DOI: 10.15690/vsp.v14i6.1477

М.Ю. Рыков[1, 2, 3], Н.А. Сусулёва[1, 4], О.В. Чумакова[5], Е.Н. Байбарина[5], В.Г. Поляков[1, 4]

[1] Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация
[2] Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация
[3] Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация
[4] Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Российская Федерация
[5] Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Онкологическая заболеваемость детского населения Российской Федерации и его обеспеченность медицинской помощью (врачами, коечным фондом, диагностическими и лечебными технологиями): анализ статистических данных за 2013 г.

Контактная информация:
Рыков Максим Юрьевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории социальной педиатрии НЦЗД, научный сотрудник отделения опухолей головы и шеи НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, доцент кафедры онкологии лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
Адрес: 115478, Москва, Каширское ш., д. 24, **тел.:** +7 (499) 324-15-59, **e-mail:** wordex2006@rambler.ru
Статья поступила: 16.11.2015 г., **принята к печати:** 25.12.2015 г.

Злокачественные новообразования являются второй по частоте причиной смерти детей. Организация онкологической помощи детям требует дальнейшего реформирования и рационального использования имеющихся ресурсов. ***Цель исследования:*** *оценить обеспеченность федеральных округов (ФО) специалистами онкологического профиля и соответствующим коечным фондом, необходимыми для оказания медицинской помощи детям с впервые установленным злокачественным заболеванием.* ***Методы:*** *в экологическом исследовании изучены отчеты региональных министерств и департаментов здравоохранения 82 субъектов РФ за 2013 г. Анализировали заболеваемость (впервые диагностированные случаи онкологических заболеваний) детей в возрасте 0–17 лет, обеспеченность коечным фондом, врачами, диагностическими и лечебными технологиями.* ***Результаты:*** *в 2013 г. было зарегистрировано 3378 детей со злокачественными новообразованиями. Средний по РФ уровень заболеваемости составил 12,4 на 100 тыс. детского населения, в субъектах РФ значения показателя варьировали от 5,5 до 21,8. В федеральные клиники направлены 1705 (50,5%) больных. Всего в РФ в 2013 г. функционировало 51 детское онкологическое отделение с 2021 койкой (включая койки в непрофильных отделениях), при этом обеспеченность коечным фондом варьировала по ФО от 0,40 до 1,13 на 10 тыс. детского населения. Лечение детей с онкологическими заболеваниями осуществляли 390 врачей, из них 138 (35,4%) не имели сертификата детского онколога. Обеспеченность врачами варьировала по ФО от 0,06 до 0,20 на 10 тыс. детского населения. Доступность современных средств диагностики в РФ остается на относительно низком уровне. Как результат, 76,6% всех впервые диагностированных онкологических заболеваний были III–IV ст.* ***Заключение:*** *требуется совершенствование вертикали и объема оказания специализированной медицинской помощи детям с впервые диагностированными онкологическими заболеваниями.*
Ключевые слова: *дети, злокачественные новообразования, заболеваемость, обеспеченность, детские онкологи, коечный фонд, диагностика, лечение.*

(***Для цитирования:*** Рыков М.Ю., Сусулёва Н.А., Чумакова О.В., Байбарина Е.Н., Поляков В.Г. Онкологическая заболеваемость детского населения Российской Федерации и его обеспеченность медицинской помощью (врачами, коечным фондом, диагностическими и лечебными технологиями): анализ статистических данных за 2013 г. *Вопросы современной педиатрии.* 2015; 14 (6): 686–691. doi: 10.15690/vsp.v14i6.1477)

ОБОСНОВАНИЕ

На протяжении последних десятилетий в Российской Федерации (РФ) продолжается неуклонное увеличение числа онкологических заболеваний у детей, в т.ч. их редких клинических форм [1]. Это определяет особую актуальность организации и планирования медицинской помощи этой категории больных.

