

© С. Ф. Багненко, А. М. Беляев, А. А. Захаренко, 2014  
УДК 617.006:614.2

С. Ф. Багненко<sup>1</sup>, А. М. Беляев<sup>2</sup>, А. А. Захаренко<sup>1</sup>

## НЕОТЛОЖНАЯ ОНКОЛОГИЯ — ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

<sup>1</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (ректор — проф. С. Ф. Багненко); <sup>2</sup> Научно-исследовательский институт онкологии им. проф. Н. Н. Петрова (дир. — проф. А. М. Беляев), Санкт-Петербург

**Ключевые слова:** онкология, неотложные состояния, решение проблемы

**Характер осложнений опухолевых заболеваний, требующих неотложного лечения**

Представляется, что есть необходимость проследить за судьбой онкологических больных, у которых возникли осложнения, потребовавшие оказания неотложной хирургической помощи. Данные осложнения могут быть связаны как с прогрессированием опухолевого процесса, так и с последствиями проведённого специализированного лечения, и именно они являются предметом изучения пока ещё официально непризнанной дисциплины — неотложной онкологии.

В связи с тем, что спектр онкологических заболеваний широк, неотложная онкология касается разнообразных по локализации и характеру неотложных клинических состояний.

Ниже (*таблица*) перечислены далеко не все виды осложнений, возникающих у больных с опухолевыми заболеваниями.

Большинство из них требуют экстренного хирургического лечения. В связи с этим для оказания медицинской помощи таким пациентам требуются некий универсальный специалист или условия многопрофильного лечебного учреждения, в которые обычно и госпитализируется данная категория больных. А что дальше?

Далее существующий порядок оказания медицинской помощи онкологическим больным регламентирует, что при подозрении и(или) выявлении у больного онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи такого больного переводят или направляют в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения [4].

Из-за неудовлетворённости онкологической службы качеством оказания данной категории больных медицинской помощи в стационарах общей врачебной сети периодически

Клинический профиль	Осложнения
Урология	Гидронефроз Гнойно-некротический цистит Макрогематурия Тампонада мочевого пузыря Острая задержка мочи Гнойный паранефрит
Терапия	Анемии Дисэлектролитные нарушения Нейтрофильная лихорадка Желудочно-кишечная дисфункция Болевой синдром
Гинекология	Напряжённый асцит Гигантские кисты брюшной полости Асцит-перитонит Нарушение питания опухолей яичников Маточные кровотечения Свищи (маточно-пузырные, маточно-кишечные и т. д.)
Хирургия	Желудочно-кишечные кровотечения Острая обтурационная кишечная непроходимость Декомпенсированный стеноз пищевода, дисфагия Карциноматозная кишечная непроходимость Напряжённый асцит, асцит-перитонит Экссудативный плеврит Перфорация опухоли, перитонит Желтухи смешанного генеза Внутренние и наружные свищи
Травматология	Патологические переломы костей Компрессия спинного мозга

### Сведения об авторах:

Багненко Сергей Фёдорович (e-mail: [bagненко\\_spb@mail.ru](mailto:bagненко_spb@mail.ru)), Захаренко Александр Анатольевич (e-mail: [9516183@mail.ru](mailto:9516183@mail.ru)), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8;

Беляев Алексей Михайлович (e-mail: [bam281060@yandex.ru](mailto:bam281060@yandex.ru)), Научно-исследовательский институт онкологии им. проф. Н. Н. Петрова, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68



Рис. 1. Распределение больных по диагнозам направления бригад скорой и неотложной помощи (данные ГБУ СПбНИИСП им. И.И.Джанелидзе, 2011 г.)

обсуждается вопрос о создании отделений ургентной помощи в специализированных онкологических учреждениях [2]. В настоящее время при возникновении экстренных ситуаций у онкологических больных их госпитализируют с синдромальными диагнозами. По данным крупного многопрофильного стационара Санкт-Петербурга — НИИСП им. И.И.Джанелидзе [1], диагноз колоректальный рак (КРР) был известен при поступлении в многопрофильный стационар только у 18% больных (рис. 1). Пациенты с осложнённым колоректальным раком составили 5,7% (n=280) от группы, где КРР подозревали на догоспитальном этапе (n=4054) (рис. 2) [1].

Спектр ургентных состояний, скрывающийся под догоспитальными диагнозами, очень широк и требует наличия мощного филътра — многопрофильного стационара, располагающего полным арсеналом специалистов и современных методов диагностики и лечения, доступных в круглосуточном режиме. Организация отделений неотложной онкологии в специализированных онкологических стационарах нецелесообразна ни с организационных, ни с экономических позиций.

