

Почти 40 лет назад пришёл в детскую онкологию ныне главный детский онколог Минздрава России академик РАН Владимир ПОЛЯКОВ. Тогда выздоравливали только 20% детей с онкологическими заболеваниями, сейчас этот показатель достигает 80%. Так же, как и в европейских странах. Казалось бы, коренным образом поменялось всё. Далеко вперёд ушла медицина, появились новые высокоэффективные препараты, снизилась детская смертность, однако проблем в детской онкологии хватает до сих пор. Именно они вынуждают сегодня часть российских граждан вывозить детей за границу, чтобы получить там не только хорошее лечение, как они убеждены, но и достойный уход. Оправдано ли это? И не обидны ли российскому врачу такие предпочтения?

Об этом и о многом другом мы беседуем сегодня с академиком Владимиром Поляковым. Во время нашей встречи ему пришлось несколько раз отвлекаться на телефонные звонки. Извиняясь передо мной, каждый раз он говорил в трубку примерно одну и ту же фразу: «Да-да, конечно, приводите своего ребёнка, не волнуйтесь, посмотрим».

– Никому не отказываете, Владимир Георгиевич?

– Ну а как можно? Я же врач, к тому же детский, плюс ещё и онколог.

– Расскажите, пожалуйста, у многих ли детей в России выявляются злокачественные новообразования?

– Если отталкиваться от статистики, то не сказал бы, что у многих. Сам по себе рак у детей – это относительно редкое заболевание. От взрослых число составляет всего 2%, в год заболевают чуть больше 3 тыс. детей в возрасте до 18 лет. Казалось бы, не такая глобальная проблема, и решить её можно на государственном уровне, скажем, выделить для нас отдельное финансирование. Оно ведь очень слабое, а из-за этого все проблемы. В России на всю медицину из ВВП идёт только 3% с небольшим, а сколько остаётся на онкологию? В США выделяется от 15 до 18%, да и ВВП там совсем другой.

Организация онкологической помощи вся целиком зависит от финансовой составляющей. Находятся, конечно, другие источники – фонды, спонсоры. Худо-бедно удаётся свести концы с концами. По сравнению с прошлым годом финансирование уменьшилось во всех разделах медицины, в том числе и в онкологии, а область эта затратная – очень дорогие препараты, исследования. К сожалению, мы находимся в общем потоке лекарственного снабжения и инструментального обеспечения, к которому относится и взрослая онкология.

Если все злокачественные опухоли у детей принять за 100%, то примерно около половины случаев – это гемобластозы, среди которых наиболее часто диагностируется острый лимфобластный лейкоз, составляющий 30% всех злокачественных опухолей (слава Богу, мы умеем хорошо его лечить). Реже встречаются лимфомы Ходжкина (лимфогранулематоз) и неходжкинские лимфомы. Эти заболевания могут протекать с поражением костного мозга, лимфатических узлов, селезёнки, других органов. У второй части наших больных – солидные опухоли, имеющие органную принадлежность. Чаще всего среди них встречаются опухоли центральной нервной системы – головного и спинного мозга – от 17 до 25%, потом уже идут опухоли мягких тканей, костей, почек, щитовидной железы и др. Но результаты у нас, конкретно в Институте детской онкологии, где я работаю, да и в целом в федеральных центрах России, очень неплохие, несмотря на неудовлетворительное финансирование и трудные условия.

– А что означают «трудные условия»?

– Вот сейчас мы сделали штатное расписание, хотя, думаю, в жизнь его воплотить будет очень трудно. То есть взяли за основу европейские стандарты, нагрузки на врачей и сестёр: 6 больных на одного врача и 5 – на одну сестру.

Экспертный уровень

# Заграница нам не поможет!

А значит, в собственной стране нужно создавать все условия для более качественного лечения онкологических больных и ухода за ними



В России трудно себе это представить, правда? Если врачами мы более-менее обеспечены, то со средним медицинским персоналом беда. Не идут медсёстры в детскую онкологию: тяжело и физически, и морально, к тому же работа мало оплачивается, считается не престижной. У нас на одну сестру – 30 больных, девочки просто физически не успевают. Платим сестре 15 тыс., а требуем отдачи на 90 тыс. – работа её стоит не меньше. Надо ли говорить, как сильно отстаём мы в этом отношении от западных стран. Конечно, за рубежом каждому ребёнку уделяется масса внимания, заботы, над ним только что не прыгают – вот и выхаживают. А лечение у нас жёсткое: бесконечные инфузии, капельницы, за всем надо следить, дети тяжёлые... Если, к примеру, 30 лет назад было 2 препарата, использовалось 3 антибиотика, то сейчас ситуация резко изменилась. Лекарств стало значительно больше. Их необходимо круглосуточно капать, иногда даже несколько суток подряд, идёт мониторинг, а значит, нужно быть всё время начеку. Неудивительно, что медсёстры не выдерживают.

