

## «Мы не вылечиваем всех больных, но это совсем не безнадежное дело»



*Масчан Алексей Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе, директор Института гематологии, иммунологии и клеточных технологий ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, член экспертного совета фонда «Подари жизнь». Сферы клинических и научных интересов: острые лейкозы, хронический миелоидный лейкоз, синдромы костномозговой недостаточности, молекулярная генетика и экспериментальная терапия.*

— **Алексей Александрович, расскажите, пожалуйста, об основных этапах становления системы оказания медицинской помощи детям с онкогематологическими заболеваниями у нас в стране.**

— К сегодняшней структурно передовой системе мы пришли не сразу. Надо напомнить первый этап этого долгого пути, когда в середине 60-х годов в Морозовской больнице было организовано первое в России отделение гематологии, где работал небольшой коллектив: два доктора и одна старшая медсестра. В дальнейшем к ним присоединился создатель онкологического научного центра, а точнее — детской онкологии, Лев Абрамович Дурнов. Пришло понимание того, что именно в детской онкологии можно достичь наилучших результатов в лечении больных. Сначала единой системы не было. Нынешняя начала строиться, когда рухнул Советский Союз, исчезла монополия на знания и свободу передвижения и появилась возможность получать дополнительное образование за рубежом.

Во-первых, пришло осознание, что детская гематология и онкология — единая специальность. Во-вторых, мы поняли, что детям с онкологическими заболеваниями невозможно оказать помощь в рамках общепринятых подходов к лечению взрослых. В регионах стала развиваться сеть отделений детской гематологии и онкологии на базе детских многопрофильных больниц. С насыщением этой сети технологиями и лекарствами, с получением врачами

специальных знаний и сформировалась система, которая сейчас неплохо функционирует. Кроме двух федеральных центров, в ней более 80 центров по всей стране, из которых только 10 созданы на базе онкологических диспансеров, остальные — на базе многопрофильных больниц. Это основные этапы, и я думаю, что мы создали структуру, к которой стремились. Но это не значит, что мы достигли всех желаемых результатов: во-первых, вылечить как можно больше пациентов с опухолями и другими тяжелыми заболеваниями, во-вторых, сделать это наименее травматичным способом.

— **Какие успехи достигнуты в лечении лимфобластного лейкоза — самой частой злокачественной опухоли у детей?**

— Мой старший друг и директор нашего центра — академик и профессор Александр Григорьевич Румянцев — в своей диссертации по лимфобластному лейкозу в 1983 году предложил много новшеств, которые, к сожалению, тогда еще не были поняты и осознаны. В то время в самых продвинутых центрах, например в Морозовской больнице, выживаемость больных лейкозом была около 20%, а в целом по стране выздоравливали около 7% пациентов. И самое обидное заключалось в том, что у врачей были лекарства, необходимые для лечения по меньшей мере 60% больных. Однако страна была закрытой, технологии и идеи до врачей не доходили, они не знали базовых принципов лечения лейкозов и способов борьбы с ослож-

нениями, в общем, к сожалению, знали совсем мало.

Важную роль сыграла возможность обмениваться опытом с иностранными коллегами, появившаяся с открытием страны. И мы очень быстро научились. Внедрили в практику протокол BFM, которым уже пользовались в Германии, Австрии и Швейцарии. Четкое выполнение протокола сразу позволило повысить результат ровно в 10 раз, что и произошло за 5 лет, с 1987 по 1992 год. Однако оказалось, что программа BFM слишком сложна для тогда еще несовершенной технологической системы лечения лейкоза в России. Кроме того, она концептуально слишком агрессивна для большинства больных лейкозами. И один из наших сотрудников, Александр Александрович Карачунский, будучи на стажировке в Берлине, совместно со своим патроном — профессором Хенсом, одним из основателей программы BFM, предложил программу «Москва — Берлин», где были учтены последние наработки и получили развитие некоторые идеи других школ (американских, голландской). Эти разработки соединили в очень логичный протокол, которому сначала следовали только в нашем центре, а потом к нам присоединилась и Морозовская больница. Сейчас этот протокол объединяет более 50 центров и по нему лечат около 80% всех пациентов с лимфобластным лейкозом в России.

Сегодня подведены итоги применения протокола 2008 года. Выживаемость пациентов превысила 80%, а в группах стандартного и промежуточного риска —

90%. И если уменьшить токсическую смертность, к сожалению, у нас пока превышающую западные показатели, то выживаемость еще увеличится. Но это уже потолок, которого можно достичь с помощью классической химиотерапии. Мы можем показать такой результат: 80% выживаемости в настоящее время по сравнению с 7% в 80-е годы. Однако сейчас открываются новые возможности благодаря появлению новой генерации препаратов, использующих собственную иммунную систему для борьбы с опухолью, снижения токсичности и экспозиции химиотерапевтических препаратов.

**— Вы стояли у истоков формирования подхода к лечению апластических анемий. Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее.**

— Апластическая анемия — одно из очень редких заболеваний костного мозга у детей, оно встречается примерно в 10 раз реже, чем острый лейкоз. Когда мы начали заниматься этой проблемой, вероятность излечения больных апластической анемией (все лечение заключалось в удалении селезенки) была крайне низкой. Так получилось, что я курировал таких пациентов в Российской детской клинической больнице. И, конечно, в первые годы смертность была очень высокой, оказывать помощь больным в полном объеме не было возможности.

