

Г.П. Павлова^{1,2}, М.В. Краснов², Н.Ю. Сильянова¹,
А.Г. Кириллов¹, А.А. Павлов¹

¹ Республиканская детская клиническая больница, Чебоксары

² Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова

Организация медико-социальной помощи детям с онкогематологической патологией в Чувашии

В статье представлена проблема организации онкогематологической помощи детям и подросткам в Чувашии. Изучены уровень и структура заболеваемости и распространенности болезней крови, кроветворящей системы и солидных опухолей. Изложен принцип организации медико-социальной помощи больным с данной патологией на всех этапах ее оказания.

Ключевые слова: организация онкогематологической помощи, болезни крови, злокачественные новообразования.

Контактная информация: Павлова Галина Петровна; тел.: 8 (8352) 56-03-27.

© Коллектив авторов, 2010

Сохранение и укрепление здоровья детского населения как основного демографического, кадрового и оборонного потенциала общества – один из приоритетов социально-экономического развития любого государства. Государственная политика, направленная на стабилизацию демографической ситуации, улучшение качества жизни и здоровья населения, реализуется программно-целевым методом в рамках стратегии социально-экономического развития Чувашской Республики и приоритетного национального проекта «Здоровье».

В Чувашии среди детей ежегодно регистрируют 30–35 новых случаев злокачественных новообразований. В структуре опухолей у детей преобладают гемобласты, среди них острые лимфобластные лейкозы встречаются в 5–6 раз чаще, чем острые нелимфобластные лейкозы (табл. 1).

Для своевременной диагностики и лечения онкологических заболеваний в Чувашской Республике создана система оказания медицинской помощи детям, страдающим злокачественными новообразованиями. Ведущее звено этой системы – Республика

G.P. PAVLOVA, M.V. KRASNOV, N.YU. SILYANOVA, A.G. KIRILLOV, A.A. PAVLOV

Organization of medico-social care for children with oncohematological pathology in Chuvashia

The paper highlights the problem of delivery of oncohematological care for children and adolescents in Chuvashia. Examined are the level and pattern of morbidity and prevalence rate of blood diseases, disorders of the blood forming system and solid tumors. The basic principle underlying the organization of medical and social care for patients with a given pathology at all stages of its delivery is outlined.

Key words: organization of oncohematological care, blood diseases, malignant neoplasms.

нский детский онкогематологический центр (далее – Центр), созданный на основании приказа Минздрава Чувашской Республики №298 от 29.05.2001 г. на базе многопрофильного государственного учреждения здравоохранения «Республиканская детская клиническая больница».

В последнее десятилетие в Чувашии кардинально изменилась ситуация с лечением онкологических заболеваний у детей. Улучшение результатов лечения связано как с организацией специализированного Центра в Республиканской детской клинической больнице, так и с внедрением в практику протоколов лечения, проверенных методами доказательной медицины на основе знания особенностей биологического поведения опухолей, фармакодинамики и фармакокинетики различных препаратов, принципов комбинации различных терапевтических методов, их последовательности и последствий.

Структура Центра:

- ▶ гематологическое отделение на 30 коек для проведения интенсивной химиотерапии (12 – онкологические, 10 – гематологические, 8 – педиатрические койки клинического уровня), оснащено инфузионными насосами и шприцевыми дозаторами;

- ▶ 5 онкологических коек в отделении хирургии для проведения первичной операционной диагностики и оперативного лечения;

- ▶ отделение реанимации и анестезиологии для проведения анестезиологических пособий, диагностических и лечебных манипуляций, катетеризации центральных вен. В палате для оказания помощи детям со злокачественными заболеваниями и депрессиями кроветворения проводят плазмаферез, перитонеальный диализ, гемоабсорбцию.

- ▶ консультативная поликлиника, где ведут прием гематолог и детский онколог.

Центр располагается на двух этажах многопрофильной детской больницы:

- ▶ на 1-м этаже: три палаты для дневного пребывания детей, процедурный кабинет, буфетная,

смотровая комната, холл для просмотра телепередач, бытовая комната для родителей;

- ▶ на 5-м этаже: гематологическое отделение – пять палат на 2–3 койки и три палаты-бокса на одного ребенка. Здесь находятся дети, которым проводят интенсивную химиотерапию, с депрессией кроветворения. В отделении имеются процедурный кабинет и манипуляционная, лекотека, оборудованный для игр холл, кухня-столовая.

Основные задачи Центра – диагностика и специализированное лечение детей с патологией крови и кроветворения, свертывающей системы и злокачественными заболеваниями.

