

Общенациональная программа по борьбе с онкологическими заболеваниями: детская онкология

М.Ю. Рыков

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, г. Москва, Россия;
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

The National Cancer Control Program: Pediatric Oncology

M. Yu. Rykov

Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia;
Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

В общенациональной программе по борьбе с онкологическими заболеваниями особое место занимает детская онкология, что обусловлено ее кардинальными отличиями от онкологии взрослых. В статье анализируются существующие проблемы и предлагаются пути их решения. Приведены статистические показатели и представлена трехуровневая модель организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями. Сформулированные задачи общенациональной программы являются точкой зрения автора и изложены для дальнейшего обсуждения.

Ключевые слова: дети, детская онкология, национальная программа, заболеваемость, злокачественные новообразования, трехуровневая модель организации медицинской помощи.

Для цитирования: Рыков М.Ю. Общенациональная программа по борьбе с онкологическими заболеваниями: детская онкология. Рос вестн перинатол и педиатр 2018; 63:(5): 6–12. DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-5-6-12

Due to its cardinal differences from the adult oncology the children's oncology takes a special place in the national cancer control program. The article analyzes up-to-date problems and suggests their solutions. It contains statistical indicators and a three-level model of medical care for children with cancer. The tasks of the national program stated in the article reflect the author's point of view and are to be further discussed.

Key words: children, pediatric oncology, national program, morbidity, malignant tumors, three-level model of medical care organization

For citation: Rykov M. Yu. The National Cancer Control Program: Pediatric Oncology. Ros Vestn Perinatol i PEDIATR 2018; 63:(5): 6–12 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-5-6-12

В общенациональной программе по борьбе с онкологическими заболеваниями, рассчитанной на долгосрочный период (до 2030 г.), определены основные цели государственной политики в области борьбы с указанной патологией, направленные на снижение смертности от этих заболеваний, в том числе у детей.

Существующие проблемы и пути их устранения. Детская онкология — область медицины, кардинально отличающаяся от онкологии взрослых как по структуре заболеваемости и числу первичных пациентов, выявляемых ежегодно, так и по подходам к лечению. В структуре заболеваемости детей, в отличие от взрослых, высок удельный вес злокачественных новообразований кроветворной и лимфоидной тканей — гемобластозов (лейкозов и лимфом), которые составляют 50%. Многие опухоли (например,

нейробластома, нефробластома, гепатобластома, ретинобластома, герминогенные опухоли) специфичны именно для детского возраста и не встречаются у взрослых. При этом наиболее распространенные опухоли среди взрослого населения (рак молочной железы, рак желудка, рак легких, рак предстательной железы) не встречаются у детей.

Ежегодно в Российской Федерации выявляется около 3500 детей (0 – 17 лет) с онкологическими заболеваниями, и этот показатель продолжает увеличиваться. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики, в 2011 г. злокачественные новообразования диагностированы у 3230 детей, в 2016 г. — у 3782, т.е. за 6 лет заболеваемость увеличилась на 10%: с 12,2 до 13,4 на 100 000 детского населения в возрасте 0 – 17 лет, а число первично обратившихся пациентов — на 20%. Общее число детей, находящихся под диспансерным наблюдением (достигших ремиссии и продолжающих лечение) в 2011 – 2016 гг. увеличилось на 34,8%: с 17 958 до 24 207 [1].

Причины такого роста — в совершенствовании методов диагностики, их широком внедрении в клиническую практику регионов Российской Федерации. Учитывая, что в странах с высоким уровнем достоверности статистических данных показатель

© М.Ю. Рыков, 2018

Адрес для корреспонденции: Рыков Максим Юрьевич — к.м.н., зам. директора НИИ детской онкологии и гематологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, доцент кафедры онкологии лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, гл. внештатный детский специалист — онколог Минздрава России по Центральному федеральному округу, ORCID: 0000-0002-8398-7001, SPIN-код: 7652-0122
115478 Москва, Каширское ш., д. 24

онкологической заболеваемости находится на уровне 18–20 для возрастной группы 0–14 лет (например, Республика Беларусь, страны Европы и США), обоснованно предполагать, что в ближайшие 10 лет число первичных пациентов, выявляемых ежегодно, достигнет 5,5–6 тыс., т.е. в настоящее время недоучет больных составляет порядка 2 – 2,5 тыс. [2].

