

Глава 1

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

И.С. Долгополов

В качестве вступления к данной главе следует отметить, что с момента ее написания минуло три года. За это время система здравоохранения России начала переход к обязательной страховой модели, появились документы, регламентирующие не только деятельность детского онколога и отделений онкологического и гематологического профилей, но и закупку лекарственных препаратов и оборудования, семимильными шагами в жизнь вошла нашедшая поддержку на самом высоком уровне концепция импортозамещения, была упразднена Российская академия медицинских наук. Все эти нововведения, проводимые на базе анализа неполных или зачастую заведомо ложных данных о заболеваемости и смертности, при отсутствии внятной концепции развития системы здравоохранения в целом и детской онкологии в частности, усугубили ситуацию в отрасли и отбросили медицину и медицинскую науку за грань катастрофы.

В основе негативных процессов, происходящих сейчас, лежат именно те ошибки, которые были сделаны в предыдущие два десятилетия, их анализу и посвящена данная глава. Монография, описывающая любую динамически развивающуюся область знания, тем и отличается от журнальной статьи, что автор не имеет возможности оперативно реагировать на изменения в окружающем мире и постоянно переписывать свой труд. Информация в книге всегда отстает от реального положения вещей. Хотя иногда «ручеек» информации просто иссякает. Так, например, произошло со статистическими данными по материальному и кадровому обеспечению детских онкологических учреждений, заболе-

ваемости и смертности детского населения по регионам и по стране в целом. Начиная с 2012 г. невозможно найти опубликованные, полноценные материалы по этим позициям. Несомненным плюсом книги является то, что автор имеет больше возможностей проанализировать происходящие процессы, выявить закономерности явлений и предложить пути решения проблем, чем в рамках журнальной статьи или доклада. При этом и читатель имеет уникальную возможность проанализировать, прав был автор или ошибался, уже зная, к каким последствиям привели принятые решения.

Уважаемые читатели, пожалуйста, не относитесь к данной главе как к обзору самых современных законодательных актов и статистических данных. Эта глава посвящена системным ошибкам в организации детской онкологии в России и путям их решения. И так...

Детская онкология как область медицины занимается изучением и лечением более 30 различных нозологических единиц, относящихся ко II классу заболеваний по МКБ-10. Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет во всех развитых странах стабильно одинакова и не зависит ни от географического положения страны, ни от других факторов. Она колеблется в пределах 15–16 на 100 тыс. детского населения этого возраста.

Несмотря на то что суммарный вклад онкологической патологии в детскую заболеваемость невелик и существенно уступает частоте встречаемости бронхолегочной, инфекционной, ЛОР-патологиям, болезням сердечно-сосудистой системы (ССС) и почек, не говоря уже о состояниях, связанных с воздействием внешних причин, детская онкология является одной из наиболее значимых областей педиатрии и оказывает существенное влияние на показатели здравоохранения во всех странах. Это обусловлено целым рядом факторов.

Во-первых, несмотря на низкую заболеваемость, смертность от онкологической патологии остается высокой (не менее 20–40 детей на 10^6 детского населения) и уверенно занимает 5-е место среди всех причин детской смертности в РФ и 2-е место в странах Западной Европы, Японии и США (см. табл. 1.1 и диагр. 1.1, 1.2) [1–3]. Более того, если отбросить смертность, связанную с травмами и суицидами, то онкологическая патология уверенно выходит на 1-е место среди детей старше 4 лет как причина смерти (диагр. 1.3). Во-вторых, лечение детей со злокачественными новообразованиями включает химиотерапию (ХТ), лучевую терапию (ЛТ), нередко калечащие или инвалидизирующие операции. В РФ все пациенты в этой группе получают статус «инвалид

детства» до совершеннолетия и не менее половины получают ту или иную группу инвалидности после 18 лет в результате осложнений, вызванных предшествующей терапией. Учитывая, что за последние 30 лет доля детей и подростков, излеченных от онкологической патологии, в развитых странах выросла с 50% в середине 70-х гг. прошлого века до 80% в настоящее время, проблема отдаленных осложнений терапии начинает влиять на показатели здоровья населения и оказывать существенное влияние на экономику здравоохранения этих стран. Как показывает анализ, проведенный Национальным противораковым институтом в США, 2/3 детей, вылеченных от рака, впоследствии имеют проблемы, требующие не только терапевтического лечения, но и нередко трансплантации органов (диагр. 1.4). В-третьих, терапия с использованием современных программ — длительная (от 3 мес до 3 лет), даже при отсутствии рецидива, и чрезвычайно дорогостоящая. Стоимость 1 мес лечения в условиях РФ колеблется от 80–120 тыс. руб. на начальной стадии заболевания и отсутствии осложнений до 3–5 млн руб. и более при проведении интенсивной, высокодозной ХТ и трансплантации гемопоэтических клеток костного мозга. В-четвертых, детская онкология является наукоемкой областью медицины и требует объединения усилий нескольких команд специалистов, включающих опытных онкологов, иммунологов, трансфузиологов, трансплантологов, генетиков, биологов, специалистов по криоконсервации клеток, питанию, диагностике, сестринскому делу и т.п.

Диаграмма 1.1. Основные причины смертности детей в возрасте 0–14 лет по основным классам болезней в 2010 г. в РФ

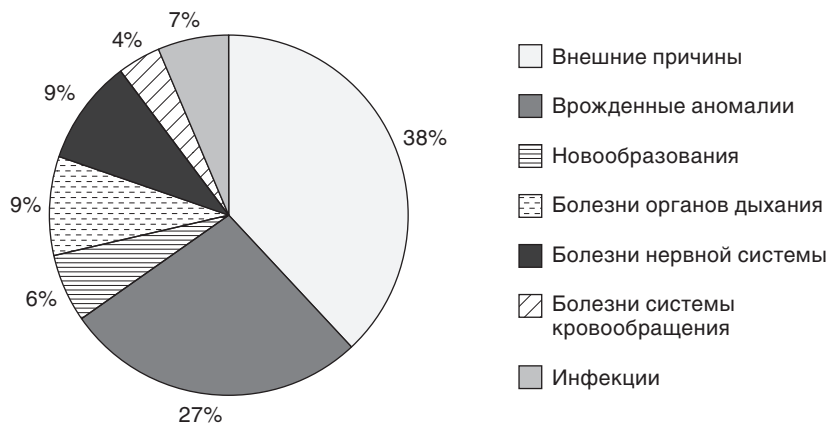


Диаграмма 1.2. Основные причины смертности детей в возрасте 0–14 лет по основным классам болезней в 2010 г. в США