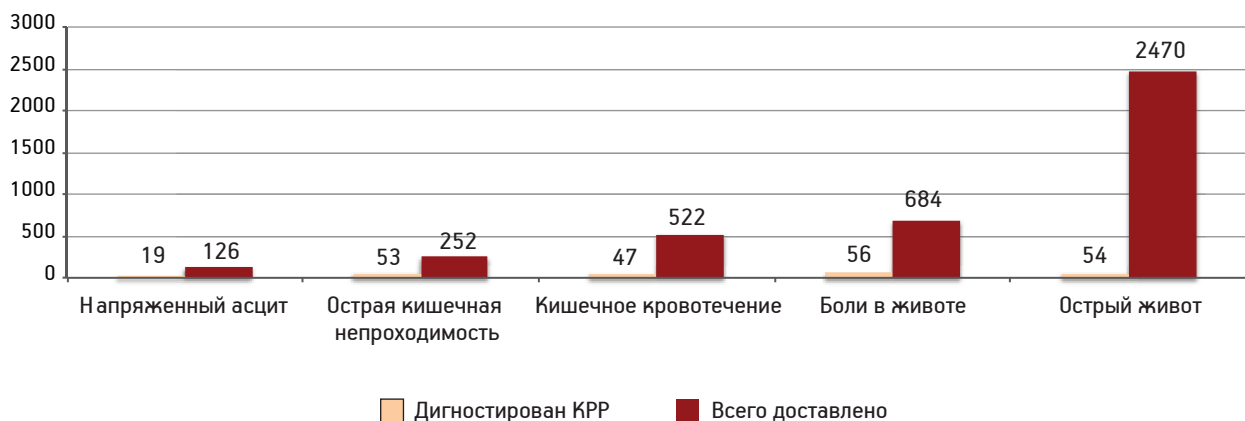


Рис. 2. Частота выявления колоректального рака в общем потоке больных многопрофильного стационара (данные ГБУ СПбНИИСП им. И.И.Джанелидзе, 2011 г.)

Масштаб проблемы раскрывают данные Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга [3]. При анализе распределения всех онкологических больных города в течение 5 лет по специализированным онкологическим учреждениям и многопрофильным стационарам видно, что за исследуемый период почти половина всех пациентов (почти 5 тыс. человек в год) проходили лечение в стационарах общей врачебной сети. Это, конечно, общие данные, не учитывающие локализацию, кратность обращения, стадию заболевания и т.д. (рис. 3).

Более конкретную информацию может дать анализ структуры онкологических больных, поступающих в многопрофильный стационар по экстренным и неотложным показаниям, который показал, что в течение года в стационаре были пролечены 1266 онкологических больных [1]. Распределение пациентов в зависимости от локализации опухоли представлено на рис. 4. Самую большую группу составляют пациенты колопроктологического профиля (280 человек). Количество больных с другими локализациями опухоли (рак желудка, яичника, лёгкого и др.) было почти в 2 раза меньшим.

Распределение данных больных по стадиям онкологического заболевания может спрогнозировать объём медицинской помощи. Примерно 60% пациентов на момент поступления имеют отдалённые метастазы, соответственно, в большинстве случаев им проводится симптоматическое лечение (рис. 5) [1]. Обычно это абсолютно соответствует объёму скорой специализированной и специализированной неонкологической медицинской помощи, которую оказывают в многопрофильных стационарах.

Однако есть больные, у которых онкологическое заболевание манифестирует своим осложнением, например, пациенты с колоректальным раком и онкогинекологические больные. У указанных нозологических групп отдалённые метастазы диагностируются не более чем в 40% случаев и, соответственно, многим из них потребует оказания элементов специализированной онкологической помощи уже в многопрофильном стационаре. Обычно это хирургические, рентгенохирургические и эндоскопические методы лечения. Такое же лечение может потребоваться части пациентов с отдалёнными метастазами в качестве паллиативной медицинской помощи.

Именно объём оказываемой медицинской помощи курьезным больным обычно и является «ахиллесовой пятой» многопрофильных стационаров. Именно к результатам лече-

ния этих пациентов больше всего вопросов у онкологической службы.

Каковы основные замечания онкологов к специалистам многопрофильных стационаров в контексте лечения неотложных онкологических больных:

- 1) низкая онкологическая грамотность врачей;
- 2) недостаточная онкологическая насторожённость врачей;
- 3) неправильное стадирование заболеваний;
- 4) отсутствие преемственности в лечении больного;
- 5) несоблюдение принципов онкологического радикализма при оперативных вмешательствах;
- 6) неправильное оформление онкологической документации;
- 7) отсутствие междисциплинарного подхода к планированию лечения и непосредственно лечению онкологических пациентов;
- 8) низкое качество морфологических исследований и патоморфологического аудита;
- 9) игнорирование комплексного и комбинированного подхода к лечению некоторых онкологических заболеваний.