Современный уровень развития детской онкологии требует использования дорогостоящих молекулярно-генетических и иммуногистохимических методов исследований в сочетании с современными лучевыми и компьютерными технологиями. Внедряются различные малоинвазивные, эндоскопические операции, активнее применяется органосохраняющее лечение, расширились возможности резекции опухолей за счет внедрения лимфодиссекции и операций на сосудах. Сократились показания к применению лучевой терапии, и вместе с тем появились и стали внедряться

новые ее технологии: конформная лучевая терапия, гамма- и киберножи.

Значительные изменения претерпела полихимиотерапия — основной метод лечения в онкопедиатрии. Увеличение продолжительности жизни онкологических больных обусловило угрозу развития поздних осложнений после проведенного лечения, а само лечение стало носить рискадаптированный характер. В группах больных с высоким риском развития неблагоприятного прогноза интенсивность лечения многократно возросла: применяют высокодозную полихимиотерапию, трансплантацию периферических стволовых клеток и костного мозга, колониестимулирующие факторы, начали внедрять таргетную и иммунотерапию [2]. Наряду со специализированным лечением возросла роль сопутствующих и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение качества жизни детей с онкологическими заболеваниями.

Особенностью демографии в РФ является то, что наряду с регионами с высокой плотностью проживания населения в стране имеются значительные по площади территории с ее низкой плотностью. Это определяет различные региональные проблемы здравоохранения, при которых детская онкология в силу относительной редкости онкологических заболеваний в детском возрасте может не рассматриваться в качестве приоритетного направления. Отсюда вытекают и сохраняющиеся до сих пор различия в возможностях оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в различных федеральных округах (ФО) РФ.

В условиях сложившейся в стране социально-экономической ситуации особенно актуальными становятся требования к максимально эффективному использованию бюджетных средств, в т. ч. в сфере здравоохранения. Вместе с тем до настоящего времени в РФ отсутствует четкое обоснование структуры затрат на оказание специализированной медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, как нет и четкой модели организации этой помощи на различных уровнях.

Целью настоящего исследования было оценить обеспеченность федеральных округов специалистами онкологического профиля и соответствующим коечным фондом, необходимых для оказания медицинской помощи детям с впервые установленным злокачественным заболеванием.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено экологическое исследование, в котором единицами анализа были агрегированные данные, а не отдельные индивиды [3].

Источник данных

В анализ вошли отчеты региональных министерств и департаментов здравоохранения 82 субъектов РФ за 2013 г. Данные не получены по Республике Хакасия, а также по Крымскому ФО (субъекты РФ Севастополь и Республика Крым). Крымский ФО не включен в анализ, т. к. образован после начала исследования (Указ Президента России В. В. Путина № 168 от 21 марта 2014 г.). Отчеты подготовлены по разработанной главным внештатным детским специалистом онкологом Минздрава России форме.

Анализ данных

В отчетах содержалась (и таким образом учитывалась при проведении исследования) следующая информация:

- численность детского населения (в возрасте 0–17 лет) в субъекте РФ;
- заболеваемость различными злокачественными заболеваниями;
- наличие или отсутствие специализированных детских онкологических отделений;

M.Yu. Rykov[1, 2, 3], N.A. Susulyova[1, 4], O.V. Chumakova[5], Ye.N. Baybarina[5], V.G. Polyakov[1, 4]

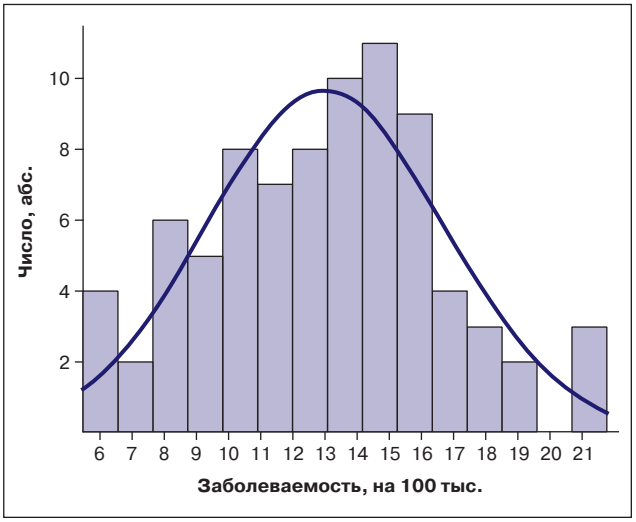
[1] N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow, Russian Federation
[2] Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation
[3] Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation
[4] Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russian Federation
[5] The Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Cancer Incidence of Child Population of the Russian Federation and its Provision of Medical Care (Doctors, Bedspace, Diagnostic and Therapeutic Technologies): Analysis of Statistical Data for 2013

