

[КОНЪЮНКТУРА И ИССЛЕДОВАНИЯ]

В РАЗДЕЛЕ

- ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОСТНОГО МОЗГА ВДВОЕ УВЕЛИЧИВАЕТ ПРОЦЕНТ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ — С 25 ДО 45%
- ЦЕНЫ НА ОРИГИНАЛЬНЫЕ ЛС В США ВЫШЕ, ЧЕМ В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ

Владимир ПОЛЯКОВ:

«НАШИ ДЕТСКИЕ ОНКОЛОГИ

ВСЕ ЕЩЕ РАБОТАЮТ НА ЭНТУЗИАЗМЕ»

Тридцать лет назад, в конце 1975 г., на Каширском шоссе в Москве был открыт Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина РАМН. Это дало мощный толчок развитию как научной, так и клинической базы для лечения больных с различными видами злокачественных новообразований. А спустя несколько месяцев, в мае 1976 г., принял первых пациентов НИИ детской онкологии и гематологии, созданный в структуре научного центра. Важность этого шага очевидна: злокачественные новообразования регистрируются у 12—15 детей на 100 тыс. детского населения ежегодно. Если посчитать, что дети составляют примерно четверть населения страны, то получится, что каждый год заболевают, по меньшей мере, 6,5 тыс. детей. А если учесть погрешности статистики, ошибки диагностики или неверное установление причины смерти ребенка, эта цифра увеличится более чем на одну треть. За три десятилетия учеными института накоплен колоссальный опыт работы. О новых методах диагностики и лечения злокачественных новообразований у детей беседа с заместителем директора по научной работе НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, доктором медицинских наук, профессором В.Г.ПОЛЯКОВЫМ.

SUMMARY

Vladimir POLYAKOV, deputy director for science at the Scientific Research Institute for Child Oncology and Hematology at the Russian Oncology Scientific Centre (RAMN), highlights the problems of child oncology. Among the question answered are: modern treatment technologies, side effects, the advantages of transplantation, application of stem therapy, methods of diagnostics, prophylaxis by vaccination. Specially, V. Polyakov rests upon the problem of personnel leakage and the clinic's technique facilities lacking to meet the world standards.



[?] Владимир Георгиевич, по статистике, число регистрируемых детей со злокачественными опухолями увеличилось за последнее десятилетие на 20%. С чем это связано?

— В структуре общей заболеваемости детей злокачественные опухоли составляют 2%. В списке причин детской летальности эта патология стоит на втором месте после несчастных случаев и травматизма и составляет 13%, что довольно много. Это связано главным образом с неблагоприятными факторами окружающей среды и техногенными катастрофами. К примеру, после аварии на Чернобыльской АЭС заболеваемость раком щитовидной железы у детей заметно возросла. Впрочем, увеличилась частота не только опухолевой, но и различной другой патологии вследствие мощного негативного воздействия на иммунную систему. С другой стороны, современные методы исследований позволяют более точно диагностировать онкологические заболевания, что неизбежно сказывается на статистике.

Вместе с тем число излеченных детей с онкологическими заболеваниями тоже ежегодно увеличивается. За последние 40 лет мы научились лечить многие нозологические формы. Причем постоянного внимания и контроля со стороны врачей требуют не только больные с первичной опухолью или рецидивом, но и те пациенты, которые выздоровели. Еще минимум пять лет они должны наблюдаться у детских онкологов и проходить комплексную реабилитацию.

[?] Какие же технологии лечения онкологических заболеваний преимущественно используются в настоящее время?



Профессор В.Г.Поляков.

— В нашей работе используется много различных технологий, как старых, уже известных, так и новых, представляющих собой современные достижения мировой медицины. Мы берем лучшие

методики западной и восточной медицины — лишь бы, как говорится, польза была. Вообще противоопухолевое лечение начало развиваться с хирургии. Особенно это касается солидных злокачественных заболеваний — почек, печени, глаз, мягких тканей, костей, кожи, нервных стволов и их оболочек. Но биологические особенности злокачественной опухоли тако-

вы, что только удалить ее хирургическим путем совершенно недостаточно. Хотя опухоль и располагается локально, она обладает высоким потенциалом к регионарному и отдаленному метастазированию. Раньше мы не всегда могли определить наличие скрытых метастазов, поэтому результаты хирургического лечения были очень низки-

ми — выздоравливали всего 12—25% больных.

