12,8%;
- раке эндометрия (РЭ) — 16,5%;
- раке яичников (РЯ) — 36,8%;
- раке шейки матки (РШМ) — 20,9%.

Иными словами, в течение первого года от РМЖ умирает каждая восьмая женщина, от РШМ — каждая пятая, от РЯ — каждые две—три. Ежегодно в РФ погибают около 44 тыс. женщин от основных локализаций рака репродуктивных органов (рис. 4) [2].

Столь неутешительная статистика обусловлена прежде всего высоким удельным весом больных с запущенными стадиями заболевания (рис. 5).

В онкологии эффективное снижение смертности возможно лишь при условии взаимодействия трех направлений:

- первичная или вторичная профилактика;

- ранняя диагностика;
- адекватная терапия.

Если ранжировать эти три направления, то первые два всецело в компетенции гинекологической службы, в частности первичного звена акушерско-гинекологической службы.

Основная задача любой национальной системы здравоохранения — обеспечение доступной для всех слоев населения качественной медицинской помощи, соответствующей современному состоянию медицинской науки. Общее состояние здоровья населения — проблема в значительной степени

социальная. Между тем, рассматривая этот аспект общества, многие политики и деятели науки всецело отождествляют имеющиеся проблемы национального здоровья с проблемами здравоохранения. Начало реализации национального проекта «Здоровье» вызвало резкое увеличение выступлений и публикаций, относящихся к теме реформирования этой отрасли народного хозяйства. На переднем плане — подкрепленная убедительными примерами обеспокоенность ситуацией, общее мнение о необходимости дополнительного финансирования, но... при почти полном отсутствии внятных системных предложений по улучшению положения в здравоохранении. Адекватному пониманию сложившейся ситуации мешает ошибочное исключение здравоохранения из сферы производства материальных ценностей с присущими ему технологическими маршрутами, табелем технического оснащения, штатным

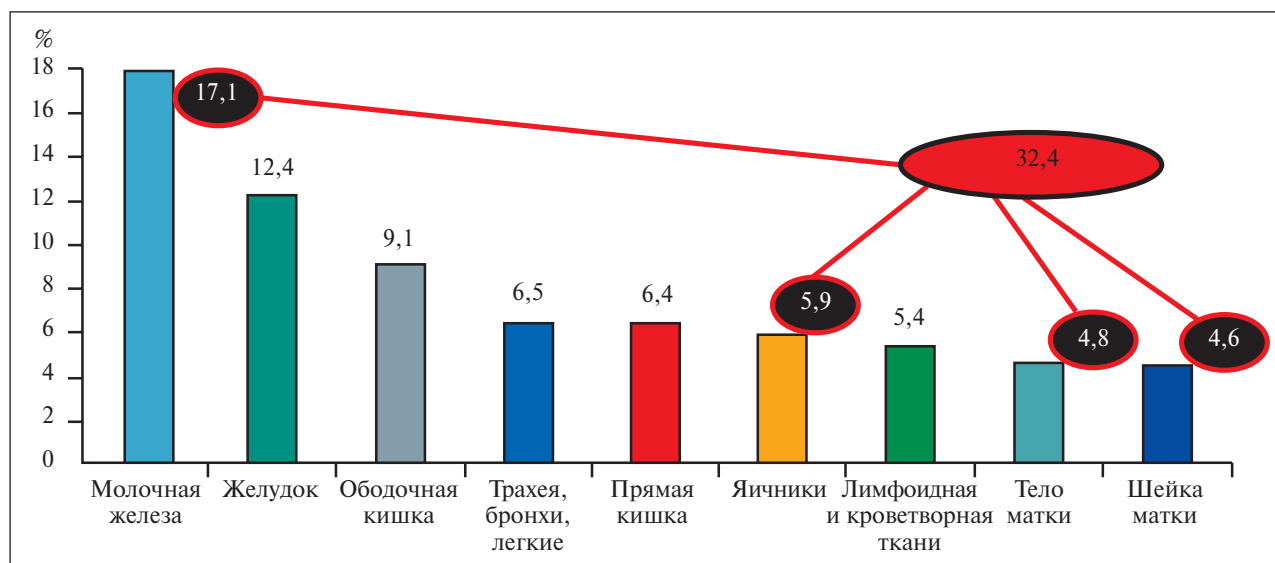


Рис. 3. Удельный вес больных раком репродуктивных органов, % (n=43 962)

