

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	5
Список сокращений и условных обозначений	6
Предисловие	7
Пролог	10
Глава 1. Особенности злокачественных новообразований у детей.	13
Глава 2. Деонтологические аспекты.	19
Глава 3. Апоптоз и его роль в развитии злокачественных новообразований.	27
Глава 4. Гемобластозы.	40
4.1. Острые лейкозы	40
4.2. Хронический миелолейкоз	67
4.3. Хромосомный анализ в диагностике и прогнозировании лейкозов	81
4.4. Злокачественные лимфомы	132
4.4.1. Лимфома Ходжкина.	133
4.4.2. Неходжкинские лимфомы	137
Глава 5. Опухоли головного и спинного мозга	143
5.1. Клиническая классификация.	145
5.2. Классификация опухолей центральной нервной системы (ВОЗ, 2016)	145
5.2.1. Диффузные астроцитомы и олигодендроглиальные опухоли.	145
5.2.2. Другие астроцитарные опухоли	146
5.2.3. Эпендимарные опухоли	146
5.2.4. Другие глиомы	146
5.2.5. Опухоли сосудистого сплетения.	146
5.2.6. Нейрональные и смешанные нейронально-глиальные опухоли	146
5.2.7. Опухоли пинеальной области	147
5.2.8. Эмбриональные опухоли	147
5.2.9. Опухоли черепных и параспинальных нервов.	148
5.2.10. Менингиомы	148
5.2.11. Мезенхимальные неменинготелиальные опухоли	148
5.2.12. Меланотические опухоли.	149
5.2.13. Лимфомы	149

5.2.14. Гистиоцитарные опухоли	150
5.2.15. Герминативно-клеточные опухоли	150
5.2.16. Опухоли селезённой области	150
5.2.17. Классификация опухолей по локализации	151
5.2.18. Инфратенториальные опухоли	151
5.2.19. Супратенториальные опухоли.	151
5.2.20. Опухоли спинного мозга	151
5.3. Клиническое течение	151
5.4. Диагностика	153
5.5. Лечение.	154
Глава 6. Эмбриональные опухоли	157
6.1. Нефробластома.	157
6.2. Нейробластома.	162
6.3. Ретинобластома	168
6.4. Герминогенные опухоли.	171
6.5. Гепатобластома.	176
Глава 7. Злокачественные и доброкачественные опухоли костей.	180
7.1. Остеосаркома.	180
7.2. Саркома Юинга	188
7.3. Доброкачественные образования костей	194
Глава 8. Злокачественные и доброкачественные опухоли мягких тканей. . .	198
8.1. Саркомы мягких тканей	198
8.2. Доброкачественные опухоли мягких тканей.	204
Глава 9. Опухолевидные образования средостения и брюшной полости . .	211
9.1. Опухолевидные образования средостения.	211
9.2. Опухолевидные образования брюшной полости	217
Глава 10. Сосудистые опухоли и ангиодисплазии.	220
Глава 11. Редкие опухоли у детей.	230
11.1. Рак щитовидной железы	230
11.2. Рак носоглотки	236
11.3. Опухоли слюнных желёз.	241
Глава 12. Основные принципы внутривенного введения химиопрепаратов.	249
Глава 13. Трансплантация гематопозитических стволовых клеток	260
Тестовые задания	292
Ответы к тестовым заданиям	411
Заключение	418
Список литературы.	419
Предметный указатель	420

Глава 1

ОСОБЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Онкология детского возраста — чрезвычайно своеобразная медицинская дисциплина. Это связано как со специфичностью встречающихся в детской практике онкологических заболеваний, так и со множеством пограничных, «опухолеподобных» состояний у детей, а также с противоречивыми, на первый взгляд, принципами онкологии и детской хирургии, которые приходится приводить к единому знаменателю в лечении этой сложнейшей категории маленьких пациентов. Мы имеем в виду принципы «радикализма», общепринятые в онкологии, с одной стороны, и постулаты предельного органосбережения, принятые в детской хирургии. Во всех этих неоднозначных особенностях детской онкологии нам и предстоит разобраться. Итак...

Злокачественные новообразования у детей **встречаются значительно реже**, чем у взрослых. Уровень онкологической заболеваемости в детском возрасте составляет 13–15 случаев на 100 тыс. детского населения, в то время как у взрослых подобный показатель достигает 300 и более.