Заманить в нашу область молодых врачей – тоже сложнейшая задача. Например, для НИИ детской онкологии поставщик врачебных кадров – педиатрический факультет Российского на-

ционального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. При распределении мы предлагаем выпускникам вуза приходить к нам сначала в ординатуру, потом в аспирантуру, казалось бы, огромный научный потенциал, острый науку, только работай! (Онкология – это самые современные и совершенные методики, большая наука). Нет, не хотят – стараются распределиться на другие специальности: кожные болезни, косметология, пластическая хирургия. Там денег побольше и ответственности поменьше. Но, конечно, кто при-

ми не пощупаешь. Сам ребёнок долго не жалуется, потому что не чувствует никакого дискомфорта до тех пор, пока опухоль не станет большой. Но время-то упущено. А если это произошло где-нибудь в глубинке? Дети поступают в 70-75% случаев с III и IV стадией заболевания, поскольку диагнозы ставятся с запозданием, но, несмотря на это, успешно лечатся, выздоравливают, и таких, повторяю, около 80%. Вот почему педиатр всегда должен быть настроенным и помнить о том, что у ребёнка бывают злокачественные новообразования.

– В целом не хватает. Специалистов нужно готовить. Но в нашей стране преподавать детскую онкологию за отсутствием кафедр очень сложно. Если молодой доктор живёт в Иркутске или Красноярске или ещё где-то и хочет окончить ординатуру по детской онкологии, он не сможет это сделать в том же Иркутске или в другом городе – только в Москве или С.-Петербурге. Значит, молодой человек должен приехать в столицу и учиться здесь 2 года. Стипендия для ординаторов нищенская, за общежитие надо платить, а если

– Но при разных видах опухолей результаты, видимо, тоже разные?

– Безусловно. Они хуже при опухолях головного мозга, нейробластоме, а вот рак щитовидной железы излечивается практически в 100% случаев при правильном хирургическом вмешательстве, опухоли почки – в 80%. У детей результаты лечения лучше, чем у взрослых. У маленьких пациентов опухоли несколько другого характера и поддаются лекарственному лечению. Это достигнуто благодаря использованию современной фармакологии. За 10-15 лет внедрён ряд онкологических препаратов, которые показали свою высокую эффективность. Все они импортные. Мало чего добьёшься, если не тратить на фармацевтическую промышленность колоссальные деньги.

Сегодняшние препараты, которые мы используем в России, те же самые, что за границей, с одинаково проверенными эффективностью и побочными эффектами, и мы до тонкостей знаем, что от них ждать, как предупредить токсичность, бороться с осложнениями. Но лекарства очень дорогие. Тех денег, которые государство выделяет для лечения больного по квотам, крайне недостаточно. Квота покрывает всего лишь недельное пребывание в стационаре и лечение по какой-нибудь комбинированной схеме. Квота, образно говоря, выдаётся на идеальное состояние человека в процессе лечения. Картина должна выглядеть примерно так: поступил больной в стационар, что-то ему ввели, пролежал он столько-то дней, получил необходимые лекарства, его выписали. Всё! Но так практически никогда не бывает. Представьте: человеку начинают вводить химиопрепараты, а у него вдруг возникают осложнения, в том числе инфекционные на фоне аплазии кроветворения и снижения иммунной защиты. Всё это выливается почти в миллион рублей, а то и в полтора, которые, конечно, компенсируются, но уже из бюджета учреждения. К слову сказать, квот на 2014 г. выделено гораздо меньше по сравнению с прошлым годом, что стало для нас очередной проблемой.

– А в целом хватает ли по стране детских онкологов и онкологических центров?

приехал с семьёй – тогда и за квартиру. Или ехать сюда на платной основе, если какая-то организация оплатит обучение.