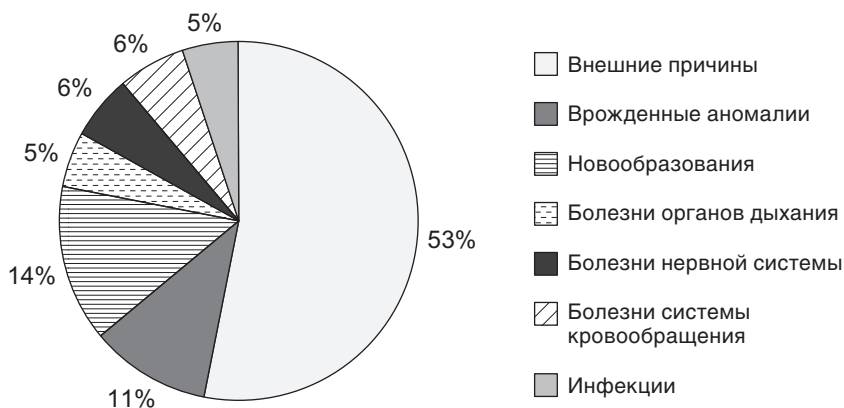
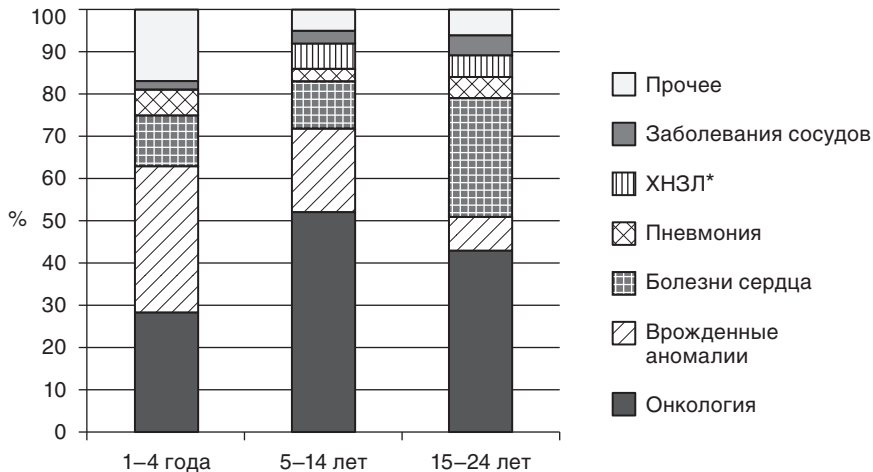


Диаграмма 1.3. Смертность в США по причине болезней в разных возрастных группах в 2005–2010 гг.



* ХНЗЛ — хронические неспецифические заболевания легких

Диаграмма 1.4. Эффективность терапии онкологической патологии у детей и подростков и отдаленные побочные эффекты, связанные с лечением

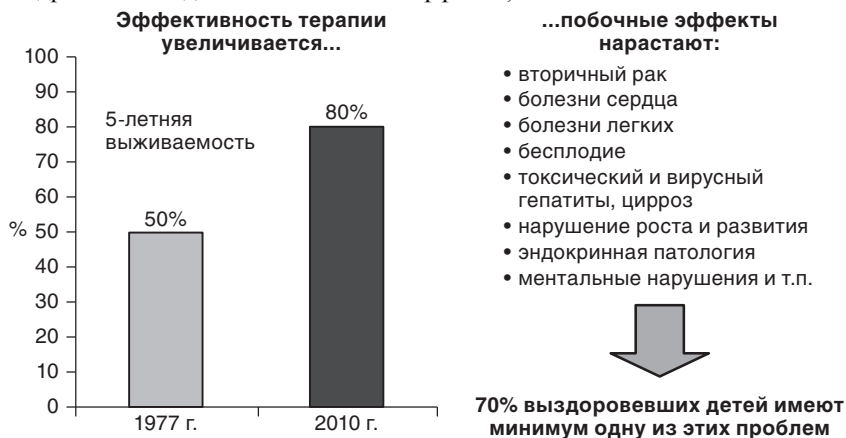


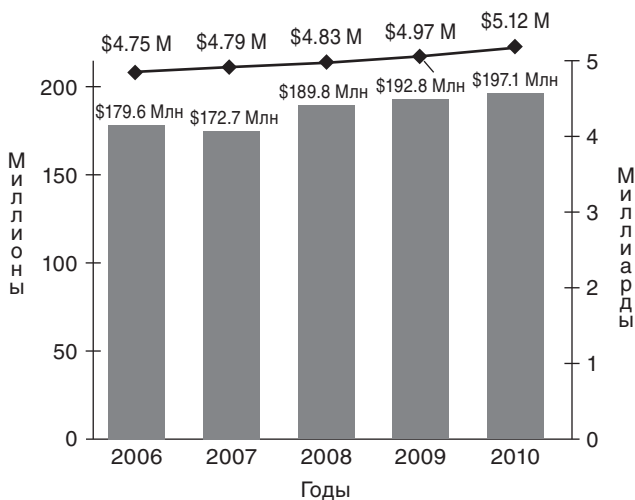
Таблица 1.1. Смертность детей в возрасте 0–14 лет в РФ и США по основным классам болезней в 2010 г. на 1 млн населения соответствующего возраста

Причины смерти	РФ	США
Внешние причины	248	164
Врожденные аномалии	178	35
Болезни органов дыхания	58	14
Болезни нервной системы	61	20
Новообразования	39	29
Инфекционные и паразитарные болезни	43	16
Болезни системы кровообращения	25	20

Область детской онкологии в силу лечебных, диагностических, статистических задач, являясь сосредоточением высококвалифицированных кадров, формирует вокруг себя сеть научных и научно-практических подразделений, образуя клиничко-научные кластеры. К примеру, только государственное финансирование работ в области детской онкологии в США в 2010 г. составило 197,1 млн долл. США, или около 4% всех средств, выделяемых государством на исследования в области рака (при доле онкологической патологии пациентов в возрасте 0–17 лет менее 1%). И это не считая частных грантов и пожертвований (диагр. 1.5).