Помимо распространенности, у детей и **структура онкологических заболеваний другая**. Если у взрослых более 70% всех злокачественных новообразований составляют эпителиальные опухоли (рак), то у детей они встречаются не более чем в 4% случаев. Структура онкологической патологии у детей и взрослых представлена в табл. 1.1. Приблизительно половину новообразований составляют злокачественные заболевания крови — **гемобластозы** (у взрослых — не более 10%).

Большая часть остальных онкологических заболеваний у детей представлена опухолями, имеющими **дизонтогенетическое происхождение**. В этиологии ряда врожденных опухолей [ретинобластомы, нефробластомы (НБ) и нейробластомы (НБЛ)] играют ведущую роль генетические факторы. Так, явно наследственный характер имеет двусторонняя (семейная) ретинобластома, которую выявляют у половины потомства вне зависимости от пола, в то время как односторонняя спорадическая

Таблица 1.1. Структура онкологической патологии у детей и взрослых

Тип новообразования	Удельный вес в структуре, %	
	дети	взрослые
Острые лейкомии	28	4
Злокачественные лимфомы	18	6
Опухоли ЦНС	16	6
Опухоли почек	7	0,5
Нейрогенные опухоли	6	2
Опухоли костей	6	1
Опухоли мягких тканей	6	2
Ретинобластома	4	2
Эпителиальные опухоли	4	73,5
Опухоли яичек	3	2
Опухоли печени	2	1
Прочие	2	1

ретинобластома наследуется лишь в незначительном проценте случаев (менее 6%).

Возникновение наиболее распространенных эмбриональных опухолей связано со структурными изменениями хромосомного аппарата, в частности с делецией определенных участков хромосом, что ведет к активизации тканеспецифичных супрессорных механизмов и отдельных онкогенов. В результате картирования была определена локализация супрессорных генов ретинобластомы (в хромосоме 13), НБ (в хромосоме 11), НБЛ (в хромосоме 1). Если указанные мутации происходят в половых клетках, их принято считать наследственными (наследование происходит по аутосомно-доминантному типу). Если же мутациям подвергаются соматические клетки, наследование маловероятно.

Некоторые виды новообразований у детей способны к **спонтанной регрессии**. В первую очередь этот феномен характерен для НБЛ у ребенка первого года жизни, когда она может самопроизвольно исчезнуть либо созреть в доброкачественную ганглионеврому (феномен «дозревания опухоли»). Этим процессам могут способствовать определенный иммунный фон, реакция организма на операционную травму и другие факторы. Конечно, подобные случаи отмечают крайне редко, во всяком случае, на них никогда не стоит рассчитывать, но во взрослой практике их не бывает вовсе.

Если в патогенезе злокачественных опухолей у взрослых большую роль играет длительная экспозиция вредных канцерогенных факторов внешней среды и производства, то у детей подобной зависимости нет. В то же время в последние годы утвердилась **теория трансплацентарного бластоогенеза**, в соответствии с которой большинство эмбриональных новообразований у детей возникает вследствие попадания канцерогенных веществ от матери к плоду через плаценту (см. цв. рис. 1.1, 1.2 на вклейке). Это подтверждается более высоким уровнем заболеваемости детей, чьи матери во время беременности принимали синтетические лекарственные препараты (стильбэстрол[®], диэтилстильбэстрол[®]), курили, злоупотребляли алкоголем и наркотиками.

Структура новообразований у детей, а также их возрастные особенности определяют и **сложности диагностики** этих состояний. Они связаны с трудностями выяснения жалоб и анамнеза болезни, с преобладанием опухолей «скрытых локализаций», со множеством «заболеваний-масок», под которыми скрываются проявления злокачественных опухолей, с преобладанием в клинической картине у маленьких детей, как и при других хирургических заболеваниях, общих проявлений над местными признаками. Общие признаки появляются гораздо раньше местных, они объединяются терминами «первичный опухолевый симптомокомплекс» (ПОС) или «паранеопластический синдром» и, хотя не бывают специфическими, должны настораживать врача в отношении онкологического заболевания и побуждать его к углубленному обследованию ребенка для исключения или подтверждения такого заболевания.

ПОС представляет собой разнообразные патологические проявления, обусловленные опосредованным влиянием опухолевого процесса на метаболизм, иммунитет и функциональную активность регуляторных систем организма.

ПОС наиболее часто включает гиподинамию, отсутствие аппетита, похудание, вялость, слабость, быструю утомляемость, капризность, анемию, субфебрилитет, дерматиты.

Данные проявления обусловлены неспецифическими реакциями со стороны органов и систем или эктопической продукцией опухолью биологически активных веществ (гормонов, протеинов, факторов роста, цитокинов, антител), что вызывает патологическое повышение активности клеток и формирует те или иные проявления, например, синдром Кушинга, лихорадку, эритроцитоз.