Подразделения РДКБ Чувашии, в которых проводят диагностику болезней крови, лимфатической системы и солидных опухолей:

- ▶ клинико-диагностическая лаборатория – клинические и биохимические анализы крови, мазков костного мозга, определение цитохимических параметров костного мозга; осваивается методика иммунофенотипирования образцов костного мозга, проводятся исследования спинномозговой жидкости, иммунологические исследования;

- ▶ бактериологическая лаборатория – исследование представленных материалов; спектр чувствительности инфекционных агентов к антибиотикотерапии позволяет рационально использовать дорогостоящие антибиотики;

- ▶ отделение лучевой диагностики: рентгенокабинет, кабинет компьютерной томографии, МРТ-исследование центральной нервной системы;

- ▶ отделение ультразвукового исследования и функциональной диагностики: диагностика и определение стадии заболевания, своевременное выявление и контроль осложнений.

В патологоанатомической лаборатории и лаборатории иммуногистохимии республиканского онкодиспансера исследуют биопсийные материалы. Поскольку детские опухоли достаточно редки в республике, исследуемые материалы в 100% случаев прохо-

Таблица 1

Структура заболеваемости гематологическими и злокачественными новообразованиями детей в Чувашской Республике в 2007–2009 гг.

Нозологическая форма	Год					
	2007		2008		2009	
	%	место в структуре	%	место в структуре	%	место в структуре
Болезни крови и кроветворной системы	55,6	1	54,2	1	52,9	1
Гемобласты	27,1	2	26,3	2	28,1	2
Солидные опухоли	17,3	3	24,5	3	19,0	3

дят референс-пересмотр в лабораториях Российскойского онкологического научного центра РАМН, РДКБ МЗиСР РФ.

ПЦР-диагностику инфекций проводят в лаборатории Центра СПИД и республиканского кожвендиспансера. В сложных клинических случаях образцы периферических анализов крови и костного мозга пересматривают в ведущих клиниках Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга.

В цитогенетической лаборатории Республиканского перинатального центра исследуют уровень Рн-позитивных клеток у больных с хроническим миелолейкозом. Молекулярно-генетическое исследование опухолей проводят в Институте молекулярной биологии РАН им. В.А. Энгельгардта (г. Москва).

Успешность оказания медицинской помощи зависит от своевременности выявления, диагностики и раннего начала лечения злокачественных новообразований, поэтому так важен единый подход к оказанию медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями.

Первичная медико-санитарная помощь пациентам с заболеваниями крови, кроветворных органов и злокачественными новообразованиями (ЗН), организация динамического наблюдения за детьми с указанной патологией, находящимися в стойкой длительной ремиссии, проводится врачами-педиатрами амбулаторно-поликлинического звена учреждений здравоохранения республики.

Медицинские работники первичного звена должны уделять особое внимание раннему выявлению ЗН у детей, что позволит добиться раннего начала терапии, улучшить качество жизни больного, увеличить выживаемость пациентов и снизить экономические затраты на лечение.

Алгоритм обследования детей с подозрением на ЗН:

- ▶ детализация жалоб;
- ▶ сбор анамнеза заболевания;
- ▶ изучение наследственного анамнеза;
- ▶ осмотр пациента с онкологической настроженностью;
- ▶ своевременное направление к детскому онкологу.

Амбулаторно-поликлиническая помощь. Оптимальная позиция врача-педиатра на этапе диагностики – онкологическая настроженность, предполагающая активный поиск без длительного «динамического наблюдения» пациента.

Классический симптомокомплекс: болевой синдром (чаще боли в костях), анемический, геморрагический синдромы, симптомы интоксикации, изменение в поведении ребенка, отягощенный наследственный анамнез по онкологическим заболеваниям, наличие образований неясного генеза. Данный комп-

лекс симптомов указывает на возможность наличия у ребенка злокачественного процесса и требует перевода пациента на следующий уровень оказания медицинской помощи.

Первичные методы обследования пациента перед направлением к гематологу (онкологу):

- ▶ оформление этапного эпикриза амбулаторного наблюдения больного (описание жалоб, анамнеза заболевания, наследственного анамнеза, данных объективного осмотра);
- ▶ общеклинические анализы крови и мочи;
- ▶ рентгенограмма органов грудной клетки в прямой и правой боковой проекции (по показаниям);
- ▶ ультразвуковое исследование внутренних органов и лимфатических узлов.