Background: *Cancer is the second most common cause of death in children. The organization of cancer care for children requires further reforming and rational use of available resources.* ***Objective:*** *Our aim was to assess the provision of federal districts (FD) with cancer specialists and relevant bedspace needed for providing medical care for children with newly diagnosed malignant disease.* ***Methods:*** *The ecological study investigated reports of regional ministries and departments of health of 82 subjects of the Russian Federation for 2013. It was analyzed the morbiden (newly diagnosed cases of cancer) of children aged 0–17 years, the provision of bedspace, doctors, diagnostic and therapeutic technologies.* ***Results:*** *In 2013 it was registered 3378 children with cancer. The average incidence rate in Russia amounted to 12.4 per 100 thousand of the child population, in the RF subjects index values ranged from 5.5 to 21.8. 1705 (50.5%) patients were sent to federal clinics. In total, in 2013 in Russia there were 51 children's oncology departments with 2021 beds (including beds in non-core departments), therewith, the provision of bedspace varied by FD from 0.40 to 1.13 per 10 thousand of the child population. Treatment of children with cancer was carried out by 390 doctors, 138 (35.4%) among them did not have a certificate of Pediatric Oncology. The provision of doctors varied by FD from 0.06 to 0.20 per 10 thousand of the child population. The availability of modern diagnostic tools in the RF remains at a relatively low level. As a result, 76.6% of all newly diagnosed cancers were stage III–IV.* ***Conclusion:*** *It is required the improving of the vertical and the amount of specialized medical care for children with newly diagnosed cancer.*
Key words: *children, cancer, morbidity, provision, children's oncologists, bedspace, diagnosis, treatment.*

(***For citation:*** Rykov M.Yu., Susulyova N. A., Chumakova O. V., Baybarina Ye. N., Polyakov V. G. Cancer Incidence of Child Population of the Russian Federation and its Provision of Medical Care (Doctors, Bedspace, Diagnostic and Therapeutic Technologies): Analysis of Statistical Data for 2013. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2015; 14 (6): 686–691. doi: 10.15690/vsp.v14i6.1477)

Рис. 1. Распределение заболеваемости детского населения (0–17 лет) онкологическими заболеваниями по субъектам Российской Федерации



- число коек, в т. ч. в составе неспециализированных отделений, на которых проводилось лечение детей с онкологическими заболеваниями;
- число врачей как с сертификатами врача-детского онколога, так и нуждающихся в прохождении сертификационных циклов;
- число первичных больных;
- число больных, направленных на лечение в федеральные научно-исследовательские институты;
- имеющиеся в регионе возможности для диагностики онкологических заболеваний — компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томография, иммуногистохимические исследования и т. д.;
- имеющиеся в регионе возможности для лечения детей с онкопатологией (полихимиотерапия, высокодозная полихимиотерапия, лучевая терапия, хирургические операции в необходимом объеме, в т. ч. органосохраняющие).