В-пятых, проблемы детей, больных раком, находят позитивный отклик в обществе вне зависимости от социального статуса, образования и уровня доходов граждан. Это позволяет консолидировать общество для решения проблем детской онкологии, привлекать благотворительные пожертвования, развивать институт добровольного донорства и т.п. Также тот факт, что проблемы детской онкологии редко оставляют равнодушным общество, при правильном подходе позволяет вносить и принимать необходимые законодательные акты и контролировать их исполнение, опираясь на поддержку общества, не встречая активного сопротивления со стороны законодательных и исполнительных органов власти, по крайней мере на официальном и эмоциональном уровнях.

Диаграмма 1.5. Финансирование научных программ в области исследования и лечения рака Национальным противораковым институтом США (линией обозначено общее финансирование, столбцы — финансирование детской онкологии)



Резюмируя все вышесказанное, осмелимся высказать предположение, что детская онкология в РФ при федеральной поддержке могла бы стать тестовой областью медицины, где можно было бы апробировать новые для нашей страны технологии подготовки клинических и научных кадров, создание единых программ и стандартов лечения, принципов управления, взаимодействия со страховыми и благотворительными организациями, получения достоверных статистических

данных. Общая стоимость лечения всех больных детского и подросткового возраста не так велика даже по меркам финансирования медицины в РФ и может быть полностью поставлена под контроль, учитывая общее количество больных в стране. В то же время затраты на лечение одного онкологического больного несравнимо выше, чем в большинстве других областей педиатрии, и ложатся тяжким бременем на бюджеты регионов, что, в свою очередь, приводит к недофинансированию и ухудшению как результатов лечения, так и показателей здоровья детей. Ориентировочные затраты на лечение 4700–5000 впервые диагностированных пациентов в РФ могут превышать 6–6,5 млрд руб. в год, или составлять около 1,2% всех расходов федерального бюджета на здравоохранение РФ в 2013 г.

При условии перевода всех учреждений, занимающихся лечением детей с онкологическими заболеваниями, в рамки Федеральной программы развития детской онкологии и введения контрактной системы оплаты труда для руководящего, врачебного, среднего и младшего медицинского персонала, можно прогнозировать увеличение расходов программы на заработную плату дополнительно в размере 1–1,3 млрд руб. в год. Централизованная поддержка детских онкологических учреждений позволила бы не только улучшить результаты лечения пациентов в федеральных клиниках, но и нивелировать различия в качестве оказания медицинской помощи данному контингенту больных в регионах.

КОНЦЕПЦИЯ. «В НАЧАЛЕ БЫЛО СЛОВО...»

Все начинается с первого слова, выраженного вербально или на бумаге. Величайшие шедевры искусства, промышленные революции, глобальные изменения в устройстве мира, любовь, наконец. Без первого слова нет великих творений. На наш взгляд, основной проблемой всех реформ и реорганизаций последних десятилетий в РФ являлось либо полное отсутствие этого первого Слова, т.е. внятной стратегической концепции, изложенной на бумаге (пример, национальный проект «Здоровье»), либо целый набор из непрофессионализма, небрежностей, личностных, ведомственных интересов, ложных исходных «статистических» данных, взятых за основу при разработке этой самой концепции, что полностью дискредитирует ее на этапе прочтения и делает невозможной для выполнения (например, Концепция развития медицинской науки до 2025 г.).

Во всех странах, где детская онкология существует как отдельная область медицины, имеется четко сформулированная, долгосрочная программа ее развития, разработка которой заняла не один год и потребовала привлечения команды профессионалов в области медицины, генетики, биологии, медицинской статистики, организации труда и т.п. и, что немаловажно, определенных финансовых расходов. Современные концепции развития предусматривают подробный статистический и организационный анализ существующих заболеваемости, смертности, инвалидности, отдаленных последствий проведенной терапии и т.п., коечного фонда и эффективности его использования, распределения по регионам, кадрового и научного потенциала в данной области медицины, доступность специализированной помощи в зависимости от региона страны, расовых и социальных групп населения. При этом важно, чтобы этот анализ был максимально честным и достоверным, проводился или впоследствии подвергался аудиту независимыми экспертами. Затем в концепции определяется приоритетная модель развития, приводится ее экономическое обоснование, определяются источники и порядок финансирования. Обязательно освещение вопросов организации наблюдения и оказания медицинской специализированной помощи взрослым пациентам, переболевшим раком в детстве, взаимодействия с общественными и благотворительными организациями, выработка критериев оценки качества реформы, назначение ответственных лиц и порядка их отчетности. Примером могут служить Национальный план развития детской онкологической службы в Новой Зеландии, опубликованный в 2010 г. (National Plan for Child Cancer Services in New Zealand), или План действий по развитию педиатрической противораковой помощи Американского противоракового общества (National Action Plan For Childhood Cancer) [4, 5].

К сожалению, в современной России все «концепции» развития медицины в целом или какой-либо ее области носят не стратегический, а скорее тактический характер, разрабатываются наспех, в узковедомственных интересах (ФМБА, РАН, Минздрав РФ) либо с целью экономии бюджетных средств, либо в целях освоения этих средств разработчиками программ. Концепция развития подменяется ведомственными приказами и распоряжениями, направленными на извлечение краткосрочной политической или экономической выгоды, причем далеко не всегда в интересах пациентов и медицины в целом. Эти программы составляются без должного анализа статистики, потребностей регионов, подготовки кадров, без консультаций с заинтересованными

специалистами, келейно, без указания автора или группы авторов, что делает невозможным персонализацию ответственности.