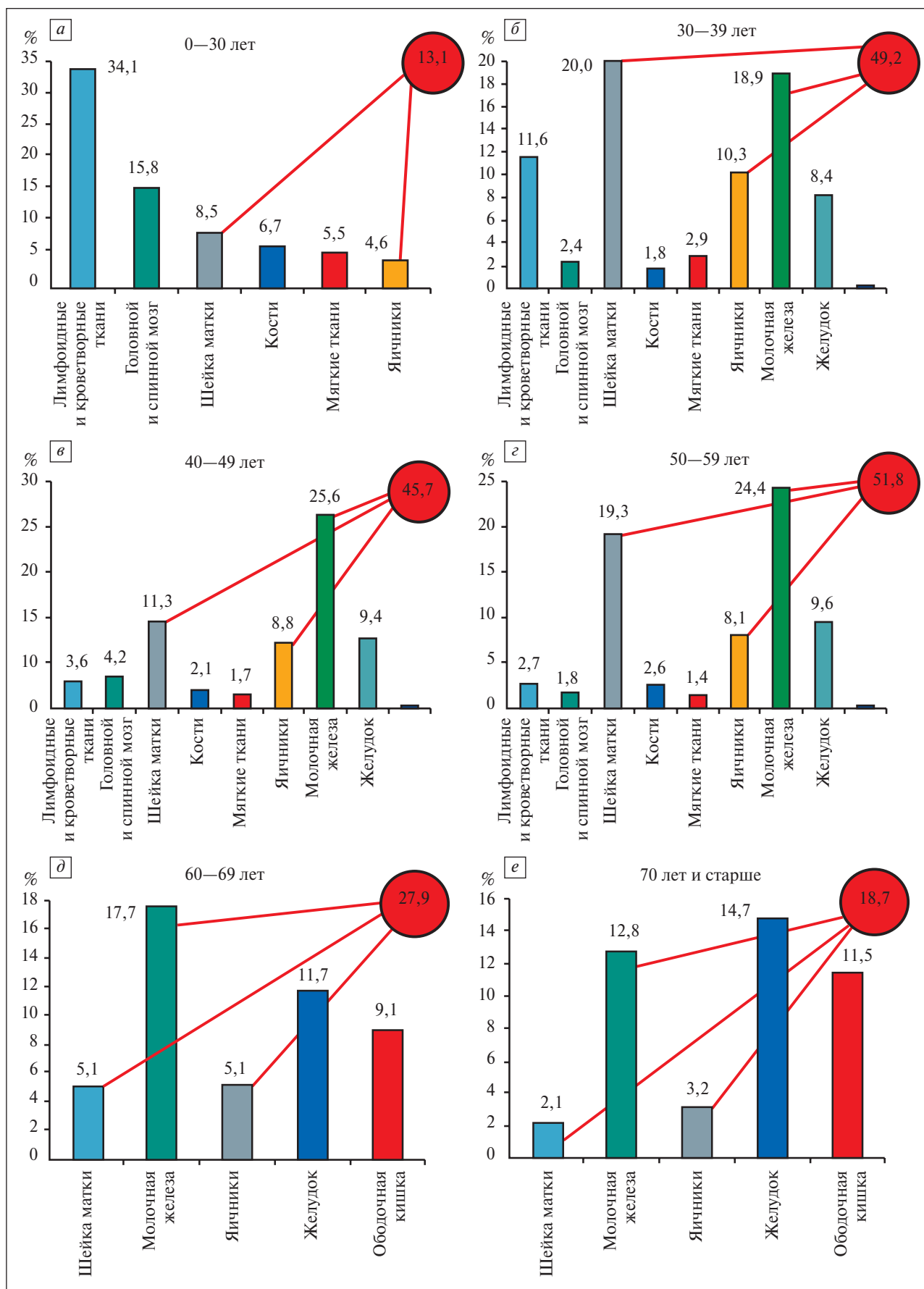


Рис. 4. Структура смертности женщин от злокачественных новообразований в 2007 г. (РФ)