Статистический анализ

Статистический анализ данных выполнен с помощью программы SPSS 15.0 (SPSS Inc., США). Проведен корреляционный анализ количественных данных по отдельным ФО. Результаты представлены в виде коэффициента корреляции Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Заболеваемость злокачественными новообразованиями

Распределение заболеваемости детей злокачественными новообразованиями по отдельным субъектам РФ представлено на рис. 1. В Центральном ФО (ЦФО) наибольшая заболеваемость детей злокачественными новообразованиями зарегистрирована в Липецкой обл. — 21,7 (здесь и далее — на 100 тыс. детского населения в возрасте 0–17 лет), наименьшая — в Тульской (7,3), в Северо-Западном ФО (СЗФО) — в Архангельской обл. (14,8) и Ненецком автономном округе (8,2), в Южном ФО (ЮФО) — в Ростовской обл. (16,9) и Республике Адыгея (5,5), в Приволжском ФО (ПФО) — в Республике Татарстан (18,6) и Чувашской Республике (6,2), в Уральском ФО (УФО) — в Свердловской обл. (16,8) и Ямало-Ненецком автономном округе (8,2), в Сибирском ФО (СФО) — в Томской области (18,5) и Республике Тыва (5,5), в Дальневосточном ФО (ДВФО) — в Сахалинской области (18,5) и Еврейском автономном округе (8,1), в Северо-Кавказском ФО (СКФО) — в Чеченской Республике (21,8) и Республике Дагестан (8,2), соответственно. Средний уровень заболеваемости детей онкологическими заболеваниями по ФО представлен в табл.

Коечный фонд и кадровая обеспеченность

Наибольшее число коек (в пересчете на 10 тыс. детского населения), на которых осуществляется лечение детей с онкологическими заболеваниями, зарегистрировано в ЮФО, наименьшее — в СКФО (см. табл.). При этом наибольшее число отделений функционирует в ПФО, наименьшее — в СКФО и УФО.

Показатель общего числа врачей[1], занимающихся лечением детей с онкологическими заболеваниями,

Таблица. Заболеваемость (2013 г.) детского населения злокачественными заболеваниями и обеспеченность федеральных округов онкологической помощью

ФО	Детское население, абс.	Заболеваемость, абс. (*)	Врачи, абс. (**)	Отделения детской онкологии (***)	Коечный фонд, абс. (**)
ЦФО	6 181 025	752 (12,2)	91 (0,15)	10 (8)	401 (0,65)
ПФО	5 581 074	653 (11,7)	80 (0,14)	12 (8)	423 (0,76)
СФО	3 854 557	499 (12,9)	58 (0,15)	9 (4)	346 (0,90)
ЮФО	2 567 397	342 (13,3)	43 (0,17)	4 (2)	290 (1,13)
СКФО	2 512 134	366 (14,6)	16 (0,06)	2 (1)	100 (0,40)
СЗФО	2 350 796	305 (13,0)	46 (0,20)	7 (4)	175 (0,75)
УФО	2 243 455	323 (14,4)	35 (0,16)	2 (1)	188 (0,84)
ДВФО	1 860 344	138 (7,4)	21 (0,11)	5 (3)	98 (0,53)
РФ	27 150 782	3378 (12,4)	390 (0,14)	51 (29)	2021 (0,74)

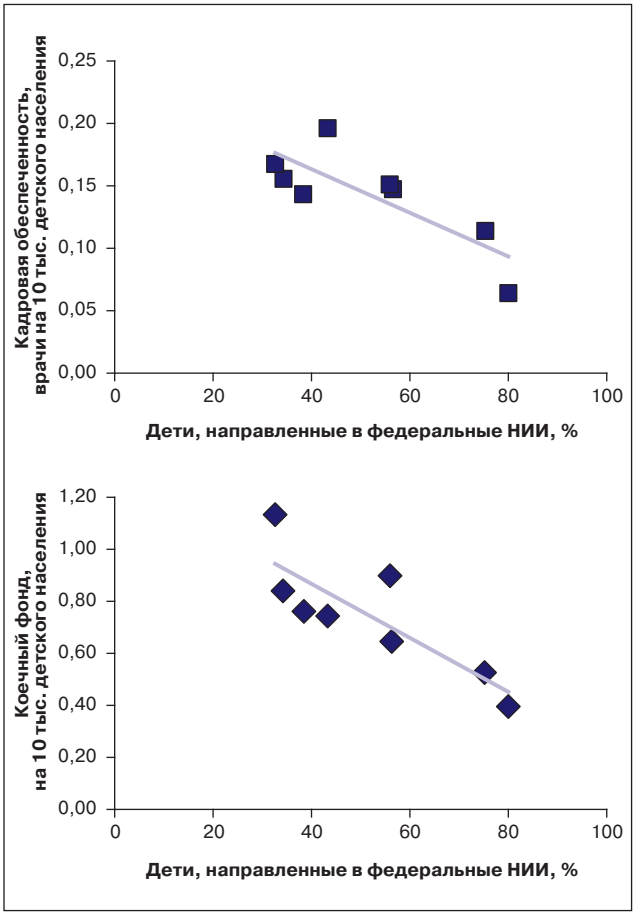
Примечание. * — в скобках указаны значения показателя в пересчете на 100 тыс. детского населения в возрасте 0–17 лет; ** — в пересчете на 10 тыс. детского населения; *** — в скобках указано число онкогематологических отделений.
ЦФО — Центральный, ПФО — Приволжский, СФО — Сибирский, ЮФО — Южный, СКФО — Северо-Кавказский, СЗФО — Северо-Западный, УФО — Уральский, ДВФО — Дальневосточный федеральный округ.