Каковы же пути решения обозначенной проблемы?

На наш взгляд, решение проблемы возможно за счёт включения многопрофильных стационаров в структуру специализированной онкологической помощи населению.

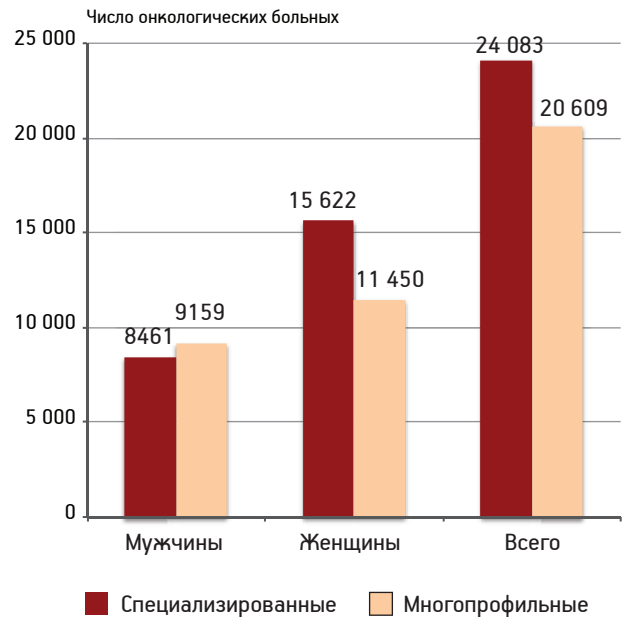


Рис. 3. Число онкологических больных Санкт-Петербурга, лечившихся в специализированных онкологических учреждениях и стационарах общепольничной сети (2005–2009 гг.)

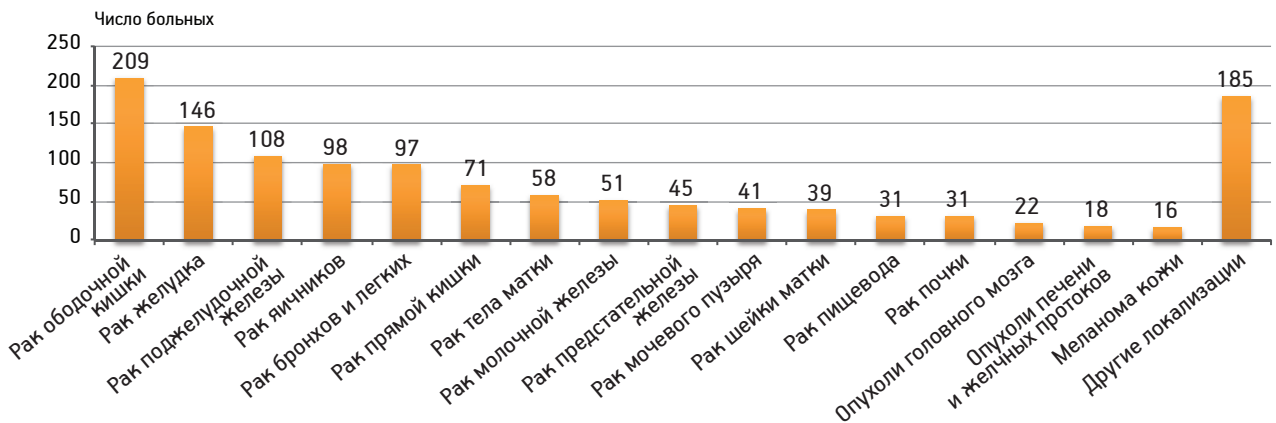


Рис. 4. Распределение онкологических больных многопрофильного стационара по локализации опухоли (данные ГБУ СПбНИИСП им. И.И.Джанелидзе, 2011 г.)