Реальные потребности пациентов, членов их семей, медицинских и научных работников, да и всей медицины в целом годами остаются в тени, но любая воля политического руководства страны неминуемо приводит к написанию непродуманных и ничем не подкрепленных «стратегических» планов. Примером этого служит Стратегия развития медицинской науки до 2025 года, утвержденная 4 января 2013 г. [7]. Этот документ разработан во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и поручения Правительства РФ от 17 мая 2012 года № ДМ-П12-2803 Минздравом РФ. Стратегия разрабатывалась в спешке, в узком кругу, согласования проводились формально, т.е. в очередной раз был подготовлен нерабочий документ, красота отчетов о выполнении которого должна была затмить реальные результаты. Если верить официальным сообщениям, работа над Стратегией длилась целых (!) 7 мес и при «широком обсуждении ведущими учеными и специалистами Минздрава России, РАМН, РАН, ФМБА, университетов» определено 14 «научных платформ», на базе которых в ближайшие 12 лет будет развиваться российская медицинская наука. Одной из этих платформ является онкология (разд. 2 настоящей Стратегии), область, которая непосредственно входит в сферу наших профессиональных интересов. Но увы...

Во-первых, никакого «широкого обсуждения» не было. Было два письма Секретариата РАМН с требованием в течение 48 ч вначале подготовить, а затем внести коррективы в непонятно кем написанный документ. Причем ни одно предложение не было не только включено, но даже не обсуждалось. И вот что получилось? Стратегия — программа федерального значения и финансирование должно осуществляться из бюджетных средств. Обратимся к тексту: в разд. 3, п. 3.1 сказано о том, что «финансовое обеспечение мероприятий Стратегии за счет средств федерального бюджета будет осуществляться в рамках государственных программ “Развитие здравоохранения”, “Развитие образования”, “Развитие науки и технологий”...» (здесь и далее — выделено автором), а финансовое обеспечение поисковых исследований будет осуществляться «в соответствии с государственными заданиями, утверждаемыми учреждениями науки и образования, а также с использованием грантов». То, что это голословное утверждение, не имеющее ничего общего с реальностью, понятно любому, кто дал себе

труд посмотреть утвержденный бюджет РФ на 2013 г. и направления на 2014–2015 гг. Поскольку экономика и бюджетная политика не являются нашей специальностью, позволим себе процитировать интервью директора департамента стратегического анализа компании «ФБК» Игоря Николаева, опубликованного сетевым изданием Gazeta.ru 14 ноября 2012 г.: «В целом расходы федерального бюджета на здравоохранение должны снизиться с 554,7 млрд руб. в 2012 г. до 506,5 млрд руб. в 2013 г. и 373,1 млрд руб. в 2015 г. Если такую динамику выразить в том, как изменяется доля расходов на здравоохранение по отношению к ВВП, то сокращение будет более чем двукратным: с 0,9% в 2012 г. до 0,4% в 2015 г. Планируется сокращение расходов госпрограммы «Развитие здравоохранения» на совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями с 11,2 млрд руб. в 2013 г. до 2,9 млрд руб. в 2015 г. Аналогичные расходы в отношении больных с сосудистыми заболеваниями запланировано снизить еще значительно — в 5 раз — с 3,5 млрд руб. в 2013 г. до 0,7 млрд руб. в 2015 г. То же самое запланировано по расходам федерального бюджета на образование. Предусмотрено, что выпадающие расходы возьмут на себя региональные и местные бюджеты и внебюджетные фонды. Однако дефицитность региональных и местных бюджетов растет, а финансовые возможности внебюджетных фондов зависят, опять же, от федерального бюджета».

Мы все видели бюджетные баталии, которые вели главы Минздрава и Министерства финансов РФ в октябре–ноябре 2012 г. В итоге консолидированный бюджет здравоохранения был снижен с 3,2 до 2,7% ВВП, что и было принято в окончательном варианте. Еще интереснее выглядит прогноз социально-экономического развития, сделанный Минэкономразвития 20 октября 2012 г. и размещенный на сайте ведомства (см. табл. 1.2).

Таблица 1.2. Расходы по госпрограммам в РФ на 2012–2015 гг.

Структура расходов бюджета по госпрограммам (% ВВП)*				
	2012	2013	2014	2015
Всего по приоритетным госпрограммам	2,00	5,5	5,0	4,7
Госпрограммы, направленные на развитие человека	0,67	1,17	0,97	0,87
Развитие здравоохранения	0	0,54	0,47	0,33
Развитие образования	0,67	0,63	0,50	0,54

Окончание табл. 1.2

Структура расходов бюджета по госпрограммам (% ВВП)*				
	2012	2013	2014	2015
Госпрограммы, направленные на развитие высокотехнологичных отраслей	0,98	1,01	0,87	0,87
Развитие науки и технологий	0,25	0,22	0,16	0,16
Развитие промышленности и повышение ее конкурентоспособности	0,09	0,07	0,04	0,03
Развитие авиастроения	0	0,08	0,06	0,07
Развитие судостроительной промышленности	0,08	0,08	0,10	0,14
Развитие электронной и радиоэлектронной промышленности с 2012 по 2020 гг.	0,13	0,08	0,07	0,09
Развитие фармацевтической и медицинской промышленности	0,02	0,02	0,02	0,02
Космическая деятельность	0,25	0,28	0,26	0,26
Развитие атомного энергопромышленного комплекса	0,17	0,17	0,16	0,11
Госпрограмма Развитие транспортной системы 2013–2019 гг.	0	1,01	0,92	0,82
Госпрограмма Развитие сельского хозяйства и регулирования рынков сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия на 2013–2020 гг.	0,26	0,24	0,22	0,21

* Данные предоставлены Министерством экономического развития Российской Федерации.

О каких бы процентах и абсолютных цифрах ни шла речь, понятно одно: сокращение расходов федерального бюджета на федеральные программы развития медицины, образования и науки неминуемо. Соответственно в ближайшие годы не следует ожидать повышения заработных плат врачей и ученых, как и выделения средств на зарубежные стажировки и командировки, новые научные направления. Нет даже средств на обеспечение онлайн-подпиской на научные журналы федеральных учреждений.