Вместе с тем данные большинства оперативных отчетов органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан, содержащие сведения о числе выявленных пациентов, не совпадают с данными Федеральной службы государственной статистики [3]. При этом показатели заболеваемости существенно различаются как в субъектах, так и в федеральных округах (рис. 1), хотя в реальности находятся на одном уровне [1]. Причина низкой достоверности статистических данных – отсутствие единой электронной базы – регистра пациентов, что существенно усложняет учет больных, не исключает возможности их «дублирования», например при проведении разных этапов лечения в разных медицинских организациях, а также после достижения совершеннолетия [3, 4].

Особенно важно, что во время плановых профилактических осмотров (диспансеризаций) выявляется лишь 5% пациентов. Однако отмечается положительная динамика: рост на 1,4% за последние 5 лет [1]. Это объясняется как низкой «онкологической настороженностью» врачей-участковых педиатров,

так и атипичностью течения онкологических заболеваний у детей, отсутствием специфических симптомов, наличием множества «клинических масок», редкостью злокачественных новообразований в структуре заболеваемости детского населения [5].

Для повышения активной выявляемости пациентов разработана анкета – алгоритм определения целесообразности направления врачом-участковым педиатром пациента на консультацию к врачу-детскому онкологу, состоящая из 20 пунктов с однозначными ответами (Да/Нет). Заполнение анкеты педиатрами во время диспансеризации при двух и более ответах «Да» позволит рекомендовать консультацию у врача-детского онколога, а при наличии одного положительного ответа – динамическое наблюдение. Анкета разослана Министерством здравоохранения Российской Федерации в органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан субъектов Российской Федерации, размещена в открытом доступе в сети Интернет и распространяется в печатном виде в составе кратких практических рекомендаций «Клинические проявления онкологических заболеваний у детей» среди участников педиатрических конгрессов [6].

Внедрение современных протоколов лечения привело к снижению одногодичной летальности в 2011–2016 гг. на 2% [1]. Вместе с тем в структуре смертности заболевания данной группы переместились с 7-го места в 2014 г. на пятое место в 2015–2017 гг.



Рис. 1. Заболеваемость детского населения злокачественными новообразованиями в субъектах Российской Федерации (на 100 000 детского населения 0–17 лет, данные Федеральной службы государственной статистики).

I – Центральный ФО (13,4); II – Северо-Западный ФО (16); III – Южный ФО (12,2); IV – Северо-Кавказский ФО (11,4); V – Приволжский ФО (13,6); VI – Уральский ФО (12,9); VII – Сибирский ФО (13,7); VIII – Дальневосточный ФО (13,4)

Fig. 1. Incidence of malignant tumors in children in the subjects of the Russian Federation (by 100 thousand 0–17 years, data of the Federal State Statistics Service)



Рис. 2. Число врачей-детских онкологов в субъектах Российской Федерации (на 10 000 детского населения 0–17 лет, данные Федеральной службы государственной статистики)

Fig. 2. The number of pediatric oncologists in the subjects of the Russian Federation (per 10 thousand population 0–17 years, data of the Federal State Statistics Service)

Ежегодно от онкологических заболеваний умирают порядка 1 тыс. детей. При этом в мире злокачественные новообразования взрослого и детского населения занимают второе место [1].

Особую проблему представляет дефицит кадров. В настоящее время в Российской Федерации сертификаты детских онкологов имеют лишь 258 специалистов. При этом потребность составляет как минимум 416, т.е. дефицит составляет 158 (38%) человек. В 27 (31,7%) субъектах Российской Федерации врачи-детские онкологи отсутствуют (рис. 2) [1, 7].