Затем стали активно развиваться методы лучевой терапии, в частности рентгенотерапия, которая со временем была заменена на дистанционную гамма-терапию. Сейчас используется преимущественно мегавольтная терапия — протонный пучок, обладающий наибольшим повреждающим воздействием на злокачественные клетки и наименьшим — на здоровые ткани. Но настоящую революцию в детской онкологии произвела химиотерапия, которая показала свою высокую эффективность и позволила вернуть жизнь многим практически безнадежным больным. Прежде всего это касается детей, заболевших острым лейкозом, лимфо-

гранулематозом, лимфосаркомой. Со временем монохимиотерапия превратилась в полихимиотерапию с использованием комбинаций из нескольких препаратов по определенным схемам. При этом суммарная энергия их лечебных компонентов усиливает терапевтический эффект.

Можно сказать, что за последние 10—15 лет мы достигли в лечении онкологических заболеваний колоссальных успехов именно благодаря комбинации различных методов — химиотерапевтическому лечению, применению современных методов лучевой терапии и, безусловно, хирургическому вмешательству, которое тоже совершенствуется и развивается.

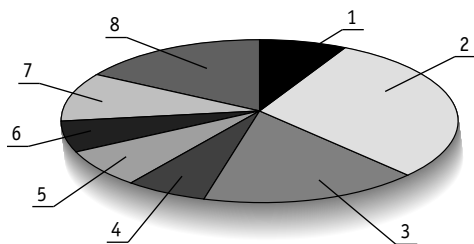
[?] Но вернемся к химиотерапии. Ее положительный эффект при лечении злокачественных опухолей известен. Однако известны также негативные побочные проявления при этом виде лечения. Как удастся с ними бороться?

— К сожалению, химиотерапия действительно обладает серьезными негативными побочными проявле-

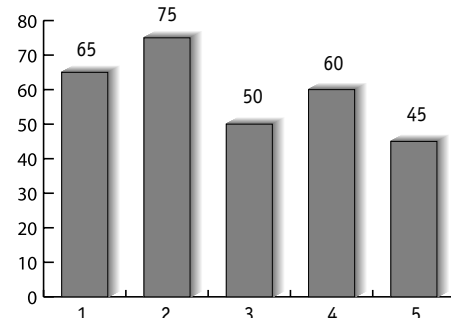


РИСУНОК 1 Структура злокачественных опухолей у детей

ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ — 12—15 НА 100.000 ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ



Источник: НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН

РИСУНОК 2 5-летняя выживаемость детей со злокачественными опухолями (по данным НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН)

1 — лимфобластный лейкоз
2 — лимфогранулематоз
3 — лимфосаркома
4 — нефробластома
5 — остеогенная саркома

ниями, такими как кардиотоксичность, нефротоксичность, нейротоксичность, гепатотоксичность и особенно миелотоксичность, то есть воздействие на клетки кроветворной системы. Во время проведения химиотерапии снижается количество лейкоцитов, тромбоцитов, снижается уровень гемоглобина и становится невозможным проводить дальнейшее лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами. По принципу пропорционального действия, чтобы получить более выраженный эффект, надо вводить более высокие дозы химиопрепаратов. Но беда в том, что этот же токсический эффект приходится и на здоровые клетки. В результате ребенок может погибнуть не от злокачественного процесса, а от осложнений проводимого лечения. Поэтому огромное внимание уделяется сопроводительной терапии, обязательными компонентами которой являются инфузия различного рода жидкостей, компонентов крови, антибиотиков и противогрибковых препаратов, а также стимуляторов гемопоэза — цитокинов, назначение противорвотных, кардио-, гепато-, нейро- и нефротропных препаратов, предохраняющих органы от повреждения или уменьшающих его. Все это послужило для ученых всего мира толчком к поиску оптимального выхода. Так, появился новый метод лечения — трансплантация костного мозга. Суть его в том, что у ребенка, которому предстоит химиотерапия, забирается костный мозг, если он, конечно, не

поражен метастазами, определенным образом обрабатывается, разливается в специальные герметичные стерильные пакеты, маркируется, замораживается и хранится в банке криоконсервации костного мозга в нашем научном центре. После этого проводится очень агрессивная высокодозная химиотерапия, поражающая опухолевые клетки. Но, к сожалению, при этом практически погибает и костный мозг — источник кроветворения.