Получается, что неизвестные авторы «Стратегии» и члены Правительства РФ, утвердившие, согласовавшие и подписавшие этот документ, вообще не в ладах с официальными цифрами. Чтобы не быть

обвиненными в голословности, частично приведем таблицу, где, по мнению авторов, отражен прогноз изменения индикативных показателей в ходе реализации Стратегии. Совместим эту таблицу с таблицей еще одного государственного органа при Правительстве РФ — Росстата, где представлена динамика аналогичных показателей с 2013 по 2025 г. [6].

В табл. 1.3 представлены сравнительные данные Росстата и Стратегии развития медицинской науки. Данные существенно разнятся. Так на чем базируются авторы Стратегии в своих прогнозах? Ведь Росстат представляет единственную официальную точку зрения Правительства РФ. Того самого, в недрах которого и рождена эта Стратегия. Такие разночтения дискредитируют сам документ и порождают обоснованное сомнение в возможность его исполнения.

Таблица 1.3. Сравнительный анализ показателей смертности и ожидаемой продолжительности жизни в 2013–2025 гг., по данным Росстата и Стратегии развития медицинской науки до 2025 г.

Годы	Смертность от всех причин на 1000 человек детского населения			Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет		
	Стратегия	Росстат		Стратегия	Росстат	
		высокий вариант	низкий вариант		высокий вариант	низкий вариант
2013	13	13,4	14,9	70,8	70,8	68,9
2014	12,8	13,3	15,0	71,6	71,2	68,9
2015	12,5	13,2	15,1	72,2	71,5	69,0
2016	12,3	13,1	15,2	72,7	71,9	69,1
2017	12,1	13,0	15,3	73,4	72,2	69,2
2018	11,8	12,9	15,4	74,0	72,5	69,3
2019	11,6	12,9	15,5	74,2	72,8	69,3
2020	11,4	12,8	15,6	74,3	73,1	69,4
2021	11,2	12,7	15,7	74,5	73,4	69,5
2022	11,0	12,6	15,8	74,7	73,8	69,6
2023	10,8	12,5	15,9	74,9	74,1	69,7
2024	10,6	12,5	16,1	75,1	74,4	69,7
2025	10,4	12,5	16,2	75,3	74,7	69,8

Построение стратегии и тактика ее исполнения базируются на информации, получаемой из различных источников. Долгие столетия этими источниками были разведывательные данные, добываемые различными, в том числе противозаконными, путями с риском для жизни. В Библии непосредственное руководство разведывательной деятельностью было поручено пророкам. В Книге Чисел¹, главе 13 сказано: «И сказал Господь Моисею, говоря: пошли от себя людей, чтобы они высмотрели землю Ханаанскую, которую Я даю сынам Израилевым; по одному человеку от колена отцов их пошлите, главных из них. И послал их Моисей из пустыни Фаран, по повелению Господню, и все они мужи главные у сынов Израилевых...». Мораль: добросовестный сбор информации приносит богатые плоды.

Искусство получать сведения развивалось по мере развития человечества. В XIII в. до н.э. Рамзес II², воспользовавшийся ложными сведениями двух дезертиров хеттской армии³, атаковал неприятеля, попал в окружение и чудом спасся. Античные авторы повествуют о том, что ни боги, ни цари не гнушались, переодевшись, ходить в народ, чтобы получать сведения о самих себе и своем правлении. Отсутствие или недостатки разведки едва не погубили победоносное войско Александра Македонского, который во время похода в Индию смог выиграть битву при Гидаспе⁴ только благодаря счастливому для него стечению обстоятельств, так как недооценил секретное оружие индусов — их боевых слонов. Знаменитый Ганнибал⁵ (247–183 гг. до н.э.), неоднократно громивший римские армии, обязан многим своим победам хорошо поставленной разведке. Нет ни одного великого полководца, канцлера, императора, деятеля церкви, реформатора, президента, победы которого не были бы обеспечены не в последнюю очередь теми

¹ Четвертая книга Пятикнижия. В книге приводятся подробные данные по исчислению народа, отдельных его колен, священнослужителей, первенцев и т.п.

² Фараон Древнего Египта, правивший приблизительно в 1279–1213 гг. до н.э. Сын Сети I и царицы Туйи.

³ Индоевропейский народ бронзового века, обитавший в Малой Азии (срединная часть территории современной Турции), где основал Хеттское царство (Хатти).

⁴ Сражение Александра Македонского с войском индийского царя Пора на реке Гидасп в июле 326 г. до н.э.

⁵ Карфагенский полководец.

сведениями, которые ему удалось добыть о противнике, его ресурсах и планах.

Сегодня, чтобы получить любые данные, нет необходимости посылать шпионов и сыщиков. Статистика, при правильном ее использовании, позволит не только получить все необходимые сведения, но и сделать с их помощью правильные выводы и прогнозы. Статистика является великолепным инструментом для понимания произошедшего, происходящего и того, что должно произойти. Но при соблюдении ряда условий: во-первых, необходимо правильно пользоваться ей, во-вторых, пользоваться, не делая из нее приделок политики. В следующей части мы перейдем к статистическим выкладкам по РФ и зарубежным странам в области детской онкологии и рассмотрим, как и кто пользуется плодами науки. И пользуется ли...

СТАТИСТИКА. «КТО ВЛАДЕЕТ ПРОШЛЫМ, ТОТ ПРЕДВИДИТ БУДУЩЕЕ И УПРАВЛЯЕТ НАСТОЯЩИМ»⁶

Утверждая, что «статистика знает все»⁷, Ильф и Петров жестоко ошибались. В области детской онкологии российская статистика знает свой предмет неудовлетворительно. Во-первых, абсолютно все статистические данные по онкологической заболеваемости и смертности детского населения, опубликованные на сайте Минздрава России и в других официальных источниках, не являются полноценными и отражающими истинную картину. В канцер-регистре НИИ детской онкологии и гематологии (ДОГ) ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» нам удалось получить сведения о заболеваемости и смертности за 2006–2010 гг. Однако данные эти также далеко не полные, так как сбор сведений из регионов налажен неудовлетворительно, а данные по некоторым нозологиям взяты только по Москве. Во-вторых, показатели заболеваемости в РФ явно занижены по сравнению с другими странами (доступными статистической обработке), при одинаковом распределении по нозологическим формам. К тому же изучение и сравнение статистических данных затруднено, так как разными регистрами ана-

⁶ Цитата из романа Джорджа Оруэла «1984», изданного в 1949 г.