Для привлечения кадров в детскую онкологию написаны и изданы три учебных пособия и один учебник по детской онкологии для студентов медицинских вузов и ординаторов, проводится преподавание основ детской онкологии в рамках кафедры онкологии для студентов лечебного и педиатрического факультетов Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова, планируется создание кафедры детской онкологии в составе педиатрического факультета.

Существует и дефицит детских онкологических коек. В Российской Федерации насчитывается 2496 детских онкологических коек, из них 1901 (76,2%) – в медицинских организациях органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, 595 (23,8%) – в медицинских

организациях федерального подчинения (рис. 3) [1, 7]. Детские онкологические отделения и койки отсутствуют в 15 субъектах, в 25 (29,4%) субъектах детские онкологические койки выделены в составе не онкологических педиатрических отделений (рис. 4) [1, 7]. В составе каждого федерального округа определены города с отделениями детской онкологии второго и третьего уровня, являющимися межтерриториальными центрами; на их базе возможно проведение большинства этапов лечения [7].

Во многих отделениях средняя занятость койки в году находится на низком уровне – 280–300 при целевом показателе не ниже 340, т.е. койки не заполняются. Причина этого не только в отмеченном выше дефиците кадров, но и в чрезвычайной сложности подходов к лечению пациентов, что требует высокотехнологичного оборудования и привлечения врачей различных специальностей (не только детских онкологов, но и лучевых диагностов, патологоанатомов, детских хирургов, лучевых терапевтов) с большим опытом, приобрести который можно лишь при обхвате большого числа пациентов, что невозможно в субъектах с ограниченной численностью первичных пациентов, выявляемых ежегодно. Другой причиной является отсутствие критериев отбора пациентов для госпитализации на койки медицинских организаций различного уровня.



Рис. 3. Число детских онкологических коек в субъектах Российской Федерации (на 10 000 детского населения 0–17 лет, данные Федеральной службы государственной статистики)

Fig. 3. Number of children's oncological beds in the subjects of the Russian Federation (per 10 thousand population 0–17 years, data of the Federal State Statistics Service)

Автором проведен аудит отделений детской онкологии во всех федеральных округах с анализом следующих показателей: проведенного за последние 5 лет лечения пациентов на соответствие протоколам лечения, клиническим рекомендациям и критериям качества оказания медицинской помощи (согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №203н от 10.05.2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»); соответствия штатного расписания и медицинского оборудования приложениям к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №560н от 31.12.2012 г. (с изм. и доп. от 04.07.2017 г.); числа дней занятости койки в году [7].

На основании полученных результатов разработан новый Порядок оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология», который в настоящее время находится на рассмотрении в Правовом департаменте Министерства здравоохранения Российской Федерации [7]. Основой Порядка является трехуровневая модель оказания медицинской помощи, представляющая собой схему маршрутизации пациентов:

- первый уровень — оказание преимущественно первичной медико-санитарной помощи, в том чис-

ле первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи (кабинеты врачей—детских онкологов): профилактика и диагностика онкологических заболеваний у детей, направление детей с подозрением на онкологическое заболевание в медицинские организации второго и (или) третьего уровней, диспансерное наблюдение детей с установленным диагнозом;

- второй уровень — оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи (детское онкологическое отделение или детские койки, выделенные в составе педиатрических или терапевтических отделений медицинских организаций): проведение диагностических исследований, манипуляций, включая забор опухолевых тканей с целью гистологической верификации диагноза, в том числе открытым способом, проведение химиотерапевтических курсов, хирургического лечения;

- третий уровень А — оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи (областные, краевые, республиканские больницы и детские, онкологические диспансеры): диагностика и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, оказание высокотехнологичной медицинской помощи;



Рис. 4. Число отделений детской онкологии в субъектах Российской Федерации (на 10 000 детского населения 0–17 лет, данные Федеральной службы государственной статистики)

Fig. 4. The number of departments of children's oncology in the subjects of the Russian Federation (per 10 thousand population 0–17 years, data of the Federal State Statistics Service)

- третий уровень Б – оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи (федеральные медицинские организации): разработка и тиражирование новых методов диагностики и лечения (включая инновационные методы), информационных технологий и методов генной инженерии.