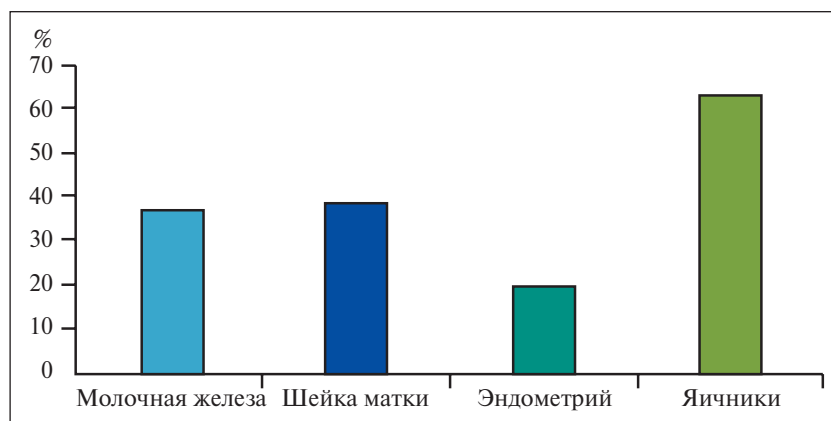


Рис. 5. Удельный вес больных III—IV стадий рака репродуктивных органов с впервые в жизни установленным диагнозом в 2006 г. (РФ)

обеспечением и прочими атрибутами, каждый из которых имеет конкретную стоимость. В результате система медицинской помощи не имеет прочной экономической основы, что предопределяет ей отстающее место в реформировании народного хозяйства.

Анализ общепринятой модели медицинского обслуживания пациентов показывает, что значительная часть усилий и прямых расходов здравоохранения связана с многократным дублированием неэффективных диагностических исследований и проведением длительной, дорогостоящей и зачастую неадекватной терапии из-за отсутствия достоверной информации об истинном характере болезни. Рост непрямых затрат обусловлен продолжительной нетрудоспособностью пациентов и вынужденной необходимостью в последующем компенсировать дефекты предшествующего лечебного этапа. В этих обстоятельствах было бы заблуждением отождествлять национальный проект в сфере здравоохранения с реформой отрасли. Сделан лишь первый шаг по преодолению бедности отрасли и нивелированию серьезных деформаций в организации медицинской помощи, и необходимость этого шага не может вызывать сомнений.

На наш взгляд, мотивация проекта исходила из следующих положений. Учитывалось, что медицинская отрасль стала в значительной степени технотехнологической и фондоемкой. Но основные инвестиции в ее материально-технический фундамент были сделаны еще на рубеже 1970—1980-х годов на пике советского «нефтерубля», что объясняет массовый к настоящему времени износ и моральное старение имеющегося оборудования [3]. В наибольшей степени пострадала так называемая первичная сеть — система амбулаторно-поликлинических учреждений. Даже при наличии достаточной оснащенности и обеспеченности кадрами возможности реализации лечебно-

диагностического оборудования оказались весьма скромными (коэффициент использования по одноименному графику — не более 40—50%). Еще хуже обстоит дело с номенклатурой и качеством исследований. В связи с этим огромное число пациентов, недостаточно обследованных в поликлиниках, направляются в учреждения более высокого ранга, а значительная часть этого потока (не менее 40%) адресуются неправильно. Такая сложившаяся закономерность привела к порочной взаимосвязанной триаде:

низкая загруженность амбулаторной диагностики — длительные сроки постановки диагноза — общая нехватка коечного фонда.

Существующая ситуация является универсальной практически для каждого из медицинских направлений. И онкология — не исключение. Сформированная в России еще в середине прошлого века система онкологической помощи не в состоянии обеспечить одно из основных своих направлений — эффективную раннюю диагностику злокачественных новообразований, ее более узкий раздел — опухоли репродуктивных органов.

Анализируя организационно-методическую базу, на которой строится сегодня первичная диагностика основных заболеваний у женщин, следует признать существенный разрыв между тем, что разработано научной медициной, и тем, как это реализовано в рамках практического здравоохранения.

Общеизвестно, что принципы профилактики и ранней диагностики в отечественном здравоохранении строго ориентированы на первичную медико-санитарную помощь (поликлиники, женские консультации). Ее главная функция — выявление болезней, ранняя диагностика, вмешательство на ранних стадиях заболевания, снижение смертности, санитарное просвещение, профилактика болезней, программы скрининга и др. Нет сомнений в том, что в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов репродуктивной системы, а также от основных гинекологических заболеваний в определенном смысле отражается уровень готовности первичного звена к задачам и проблемам женского здоровья.