⁷ Цитата из романа «Двенадцать стульев» И. Ильфа, Е. Петрова, написан в 1927 г., издан в 1928 г.

лизируются различные возрастные группы: от 0 до 4 лет, 5–9, 0–14, 0–17, 0–19 лет и т.п.

Курьезно, что, по данным канцер-регистра Минздрава России за 2009 г., который ведется в ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России, «показатель распространенности злокачественных новообразований в детской популяции до 15 лет в 2009 г. составил 62,3 на 100 тыс. детского населения (0–17 лет — 64,6)» [8]. Очевидна ошибка авторов в том, что касается порядка цифр. Она простительна для «взрослых» онкологов, не видевших в своих стенах детей более 30 лет и рассчитывающих заболеваемость взрослых как раз на 100 тыс. населения. Однако подобная небрежность говорит о неаккуратности в вопросах подсчета и некомпетентности в области детской онкологии. Учитывая приведенный в отчете показатель — 2654 вновь диагностированных в 2009 г. случаев рака у детей, думается, следует читать «62,3 на 1 млн популяции до 15 лет», что по форме будет вернее, а по сути занижает детскую онкологическую заболеваемость до неправдоподобных значений. Это позволяет в дальнейшем вообще не рассматривать данный регистр в качестве источника информации и материала для анализа по всем параметрам. Кстати, ничего не изменилось и в отчете за 2010 г., цитируем: «Показатель распространенности злокачественных новообразований в детской популяции до 15 лет в 2010 г. составил 65,2 на 100 тыс. детского населения (0–17 лет — 68,0)».

Официальные цифры, приводимые регистром ФГБУ «РОИЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, показывают, что в РФ заболеваемость детей имеет тенденцию к росту со 110 на 1 млн детского населения в возрасте от 0 до 14 лет в 2000 г. до 130 на 1 млн в 2010 г. (диагр. 1.6). Хотя в данном случае, интерпретируя данные, необходимо говорить не столько о заболеваемости, сколько о выявляемости онкологической патологии у детей. Нарастание количества впервые выявленных пациентов связано не с увеличением частоты рака, а с внедрением в медицинскую практику РФ современных методов лабораторной диагностики, соблюдением программ обследования пациентов, ростом профессионализма детских онкологов и гематологов.

Диагр. 1.7 демонстрирует, что наибольшая частота заболеваемости в 2006–2010 гг. приходилась на группу в возрасте 0–4 года (152,6 на 1 млн), а заболеваемость в группах 5–9 и 10–14 лет была практически равной (109,7 и 101,3 на 1 млн соответственно) [9].

Диаграмма 1.6. Динамика онкологической заболеваемости детского населения России в 1990–2010 гг.

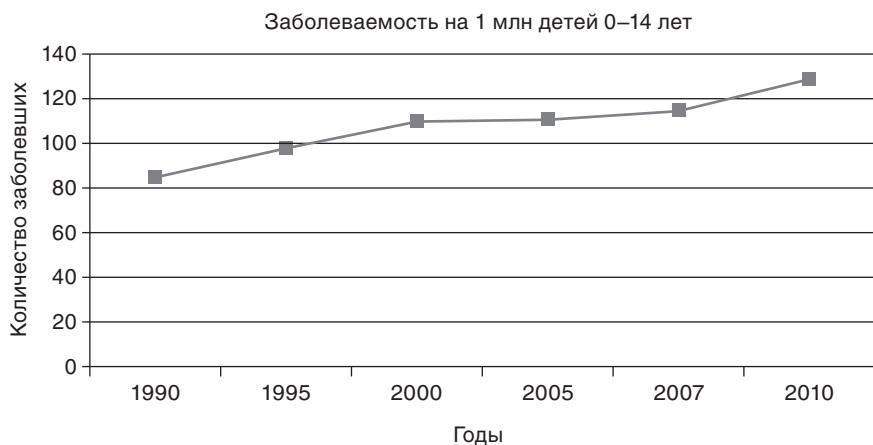
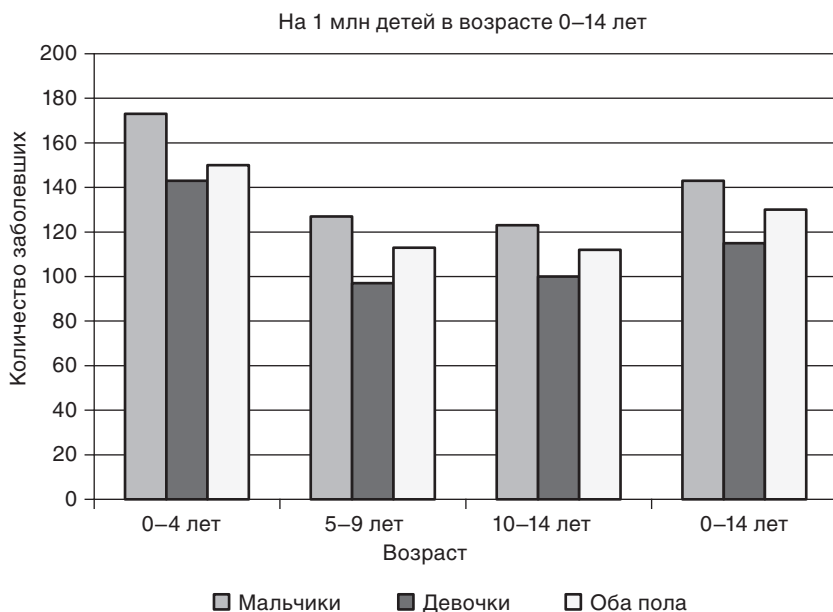


Диаграмма 1.7. Повозрастные показатели онкологической заболеваемости детей в России в 2006–2010 гг.



