

Девличарова Р.Ю., Засыпкина Е.В.

История развития онкологической службы в России*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии***Резюме**

Представлена история развития Российской онкологии, перспективы развития сестринской профессии в онкологической службе.

Ключевые слова: онкологическая служба, средние медицинские работники

Развитие онкологической службы в России имеет длительную историю развития, еще в девятнадцатом веке проводились эпизодические попытки изучения и лечения рака. По инициативе профессора Л.Л. Левашова при Московском университете на средства промышленников Морозовых был открыт 1 – й Раковый институт. В 1908 году в Санкт-Петербурге создается общество по борьбе с раковыми заболеваниями, а в 1911 году на средства Елисеевых там же открывается больница для бедных женщин, страдающих злокачественными опухолями.

В 1910 году издается первое отечественное руководство по онкологии «Общее учение об опухолях», автором которого был основоположник Российской онкологии Н.Н. Петров. В тот же 1910 год вышел приказ Народного Комиссара здравоохранения СССР № 273, в котором впервые была дана номенклатура медицинских учреждений и были введены термины «онкологический диспансер» и «онкологический пункт».

В 1914 году состоялся 1 - й Всероссийский съезд по борьбе с раковыми заболеваниями, где Н.Н. Петровым было предложено организовать онкологическую службу по диспансерному типу, и уже в 1931 году в Харькове на I Всесоюзном съезде онкологов были оформлены основные принципы диспансерного наблюдения онкологических пациентов. На съезде было предложено создать государственную онкологическую программу. Народный Комиссар здравоохранения издал приказ от 05.05.1935 года «Об организации борьбы с раковыми заболеваниями». Впервые было регламентировано открытие онкологических отделений в больших крупных городах и открытие центрального онкологического института.

В СССР после окончания Великой Отечественной войны в 1945 году, государственная система онкологической службы была восстановлена. Она была построена по диспансерному принципу и имела строго очерченные функции и задачи, направленные на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию онкологических больных, а также диспансерное наблюдение за ними после лечения [6].

В современной Российской Федерации онкологическую службу возглавляют Министерство здравоохранения России и министерства здравоохранения областей. Головным онкологическим учреждением России является Онкологический научный центр Российской Академии Наук. В состав ОНЦ РАМН входят три НИИ: институт экспериментального канцерогенеза, клинический институт, институт эпидемиологии. В составе онкологической службы 8 научно-исследовательских институтов и центров, 118 онкологических диспансеров республиканского, областного и городского уровня, более 2 тыс. онкологических и радиологических отделений и кабинетов, важную роль в структуре онкологической помощи населению играют региональные онкологические центры.

С 1991 года в России количество среднего медицинского персонала уменьшилось вдвое, это связано как с уменьшением подготовки кадров, так и с уходом из профессии. В целом численность среднего медицинского персонала относительно врачей приблизительно 1,2., должно быть не менее 1:3.

В России 2014 году число штатных должностей врачей в онкологических учреждениях составило 14 307, физических лиц - 8 778. В ЛПО России работали 6 589 онкологов (2009 г. - 5 851), 1 590 радиологов и 71 радиотерапевт. В 2014 г. на одного врача-онколога приходилось 499,5 больных (2009 г. - 460,1). Число занятых штатных единиц среднего медицинского персонала 4 онкологических учреждений России в 2014 г. составило 24 910 единиц (число штатных единиц - 27 246). На 1 000 выявленных случаев приходилось 50,0 единиц среднего медицинского персонала. Среднее число больных со злокачественными новообразованиями, состоявших на учете, в расчете на одного среднего медицинского работника составило 120,8 (2009 г. – 111,0).

Контингент больных со злокачественными заболеваниями продолжает увеличиваться. Число онкологических коек в лечебно-профилактических организациях (ЛПО) России за последние годы 2009-2014 гг. выросло на 4291, в расчете на 1 000 случаев вновь выявленных злокачественных новообразований - (с 2009 г. – 60,7 до 64,1). Число радиологических коек составило 7 933 (2013 г. - 7 973) или 14,6 на 1 000 вновь выявленных случаев злокачественного новообразования. Согласно данным официальной статистики, на онкологические койки для взрослых были госпитализированы 1 069 207 больных [4].