В результате наших исследований обозначились позиции, определяющие сегодняшнее состояние некоторых сторон акушерско-гинекологической службы:



- за последние два десятилетия произошли значительные изменения в структуре женской заболеваемости и смертности;
- имеется увеличение смертности от рака органов репродуктивной системы при многократном увеличении доли больных с запущенными стадиями заболевания;
- в структуре гинекологической помощи совершенно отсутствует направление, способное комплексно решать задачи, ассоциированные с пери- и постменопаузой, возрастом, где реализуются наиболее значимые в социальном плане заболевания, на долю которых сегодня приходится более 70% причин женской смертности;
- на уровне первичного звена отсутствуют научно обоснованные программы профилактики, скрининга и эффективного раннего выявления основных заболеваний у женщин;
- прогресс в современном медицинском приборостроении сегодня привел к необходимости отказа от ряда инвазивных методов диагностики, что предопределяет переориентацию диагностического процесса со стационара на амбулаторный этап;
- материально-техническая база современных женских консультаций позволяет решать гораздо более обширные диагностические, профилактические и некоторые лечебные задачи.

Многие обозначенные позиции в полной мере можно отнести к характеристике всего первичного звена медико-санитарной помощи в стране.

Иными словами, можно констатировать, что прошедшие 10—15 лет стали, по сути, годами упущенных возможностей и потерь, а не модернизации системы первичной акушерско-гинекологической помощи.

Мы глубоко убеждены, что положительные качественные сдвиги в глобальной проблеме «женское здоровье» возможны в первую очередь на этапе реформирования работы первичного звена (женские консультации, поликлиники), где важное место должно быть отведено ранней диагностике злокачественных новообразований. Существующие же до сегодняшнего дня принципы оказания первичной медико-санитарной помощи в женских консультациях, сформированные многие десятилетия назад, к сожалению, не позволяют динамично и своевременно реагировать на целый комплекс изменений и проблем, происходящих в обществе и медицине (социальных, демографических, по структуре заболеваемости, смертности, по изменившимся задачам профилактики, ранней диагностики, реабилитации и др.).

Следующая весьма важная часть наших аргументов касается проблемы маммологии. Мы глубоко убеждены в необходимости включения в рамки задач акушерско-гинекологической службы вопросов профилактики, ранней диагностики и лечения доброкачественных дисгормональных заболеваний молочных желез. Необходимость этого шага продиктована со многих точек зрения. Как свидетельствует практика, вся неонкологическая патология молочной железы находится в сфере интересов рентгенологов (маммологов), причем интересы эти в основном нацелены на поиски РМЖ. В стране отсутствуют целенаправленные, научно обоснованные принципы профилактики и стандартной терапии всего спектра неонкологических заболеваний молочной железы. Являясь органом репродуктивной системы, молочная железа подчинена системному гомеостазу женской нейроэндокринной системы, что требует учета своеобразия ее функционирования в различные жизненные периоды женщин. Понимание этих вопросов всецело лежит в русле акушерства и гинекологии, гинекологической эндокринологии. Возникает недоумение: как исконно гинекологическая проблема могла быть отстранена от интересов акушеров-гинекологов?

Необходимость привлечения в сферу интересов гинекологической службы проблем маммологии продиктована еще и тем, что акушерско-гинекологическая служба обеспечена широкой сетью системы женских консультаций. Это тот плацдарм, на основе которого можно выстроить эффективную разветвленную маммологическую службу. Подобный шаг позволил бы качественно и количественно усилить принципы оказания первичной медицинской помощи в рамках проблем маммологии.

В системе отечественного здравоохранения сформировалась существенная разобщенность (или дистанцированность) гинекологии и онкогинекологии. Анализ показывает, что более 70% больных с запущенными (III—IV стадии) вариантами рака репродуктивных органов ранее (в течение предыдущих 6 мес) обращались к врачам различных специальностей (в том числе и к акушерам-гинекологам). При внимательном изучении последовательности событий в клиническом течении рака чаще всего приходится констатировать, что фатальный исход заболевания чуть ли не в каждом конкретном случае можно было бы предотвратить. Это свидетельствует о том, что врачи других специальностей (включая и акушеров-гинекологов) практически мало осведомлены об элементарных симптомах гинекологического рака. И здесь возникает вопрос о необходимости пересмотра качества вузовской и специализированной

подготовки врачей в направлениях онкогинекологии и маммологии.