Теперь что касается центров. Начну с начала, то есть со взрослой онкологии: у нас в каждом регионе есть онкодиспансеры для взрослых, в каких-то крупных городах даже онкологические институты, есть и районные диспансеры. И в принципе взрослых российских граждан это обеспечивает прилично. Врачей, конечно, не хватает, но тем не менее все локализации «закрыты». Скажем, гемобластозами занимаются на местах гематологи. У детей, правда, такой проблемы также частично занимаются гематологи, переквалифицированные в детских онкологов, либо специально обученные педиатры, которые прошли ординатуру по специализации «детская онкология».

Сейчас в каждом областном, краевом центре открыты отделения детской онкологии, но ситуация такова, что по некоторым регионам заболевают 12-15 человек в год. На мой взгляд, содержать подобное отделение нецелесообразно. Достаточно иметь кабинет с консультантом-онкологом.

Моё видение решения проблемы состоит вот в чём: центр детской онкологии должен быть в каждом федеральном округе. Этот вопрос замечательно решили в Екатеринбурге, когда губернатором был Эдуард Россель: построили такой центр на базе областной больницы, завязали тесную связь с немцами. Молодёжь обучилась в российских федеральных центрах и за границей, освоила опыт российских и зарубежных коллег и прекрасно работает. С десяток бы таких подразделений на страну – и не будет рассеивания ни специалистов, ни техники, ни лекарственных препаратов. Ведь очень важно, чтобы всё было сконцентрировано в одном месте: дорогостоящее оборудование, лаборатории, больницы, врачи, которых должно быть много, сестры, которых также должно быть много и с высокой квалификацией. Для 12-15 больных это никогда организовано не будет, и где набраться опыта при таком небольшом количестве пациентов? Вопрос только в одном: как пробить такую идею? Хотя с



другой стороны, почему бы нет? Ведь настроили же в своё время перинатальных центров, так как государство потребовало снизить детскую смертность. И она действительно снизилась.

– **Владимир Георгиевич, давайте разберёмся вот в чём. Уже ясно, что проблем, как говорят, выше крыши, и в ближайшее время они не решатся. Получается, только благодаря истинно русскому «потуже затянем пояс», но всё равно будем работать, отечественная детская онкология встала в один ряд с европейской. Сами вы категорически против лечения за границей, поскольку это является дискредитацией российской медицины. Но актриса Чулпан Хаматова, учредитель благотворительного фонда «Подари жизнь» приво- дит в пример Дашу Егорову из Тулы, которой в 6 лет поставили диагноз – рак кости. Помочь наши врачи ничем не могли, и только за границей девочке сделали операцию по эндопротезированию, и ногу удалось сохранить.**

– Давайте разберёмся. Во-первых, я никогда не говорил, тем более категорически, что выступаю против лечения за границей. Ведь сам был много лет в составе комиссии Министерства здравоохранения и занимался как раз тем, что направлял больных детей на лечение за рубеж. Такое заявление было бы полным абсурдом. Моё «категорическое против» было сказано относительно инкурабельных больных, когда использованы все возможные средства, схемы лекарственных препаратов, хирургические методы, и помочь действительно ничем невозможно, большой обречён. Бывает так, что родители, надеясь на чудо, творимое немецкими или израильскими чудесниками, обращаются в фонды, и те отправляют неизлечимого ребёнка за границу.

Зарубежные коллеги, естественно, берутся полечить, во- все не гарантируя излечение. Я 40 лет в профессии и знаю, что это всё пустое. Больной либо там умирает, либо вскоре после возвращения. Попытка лечения инкурабельных больных обречена на неудачу. Если у нас в России нет возможности лечить ребёнка, которому реально можно помочь, конечно, пусть отправляют за рубеж, и я вовсе не противник этого. Минздрав выделяет огромные деньги на то, чтобы тяжелобольного ребёнка отправить за границу на лечение. И мы сами просим об этом. Но – тяжелобольного, не инкурабельного.

Даше в Институте детской онкологии с ноября 2009 г. до мая 2010-го было проведено 4 курса полихимиотерапии, у неё была зарегистрирована выраженная положительная динамика, и ребёнок готовился к эндопротезированию, то есть к органосохраняющей операции. Был заказан эндопротез, но родители, видимо, решили, что именно в Германии это сделают лучше. Безусловно, это их право. А в средствах массовой информации сообщили, что российские врачи не смогли ничего сделать. Не все дети идут через Институт детской онкологии, и не все родители знают, что у нас тоже занимаются искусственными протезами. От 140 до 160 эндопротезов в год ставят в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н.Блохина – с резекцией бедренной, большеберцовой, плечевой кости, с заменой тазобедренного, коленного и голеностопного суставов. Недавно заменили даже лопатку, по-моему, впервые в России. Вот поэтому всё, что я слышу по поводу эндопротезирования, простите, смешно.