На детей с впервые выявленной онкологической патологией (независимо от места выявления) заполняют утвержденные статистические формы:

- ▶ форма № 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования», утверждена приказом Минздрава РФ №135 от 19.04.1999 г.;
- ▶ форма № 027-1/у «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием», утверждена приказом Минздрава РФ № 135 от 19.04.1999 г.;
- ▶ форма № 027-2/у «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования», утверждена приказом Минздрава РФ № 135 от 19.04.1999 г.;
- ▶ форма № 30-ГРФ «Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием».

Учреждения здравоохранения, выявившие больных, передают заполненные статистические формы в организационно-методический отдел Республиканской детской клинической больницы Чувашии. Учет и регистрацию детей с выявленными ЗН проводит Республиканский детский онкогематологический центр.

Специализированная онкологическая служба в педиатрии в Чувашии: гематологи городских детских больниц №1 и №3 г. Чебоксары; детский онколог (гематолог) в консультативной поликлинике и Республиканском детском онкогематологическом центре РДКБ Чувашии.

Поликлинический прием позволяет оказывать консультативно-диагностическую специализированную помощь при выявлении онкологической патологии у детей, проводить специфическую амбулаторную терапию больным, страдающим злокачественными заболеваниями, а в последующем – их диспансерное наблюдение и реабилитацию.

Стационарная помощь. Стационарный этап включает проведение комплексного обследования (морфологическое и иммунологическое, цитогенетическое

и молекулярно-генетическое подтверждение диагноза) с установлением вида и распространенности опухолевого процесса, выбор и осуществление программы лечения, при необходимости – направление в федеральные специализированные медицинские учреждения для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В соответствии с порядком направления, утвержденным в приложении к приказу Минздрава Чувашии №298 от 29.05.2001 г. «О создании Республиканского детского онкогематологического центра Минздрава Чувашии», в Центр госпитализируют детей, имеющих следующие заболевания: острые и хронические лейкомии, злокачественные лимфомы, миелодиспластический синдром, апластические анемии, наследственные и приобретенные виды гемолитических анемий, Х-гистиоцитозы, нарушение первичного и вторичного гемостаза врожденного и приобретенного характера, тяжелые формы железодефицитных анемий, порфирии, солидные опухоли (включая опухоли центральной нервной системы) на этап проведения полихимиотерапии.

Для госпитализации пациентов необходимы:

- ▶ направление установленного образца направляющего учреждения здравоохранения по месту жительства больного или направления онколога и гематолога;

- ▶ справки об эпидемиологическом окружении и отсутствии контактов с инфекционными больными;

- ▶ выписка из истории развития ребенка (форма № 124/у);

- ▶ результаты анализов крови на маркеры гепатитов В и С, антител к ВИЧ, показатель реакции Вассермана.

Оказание специализированной помощи детям в Центре проводится в соответствии с утвержденными стандартами, которые предполагают комплексное взаимодействие специалистов разных профилей: детских онкологов, хирургов, гематологов, химиотерапевтов, радиологов, рентгенологов, специалистов функциональной диагностики, патоморфологов, иммунологов и др.

Статистический анализ использования рабочего времени сотрудников онкогематологического отделения показал, что 2/3 рабочего времени они тратят на выполнение социальных функций, а на лечебный процесс – лишь 1/3 часть. Объективные факторы социально-экономического, поведенческого, психологического характера пациентов с онкологической патологией требуют вмешательства реабилитологов, психологов и социальных работников в условиях стационара.

Диспансерное наблюдение за детьми со злокачественными новообразованиями. Один из принципов терапии онкогематологических заболеваний у детей – максимальное сокращение времени, проводимого ребенком в стационаре. Согласно стандартам лечения в амбулаторно-поликлинических условиях предусматривается поддерживающая химиотерапия при острых и хронических лейкозах и некоторых формах неходжкинских лимфом.

Назначение специфической поддерживающей терапии (схема ее проведения, необходимость пролонгирования), контроль за эффективностью лечения осуществляет детский онколог (гематолог), наблюдающий ребенка. Выполнение рекомендаций специалиста, контроль за лечебными и диагностическими мероприятиями в период поддерживающей терапии осуществляет участковый врач-педиатр.

Поддерживающая терапия протокола острых лейкозов продолжается в течение 75 недель, общая длительность лечения – до двух лет.

При острых лимфобластных лейкозах поддерживающая терапия представляет собой 6-недельный курс лечения 6-меркаптопурином и метотрексатом с последующей 2-недельной реиндукцией дексаметозаном, винкристином и одним эндолюмбальным введением трех препаратов на первом году лечения.