В предложенной модели по сути «нулевым» уровнем является врач – участковый педиатр детской поликлиники, в задачи которого входит выявление детей из групп риска развития злокачественных новообразований, а также детей с заболеваниями, подозрительными на онкологические.

Алгоритм маршрутизации пациента в системе усовершенствованной трехуровневой модели организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями представлен на рис. 5. Важное место в данной модели занимают телемедицинские коммуникации, которые позволяют в режиме реального времени провести консилиум с привлечением врачей различных специальностей из федеральных медицинских организаций, осуществить удаленный анализ результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для определения тактики лечения с заключением о том, в медицинской организации какого уровня необходимо начинать лечение.

При этом необходим регулярный внутренний и внешний аудит проводимого пациентам лечения с применением, в том числе, вертикали: главный внештатный детский специалист-онколог Минздрава России – главный внештатный детский специалист-онколог Минздрава России по федеральному округу – главный внештатный детский специалист-онколог органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан субъекта [7]. Основная цель такого аудита – не только контроль качества проведенного лечения, но и разбор случаев выявления злокачественных новообразований на поздних стадиях с привлечением педиатров, проводивших первичную диагностику в момент первого обращения пациента в детскую поликлинику.

Задачи общенациональной программы. Изложенные факты обуславливают особую актуальность детской онкологии, являющейся не только высокозатратной и высокотехнологичной областью медицины, но и важной социальной сферой, к проблемам которой приковано внимание как общественности, так и органов власти. По этим причинам борьба с онкологическими заболеваниями у детей вынесена в отдельный раздел общенациональной программы, основные задачи которой следующие:

1. Регулярное проведение качественного и количественного аудита отделений детской онкологии;