И когда тяжесть осложнений у ребенка достигает критического уровня, его костный мозг размораживается и пересаживается обратно. Поскольку для ребенка это «родной» костный мозг, он тут же приживается, включается в работу, и костномозговое кроветворение восстанавливается.

[?] Владимир Георгиевич, можно ли рассматривать трансплантацию костного мозга как панацею при лечении злокачественных опухолей, или это последняя надежда, результат которой также непредсказуем?

— Трансплантация костного мозга — это на самом деле последняя возможность сохранить ребенку жизнь. Как правило, на трансплантацию идут больные с резистентной к химиотерапии опухолью, либо больные с рецидивами, либо больные с метастазами, — иными словами, самая тяжелая категория пациентов в возрасте от нескольких месяцев до 15 лет, которым уже ничем иным

помочь нельзя. Не все такие больные выздоравливают. Ребенок может погибнуть как от прогрессирования, так и от осложнений высокодозной химиотерапии, поскольку на этом фоне часто присоединяется септическое состояние, а защитных сил у него уже нет. Трансплантация костного мозга почти вдвое увеличивает процент выживаемости таких детей — с 25 до 45%. Но даже у тех, кто выздоравливает, все-таки встречаются рецидивы, правда, в два раза реже, чем при лечении больных без высокодозной полихимиотерапии. К примеру, у крайне тяжелой категории больных с рецидивом неходжкинской лимфомы безрецидивная выживаемость с трансплантацией костного мозга составляет 70%, без трансплантации — 42%. Так что называть трансплантацию костного мозга панацеей нельзя, но то, что она спасает жизнь многим детям, очевидно.

Пересадка костного мозга — очень трудоемкий и дорогой процесс. В нашем институте пересадка проводится в пяти стерильных боксах отделения трансплантации костного мозга, созданном с помощью коллег (профессор Стюарт Сигал) из Лос-Анджелесского детского госпиталя в 1991 году. Сейчас здесь производится 20–25 трансплантаций ежегодно. В России это самый большой и продолжительный опыт. У нас работают очень квалифицированные специалисты, которые проходили полугодовую специализацию во Франции и США.

[?] Что Америка нам дает, понятно. Но есть ли нечто такое, что мы можем дать Западу?

— Мы отдаем Западу главное — наших профессионалов, как ни грустно это сознавать. Многие специалисты нашего института уехали в США, теперь работают на американскую науку — получили там гранты, возглавили лаборатории. Наше государство очень недальновидно, раз так разбазаривает российские умы. И Америка этим пользуется. Что касается приложения рук в хирургии, то наши умельцы покруче, чем на Западе. Я наблюдал операции во многих зарубежных клиниках, и должен сказать, что при том техническом оснащении, которое мы имеем, наши доктора делают совершенно потрясающие вещи. Если бы у нас были такие возможности, как у американцев, то наши показатели были бы намного лучше, чем у них. Что касается химиотерапии, то она везде одинаковая: мы пользуемся теми же импортными препаратами. Разница в том, что мы работаем на энтузиазме, а они — за хорошую зарплату. Поэтому молодые специалисты крайне неохотно идут в детскую онкологию.

[?] В наши дни стволовые клетки применяются при лечении многих заболеваний. Насколько активно их использование в детской онкологии?