В случаях миелобластных лейкозов поддерживающая терапия начинается после завершения программы интенсификации и продолжается в течение одного года – это ежедневные приемы 6-тиогуанина; повторяющиеся блоки 4-дневного стационарного введения цитозара через каждые 28 дней.

Мониторинг лабораторных показателей у детей и подростков, получающих терапию в амбулаторных условиях или находящихся дома после курса химиотерапии, – важный элемент динамического наблюдения за больным на участке. Во время проведения поддерживающей терапии клинический анализ крови делают не реже одного раза в неделю. Периодичность забора крови зависит от клинической ситуации. В связи с крайней опасностью нейтропнической инфекции при выявлении отклонений от допустимых показателей в клиническом анализе крови участковый педиатр должен немедленно согласовать ситуацию с лечащим ребенком онкологом (гематологом).

Наиболее часто при клиническом анализе крови выявляют цитопению. Нейтропению считают наиболее частым и грозным осложнением при химиотерапии, поэтому своевременный подбор адекватной антибактериальной терапии – важная часть поддерживающего лечения. Применение колониестимулирующего фактора (КСФ) – Граноцит, Нейпоген, Лейкостим и др. – в профилактических целях уменьшает частоту развития инфекционных осложнений.

КСФ назначает онколог, а педиатр контролирует использование КСФ в амбулаторных условиях. Контроль клинического анализа крови на фоне применения КСФ проводят не реже двух раз в неделю. Отменяют препарат детский онколог (обычно при уровне гранулоцитов 2000–3000/мм³).

Обеспечение пациентов с онкогематологическими заболеваниями препаратами поддерживающей и сопроводительной терапии находится в зоне ответственности врача-педиатра. В соответствии с нормативно-правовой базой обеспечение лекарственными средствами детей-инвалидов осуществляется из средств федерального бюджета, иных категорий больных – из средств муниципальных бюджетов. В случае отсутствия препарата в утвержденном списке льготных препаратов врач-педиатр должен направить руководству лечебного учреждения, а затем в Минздравсоцразвития Чувашской Республики заявку утвержденной формы, в которой отмечено, что данный лекарственный препарат не подлежит замене. К сожалению, в некоторых случаях врач отказывает пациенту в назначении рекомендованной терапии, это не только нарушает права ребенка со злокачественным новообразованием, но и создает социальную напряженность.

Особое значение имеет своевременность установления инвалидности впервые выявленного пациента с онкогематологической патологией и соответственно получения им государственных гарантий и льгот.

Оформлять «Направление на МСЭ» (учетная форма 088/у-97) для больных со злокачественными новообразованиями должна участковая служба по месту жительства ребенка после факта установления клинического диагноза ЗН на основании утвержденных нормативных и правовых актов.

Основные нормативные документы при экспертизе признания ребенка инвалидом:

- приказ Министерства здравоохранения РФ № 535 от 22.08.2005 г. «Об утверждении классифика-

ции и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы»;

- постановление Правительства Российской Федерации №95 от 20.02.2006 г. «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (с изменениями от 07.05.2008 г.);

- постановление Правительства Российской Федерации №247 от 7.04.2008 г. «О внесении изменений в правила признания инвалидом».

Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими злокачественное новообразование, ведет гематолог в течение 5 лет после достижения клинико-гематологической ремиссии; педиатр – до 17–18-летнего возраста (табл. 2).

Пункцию костного мозга согласно современным протоколам проводят по показаниям, люмбальную пункцию больным с нейрорлейкемией – согласно программе лечения и по показаниям; МРТ и КТ-исследования – по показаниям.

Исследование кала на дисбактериоз и копрологическое исследование проводят один раз в 6 мес на первом году, затем – по показаниям; рентгенографию органов грудной клетки на этапе поддерживающей терапии – ежегодно, затем – по показаниям; реакцию Манту – один раз в год. Смежных специалистов привлекают в зависимости от выявленных отклонений в состоянии здоровья пациента. Дальнейшие мероприятия по диспансерному наблюдению проводит педиатр по индивидуальной программе реабилитации и обследования.