[1] В анализ не вошли данные о врачах, работающих в федеральных клиниках.

а также их доли в пересчете на 10 тыс. детского населения также представлены в табл. Не имели первичной специализации по специальности «детская онкология» 31 (34%) врач в ЦФО, 18 (39%) — в СЗФО, 14 (33%) — в ЮФО, 8 (50%) — в СКФО, 3 (50%) — в ПФО, 5 (14%) — в УФО, 16 (28%) — в СФО, 6 (29%) — в ДВФО. Всего в РФ из числа врачей, занимающихся лечением детей с онкологическими заболеваниями, соответствующего сертификата не имели 252 (64,6%) специалиста.

Из числа больных с впервые диагностированным злокачественным заболеванием на лечение в федеральные клиники были направлены 425 (56,5%) детей в ЦФО, 132 (43,2%) — в СЗФО, 111 (32,5%) — в ЮФО, 293 (80,1%) — в СКФО, 251 (38,4%) — в ПФО, в 110 (34,1%) — в УФО, 279 (56,0%) — в СФО, 104 (75,3%) — в ДВФО. Всего в РФ из 3378 детей с впервые диагностированным злокачественным новообразованием 1705 (50,5%) были направлены на лечение в федеральные научно-исследовательские центры. Отмечено, что доля больных, направленных в федеральные клиники, отрицательно коррелировала с долей врачей и числом коек в отделениях детской онкологии в ФО на 10 тыс. детского населения (рис. 2).

Рис. 2. Связь доли больных, направленных в федеральные клиники, с обеспеченностью онкологической помощью в разных федеральных округах Российской Федерации



Возможности диагностики и лечения

В каждом регионе имеются возможности для выполнения биопсий, в т. ч. открытых, для последующего гистологического исследования полученного материала. Вместе с тем лишь в некоторых из них имеются возможности для выполнения иммуногистохимических исследований. Например, в ЦФО из 18 субъектов, входящих в состав округа, такие возможности есть лишь в 8 (44%). Прочие инструментальные методы диагностики (ультразвуковые, КТ, МРТ) используют во всех федеральных округах, однако они отсутствуют в некоторых субъектах, входящих в их состав. При этом наиболее укомплектованными аппаратурой и специалистами являются ЦФО и СЗФО, наименее — ДВФО. В связи с этим важно отметить, что злокачественные новообразования III–IV ст. составили 76,6% всех зарегистрированных случаев, I–II ст. –23,4% [1].

По данным отчетов региональных министерств и департаментов здравоохранения, возможности проведения высокодозной полихимиотерапии имеются в 36 (44%) из 82 субъектов РФ, лучевой терапии — в 62 (76%) с ограничением нижней границы возраста (6–15 лет) на базе областных онкологических диспансеров.