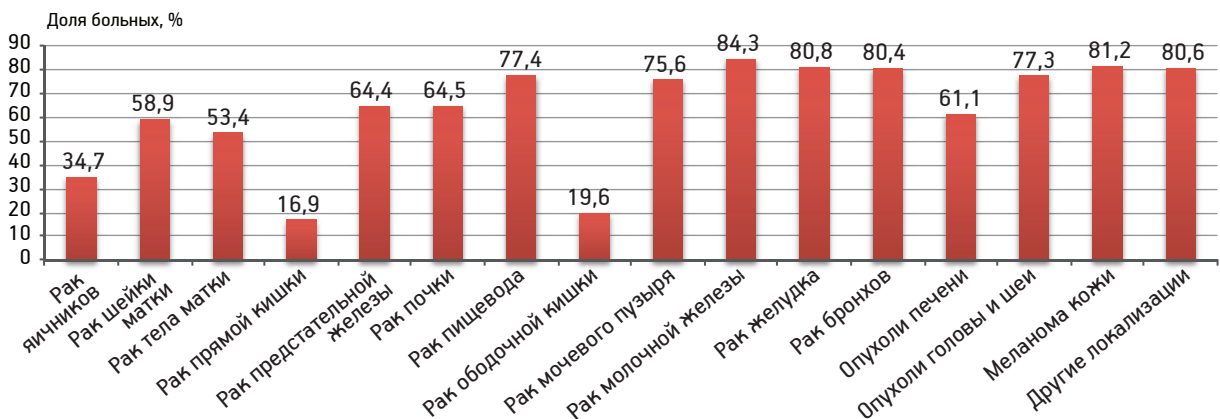


Рис. 5. Количество онкологических больных с IV стадией заболевания (данные ГБУ СПбНИИСП им. И.И.Джанелидзе, 2011 г.)

Для этого необходимо осуществить ряд организационно-кадровых и экономических мероприятий.

1. В порядке оказания медицинской помощи онкологическим больным следует более подробно отразить этап экстренной и неотложной медицинской помощи.
2. Необходимо разработать протоколы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи онкологическим больным с учётом уровня стационара, квалификации его сотрудников и организовать контроль за их соблюдением.
3. Следует стремиться проводить централизацию данной категории больных в избранных стационарах во время этапа оказания скорой медицинской помощи.
4. Онкологической службе региона необходимо организовать контроль за качеством, объёмом и результатами лечения онкологических больных в указанных стационарах.
5. Разработать меры по маршрутизации и преемственности оказания медицинской помощи онкологическим больным, возможно путём заключения договоров о научно-практическом сотрудничестве между основными звеньями цепочки онкологической помощи: районная онкологическая поликлиника —

многопрофильный стационар — онкологический диспансер — районный хоспис.

6. Провести обучение заинтересованных специалистов стационаров на факультетах постдипломного образования по курсу «Неотложная онкология»

Предлагаем следующие мероприятия:

- 1) в медицинских вузах организовать цикл «Неотложная онкология», который необходимо преподавать как на факультетах подготовки врачей, так и на факультете постдипломного образования;
- 2) составить и утвердить программу названного цикла;
- 3) разработать учебно-методические пособия;
- 4) определить профильную кафедру;
- 5) на факультетах подготовки врачей данная дисциплина должна преподаваться на 6-м или 7-м году обучения, после изучения студентом основных клинических дисциплин;
- 6) на факультете постдипломного образования данный курс рассчитан на профессиональную подготовку врачей многопрофильных стационаров.

В нашей стране в большинстве случаев финансирование обсуждаемой категории больных, впрочем как и других видов экстренной и неотложной медицинской помощи, происходит в рамках обязательного медицинского страхования. В Санкт-

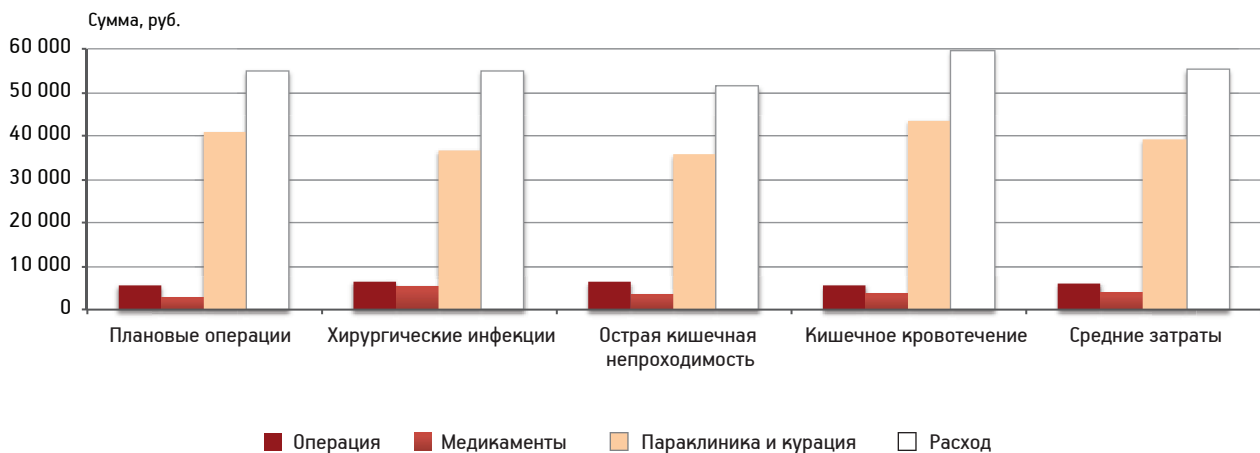


Рис. 6. Распределение средств в зависимости от вида осложнения (колоректальный рак)