Рекомендации родителям:

- организация и соблюдение режима дня и питания;
- полноценное рациональное питание с достаточным содержанием в рационе овощей и фруктов;
- предупреждение переохлаждения ребенка и ограничение пребывания на солнце;

Таблица 2

Программа диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими ЗН

Сроки наблюдений	Осмотр специалиста		Кратность исследования						
	гематолог	педиатр	WBC, RBC, Hb, PLT	ОАК	БАК	ОАМ	УЗИ		ЭКГ
							ОБП и почек	сердца	
На этапе поддерживающей ХТ	1 раз в нед	1 раз в мес	1 раз в нед	2 раза в мес	1 раз в мес	1 раз в мес	1 раз в квартал		1 раз в 6 мес
На 3–4-м годах наблюдения	1 раз в квартал	1 раз в 6 мес	-	1 раз в квартал	1 раз в 6 мес	1 раз в 6 мес	1 раз в 6 мес		1 раз в год и по показаниям
На 5-м году наблюдения	1 раз в 6 мес	1 раз в год	-	1 раз в 6 мес	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год		

- ▶ создание в семье комфортной психологической обстановки, отсутствие стрессовых ситуаций;

- ▶ посещение психолога и регулярное выполнение всех лечебных назначений в период реабилитационной терапии;

- ▶ реабилитация в условиях санатория местного значения и в специализированном санатории «Русское поле».

Реабилитация детей с онкологическими заболеваниями.

Успехи современных лечебных технологий в детской онкологии очевидны, но остается актуальной проблема поздних эффектов, к которым относятся не только медицинские последствия химиолучевой терапии и оперативных вмешательств, но и целый ряд психолого-социальных и педагогических проблем, порождаемых жизненной ситуацией, в которую попали больной ребенок и вся его семья. Эти проблемы остаются острыми многие годы после завершения лечебной программы.

Восстановительная медицина как самостоятельное направление медицинской науки и профилактического здравоохранения сформировалась недавно – лишь в середине 1990-х годов. В соответствии с постановлением Правительства Чувашской Республики в июне 2006 года при Республиканской детской клинической больнице был открыт Республиканский детский восстановительный центр с отделением восстановительного лечения, в 2009 году – Республиканский детский центр восстановительного лечения (РДЦВЛ).

Отделение восстановительного лечения (ОВЛ) располагается на трех этажах: на 1-м – фитобар; на 2-м – отделение кинезотерапии (лечебная физкультура, тренажерный зал, кабинет биологической обратной связи); на 3-м – кабинет психолога, врача восстановительной медицины, нейропсихологического тестирования, сенсорная комната, кабинет аромотерапии, процедурная. В ОВЛ работают два отделения – медицинское и психолого-педагогическое. С 2009 года ОВЛ находится в структуре РДЦВЛ.

Специалисты ОВЛ работают в тесном контакте с ведущими специалистами РДКБ Чувашии. В отделении используют аромотерапию, БОС-терапию, рефлексотерапию, ЛФК с элементами кондуктивной педагогики и игротерапии, пальчиковую гимнастику, массаж, фитотерапию, психотерапию с психокоррекцией. Лечебные процедуры проходят в спокойной и доброжелательной обстановке, в присутствии родителей. При этом дети находятся под воздействием мощных эмоциональных влияний эффектов сенсорной комнаты, способствующих выработке собственных эндорфинов и энкефалинов, что создает у них чувство защищенности и уверенности в себе. В БОС-кабинете проходят сеансы диафрагмально-

лаксационного типа дыхания с целью гармонизации работы кардио-респираторной системы, активации резервных возможностей детского организма и выработки устойчивого диафрагмально-релаксационного типа дыхания с максимальной дыхательной аритмией сердца.

В сенсорной комнате проходят сеансы, направленные на снятие мышечного и психоэмоционального напряжения, стимуляцию ослабленных сенсорных функций и коррекцию эмоционально-волевых нарушений, музыкотерапия.

В кабинете нейропсихологического тестирования психолог проводит диагностику и коррекцию межличностных отношений ребенка и родителей, семейное консультирование, исследование нервно-психического развития, арттерапию. Игротерапию и музыкотерапию с пальчиковой гимнастикой проводит инструктор малогрупповым методом. Во время игровых занятий у детей зарождается мотивация к плавной социальной адаптации, появляется стимул к выздоровлению.

Аромотерапию проводят детям дифференцированно – в зависимости от ведущего синдрома. Эфирные масла в малых дозах восстанавливают и поддерживают душевное равновесие, стимулируют иммунную систему и тканевое дыхание, запускают процессы саморегуляции. Запахи эфирных масел через обонятельные рецепторы воздействуют на гипоталамо-гипофизарную систему, стимулируя высвобождение медиаторов, оказывают воздействие на психоэмоциональную сферу и вегетативную нервную систему. При этом выделяются биологически активные вещества и гормоны удовольствия, устраняются причины болезни.