Ещё приводится пример с Алё-

шей Кондаковым, которого тоже якобы не смогли вылечить у нас, а провели эндопротезирование за рубежом. Поясню ситуацию. Ребёнку поставили диагноз саркомы Юинга бедренной кости, и нашими специалистами после подтверждения диагноза была рекомендована полихимиотерапия на первом этапе по месту жительства, согласно международному протоколу, по которому мы работаем. После 4 курсов лекарственного лечения мальчика пригласили в НИИ детской онкологии, где ему был проведён курс предоперационной лучевой терапии на основной очаг и метастазы в лёгких с выраженным положительным эффектом. Вслед за этим в институте была сделана органосохраняющая операция – резекция бедренной кости с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава. В послеоперационном периоде проведено крупнопольное облучение лёгких и дополнительные курсы полихимиотерапии. Лёша выписан, и на собственных ногах отправлен домой под динамическое наблюдение без признаков опухоли и метастазов. То есть мы ребёнка с IV стадией костной саркомы излечили. К сожалению, через 2 года после окончания программного противоопухолевого лечения возникли осложнения – инфицирование в области коленного сустава, и мальчик (при отсутствии опухолевого процесса) был направлен для лечения в профильное медицинское учреждение, где ему проводилось консервативное лечение инфекционного процесса, и после этого планировалось реэндопротезирование. Потом благодаря фонду нашего больного отправили за рубеж, где эта операция и была проведена. В прессе же случай также представили как безуспешное лечение ребёнка со злокачественной опухолью кости, хотя именно объединёнными усилиями детских онкологов региона, где проводилась изначально диагностика и предоперационная химиотерапия, и специалистов нашего института был излечен больной с IV стадией заболевания. А осложнения – инфицирование в области сустава – случаются во всех ведущих клиниках мира.

– **Раз уж вы так подробно рассказываете, то прокомментируйте, пожалуйста, ещё один случай – с Дашей Рожковой из Рязани, которой поставили совсем не детский диагноз – рак толстой кишки, и которой также помогли за границей.**

– В это я вообще не верю. Но ребёнок, к сожалению, опять прошёл мимо нас. В нашем институте проводятся любые виды хирургических вмешательств, в том числе и на кишечнике. Институт детской онкологии находится в структуре РОНЦ им. Н.Н.Блохина, где есть специалисты любой профессии – сосудистые и торакоабдоминальные хирурги, колопроктологи, гинекологи, челюстно-лицевые и нейрохирурги, реконструктивные хирурги – это же огромный комбинат, и взрослая хирургия при необходимости всегда помогает детской.

Что же касается упреков фонда в наш адрес, думаю, что Чулпан Хаматова просто введена в заблуждение и не знает важных деталей таких историй, хотя она бывала у нас и прекрасно осведомлена о том, что умеют в нашем институте. Фондам же мы очень благодарны: они площадки для детей построили, устраивают благотворительные концерты, привозят детям подарки и лекарства, аппаратуру закупают и, когда необходимо, отправляют наших больных за рубеж...

Беседа велась  
Татьяна КУЗИВ,  
корр. «МГ».

Москва.

Конференции

# При поддержке ВОЗ

**Первый Московский учебный курс по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями для политиков здравоохранения стран Центральной Азии и Восточной Европы, организованный Минздравом России и поддерживаемый Всемирной организацией здравоохранения, прошёл в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова.**

Статистика «вклада» хронических неинфекционных заболеваний в смертность хорошо известна. От них ежегодно умирает более 36 млн человек, причём в группу особого риска входят люди с низким и средним уровнем доходов. При этом смертность от многих из этих заболеваний можно существенно уменьшить. Эти меры, с позиций организаторов здравоохранения, анализируются в программе курса. Акцент сделан на поддержку разработки межсекторальных национальных стратегий и планов в области профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.

О важности правильно разработанных профилактических программ на открытии курса говорили статс-секретарь – заместитель министра здравоохранения РФ Дмитрий Костеников, проректор



по лечебной работе Первого Меда профессор Виктор Фомин. Своим видением их подготовки поделились представители Всемирной организации здравоохранения: руководитель странового офиса ВОЗ в России доктор Луиджи Миглиорини, директор Национального института общественного здоровья и благополучия Финляндии, эксперт ВОЗ Пушка Пекка, директор Департамента неинфекционных заболеваний и управления здоровьем Европейского бюро ВОЗ доктор Гауден Галлея.