— Применением стволовых клеток в лечении детей со злокачественными новообразованиями нередко диктуется жизненной необходимостью. Существует три пути получения стволовых клеток крови. Прежде всего, это сбор костного мозга с достаточным количеством стволовых клеток, получение стволовых клеток из пуповинной крови, а также из периферической крови. На настоящем этапе наиболее рациональным и перспективным считается сбор стволовых клеток из периферической крови. Это сулит очень большие перспективы в будущем: собственные стволовые клетки, собранные у здорового человека и хранящиеся десятки лет при супернизких температурах, могут быть активно использованы в будущем у этого же человека при лече-

нии многих заболеваний, в том числе онкологических.

За рубежом существуют банки иммунофенотипирования стволовых клеток, позволяющие подобрать подходящие для человека неродственные клетки, хотя это очень сложно и невероятно дорого. Одной из основных проблем, ограничивающих применение аллогенной трансплантации, является отсутствие совместимых доноров. По данным международного регистра добровольных доноров, только около 30% больных, имеющих показания к трансплантации, имеют совместимых доноров среди родственников. В России применяется либо аутотрансплантация, когда стволовые клетки забираются у самого больного, либо аллогенная трансплантация от родственных частично совместимых доноров, когда стволовые клетки забираются, как правило, у одного из родителей. Для снижения частоты реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ) в нашем отделении разработаны методики, снижающие риск развития острой и хронической РТПХ и реакции отторжения.

Гаплоидентичная трансплантация — это совершенно потрясающая, интереснейшая вещь. Клетки донора борются против опухолевых клеток ребенка, и тем самым достигается положительный эффект. Дело в том, что при гаплоидентичной трансплантации собственная иммунная система ребенка практически убивается, и он приобретает иммунный статус того человека, кто дал ему эти клетки. Меняется даже группа крови. Возникают так называемые химеры, порой наблюдается стопроцентный химеризм. Мы начали активно внедрять этот метод два года назад и к настоящему времени наработали достаточно приличный опыт в отделении трансплантации костного мозга.

[?] Правильно и своевременно поставленный диагноз имеет большое значение при любом заболевании, а в онкологии особенно. Какие методы диагностики используются в настоящее время?

— Наряду с лучевыми методами, куда входят рентген, всевозможные контрастные и ангиографическое исследова-

ния, активно используются магнитно-резонансная томография и компьютерное томографическое исследование. Однако в последние годы все более активно развивается позитронное эмиссионное томографическое исследование (ПЭТ), основанное на захвате опухолью глюкозы. Это очень перспективное направление, особенно в клинической онкологии. К сожалению, в нашем центре позитронное эмиссионное томографическое исследование не проводится. В настоящий момент, насколько мне известно, в России ПЭТ-установки имеются в кардиологическом центре в Москве и в институте онкологии в Санкт-Петербурге.

Из других современных методов следует назвать иммунофенотипирование и иммуногистохимические исследования. Обычный гистологический анализ по сравнению с иммуногистохимией — каменный век. Причем сейчас все чаще используются иммунологические исследования с моноклональными антителами, которые тропны к определенной опухолевой ткани. Для каждого вида опухолей существуют свои маркеры, позволяющие правильно поставить диагноз опухоли, отличить солидные опухоли от системных заболеваний. Это чрезвычайно важно, потому что именно точность диагноза позволяет дифференцированно подходить к терапии того или иного заболевания.

Цитологическая диагностика — также одно из действенных направлений, которое прежде незаслуженно обходилось стороной зарубежными коллегами, но сейчас они вновь переключились на это простое, доступное и очень информативное исследование. А вот в России оно прижилось давно и стало очень популярным. Это то, что за рубежом называют fine needle aspiration biopsy (FNAB) — тонкоигольная аспирационная биопсия, а вернее — пункция. Кроме того, сейчас можно проводить иммуногистохимическое исследование на основании только пункции — не надо подвергать человека хирургическому вмешательству, чтобы брать ткани на исследование. Порой только по цитологическому анализу тканей можно не только установить злокачественность новообразования, но и опре-

делить его гистологическую структуру. По-прежнему в ходу радиоизотопные методы диагностики. Применение в сцинтиграфии современных радионуклидных препаратов позволяет выявить функционирующие и нефункционирующие части органа — щитовидной железы, печени и т.д.