В патогенезе развития ПОС имеют значение реакции иммунной системы в ответ на наличие опухолевого, иммунологически чужеродного

антигена. Это лежит в основе развития клинической симптоматики дерматомиозита, ревматоидного артрита, аутоиммунной гемолитической анемии и других системных проявлений.

В некоторых случаях ПОС предшествует местным симптомам опухоли, в других — проявляется одновременно с ними, иногда присоединяется после верификации опухолевого процесса. Наибольшие трудности возникают в случаях, когда проявления ПОС трактуют как самостоятельные заболевания или синдромы, что приводит к назначению неоправданного лечения и выявлению злокачественных новообразований на поздних стадиях.

ПОС при верификации злокачественных новообразований выявляют у 15% пациентов, у 50% его проявления развиваются во время лечения, у 35% — на поздних стадиях заболевания. Регрессия проявлений ПОС коррелирует с ответом опухоли на проводимую терапию.

При злокачественных новообразованиях у детей ПОС может развиваться при всех нозологических вариантах, наиболее часто — при НБЛ и НБ.

Анорексия и кахексия обусловлены усиленной продукцией опухолью различных факторов (фактора некроза опухоли, ИЛ-6, ИЛ-1 и т.д.), преобладающих над продукцией факторов, ингибирующих кахексию (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13).

Дерматиты разнообразны и включают преходящие эритемы, обусловленные секрецией вазоактивных пептидов, таких как серотонин; синдром Свита (лихорадка, нейтропения, выступающие над кожей болезненные эритематозные бляшки, локализованные на верхней половине тела), что объясняют гиперсенсibilизацией; паранеопластическую пузырчатку, вызванную образованием антител к десмосомальным элементам; приобретенный ихтиоз.

Неврологические проявления ПОС обусловлены перекрестным противоопухолевым иммунитетом с поражением нервной ткани. При НБЛ может развиваться миоклонус, при раке носоглотки — дерматомиозит, обусловленный аутоиммунным поражением сосудов и формированием микроангиопатии. Возможно развитие мышечной ригидности, что обусловлено нарушением нервно-мышечной передачи в результате выработки антител к амфифизину, синаптическому белку и т.д.

Субфебрилитет развивается за счет продукции опухолью цитокинов — ИЛ-1, фактора некроза опухоли, ИЛ-6.

Гематологические проявления ПОС обусловлены опосредованным влиянием опухоли на гемопоэз. Эритроцитоз обусловлен повышением

уровня эритропоэтина при гепатобластоме, НБ, опухолях мозжечка, надпочечника. Наиболее частый синдром — анемия.

Таким образом, клинические проявления ПОС могут в значительной степени затруднить диагностику злокачественной опухоли, приводя к выбору ошибочной тактики лечения.

Незрелость психомоторного развития детей требует анестезиологического обеспечения большинства диагностических манипуляций.

При ряде эмбриональных опухолей у детей выявляют типоспецифичные **опухолевые маркёры**, к которым относят α -фетопротеин (АФП) при сложных герминогенных опухолях (ГГО) и злокачественных опухолях печени, хорионический гонадотропин — при хориокарциномах, катехоламины и их метаболиты (дофамин, ванилилминдальная и гомованилиновая кислоты) — при НБЛ. Их выявление при помощи лабораторных тестов позволяет поставить диагноз и следить за эффективностью проводимого лечения. В некоторых странах (Япония, Канада) уже в течение многих лет проводят массовый скрининг новорожденных на выявление у них НБЛ по экскреции катехоламинов с мочой, что позволило значительно снизить смертность от этого заболевания.

Своеобразие структуры и происхождения опухолей у детей определяет и **особенности их лечения**. Лекарственная и лучевая терапия — основные виды лечения большинства злокачественных опухолей у детей, тогда как у взрослых основной этап лечения — хирургическое вмешательство.

Большинство злокачественных новообразований у детей обладают высокой химиочувствительностью, определяющей хороший эффект противоопухолевой лекарственной терапии. Совершенствование лекарственных препаратов, их комбинаций и схем применения позволило добиться в последние десятилетия блестящих результатов лечения не только пациентов с гемобластомами, но и с солидными опухолями. При некоторых из них удается добиться выздоровления у 70–90% больных. Обычно применяют комбинацию противоопухолевых препаратов различных групп — полихимиотерапию (ПХТ), что позволяет воздействовать на опухолевую клетку в различные периоды митотического цикла. ПХТ может быть самостоятельной [острые лейкозы (ОЛ), неходжкинские лимфомы (НХЛ)], так и в комплексе с другими методами (лучевой терапией и хирургическим лечением). При лечении большинства солидных новообразований в последние годы химиотерапию обязательно применяют в качестве предоперационной терапии и послеоперационного лечения.