Щадящая рефлексотерапия проходит в виде цветотерапии и семянотерапии. Рефлексотерапия, воздействуя на точки акупунктуры, восстанавливает энергетический потенциал в меридианах, отвечающих за нервную, нейроэндокринную, сердечно-сосудистую, дыхательную, мочеполовую, иммунную системы, в результате причины болезни устраняются.

В кабинете кинезотерапии пациенты выполняют комплексы ЛФК, направленные на коррекцию костно-мышечной, бронхолегочной, сердечно-сосудистой, неврологической, урологической и отоларингологической патологии. Занятия проходят в игровой форме с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

Реабилитационно-восстановительное лечение – важное звено в общей системе мероприятий, проводимых педиатрической службой в целях закрепления результатов лечения детей, перенесших злокачественные заболевания. Примерный алгоритм реабилитационных мероприятий представлен в *таблице 3*.

С целью широкого охвата детей, нуждающихся в реабилитации, оптимально создание единой системы этапной реабилитации: детская поликлиника – республиканский центр восстановительного лечения для детей – профильный детский санаторий для детей с онкогематологическими заболеваниями – детская поликлиника – семья.

Интеграция высокоэффективных технологий реабилитации, которыми владеют реабилитологи, неврологи, медицинские психологи, социальные работники, в индивидуальную программу терапии детей, перенесших химиолучевую терапию, позволяет профилировать поздние осложнения и отклонения в состоянии здоровья.

Единственный специализированный санаторий для детей Российской Федерации, перенесших онкогематологические заболевания и находящиеся в ремиссии не менее одного года, – федеральный санаторий «Русское поле» для совместного пребывания детей с родителями. В соответствии с порядком, утвержденным Федеральным научно-клиническим центром детской гематологии, онкологии и иммунологии, в санаторий принимают детей согласно заявке, оформленной Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики.

Требования для включения ребенка в список нуждающихся в санаторном лечении: наличие подтвержденной специалистом-онкологом ремиссии заболевания (для первого заезда – не менее одного года; для повторного – не менее двух лет); возраст ребенка от 6 до 17 лет включительно; отсутствие противопоказаний по сопутствующей патологии (психические расстройства, все инфекционные болезни в остром

и подостром периодах и др.). Эффективность лечения в условиях местного санатория зачастую превосходит таковую на отдаленных курортах, при этом исключено отрицательное воздействие адаптационной перестройки организма. Для заезда ребенка в санаторий лечащий врач-онколог оформляет специальную форму «Анкета больного для санатория «Русское поле».

Охват реабилитационной терапией детей, перенесших ЗН и не подлежащих выезду за пределы республики, осуществляется в условиях отделений восстановительного лечения общей лечебной сети, Республиканского центра восстановительного лечения детей и соматического отделения республиканского детского санатория «Лесная сказка».

Перечень ЗН, при которых можно направлять детей на восстановительное лечение: острый лейкоз в состоянии ремиссии через 1 мес после отмены поддерживающей химиотерапии; лимфомы (Ходжина и неходжкинская) в период ремиссии через 3 мес после отмены химиотерапии; гистиоцитозы в стадии стабилизации процесса через 3 мес после отмены интенсивной химиотерапии; солидные опухоли (кроме ЗН центральной нервной системы) после радикального оперативного лечения и/или отмены программы химиотерапии.

Актуальные проблемы динамического наблюдения за детьми, перенесшими злокачественные новообразования

Вакцинация детей со злокачественными заболеваниями. Один из важнейших элементов сопроводительной терапии – профилактика инфекционных

Таблица 3

Алгоритм реабилитационных мероприятий и план обследования детей со злокачественными новообразованиями

Наименование мероприятия	Алгоритм реабилитации
Психологическая реабилитация	Учеба на дому, создание в семье комфортной психологической обстановки, посещение психолога
Социальная реабилитация	Разработка индивидуального или группового плана медико-социальной реабилитации детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, профориентация
Медицинская реабилитация	<p>Физические методы: лечебная физкультура, БОС (биологическая обратная связь), ароматерапия, сенсорная комната</p> <p>Медикаментозная терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● глутаминовая кислота ● антиоксиданты (витамины А, Е, С) ● мембраностабилизаторы (рибофлавин, липоевая кислота, пангамат Са, пиридоксальфосфат) ● холеретики и кинетики (Урсосан) ● ферментотерапия по показаниям (Фестал, Панзинорм, Панкреатин и др.) ● по показаниям - биотики (Линекс, Бифиформ и др.)

осложнений, включая вакцинацию детей с ЗН. Вопросы вакцинации этих детей наиболее трудны и для педиатров, и для детских онкологов.