Еще одна очень современная тенденция — развитие молекулярной генетики при постановке диагноза. Во-первых, молекулярно-генетические методы диагностики помогают установить наличие опухоли на ранних стадиях. Во-вторых, молекулярная генетика используется при разработке различных маркеров, определяющих биологическую активность опухоли. Раньше мы не учитывали биологическую активность опухоли при решении терапевтических задач или проведении хирургического вмешательства. Например, оперировали опухоли при высокой биологической активности, и, конечно же, результаты таких операций были не очень хорошими: опухоль все равно затаивалась где-то в организме и спустя какое-то время выявлялась в виде метастазов или рецидива новообразования. С появлением маркеров стало понятно, что если оперировать при нулевой биологической активности, проведя вслед за этим химиотерапию и лучевую терапию, то надежды на выздоровление значительно больше.

Но вы абсолютно правы, результаты ошибок диагностики дорого обходятся нашим пациентам. Неправильный диагноз влечет за собой неадекватность терапии и хирургических вмешательств, запущенность болезни и необходимость проведения повторных операций, проблемы при хирургическом лечении и, как результат, ухудшение лечения и инвалидизацию ребенка.

Однако к причинам поздней диагностики злокачественных опухолей я бы отнес не только отсутствие онкологической настороженности у педиатров или врачебные и морфологические ошибки. Есть немало причин, от врачей не зависящих. Это высокая биологическая активность клеток, быстрый рост опухоли, скрытое течение заболевания, которое к тому же часто прячется под маской простудных или вирусных ин-

фекций. Добавьте сюда не всегда внимательное отношение родителей к жалобам ребенка или его неспособность объективно передать свои ощущения в силу малого возраста, что очень затрудняет обследование. На самом деле это большая проблема, дети поступают к нам в запущенных стадиях, и помочь им бывает уже чрезвычайно трудно.

[?] Скажите, какой минимальный возраст больных злокачественными новообразованиями был в Вашей практике?

— От рождения. К сожалению, врожденные опухоли встречаются не так уж редко. Трудно сказать, чем это обусловлено. Причиной может быть работа на вредном производстве отца или матери во время беременности, служба в ракетных войсках, где мужчина мог получить дозу радиации. В этих случаях мутации в сперматозоидах или яйцеклетке могут вызвать злокачественное новообразование у ребенка.

У нас также немало детей, у которых злокачественные опухоли развиваются в течение первого года жизни. Преимущественно это нейробластомы, то есть опухоли забрюшинного пространства, нефробластомы, то есть опухоли почек, ретинобластомы, то есть злокачественные заболевания сетчатки глаза, причем часто это генетически обусловленные двусторонние поражения, передающиеся по наследству. Если раньше в таких случаях мы попросту удаляли глаз, то в течение последнего десятилетия стало возможным органосохраняющее лечение: проводится химиотерапия и облучение глаза без удаления глазного яблока. Мы сохраняем подвижный глаз из косметических соображений, а в ряде случаев удается даже сохранить светоощущение и бинокулярное зрение, при котором человек может различать предметы, и это ему очень помогает в жизни.

[?] Известно, что органосохраняющее лечение — это особая тенденция Вашего института.

— Да, в прошлом году пять сотрудников института стали лауреатами премии Российского онкологического научно-го центра за разработку органосохра-

няющего лечения у детей. В настоящее время эти методы применяются не только при лечении опухолей глаза, но и щитовидной железы, почек, при костных саркомах, когда вместо того, чтобы ампутировать конечность, делается эндопротезирование, и ребенок ходит потом на своих ногах. При нефробластомах почка не удаляется, а делается ее резекция, в результате чего она восстанавливается и функционирует, как здоровый орган. Если до 2000 года умирали 72% детей с двусторонней нефробластомой, то сейчас, с использованием органосохраняющего лечения, умирают только 20%, а с односторонней нефробластомой — 10%.