В связи с этим мы считаем своевременным и перспективным интегрировать организационные, научно-исследовательские, реабилитационные и профилактические направления в рамках этих двух клинических дисциплин.

Тесная интеграция задач по ранней диагностике рака репродуктивных органов в области гинекологической службы позволит динамично и в короткие сроки (с учетом существующих административных рычагов) изменить отрицательные тенденции в сфере заболеваемости и смертности, сформированные за последние годы, методично и целенаправленно внедрять новые технологии в рамках профилактики и ранней диагностики.

Выход из сложившейся ситуации мы видим в существенном реформировании работы женской консультации.

Таким образом, интегрируя основные задачи первичной медико-санитарной помощи в рамках женского здоровья, прежде всего следует кардинальным образом пересмотреть основные цели и задачи работы женской консультации. При этом необходимо обозначить наиболее важные направления ее деятельности:

- акушерство;
- детская и подростковая гинекология;
- репродуктивная гинекология;
- гинекология постменопаузы;
- маммология;
- скрининг и профилактика;
- диагностическое отделение.

Представленная структура женской консультации охватывает практически весь комплекс проблем женского здоровья от пубертата до постменопаузы включительно. Причем работа врачей строится в рамках определенной проблемы, что, безусловно, скажется на качестве первичной помощи, скорости диагностического процесса, раннем выявлении заболеваний, эффективном лечении.

Анализируя весь комплекс проблем в онкологии, которые могли бы рассматриваться в рамках приоритетных национальных программ, можно с уверенностью заключить, что проблема ранней диагностики рака репродуктивных органов — одна из наиболее реальных и перспективных. Она могла бы быть началом широкомасштабной работы по ранней диагностике в онкологии (рак легкого, желудка и толстой кишки, почки, мочевого пузыря, предстательной железы, кожи и др.).

Основные локализации для ранней диагностики рака репродуктивных органов

В качестве основных локализаций в рамках ранней диагностики следует прежде всего обозна-

чить молочную железу, шейку матки и эндометрий. Именно эти три локализации формируют основной пул заболеваемости (>80%) и смертности (>76%). Но самое главное, именно при этих трех локализациях разработаны и апробированы методы, обеспечивающие раннюю диагностику. Таким образом, основная идея наших предложений сводится к необходимости не избирательного, а комплексного (включающего основные локализации) подхода к ранней диагностики рака репродуктивных органов.

Молочная железа

В РФ ежегодно выявляется около 50 тыс. новых случаев заболевания РМЖ. Более чем в 37% наблюдений при этом диагностируются III—IV стадии, а смертность в течение первого года с момента установления диагноза достигает 10,3%. Ежегодно в России от РМЖ умирают более 22,7 тыс. больных (в 1983 г. — 12,5 тыс.). В структуре умерших доля РМЖ составляла 17,1% [1, 2]. Опыт западно-европейских стран показывает, что после широкого внедрения маммографического обследования существенно изменилась структура стадийности в сторону увеличения начальных форм заболевания. Это привело к снижению показателей смертности (IARC, 2006). В тех регионах мира, где маммологический скрининг отсутствует, смертность продолжает возрастать. Основная цель маммографического скрининга — снижение смертности от РМЖ. Опыт, накопленный за прошедшие 20 лет в этой области, показывает, что задачи по маммологическому скринингу могут быть гораздо более обширными. Возможность обнаружения рака на доклинической стадии (карцинома *in situ*) открывает реальную перспективу органосохраняющих вариантов лечения, и этот фактор стимулирует научные поиски по адекватному лечению предрака и начального РМЖ. В проблеме предрака и раннего РМЖ имеется множество неясных и нерешенных моментов. Увеличение удельного веса ранних форм заболеваний неминуемо отразится на интенсивности и результативности научных разработок, касающихся первого каскада молекулярно-генетических процессов канцерогенеза молочной железы, что непременно скажется на развитии патогенетической терапии.

Шейка матки

Ежегодно в РФ регистрируется более 12 тыс. новых случаев заболевания РШМ. Около 40% из них на момент выявления заболевания имеют III—IV стадии, а смертность в течение первого года с момента установления диагноза достигает 19,5% [1, 2]. Таким образом, каждая пятая пациентка погибает в течение первого года. И это при визуальной локализации процесса, где существу-



ет апробированный в течение многих десятилетий принцип ранней диагностики — цитологический скрининг.