ОБСУЖДЕНИЕ

Совершенствование организационно-методического руководства — первостепенная задача, необходимая для реализации мероприятий, направленных на повышение качества онкологической помощи населению. Большая роль здесь отводится главным внештатным специалистам по детской онкологии в субъектах РФ, задачи и функции которых регламентированы соответствующими приказами Минздрава России [4–6].

По данным национальных канцер-регистров США, Канады, Германии, Финляндии и Австралии, общая заболеваемость злокачественными новообразованиями в 2013 г. в этих странах составляла 15–17 на 100 тыс. детского населения в возрасте 0–17 лет, возрастной пик приходился на детей первого года жизни (23–24 на 100 тыс.). Заболеваемость российских детей в этой возрастной группе в официальной статистике не учитывалась [7]. Однако похожие тенденции прослеживаются и в России, где пик заболеваемости детей приходится на 0–4 года [8, 9]. Средний уровень заболеваемости детей онкологическими заболеваниями в РФ в 2013 г. составил 12,4 на 100 тыс. детского населения. Поскольку недоучет заболевших детей в России в настоящее время может составлять не менее 20%, можно ожидать роста показателя заболеваемости вместе с расширением диагностических возможностей на этапе скрининга детского населения.

По рекомендациям экспертов Всемирной организации здравоохранения, для классификации детских опухолей должна использоваться Международная классификация опухолей у детей (ICCC), основанная на морфологических кодах. В настоящее время отчетные статистические формы по заболеваемости и смертности в России основаны на топографических кодах МКБ-10, которые в основном ориентированы на взрослых, поэтому для таких нозологических форм, как нейробластома, ретинобластома, герминогенные опухоли, уровень заболеваемости и смертности детей оценить невозможно. Кроме того, в отчетных формах по заболеваемости необходимо ввести возрастную группу до 1 года, на которую приходится пик заболеваемости детей злокачественными новообразованиями, а также долю посмертных диагнозов у детей для разных нозологий. Разработка специального детского вкладыша в государственную отчетность позволит приблизить регистрацию детей со злокачественными новообразованиями в нашей стране к международным стандартам и оценить реальную онкологическую ситуацию среди детского населения.

Анализ выживаемости требует накопления данных за длительный период времени, т. к. злокачественные

новообразования у детей являются орфанными заболеваниями, но именно эта характеристика определяет эффективность оказания медицинской помощи. Лишь в некоторых регионах России действуют территориальные канцер-регистры, в силу чего данные популяционной выживаемости детей скудны и не всегда достоверны. Публикуемые отчеты включают, как правило, результаты анализа выживаемости по отдельным лечебным учреждениям [1]. Можем утверждать, что в России отсутствует прямая связь между заболеваемостью детей злокачественными новообразованиями в ФО, выявляемостью заболеваний на ранних стадиях и числом врачей с сертификатом «детский онколог». Это свидетельствует о низкой онкологической настороженности врачей общего профиля, позднем обращении пациентов в медицинские учреждения и низкой эффективности диспансеризаций в лечебных учреждениях. Именно в этом состоит причина, что в 80% случаев онкологические заболевания у детей обнаруживают уже на III–IV ст., что характерно для всех регионов и ФО [7]. Соответственно, именно этим проблемам следует уделить первостепенное внимание.

Необходимо отметить, что в России отсутствует статистика ежегодно выполняемых важнейших высокотехнологичных видов медицинской помощи, таких как трансплантация костного мозга, эндопротезирование конечностей и т. д. Известны лишь приблизительные цифры. Ежегодно в клиниках России осуществляется до 300 трансплантаций костного мозга, при этом не менее половины из них — пациентам с неонкологическими заболеваниями[2]. Так, по данным на 2013 г., в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н. Н. Блохина было выполнено 50, в НИИ детской гематологии, онкологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачёвой — 50–70, в НКЦ ДГОИ им. Д. Рогачёва — 200 (включая неопухолевую патологию), в Центре детской онкологии и гематологии ОДКБ № 1 г. Екатеринбурга — 10–15 трансплантаций костного мозга. В других клиниках России указанная процедура не выполняется.