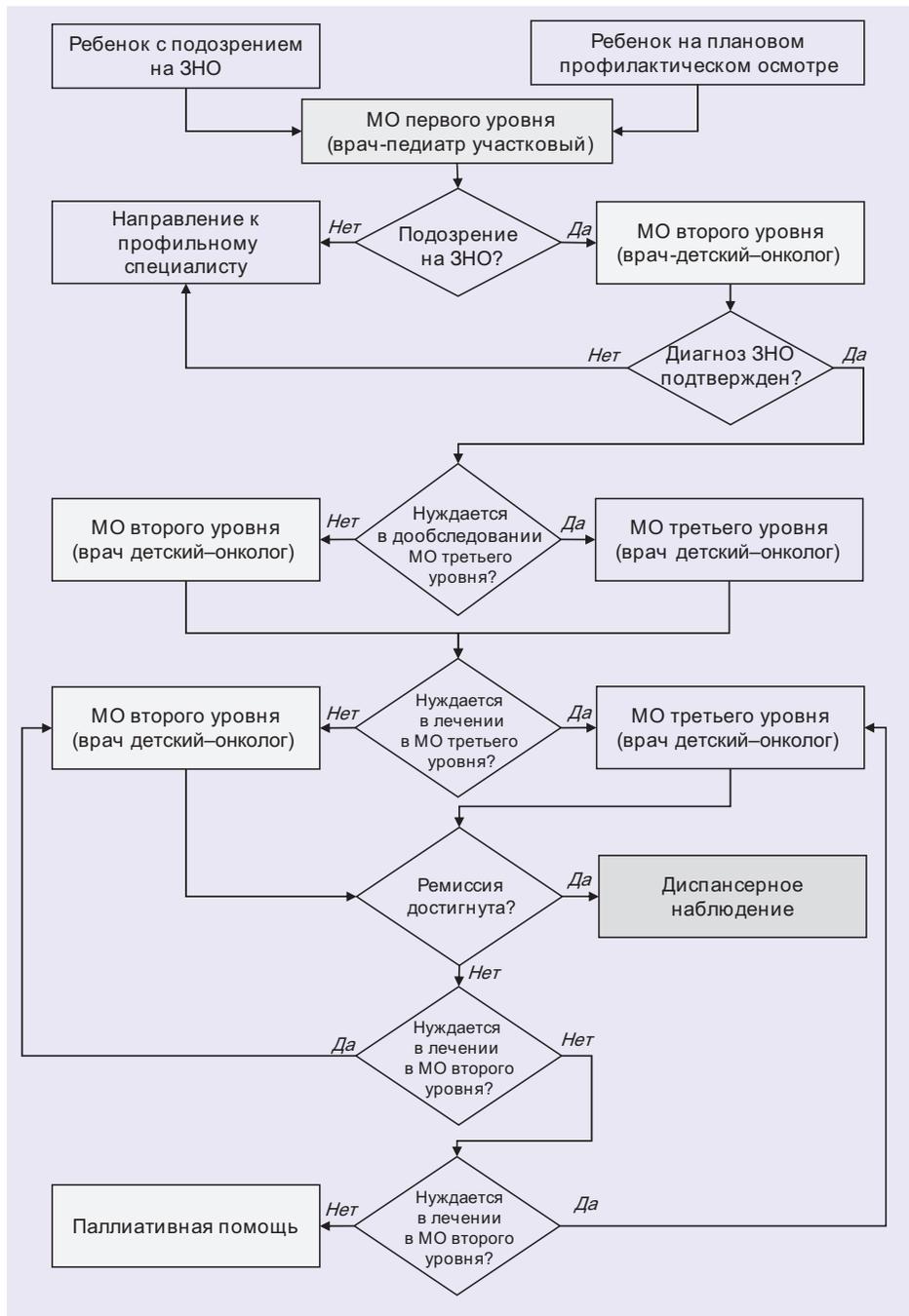


Рис. 5. Алгоритм маршрутизации пациента в системе трехуровневой модели организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями
ЗНО – злокачественное новообразование; МО – медицинская организация.

Fig. 5. Algorithm of patient's routing in the system of three-level model of organization of medical care for children with oncological diseases

2. Сертификация отделений детской онкологии на проведение различных этапов лечения (химиотерапия, хирургическое лечение, лучевая терапия) на основании результатов аудита;
3. Регулярная актуализация Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология»;
4. Перераспределение коечного фонда с целью сокращения числа коек в отделениях со средней занятостью койки ниже 340 дней в году;

5. Разработка четких критериев отбора пациентов для госпитализации на койки медицинских организаций различного уровня;
6. Увеличение числа врачей–детских онкологов;
7. Повышение процента пациентов, выявленных на ранних стадиях заболеваний, в том числе во время плановых профилактических осмотров;
8. Выявление детей из групп риска развития злокачественных новообразований;

9. Создание единого регистра пациентов с онкологическими заболеваниями с внедрением электронного полиса ОМС;
10. Развитие телемедицинских консультаций с объединением в одну сеть медицинских организаций второго и третьего уровня;
11. Создание референсных центров и центров компетенции;
12. Проведение реабилитации пациентов как 1-го уровня (во время специализированного лечения), так и 2–3-го уровней (после достижения ремиссии);
13. Увеличение числа паллиативных коек;

14. Регулярное динамическое наблюдение пациентов, достигших ремиссии, с целью своевременной диагностики рецидивов, новых опухолей и отдаленных осложнений проведенного лечения;
15. Разработка комплекса мер, обеспечивающих на пропаганду и популяризацию здорового образа жизни.