Надо отметить, что над созданием курса по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями работали команды российских и международных экспертов. Среди них – организаторы здравоохранения, эпидемиологи,

специалисты по доказательной медицине, демографы.

Для участников программы была организована презентация успешной профилактической программы на примере Ступинского района Московской области. В ней хорошо сочетались межсекторальные профилактические меры, подготовка немедицинского персонала, вовлечённого в работу с населением, а также инновационные программы развития первичной медико-санитарной помощи, включая государственно-частное партнёрство.

Павел АЛЕКСЕЕВ,  
Москва.

**НА СНИМКЕ: в президиуме конференции.**

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Деловые встречи

# Передовой опыт оценён

**Операции омских травматологов-ортопедов по профилактике гнойно-септических осложнений оценили на всероссийском уровне.**

В Москве прошёл II конгресс травматологов и ортопедов, в котором приняли участие более тысячи специалистов из России, Украины, Казахстана, Белоруссии, Азербайджана, США, Германии, Италии, Франции. В его рамках состоялись пленарные заседания, мастер-классы, научно-практические секции по актуальным направлениям травматологии и ортопедии.

Передовой опыт травматологической школы Омской области

представил главный травматолог-ортопед Минздрава области, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Омской государственной медицинской академии Леонид Резник. Его доклад был посвящён гнойно-септическим осложнениям в травматологии и ортопедии. Авторитетные члены президиума и участники конгресса высоко оценили достижения омских травматологов-ортопедов в этом направлении. Их заинтересовали такие, к примеру, уже внедрённые медицинские инновации по профилактике гнойно-септических осложнений, как установка ревизионных эндопротезов коленных и тазобедрен-

ных суставов с использованием специального имплантата (спейсер), содержащего антибиотик. Местно воздействуя на флору, которая вызывает нагноение, артикулирующий спейсер в течение нескольких месяцев устраняет инфекцию, после чего выполняется второй этап операции – антибиотиконоситель удаляют, и на его место внедряют ревизионный эндопротез. С момента установки спейсера до эндопротезирования работоспособность сустава сохраняется, и человек может передвигаться.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Исследования

# Изучая гипогравитацию

Проанализированы данные экспериментов биоспутника БИОН-М1

**Организм человека противостоит вредному влиянию гипогравитации, включая определённые защитные механизмы. Это было выяснено экспериментальным путём учёными Казанского государственного медицинского университета академиком РАН Евгением Никольским, профессорами Рустемом Исламовым и Юрием Чельшевым совместно с Институтом медико-биологических проблем РАН.**

Исследования опираются на данные экспериментов во время 30-суточного полёта биоспутника БИОН-М1 – с 19 мая по 19 июня 2013 г. На его борту находились мыши, монгольские песчанки, ящерицы-гекконы, виноградные улитки, рыбки, низшие растения, микроорганизмы. Это был самый продолжительный полёт автоматического космического аппарата с млекопитающими на борту.

Одной из задач проекта БИОН-М1 было подтвердить гипотезу о механизме развития гипогравитационного двигательного синдрома, разработка методов профилактики и лечения которого остаётся в настоящее время очень серьёзной темой. Ведь для предупреждения развития этого синдрома космонавты в условиях реальной невесомости вынуждены много часов в сутки активно заниматься физическими упражнениями.

В частности, при моделировании гипогравитации были обнаружены признаки усиления экспрессии так называемых «белков теплового шока» – веществ, препятствующих развитию гибели митохондрий и клеток нейроглии в спинном мозгу. До последнего времени работа велась на лабораторных крысах и мышах, для которых моделировали последствия гипогравитации путём лишения опоры задних конечностей.

В исследованиях были получены убедительные доказательства того, что нарушения в локомоторном аппарате инициируются в центральной нервной системе. В частности, важную роль в развитии гипогравитационного двигательного синдрома играют процессы разрушения миелиновой (изолирующей) оболочки нервных волокон, обеспечивающих проведение нервного импульса к мышцам, снижение экспрессии холинацетилтрансферазы – одного из ключевых ферментов холинергической системы, нарушение разных форм выделения нейромедиаторов (молекул, передающих информацию от нервной клетки к мышечной), замедление транспорта по нервным отросткам нейротрофических факторов – веществ, определяющих свойства скелетной мышцы.

Лилия ГАТИЯТУЛЛИНА,  
Казань.