Дети, страдающие ЗН, относятся к группе иммунокомпromетированных больных, имеющих риск развития фульминантного сепсиса, вызванного инкапсулированными бактериями, преимущественно *S. pneumoniae*, *H. Influenzae*, *N. meningitides*. Рассматривая вопросы вакцинации детей, получающих или перенесших терапию по поводу ЗН, следует выделить два важных момента: эффективность и безопасность. Использование инактивированных вакцин у иммунокомпromетированных больных безопасно как на этапе специального лечения, так и после его окончания. Основная причина ограниченного использования данных вакцин на фоне проведения ХТ – уменьшение эффективности вакцинации (не у всех пациентов вырабатывается протективный уровень антител) [16].

Введение инактивированных вакцин на этапе противоопухолевой терапии не противопоказано, но ввиду возможности развития неадекватного иммунного ответа их использования следует избегать до завершения программы ХТ. Живые вакцины противопоказаны лицам, получающим ХТ. Это связано с возможностью развития генерализованной, а порой фатальной инфекции, вызванной вакцинальным штаммом микроорганизма у больных на фоне иммуносупрессии. Вопрос о проведении вакцинации детей, перенесших ЗН, в нашей стране остается открытым. Решением данной проблемы может быть создание национальной программы вакцинации детей, перенесших ЗН.

Порядок допуска детей, перенесших злокачественные новообразования, в организованные коллективы. Вопрос о посещении детских дошкольных учреждений (ДДУ) детьми, перенесшими ЗН, решает педиатр совместно с детским онкологом (гематологом), иммунологом (для решения вопроса вакцинации). Учитывая ранний возраст, а следовательно, несовершенство иммунитета у данной категории пациентов, не следует торопиться с оформлением их в ДДУ. При отсутствии противопоказаний, связанных с проведением химиотерапии, порядок и требования к оформлению в ДДУ те же, что и у здоровых детей.

Сложнее решить задачу продолжения учебы детей школьного возраста. Во время лечения в стационаре дети могут продолжать школьные занятия с помощью приходящих в стационар педагогов. После завершения интенсивной программы химиотерапии, на этапе поддерживающей химиотерапии (при необходимости даже после завершения поддерживающей химиотерапии в первый год), дети могут продолжать учебу по индивидуальной программе

в домашних условиях, но многолетний опыт свидетельствует о том, как важно для ребенка посещение школы. При хорошем самочувствии, удовлетворительных анализах крови (лейкоциты выше $2,5 \cdot 10^9$; нейтрофилов не менее $1,5 \cdot 10^9$; гемоглобин не ниже 100 г/л; тромбоциты не ниже $150 \cdot 10^9$) дети могут посещать основные занятия в школе даже в период поддерживающей терапии.

Паллиативная помощь. Ее цель – улучшение качества жизни пациента. Паллиативная терапия создает возможности для неизлечимо больных пациентов и их семей жить полной жизнью, насколько это возможно – в комфортных условиях, управлять процессом снятия боли, удовлетворять нужды детей с ограниченными возможностями, а также их семей, оказывает физическую, психологическую, эмоциональную и духовную поддержку.

До 60% больных со вновь выявленными онкологическими заболеваниями начинают специфическую терапию, имея генерализованные (III–IV стадии) проявления опухолевого процесса. При этом около трети детей по разным причинам не могут быть излечены. Именно эти пациенты нуждаются в паллиативной помощи.

В Чувашской Республике, как и в Российской Федерации в целом, нет детского хосписа. Инкурабельных больных, как правило, из специализированных онкологических отделений выписывают домой. В случае необходимости пациенты, нуждающиеся в симптоматической терапии, могут быть госпитализированы в педиатрические стационары по месту жительства. Основная задача педиатра, курирующего такого ребенка, – обеспечение жизнедеятельности, включая обезболивание с применением ненаркотических и наркотических анальгетиков, противомикробную терапию, в ряде случаев – нутритивную поддержку.

ВЫВОДЫ

1. Улучшение результатов выживаемости детей с ЗН связано как с организацией специализированной службы в системе детского здравоохранения, так и с внедрением в практику протоколов лечения, проверенных методами доказательной медицины.
2. Применение новых подходов к лечению больных с ЗН выявило необходимость включения педиатров общей лечебной сети в систему оказания специализированной помощи таким детям.
3. Диспансерное наблюдение сохраняется до перевода детей во взрослую сеть. По достижении ребенком 18 лет оформляют переводной эпикриз и передают документы в республиканский онкологический диспансер.