Это многообещающий профиль нашей работы, мы будем стараться развивать его при других локализациях, в частности опухоли печени. Раньше мы просто оперировали таких детей: если была поражена одна доля, убирали долю целиком, если были поражены обе доли, больной считался безнадежным. Сейчас при поражении обеих долей печени проводится интенсивная химиотерапия, которая вызывает выраженный лекарственный патоморфоз, т.е. убивает опухолевые клетки. Опухоль сокращается настолько, что позволяет делать лишь ограниченные резекции печени. Это значительно улучшает результаты лечения: большая часть печени сохраняется, меньше травматизм и кровопотеря.

Использование органосохраняющих хирургических вмешательств является перспективным и современным методом, значительно улучшающим качество жизни при комплексном лечении детей с онкологическими заболеваниями. Мы стремимся не только излечивать ребенка от опухоли, но и избавлять его от физической и психической инвалидизации.

[?] И каковы результаты лечения?

— Возьмем наш главный показатель — выживаемость детей, скажем, за последние 10 лет. Итак, выживаемость больных остеосаркомой составила 68,5%, саркомой Юинга — 67%, рабдомиосаркомой неблагоприятных локализаций в I стадии заболевания — 100%, в IV — менее 20%. Общая выживаемость

больных ретинобластомой — 93%, раком щитовидной железы — 100%, острым лимфобластным лейкозом — 78,9%, острым нелимфобластным (миелоидным) лейкозом — 50,9%, злокачественными опухолями ЦНС — 35–50%, нефробластомой — 85%. Полученные результаты заставляют нас пересмотреть стратегические и тактические подходы к онкохирургическим вмешательствам у детей. В перспективе новые подходы к программному лечению больных злокачественными опухолями детей должны предполагать стопроцентное выздоровление с максимально возможным сохранением функций органов.

[?] Как бы Вы оценили сегодняшний российский опыт на международном уровне?

— По одним нозологическим формам мы находимся на уровне международных стандартов, по другим — отстаем. Почему отстаем? Не хватает специальной аппаратуры, операционных столов, препаратов. Сейчас лечение онкологического больного — это строгий протокол, который должен быть выполнен от начала до конца, с соблюдением всех нюансов и пунктов, которые в него включены. Если надо вводить химиопрепараты на 21-й день, значит, их надо ввести именно в этот день. Если протокол требует введения цитокинов в течение трех дней, их надо вводить. Если нужна антибактериальная поддержка такими-то препаратами, значит, она должна быть. Но в действительности часто бывает так: ребенок госпитализирован, мы начинаем химиотерапию, а в аптеке закончился нужный препарат. Протокол ломается, родители или спонсоры, чтобы не прерывать лечение, вынуждены покупать препараты. Если график сломался, результаты лечения резко снижаются. Это сильно влияет на наши показатели выживаемости в сопоставлении с зарубежными клиниками, где обеспеченность полная. До той поры, пока на государственном уровне не будет решена проблема финансирования государственных медицинских организаций, других результатов ожидать не приходится.

[?] А как Вы относитесь к версии инфекционной природы раковых заболеваний?

— Я мог бы привести три десятка версий развития злокачественных новообразований, но они все теоретические. Хотя в последние годы вирусному канцерогенезу придается большое значение. В НИИ канцерогенеза Российского онкологического научного центра очень серьезно занимаются не только механизмами канцерогенеза в целом, генетикой и цитогенетикой опухолевых клеток, влиянием канцерогенных веществ, иммунохимией опухоли, противоопухолевым иммунитетом, но и проблемой вирусной природы рака, молекулярной биологией вирусов и регуляцией клеточных и вирусных онкогенов. Учеными уже сделаны некоторые открытия, приближающие нас к причинам появления злокачественных новообразований. Но окончательные выводы пока преждевременны, это дело будущего. А вот инфекционные заболевания — настоящий бич детской онкологии, и борьба с инфекциями является проблемой весьма актуальной.

[?] Игрет ли какую-то роль в решении этой проблемы вакцинопрофилактика?