Но можно ли доверять этим цифрам? Даже при беглом взгляде на показатели заболеваемости по регионам РФ складывается устойчивое мнение, что на местах данные берутся с потолка, а соответствующие федеральные структуры подгоняют их к общеевропейскому и общемировому уровню. Как видно из диагр. 1.8, заболеваемость онкологической патологией драматически разнится даже в соседних регионах. И дело тут не в экологических, демографических или медицинских факторах. Первое, что бросается в глаза, — это более чем 5-кратная разница в количестве впервые заболевших детей по регионам. На первом месте находится Чеченская Республика, где детская онкологическая помощь вообще отсутствует. Заболеваемость там неуклонно растет и уже превышает общемировую в 2,4 раза, а общероссийскую — в 2,8 раза. Цифры выглядят слишком неправдоподобно, чтобы их комментировать и, тем более, искать какие-либо причины подобной эпидемии, кроме попытки привлечения бюджетного финансирования в регион.

Среднегодовая стандартизованная заболеваемость в 2006–2010 гг. в Санкт-Петербурге, где сосредоточены ведущие региональные и федеральные центры, составляет 124 на 1 млн детского населения и приближается к средней по РФ. При этом тот же показатель в Ленинградской области держится на уровне 52 на 1 млн, а в Псковской области — 166 на 1 млн детского населения до 15 лет (диагр. 1.9).

Лейкозы и лимфомы составляют около 50% всей онкологической патологии у детей и подростков, опухоли центральной нервной системы (ЦНС) — около 20%, опухоли почек, костей и мягких тканей — 10 и 13–15% соответственно. Это соотношение соблюдается во всех странах и на всех континентах с незначительными вариациями, в том числе, по данным канцер-регистра ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, и в РФ (диагр. 1.10, 1.11). Именно анализ заболеваемости по основным нозологиям наиболее наглядно свидетельствует о недоверном учете в регионах РФ. В самом деле, невозможно себе представить, чтобы на протяжении 5 лет в Чеченской Республике при такой колоссальной заявленной заболеваемости не было зарегистрировано ни одного случая опухолей ЦНС (см. табл. 1.4). Необъясним и тот факт, что при анализе стандартизованных показателей за 2006–2010 гг. доля опухолей ЦНС составила 21% в Москве и всего лишь 13,5% в Московской области, а доля гемобластозов практически одинакова — 45 и 49% соответственно.

Диаграмма 1.8. Среднегодовые стандартизованные показатели детской онкологической заболеваемости в республиках, краях и областях России в 2006–2010 гг.

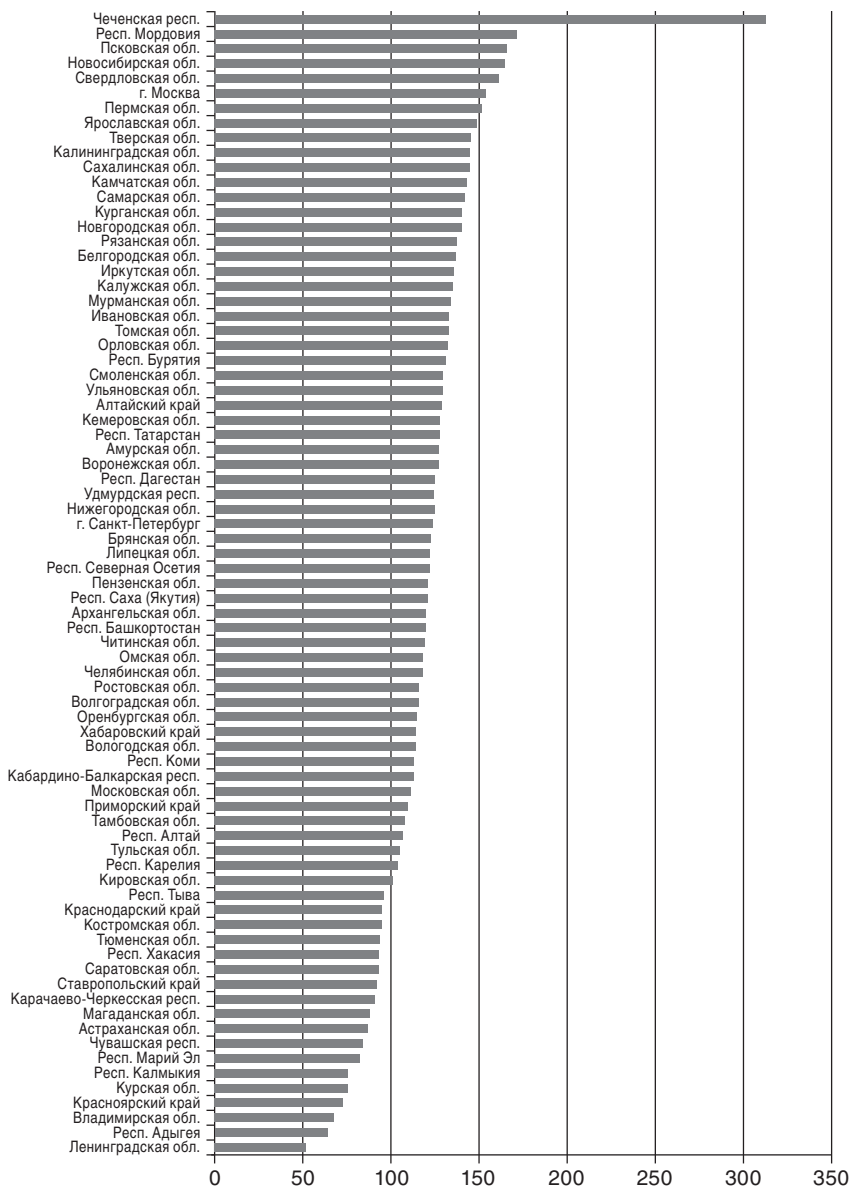


Диаграмма 1.9. Заболеваемость по некоторым регионам РФ на 1 млн детей 0–14 лет в 2006–2010 гг.