Как ни при какой другой локализации, цитологический метод при РШМ дал возможность практического исключения запущенных вариантов заболевания. Сочетанием цитологического скрининга и широкого использования вторичной профилактики некоторые страны (Финляндия) свели к минимуму смертность от РШМ. Опыт Финляндии показывает, что только государственная поддержка наряду с продуманной организацией и эффективной методологией может обеспечить положительный результат.

Многие аспекты раннего РШМ достаточно хорошо изучены. Это одна из немногих локализаций, где четко обозначен этиологический фактор (вирусы группы папилломы человека), достаточно хорошо изучен первый каскад молекулярно-генетических процессов (белок Е6, Е7, теломеразная активность). Все эти достижения позволяют наряду с цитологическим скринингом реализовать ряд молекулярно-биологических тестов, указывающих на канцерогенную направленность при различных вариантах дисплазий шейки матки. Этот аспект проблемы немаловажен, так как позволяет дифференцировать лечебные мероприятия в рамках предрака шейки матки. Американская статистика свидетельствует о том, что клинические проявления папилломавирусной инфекции в популяции американских женщин имеют место более чем в 10 млн наблюдений (М.Е. Sherman и соавт., 2002). При этом только у 2 млн диагностируется цервикальная внутриэпителиальная неоплазия (ЦВН) I—II степени, у 60 тыс. — ЦВН III степени и только у 15 тыс. развивается инвазивная карцинома. Более того, только в 3% ЦВН I—II степени далее прогрессирует в рак, тогда как ЦВН III степени — менее чем в 12%. Отсюда возникает немаловажная проблема выбора лечебной тактики при выявлении дисплазии и принципа отбора больных, где вероятность прогрессии в рак достаточно велика. Иными словами, реализация широкомасштабного цитологического скрининга при РШМ неминуемо приведет к необходимости увеличения коечного фонда гинекологических клиник, в то время как использование молекулярно-биологических тестов в сочетании с цитологическим методом станет сдерживаю-

щим фактором и снимет необоснованное напряжение в работе гинекологической службы и коечного фонда.

Другой немаловажный аспект проблемы — это специалист-цитолог. К сожалению, прошедшие 10—15 лет стали годами потерь, когда многие цитологи вынуждены были уйти из профессии, а пополнения практически не было. И здесь перед государством стоит достаточно важная и ответственная задача — обеспечить подготовку и материальную защиту ряда медицинских специалистов, престиж и заработная плата которых не соответствуют требованиям и задачам отечественного здравоохранения. Без достаточного числа высококлассных цитологов проблему раннего РШМ, равно как и РМЖ, решить будет невозможно.

Тело матки

Ежегодно в РФ регистрируют более 17 тыс. новых случаев заболевания раком тела матки (РТМ): III—IV стадии диагностируются лишь в 19,7% наблюдений. Однако если учесть особенности классификации РТМ, то часть случаев, относящихся к I стадии (Ic стадия) и практически полностью II стадия являются запущенными, с неблагоприятным прогнозом вариантами болезни. Учитывая эту категорию больных, удельный вес пациенток с запущенными вариантами РЭ объективно составляет 40—45%. Смертность в течение первого года с момента установления диагноза — 11,9% [1, 2]. Среди больных РТМ преобладают женщины старше 50 лет (86,9%). Средний возраст пациенток составляет 59—62 года. Иными словами, РЭ — это прежде всего постменопаузальный рак. Этот фактор чрезвычайно важен, так как именно состояние постменопаузального эндометрия (линейный тип М-эхо) формирует некоторое понятие нормы при ультразвуковом сканировании, что может быть использовано в качестве скринингового теста. Исследования по ультразвуковому скринингу РЭ наиболее интенсивно проводились в 90-х годах. В конечном итоге многие исследователи пришли к единогласному мнению о том, что чувствительность (> 90%) и специфичность (около 90%) трансвагинального ультразвукового сканирования у пациенток постменопаузального периода позволяет рекомендовать его в качестве эффективного скрининга РТМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. М., 2005.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В.,

- Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению в России в 2006 г. М., 2007.
3. Аганбегян А.Г.,

Варшавский Ю.В., Китаев В.В. и др. Неизбежность реформы нормативно-правового регулирования здравоохранения. Эконом полит 2007;(1):151—60.