— Опухоль повреждает иммунную систему ребенка, химиотерапия еще более усугубляет процесс, поэтому к больному буквально липнет любая вирусная инфекция, которая к тому же протекает очень тяжело и с различными осложнениями. Если ребенок заболел, он на месяц-полтора выпадает из схемы лечения. За это время активизируется опухоль, а поскольку на фоне вирусного заболевания эффективного лечения не проведешь, больной чаще всего погибает. Поэтому в последние годы мы стали разрабатывать вакцинопрофилактику заболеваний, которые можно предотвратить. Раньше боялись вакцинировать онкологических детей, и если такой ребенок попадал на участок, врачи вообще не знали, что с ним делать. Совместно с Институтом иммунологии Федерального медико-биологического агентства мы провели очень интересные работы: посмотрели им-

мунную систему онкологических больных и через два года после восстановления стали делать все положенные по возрасту прививки, которые ребенок пропустил из-за болезни. Сначала подходили с осторожностью, потому что не знали, как отреагирует иммунная система, боялись возможных рецидивов, потом смелее.

Сейчас мы проводим у наших больных вакцинопрофилактику против гепатита В. Лечение у нас длительное, связанное с трансфузией крови, введением различных препаратов и взятием анализов, поэтому всегда есть вероятность заразиться гепатитом В, даже несмотря на использование одноразовых шприцев и многократные проверки крови в донорских пунктах. Внедрение вакцинопрофилактики против гепатита В у детей с онкогематологическими заболеваниями дало очень хорошие результаты: заболеваемость этой патологией снизилась ровно в 3,5 раза — с 19,6 до 5,6%. Мы дали толчок этому научному направлению, которое сейчас широко распространяется по России, — уже прошло несколько диссертационных исследований по этой теме. Сейчас решаем аналогичную проблему с ветряной оспой. Это частое детское заболевание, очень контактное, и если один больной попадает в клинику, заболевает сразу все отделение.

[?] Скажите, что делается для облегчения последних дней жизни ребенка, если врачи все же оказались бессильны ему помочь?

— У инкурабельных больных возникает болевой синдром, развивается различная полиорганная недостаточность — сердечная, почечная, дыхательная. Такие дети нуждаются в паллиативных мерах — симптоматическом помогающем лечении, направленном на облегчение страданий, которые они испытывают на последнем этапе. Для того чтобы облегчить последние дни их жизни, мы организуем хосписы на дому по западному варианту. Разработка методов паллиативного лечения больных — одно из приоритетных направлений работы нашего института.

[?] Владимир Георгиевич, а были хоть один случай в Вашей врачебной практике, когда мать просила бы Вас применить эвтаназию по отношению к ее ребенку?

— Такие случаи были, и не один. Родители встречаются разные. Есть умные, образованные, интеллигентные люди, которые все понимают, есть те, которые до самого конца не осознают, что их ребенку помочь уже ничем нельзя. Когда мать видит, что ребенок угасает, и при этом испытывает сильнейшую боль, требующую введения наркотических препаратов, она просит его усыпить. Но эвтаназия — очень сложный и неоднозначный вопрос, за ним стоит большая моральная проблема. Сегодня, в порыве отчаяния, мать считает так, а завтра она будет думать по-другому, казнить себя и всех, кто был причастен к этому действию. Кроме того, эвтаназия может стать средством криминала, под нее можно списать все что угодно, потому что недоказуемо, сознательно это сделано или нет, по показаниям или без показаний. И кто, скажите, эти показания определял?

Лично я отношусь к эвтаназии отрицательно. Конечно, в легкой безболезненной смерти есть рациональное зерно, но у меня как у врача и как человека не поднялась бы рука усыпить человека. Даже глядя на те мучения, которые испытывают больные, особенно дети, на последней стадии заболевания. Главное в такой ситуации — обеспечить все необходимые и комфортные условия, заботу, насколько это возможно, положительный эмоциональный фон, отсутствие боли, максимальное уменьшение страданий. Я много над этим думал, лично знаком со многими взрослыми людьми, которые были яркими противниками эвтаназии, но после того, как сами прошли через тяжелейшую операцию, резко изменили свое мнение. У нас в институте тоже были дискуссии по этому поводу. Среди наших докторов есть сторонники эвтаназии, есть противники, но моя позиция такова: не я дал жизнь этому человеку, не мне ее и забирать.

Беседовала

Ольга ФЕДОТОВА, «Ремедиум»