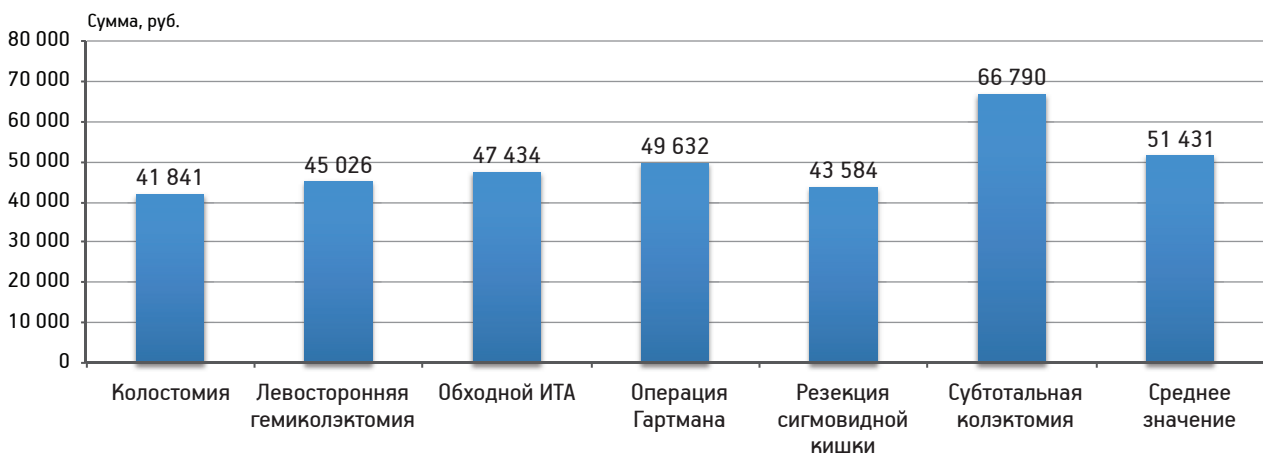


Рис. 7. Распределение средств (руб.) в зависимости от вида оперативного вмешательства

Петербурге оплата страховыми компаниями производится согласно медико-экономических стандартов (МЭС), разработанных для всех видов заболеваний. Сумма выплат зависит от соблюдения правил курации больных, наполненности МЭС, ведения медицинской документации, сроков госпитализации и т.д. Появление МЭС и исключение практики подушевого финансирования значительно увеличило суммы выплат, что позволило более дифференцировано подходить к лечению каждого больного.

Проведённый медико-экономический анализ особенностей финансирования пациентов с осложнённым колоректальным раком — лидирующей группы как по количественному составу, так и по перспективам радикального лечения на этапе многопрофильного стационара, показал, что в настоящее время объём средств, выделяемых по единственному МЭС 321 890 для лечения больных с осложнениями рака толстой кишки, не зависит от вида осложнений (*рис. 6*), объёма операции (*рис. 7*) и составляет фиксированную сумму с определённой верхней границей [1]. Эта парадоксальная ситуация, безусловно, требует коррекции.

Необходимо разработать дополнительные МЭС с учётом тяжести осложнения, вида и объёма экстренной медицинской помощи.

Представленная статья не является чётким руководством к действию, она лишь затрагивает ту неопределённость,

которая возникла на стыке специальностей. Между строчек данной статьи лежит жизнь большого количества онкологических больных, которые из-за резвившегося у них экстренного состояния выпали из отработанной годами цепи специализированной онкологической помощи. Надеемся, что общими усилиями, в процессе оказания экстренной и неотложной медицинской помощи онкологическому пациенту получится найти компромисс между спасением жизни, её продлением и качеством.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Захаренко А.А. Обоснование и реализация оптимизированных методов оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным колоректальным раком: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2012. 39 с.
2. Лотоков А.М. Современные аспекты неотложной хирургии в абдоминальной онкологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 16 с.
3. Мерабишвили В.М. Динамика показателей деятельности онкологической службы Санкт-Петербурга по районам города 2007–2009 гг. // Экспресс-информация Популяционного ракового регистра. СПб., 2010. 35 с.
4. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „онкология“».

Поступила в редакцию 18.06.2014 г.