Кроме того, ежегодно в России выполняется до 65–70 органосохраняющих операций (эндопротезирований) на конечностях при костных саркомах. Из них в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н. Н. Блохина — 45–50, в ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачёва — 5–7, в НПЦ «Солнцево» ДЗ г. Москвы — 3–5, в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова — 5–7, в ЦИТО им. Н. Н. Приорова — 1–2. Следует, однако, отметить, что приблизительная ежегодная потребность в таких операциях на основании статистических данных оценивается в 130–150 [1]. Прочие высокотехнологичные и органосохраняющие операции выполняют преимущественно в федеральных и межрегиональных центрах. В 87% регионов хирургический этап лечения обеспечивается силами хирургов отделений неонкологического профиля. При лечении детей с солидными злокачественными новообразованиями, такими как остеосаркома, саркомы мягких тканей, опухоли печени, нейробластома, опухоли головы и шеи параменингеальной локализации, особенно в случаях необходимости проведения высококвалифицированных хирургических вмешательств, имеются сложности, связанные с отсутствием необходимого числа квалифицированных специалистов [8].

Имплантируемые венозные порт-системы[3] применяют лишь в 13 клиниках России, занимающихся лечением детей с онкологическими заболеваниями, из них 6 расположены в Москве, 2 — в Санкт-Петербурге, по 1 — в Краснодаре, Екатеринбурге, Нижнем Новгороде, Архангельске и Иркутске. Целесообразность расширения этого вида медицинской помощи продиктована не только ее эффективностью, но и экономическими причинами. Согласно данным клинико-экономического анализа, применение длительных систем венозного доступа менее затратно по сравнению с внешними центральными венозными катетерами, а их использование сопровождается меньшим риском развития осложнений, в т. ч. по причине нарушения протоколов лечения [9, 10].

В развитых странах все описанные выше современные технологии лечения внедрены во всех клиниках, занимающихся лечением детей с онкологическими заболеваниями, что говорит не только о достаточном уровне финансирования, но и об обеспеченности клиник необходимым числом квалифицированных специалистов. В России, как показали результаты настоящего исследования, более 1/3 врачей необходимо пройти дополнительное обучение по специальности «детская онкология». При этом следует учитывать, что хирургическими методами лечения детей должны заниматься специалисты, прошедшие подготовку по специальности «детская хирургия», что соблюдается не во всех отечественных клиниках. Это обстоятельство указывает на необходимость реформирования системы подготовки медицинских кадров в рассматриваемой области.

Отметим также и чрезмерную нагрузку на одного врача, занимающегося лечением детей с онкологическими заболеваниями. В среднем по РФ она составляет 8,7 первичных пациентов в год, а в ряде ФО этот показатель существенно выше. Например, в СКФО он равен 22,9, в УФО — 9,2. При этом в развитых странах данный показатель не превышает 5 [7]. Среди других проблем, имеющихся в организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, можно выделить отсутствие онкологической настороженности у педиатров, оказание медицинской помощи непрофильными стационарами, различия в стандартах и протоколах лечения в различных лечебных учреждениях и др. [2].

Необходимыми условиями для повышения качества медицинской помощи являются совершенствование базы специализированных учреждений, выявление детей с ранними стадиями заболевания и трансляция современных стандартов диагностики и лечения в регионы [8]. Однако обеспокоенность вызывает тот факт, что большое число больных с онкологической патологией в регионах лечатся на койках смешанных отделений (гематологических, хирургических, кардиологических, в отделениях для взрослых). Дети, госпитализированные в отделения, расположенные на базах областных или краевых больниц, не имеют возможности для проведения некоторых видов диагностики (радиоизотопной, зачастую КТ, МРТ, морфологических и иммуногистохимических исследований, иммунофенотипирования и др.).

Комплексное или комбинированное лечение на базе областной или краевой больницы также часто невыпол-

[2] Данные по высокотехнологичной медицинской помощи приблизительные, основаны на оценках специалистов из соответствующих клинических центров (персональные сообщения).