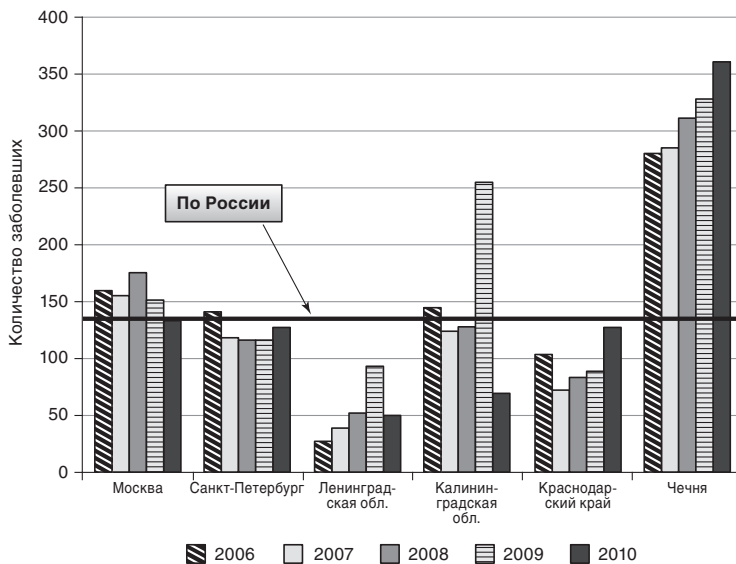


Диаграмма 1.10. Заболеваемость онкологической патологией детей и подростков в США в 2008 г. на 1 млн человек

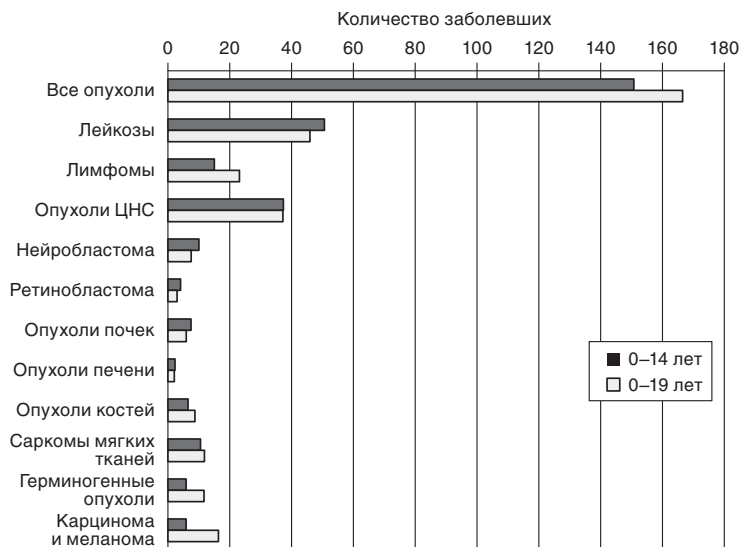


Диаграмма 1.11. Структура заболеваемости злокачественными опухолями детей 0–14 лет в 2010 г. в РФ

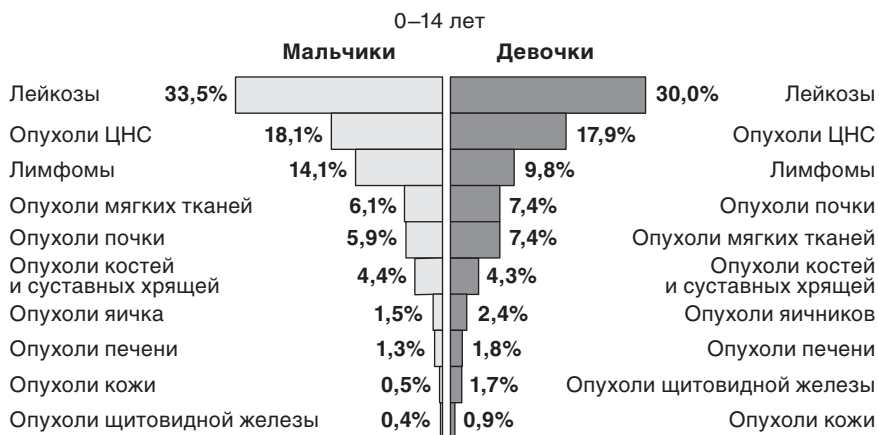


Таблица 1.4. Соотношение максимальных и минимальных среднегодовых стандартизованных показателей детской онкологической заболеваемости различных территорий России (2006–2010 гг.) на 1 млн детского населения от 0 до 14 лет

Локализация	Территории с максимальными показателями заболеваемости	Территории с минимальными показателями заболеваемости	Соотношение max/min	В целом по РФ
Все злокачественные новообразования, в том числе	Чеченская республика 313	Ленинградская область 52	6	123,8
кости и мягкие ткани	Чеченская республика 23	Республика Карелия 1,8	12,8	5,9
почка	Республика Мордовия 21	Чеченская республика 0	21	9,3
ЦНС	Новгородская обл. 38	Чеченская республика 0	38	21,6
гемобластозы	Чеченская республика 145	Республика Адыгея 15	9,7	54,6

Можно предположить, что в регионах с относительно малым населением (Карачаево-Черкесия, Адыгея, Республика Карелия) некоторая онкологическая патология встречается не каждый год, но как относиться к данным по Кемеровской, Орловской, Смоленской областям, где в 2010 г. не диагностировано ни одной опухоли почек, или по Новгородской области, где в 2009 г. не выявлено ни одного случая гемобластозов? В любом случае соотношение нозологий должно быть при стандартизации показателей за 5 и более лет.

Не менее интересная картина вырисовывается при анализе смертности от онкологических заболеваний. Официально средняя смертность по РФ за 2006–2010 гг. составила 39 на 1 млн детского населения, что в 1,4 раза превышает показатели в Европе, США и Японии. Однако анализ сведений по регионам в очередной раз заставляет усомниться в истинности этих данных (диагр. 1.12). Чеченская Республика отчитывается о минимальной по РФ смертности в 21 на 1 млн детского населения. И это при полном отсутствии специализированной педиатрической помощи и колоссальной заболеваемости!

Диаграмма 1.12. Смертность по некоторым регионам РФ на 1 млн детей 0–14 лет в 2006–2010 гг.