4. Налаженная система оказания реабилитационной помощи на разных этапах лечения улучшает качество и продолжительность жизни пациентов.

5. Наблюдение за пациентами, получающими паллиативную помощь, и организация хосписа на дому с целью улучшения качества жизни находятся в ведении врачей ЛПУ.

6. Эффективность лечебных и диагностических мероприятий на разных этапах напрямую зависит от максимального взаимодействия врача-педиатра, хирурга, онколога/гематолога.

7. Только единый подход к оказанию медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями позволит повысить эффективность современных лечебных технологий и улучшить качество их жизни.

Литература

1. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза / Учеб. пособ. для врачей медицинских организаций и учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы. – М., 2000.
2. Цейтлин Г.Я., Валентей Л.В., Шушкова Е.Н. Организационные проблемы медицинской реабилитации детей с онкологическими заболеваниями / Материалы рабочего совещания главных детских онкологов регионов России с симпозиумом по проблемам опухолей почек у детей. – М., 2002, с. 11–12.
3. Моисеенко Е.И. Медико-социальная служба в онкологии – новый ресурс помощи детям с онкологическими заболеваниями // Теоретический и научно-практический журнал доказательной медицины, 2003, №1, с. 23–30.
4. Хонджарян Г.Ш., Тимаков А.М., Желудкова О.Г. и др. Качество жизни детей с острым лимфобластным лейкозом // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии, 2008, т. 7, №3, с. 47–51.
5. Денисов И.Н. Первичная медико-санитарная помощь. – М., 2004.
6. Leung T.E., Li C.K., Hung E.C., et al. Immunogeneticity of two-doseregime of varicella vaccine in children with cancers. Eur J Haematol 2004; 72 (5): 353–7.
7. Allen U.D. Immunizations for children with cancer. Pediatr Blood Cancer 2007; 49 (7 Suppl): 1102–8.
8. Румянцев А.Г. Достижения и перспективы развития высоких технологий в детской гематологии и онкологии // Вопросы гематологии, онкологии и иммунологии в педиатрии, 2007, т. 6, №3, с. 7–26.
9. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Самочатова Е.В., Чернов В.М. Достижения и перспективы развития детской гематологии // Гематология и трансфузиология, 2008, т. 53, №5, с. 49–53.
10. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлеуцкая Р.Н. Инвалидность детского населения России. – М., 2008.
11. Жуков Н.В. Практическое пособие по сопроводительной терапии в онкологии. – М., 2008.
12. Варфоломеева С.Р., Качанов Д.Ю., Шнейдер М.М. и др. Диспансерное наблюдение детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями педиатром общей практики // Онкогематология, 2008, №1–2, с. 63–69.
13. Лезина Е.В. Главное – не навредить (о реализации программ лекарственного обеспечения) // Детская больница, 2008, №2.
14. Румянцев А.Г., Гераськин А.В. Диагностика и лечение солидных опухолей у детей. – М., 2008.
15. Шамшева О.В. Вакцинопрофилактика в США: вопросы организации и финансирования // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии, 2008, т. 7, №3, с. 47–51.
16. Качанов Д.Ю., Шаманская Т.В., Абдуллаев Р.Т., Добренев К.В., Варфоломеева С.Р. Вакцинация детей с онкогематологическими заболеваниями // Онкогематология, 2009, №1, с. 57–64.
17. Селивестров В.М., Степанченко О.Ю. и др. Практика применения технологий медицинской психологии в детской областной больнице // Детская больница, 2009, №1 (35), с. 55–57.
18. Василевский Н.Н., Алексанян З.А. Адаптивное управление вегетативными процессами // Физиол. журнал СССР, 1982, т. 68, №7, с. 948–952.
19. Сохадзе Э.М., Штарк М.Б. Биологическая связь (биотехническая обратная связь) – Biofeedback, мониторы и произвольный контроль параметров физиологических систем линии с ЭВМ. – Новосибирск, 1985, 48 с.
20. Ивановский Ю.В., Сметанкин А.А. Принципы использования метода биологической обратной связи в системе медицинской реабилитации // Биол. обратная связь, 2000, № 3, с. 2–9.
21. Стационарзамещающая система реабилитационных мероприятий при бронхиальной астме у детей в условиях центра восстановительного лечения, ее медицинская и экономическая эффективность // Акушерство в России, 2003, № 9.
22. Володин Б.Ю. Возможности психотерапии в онкологической клинике // Российский онкологический журнал, 2009, №1, с. 43–44.