[3] Имплантируемые венозные порт-системы являются системами длительного венозного доступа и используются с целью проведения химиотерапевтического лечения у детей с онкологическими заболеваниями, ферментозаместительной терапии у пациентов с орфанными заболеваниями, а также при паллиативном лечении.

нимо в связи с невозможностью проведения различных видов лучевой терапии и сложных, в т. ч. органосохраняющих, хирургических вмешательств. Более того, в некоторых регионах отказывают в проведении лучевой терапии детям младшего и дошкольного возраста. В региональных отделениях в основном проводится стандартная химиотерапия. Не развита сеть отделений трансплантации костного мозга.

Не менее актуальна и проблема организации паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями. В настоящее время в России функционируют лишь 2 детских хосписа в Санкт-Петербурге и 1 хоспис на дому в Москве, тогда как в других ФО подобные учреждения отсутствуют.

Краткие практические рекомендации

С целью совершенствования оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, считаем необходимым:

- повысить преемственность в оказании медицинской помощи на региональных и федеральных уровнях, а также между специалистами по взрослой и детской онкологии;
- создать детские канцер-регистры в каждом ФО РФ с регулярным анализом данных и их достоверности, поскольку в настоящее время фиксируется низкая достоверность статистических данных;
- развить сеть детских хосписов, в т. ч. хосписов на дому, а также внести изменения в Приложение № 3 к приказу Минздрава России от 12.11.1997 № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ», повысив разрешенные нормы использования наркотических обезболивающих препаратов с учетом оптимальных дозировок;
- начать работу по внутреннему и внешнему аудиту контроля качества оказания медицинской помощи с анализом всех запущенных случаев онкологических заболеваний у детей, а также случаев несвоевременной диагностики и выбора неадекватной лечебной тактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ статистических материалов, содержащих сведения о заболеваемости детского населения страны, ресурсах и деятельности учреждений здравоохранения за 2013 г., показал, что организация медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в отдельных субъектах Российской Федерации нуждается в совершенствовании. При этом оптимальными мерами будут создание специализированных клиник или отделений в каждом из 8 федеральных округов, перераспределение между ними числа имеющихся коек и подготовка необходимого числа специалистов. Это позволит существенно оптимизировать маршрутизацию пациентов, сведя к минимуму процент больных, направляемых на лечение в федеральные НИИ Москвы и Санкт-Петербурга. При этом подготовке специалистов следует уделить первостепенное значение, поскольку процент пациентов, направляемых на лечение даже в оборудованные и оснащенные койками клиники городов федерального значения, остается высоким.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. АД Каприна, ВВ Старинского, ГВ Петровой. *М.: МНИОИ им. П. А. Герцена*. 2015. 250 с.
2. Детская онкология. Национальное руководство. Под ред. МД Алиева, ВГ Полякова, ГЛ Менткевича, СА Маяковой. *М.: Издательская группа РОНЦ*. 2012. 684 с.
3. Эпидемиологический словарь. 4-е изд. Под ред. ДМ Ласта. *М.: ОИЗ*. 2009. 316 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.01.2010 г. № 16 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2012 г. № 560н (в ред. приказа Минздрава России от 02.09.2013 г. № 608н) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «детская онкология».
6. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения. В III ч. *М.: Минздрав России*. 2013.
7. Мень ТХ, Поляков ВГ, Алиев МД. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей в России. *Онкопедиатрия*. 2014;1(1):7–12.
8. Поляков ВГ, Байбарина ЕН, Чумакова ОВ, Сусулёва НА, Рыков МЮ. Медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации. *Онкопедиатрия*. 2015;2(3):177–187.
9. Рыков МЮ, Мень ТХ, Сусулёва НА, Поляков ВГ. Обеспечение венозного доступа при лечении детей с онкологическими заболеваниями: пятилетний опыт НИИ детской онкологии и гематологии. *Онкопедиатрия*. 2015;2(3):193–204.
10. Рыков МЮ, Поляков ВГ. Клинико-экономический анализ использования различных систем венозного доступа при лечении детей с онкологическими заболеваниями. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2015;2:11–15.