В настоящее время ГБУЗ НО «Нижегородский областной онкологический диспансер» оказывает специализированную онкологическую помощь на 592 койках круглосуточного пребывания, из них: 283 койки - онкологического профиля, 95 коек – онкологического профиля при применении химиотерапевтического лечения, 174 койки – радиологического профиля, 40 коек – онкологического торакального профиля; и на 60 койках дневного пребывания, из них: 3 койки – онкологического профиля, 32 койки – онкологического профиля при применении химиотерапевтического лечения, 25 коек – радиологического профиля. В составе ГБУЗ НО «НООД» три структурных подразделения: головное учреждение -272 койки, филиал № 1-235 коек, филиал №2-145 коек.

В области работает 114 онкологов. Из всех специалистов онкологов квалификационную категорию имеют 30,7%, среди радиологов – 40,0%, среди детских онкологов-75,0%.

В 2013 году в Нижегородской области зарегистрировано больных с впервые в жизни установленным заболеванием ЗНО – 12914 человека (2012г.- 12494).

Структура заболеваемости по полу

Мужчины:

1 место ЗНО легкого – 17,21%

2 место ЗНО желудка – 10,11%

3 место ЗНО предстательной железы – 10,1%

4 место ЗНО кожи – 8,87%

5 место ЗНО прямой кишки – 5,97%

Женщины:

1 место ЗНО молочной железы-20,02%

2 место ЗНО кожи-12,95%

3 место ЗНО тела матки-8,66%

4 место ЗНО ободочной кишки-7,62%

5 место ЗНО желудка – 6,35%

По итогам 2013 года показатель онкологической заболеваемости вырос на 4,3%.

Заболеваемость среди детского населения до 14 лет уменьшилась на 4 %, от ноля до 17 лет повысилась на 4,6%.

 Снизилась заболеваемость раком: губы на 2,3%, глотки на 8,7%, желудка на 2,9%, ободочной кишки на 3,6 %, легкого на 1,3%, яичников на 2,2 %, почки на 4,2%, мочевого пузыря на 2,8 %, щитовидной железы на 8,6%.

За последнее десятилетие в регионе онкологическая заболеваемость выросла на 12,2 %.

В 2013 году умерло от ЗНО 7079 человек, показатель смертности составил 222,5 на 100 т.н. (2012г.-220,1), РФ-200,98. Показатель смертности по г.Н.Новгороду-227,85 на 100 т.н., по г.Дзержинску-252,82, р-ны области-212,02.

По итогам 2013 года уровень смертности от ЗНО увеличился на 1,3%.

Смертность среди детского населения до 14 лет повысилась на 25 %, от ноля до 17 лет повысилась на 21,8%.

Снизилась смертность от рака: гортани – 14,7%, тела матки – 11,5%, желудка – 10,6%, легкого – 3,7%, губы, полости рта и глотки – 1,2%, злокачественные лимфомы – 0,9%.

 В структуре смертности:

1 место занимают ЗНО легкого-14,65%

2 место занимают ЗНО желудка-11,43%

3 место занимают ЗНО молочной железы-8,59%

4 место занимают ЗНО ободочной кишки-8,05%

5 место занимают ЗНО прямой кишки-6,53%

По результатам работы комиссии выявлены следующие проблемы:

Необходимо наладить в Нижегородской области маршрутизация больных с опухолями мочеполовой, центральной нервной системы, большинство из которых получает лечение вне структуры онкодиспансера.

Недостаточная мощность онкодиспансера, особенно хирургических отделений – желательно строительство нового отдельного хирургического корпуса

Несмотря на то, что объединение онкодиспансеров произошло в 2010 году, до сих пор сохраняется дублирование многих отделения в головном учреждении и в филиалах. Целесообразно оптимизировать маршрутизацию больных внутри онкологического диспансера, что позволит уменьшить расходы и оптимизировать лечение пациентов.

Желательно регулярное посещение сотрудниками образовательных программ, проводимых в крупных федеральных учреждениях.

Отделения лекарственного лечения работают в соответствии с рекомендациями RUSSCO:

Большая нагрузка на врача – более 40 человек в день

Отсутствие стационара одного дня, т.к. нет финансирования по системе ОМС лекарственных препаратов. В связи с этим даже на амбулаторные режимы пациентов приходится госпитализировать.

Отсутствие фильтров из вытяжных шкафов

Скученность пациентов в палатах – 6-7 человек, 1 раковина, туалет, душ – общий.

Невысокая доступность для пациентов современных таргетных препаратов в связи с недостаточным финансовым обеспечением

Недостаточная доступность определения генетических мутаций в опухолях (alk, EGFR, RAS) для назначения персонализированной лекарственной терапии.

Отделения лучевой терапии:

Необходимо провести оптимизацию маршрутизации больных, получающих лучевую терапию в разных здания онкологического диспансера

Неполный объем использования аппаратов для контактной лучевой терапии – проводится лечение только онкогинекологических больных

Низкий процент (30%) использования 3-Д конформной лучевой терапии – большинство больных проходит лечение в конвенциональном режиме (несмотря на наличие достаточного оборудования и обученного персонала)

Не используют все современные возможности (con-beam CT, энергия 18 МэВ, электроны) новых аппаратов для ДЛТ

Не используют все рабочие станции для планирования лучевой терапии

Не используются современные режимы химио-лучевой терапии практически ни при какой локализации

Не используются режимы гипо- и гиперфракционирования

Не используются в полном объеме фиксирующие устройства.

Хирургические отделения:

Низкий процент (10%) органосохранных операций при раке молочной железы

Недостаточность финансирования не позволяет использовать все современные варианты лечения (стентирование пищевода, аппаратные анастамозы при раке прямой кишки и т.д.)

Длительное нахождение пациентов в реанимационном отделении

В связи с недостаточной мощностью часть больных лежит в коридорах.

Члены комиссии:

Буланов Анатолий Анатольевич, к.м.н., старший научный сотрудник отделения клинической фармакологии и химиотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, онколог-химиотерапевт.

Глебовская Валерия Владимировна, к.м.н., старший научный сотрудник радиологического отделения РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, онколог-радиолог.

Петровский Александр Валерьевич, к.м.н., старший научный сотрудник отделения радиохирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, онколог-хирург. Исполнительный директор Ассоциации онкологов России.