Заключение

Предложенный комплекс мер направлен на профилактику злокачественных новообразований, выявление пациентов на ранних стадиях заболевания, повышение доступности и качества медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей: основные показатели в 2011 – 2016 гг. Под ред. М.Ю. Рыкова, В.Г. Полякова. М: Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2017; 210. [Epidemiology of malignant tumors in children: the main indicators in 2011 – 2016. M.Yu. Rykov, V.G. Polyakov (eds). M: Izdatel'stvo Perвого MG MU im. I.M. Sechenova, 2017; 210. (in Russ)]
2. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования у детей: статистика заболеваемости и смертности детей в России и странах бывшего СССР в 2015 г. Евразийский онкологический журнал 2017; 5 (2): 349–357. [Aksel E.M. Malignant tumors in children: statistics of morbidity and mortality of children in Russia and the countries of the former USSR in 2015. Eurasian journal of Oncology 2017; 5 (2): 349–357 (in Russ)]
3. Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Поляков В.Г. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей в Российской Федерации: анализ основных показателей и пути преодоления дефектов статистических данных. Онкопедиатрия 2017; 4(3): 159–176. DOI:10.15690/onco.v4i3.1747 [Rykov M.Yu., Baibarina E.N., Chumakova O.V., Polyakov V.G. Cancer epidemiology in children in the Russian Federation: analysis of key indicators and ways to overcome the statistical data defects. Oncopediatrics 2017; 4(3): 159–176. DOI: 10.15690/onco.v4i3.1747 (in Russ)]
4. Рыков М.Ю. Смертность детей от злокачественных новообразований в Российской Федерации. Онкопедиатрия 2017; 4(4): 234–245. DOI:10.15690/onco.v4i4.1810 [Rykov M.Y. Mortality From Malignant Tumors in Children in the Russian Federation. Oncopediatrics 2017; 4(4): 234–245. DOI: 10.15690/onco.v4i4.1810 (in Russ)]
5. Рыков М.Ю., Поляков В.Г. Клинические проявления и диагностика злокачественных новообразований у детей: что необходимо знать педиатру. Рос вестн перинатол и педиатр 2017; 62(5): 69–79. DOI:10.21508/1027-4065-2017-62-5-69-79 [Rykov M.Yu., Polyakov V.G. Clinical manifestations and diagnosis of malignant neoplasms in children: what do pediatricians need to know? Ros Vestn Perinatol i Pediatr (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics) 2017; 62(5): 69–79. DOI: 10.21508/1027-4065-2017-62-5-69-79 (in Russ)]
6. Желудкова О.Г., Поляков В.Г., Рыков М.Ю., Сусулева Н.А., Турабов И.А. Клинические проявления онкологических заболеваний у детей: практические рекомендации. Под ред. В.Г. Полякова, М.Ю. Рыкова. СПб: Типография Михаила Фурсова, 2017; 52. [Zheludkova O.G., Polyakov V.G., Rykov M.Yu., Susuleva N.A., Turabov I.A. Clinical manifestations of oncological diseases in children: practical recommendations. V.G. Polyakov, M.YU. Rykov (eds). SPb: Tipografiya Mikhaila Fursova, 2017; 52. (in Russ)]
7. Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Купеева И.А., Караваева Л.В., Поляков В.Г. Совершенствование организационно- методических подходов к оказанию медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями. Онкопедиатрия 2017; 4(2): 91–104. DOI:10.15690/onco.v4i2.1703 [Rykov M.Yu., Baibarina E.N., Chumakova O.V., Kuppeeva I.A., Karavaeva L.V., Polyakov V.G. Improvement of the organizational and methodological approaches to healthcare delivery for children with cancer. Oncopediatrics 2017; 4(2): 91–104. DOI: 10.15690/onco.v4i2.1703 (in Russ)]

Поступила 02.04.2018

Received 2018.04.02

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.