Эта отрасль медицины постоянно и стремительно развивается в последние годы это достижения рентгенохирургии (кибернож). Научные открытия в области онкоиммунологии, онкогенетики (а правильнее, видимо, будет сказать в целом – биотерапии рака) вдохнули в науку «второе» дыхание, новые надежды на победу над этим недугом [1].

Экономический фактор, фактор высокого уровня заболеваемости населения злокачественными заболеваниями диктует и все возрастающие требования к среднему медицинскому персоналу от ухода к освоению осуществления процедур включенных в высокотехнологичную помощь.

В современные подходы лечения онкологических больных должны быть основаны на комплексном подходе, включающем в себя профилактику, раннюю диагностику, помощь в борьбе с основным заболеванием, психологическую поддержку, реабилитацию, а также паллиативные мероприятия. Специфика онкологических пациентов и социальная значимость онкологических заболеваний увеличивает потребность в специализации медицинских сестер в этой сфере, формирования у них новых знаний и умений, связанных с проведением множества самых современных лечебных мероприятий.

Процесс дифференциации профессии медицинской сестры в последние десятилетия усилился, современное развитие онкологии детерминирует новую структуру профессии медицинской сестры онкологического профиля. Она связана с выделением относительно самостоятельных сфер деятельности, где возможно проявления большей профессиональной компетентности: профилактики, информирования пациентов, диагностики, введение и поддержка при химио- и лучевой терапии, реабилитации, оказания психологической поддержки пациентам и членам их семей, при оказании паллиативной помощи.

Действенность современных методов борьбы с онкологическими заболеваниями зависит не только от поисков новых способов лечения рака, но в большей степени от оптимизации работы онкологической службы, разработки профилактических мер, расширения скрининговых мероприятий, возможности наиболее рационального использования потенциала среднего медицинского персонала. Более широкое внедрение сестринского процесса в паллиативной помощи, повысит вовлеченность медицинских сестер в профилактику, диагностический скрининг и улучшение информирования населения, возможно, позволит снизить дефицит кадров сестринской практики.

На сегодняшний день оказание паллиативной помощи взрослым и детям регламентируется следующими нормативно - правовыми актами: Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.11г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, Порядком оказания паллиативной помощи взрослому населению, утвержденный приказом Минздрава РФ №1343н от 21.12.12 г.

На основе решения задач, обозначенных Концепцией развития здравоохранения в РФ до 2020 г., а именно, повышения квалификации медицинских работников и создания системы мотивации к их качественному труду, развития медицинской науки и инноваций в здравоохранении, информатизации здравоохранения, необходимо повышение качества профессиональной деятельности медицинских сестер и в сфере онкологии [5].

В этой связи назревает необходимость поиска внутренних и внешних ресурсов модернизации сестринской профессии, способных обеспечить повышение статуса медицинских сестер, повышение оценки социальной значимости их профессиональной деятельности как со стороны медицинского сообщества, так и общества в целом. Поиск интенсивных моделей развития сестринской профессии в онкологии предполагает активизацию разработки более гибких механизмов управления человеческими ресурсами в системе здравоохранения. Что в свою очередь будет способствовать улучшению качества оказываемой социально-медицинской помощи и удовлетворения ожиданий и потребностей всех участников лечебного процесса.

Литература

1. Андриянова Е.А., Тихонова С.В., Иорина И.Г. Институциональный PR медицины в современной России // Социология медицины. 2008. № 1. С. 14-16.
2. Андриянова Е.А. Социальные параметры профессионального пространства медицины: диссертация на соискание ученой степени доктора социологических наук / Волгоград, 2006.
3. Андриянова Е.А. Современная медицина: социально-профессиональные основания науки и практики. Саратов, 2005.
4. Каприна А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. под редакцией / Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году - М. МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. – 2015. - илл. - 236 с.
5. Порох Л.И. Ресурсы повышения профессионального статуса медицинских сестер онкологической службы // автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.И.Порох. – Волгоград, 2015. – 28 с.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Харламова Н.Н. // К истории Российской онкологии // Российский онкологический журнал – 1998. №3.- С.71-75.