Я учился год во Франции, как раз в том отделении, где впервые применили антитимоцитарный глобулин для лечения апластической анемии. Потом в течение 5 лет мы получали помощь от американских спонсоров, благодаря чему внедрили программу иммуносупрессивной терапии апластических анемий. Больные стали выздоравливать, и наши результаты приблизились к результатам коллег на Западе. Кроме того, в нашей больнице развивалась программа трансплантации костного мозга. Мы первыми в стране успешно выполнили пересадку костного мозга детям, больным апластической анемией. Сейчас в нашей базе данных уже больше 400 пациентов, получивших комбинированную иммуносупрессивную терапию, и более 100 пациентов, которым проведена трансплантация костного мозга.

Продолжая развивать эту программу, мы подошли к тому, о чем я мечтал 20 лет назад, — к пересадке костного мозга от неродственного донора и от родителей. Для этого нужно было пройти огромный, очень тяжелый путь, многое переосмыслить, получить совершенно новое оборудование. Теперь мы очень хорошо вооружены. И у детей с этим тяжелым заболеванием есть реальный шанс выжить, а каждый умерший пациент

для нас — трагедия. У нас из 10 первых больных выжил только один — это было примерно столько же, сколько на Западе в 70-х годах. Сейчас выздоравливают 85% пациентов. Однако это все же не 100%, поэтому результаты нас не удовлетворяют. Достаточно посмотреть на родителей, чей ребенок попал в 10% пациентов, которых не вылечили, чтобы осознать необходимость добиваться еще лучших результатов.

**— Каким образом финансируются лечение детей с онкогематологическими заболеваниями и научные разработки в данной области?**

— Далеко не лучшим образом сказался перевод здравоохранения, в частности в области детской онкологии, на одноканальное финансирование. Тарифы ОМС во много раз ниже, чем нужно для лечения детей с онкологическими заболеваниями. Например, так называемая квота, или объем медицинской помощи для лечения ребенка с лейкозом, составляет 220 тысяч рублей. Это себестоимость примерно недели современной терапии, а иногда и дня. В результате врачи вынуждены разбивать лечение на этапы и использовать несколько квот для лечения одного больного.

По поводу финансирования научных разработок в области детской гематологии можно сказать следующее. Поскольку детский рак, как и все опухоли, — заболевание редкое, то оценить эффективность того или иного вида лечения можно только в рандомизированных мультицентровых клинических исследованиях. А единственное рандомизированное исследование в нашей стране (лечение лимфобластного лейкоза, ведется нашим центром) проводится полностью на спонсорские деньги.

**— За рубежом такая же ситуация?**

— За рубежом ситуация принципиально другая, например в Германии. Там министерство здравоохранения не оплачивает лечение пациента, если он не входит в клиническое исследование. Этим все сказано. Очень важная тема — благотворительная помощь, развитая во всех странах, даже в богатых странах Западной Европы, где есть большое количество фондов, готовых давать деньги на научные изыскания, помощь конкретному пациенту и так далее. У нас тоже существуют такие фонды, но их возможности ограничены. Фонд «Подари жизнь» — крупный даже по международным критериям, но, конечно, и его возможности не безграничны.

**— Недавно Вы выступили по поводу законодательных инициатив, в со-**

**ответствии с которыми чиновники будут выезжать за рубеж для контроля производства импортных лекарственных препаратов, что закрывает дорогу на российский рынок некоторым проверенным препаратам зарубежного производства. Что Вы думаете по этому поводу?**

— В западных странах таких инспекций нет, если производство поддерживается в одних и тех же условиях и не переносится на другие территории, то повторной сертификации не требуется. Считаю, что это совершенно не поможет отечественным производителям и помещает зарубежным, поскольку у отечественных производителей многих препаратов не существует, а лекарства, которые уже производят, не смогут попасть на российский рынок. Я выступал по поводу препарата «Атгам» — это антитимоцитарная сыворотка для лечения апластической анемии. Его очень давно производят в Америке, для чего содержат табун лошадей, их иммунизируют и по отработанным технологиям получают препарат; это очень сложное производство. Данным препаратом в Америке лечат уже 40 лет! Возвращаясь к проблемам сертификации, должен сказать, что это законодательство достаточно непродуманно.

**— Как социально активный человек, Вы выступаете по телевидению, даете интервью. Каковы, на Ваш взгляд, основные проблемы детской онкогематологии, о которых должны знать не только представители врачебного сообщества, но и обычные люди?**

— Прежде всего, людям необходимо знать о том, что результаты, о которых мы сообщаем, — правда. Да, мы не вылечиваем всех больных, но это совсем не безнадежное дело, детей надо лечить, в дальнейшем они должны стать такими же взрослыми людьми, как и все остальные, у них на это есть все шансы. Заболевший ребенок имеет право на такую же жизнь, как и здоровый, и всем детям должны быть предоставлены равные возможности. Людям также надо знать, что, к сожалению, у нас есть затруднения с паллиативной помощью, с доступностью нужных лекарств. Родители имеют право прийти к своим детям и в больницу, и в реанимацию; где бы ребенок ни находился, он должен быть с родителями. И самое главное — никто не имеет права нарушать права больного ребенка, какими бы благими намерениями это ни было вызвано. Вот об этом должны знать люди.

Специально для *Доктор.Ру*  
Родин Р. Ю.