Опухоли у детей, как и здоровые ткани, также отличаются высокой радиочувствительностью. Это послужило основанием для включения лучевой терапии в программы комплексного лечения. Методы лучевой терапии у детей должны обеспечить минимальное облучение окружающих растущих тканей, поскольку воздействие ионизирующей радиации может привести к грубым косметическим дефектам, особенно при попадании в область облучения зоны роста костей. Кроме того, проводившаяся в детстве лучевая терапия может стать причиной развития вторичных опухолей в более позднем возрасте.

Врожденный характер опухолей у детей объясняет высокую частоту **сочетания их с врожденными пороками** и наследственными заболеваниями, которые существенно осложняют возможности лечения, усугубляют побочные влияния противоопухолевых лекарственных препаратов и лучевой терапии и ухудшают результаты лечения.

Хирургическое удаление больших опухолей у детей сопровождается гораздо большими относительными потерями крови и других жидкостей организма в связи с большим отношением массы опухоли к массе тела ребенка по сравнению со взрослыми. Это требует высококвалифицированного анестезиологического и реанимационного пособия. Предоперационная химиотерапия позволяет существенно уменьшить размеры опухоли и снизить неблагоприятные патофизиологические сдвиги в организме, связанные с ее удалением.

Глава 2

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Деонтологические проблемы, возникающие при лечении детей с онкологическими заболеваниями, особенно сложны и драматичны. Связано это, в первую очередь, с зачастую непредсказуемым прогнозом и не всегда достоверным критерием достижения ремиссии. Тяжелейший удар, который наносит близким известие о том, что у их ребенка обнаружен рак, не сравним ни с какой другой трагедией. Различные шкалы человеческих ценностей, которые периодически публикуются, определяют смерть ребенка как самую тяжелую утрату в жизни. К несчастью, сложившиеся стереотипы отождествляют заболевание злокачественной опухолью со смертью. И даже в настоящее время, когда, при некоторых нозологиях и начальных стадиях, более 90% детей достигают ремиссии, диагноз злокачественного новообразования многими воспринимается как приговор.

Атмосфера безысходности, фатальности, неотвратимости смерти, царящая вокруг онкологических пациентов, во многом создается литературой. Интерес писателей к экстремальным состояниям, в которые попадает заболевший человек, в последние годы явно возрос.

Ситуации, возникающие у постели тяжелобольного, сами по себе драматичны, но умелой рукой владеющего пером талантливого писателя они еще более усугубляются. Пожалуй, ни в одной книге не описывается выздоровление больного от злокачественной опухоли. Рак и смерть в мировой литературе — почти синонимы.

Еще более тревожно, что эту литературу читают и многие дети старшего возраста. Они многое и подмечают. Одна девочка, больная острым лейкозом, посмотрев кинокартину о японской девушке, умершей от лейкоза, сказала врачу: «Вот, я тоже умру!» Другая девочка, 13 лет, посмотрев кинокартину о девушке, которая подверглась облучению и умирала от острого лейкоза, сказала: «Это обо мне, я тоже так умру!» И это не единичные случаи.

Но частично отношение к раку как к фатальному заболеванию создают врачи.

До 60-х годов прошлого столетия смертность от онкологических заболеваний была чрезвычайно высока. Например, при остром лейкозе никто не

выживал. Неслучайно детский гематолог Дональд Пинкель сказал: «Если бы вы заговорили об излечении лейкемии в 1962 г., вам бы сказали, что ваше место в сумасшедшем доме».

Прошло много лет, и результаты лечения опухолей изменились. Достаточно сказать, что при остром лейкозе дети выздоравливают в 70–80% случаев. По этому поводу Н.Н. Блохин писал: «Если больной умирает от рака, то все окружающие, близкие и далекие ему люди знают, что он умер от злокачественной опухоли, но если его от злокачественной опухоли вылечили, то все знают и уверены, что у него была другая болезнь, а не рак; что он случайно попал в онкологическую клинику. Ибо мы сами информируем больного, и в этом нас поддерживают самые близкие родственники, которым мы обязаны открыть истинный диагноз, что рака у него нет или не оказалось, что у него любое другое заболевание, но только не злокачественная опухоль».

Но это и создает общественное мнение о «фатальности» рака. Когда врачи сообщают больным истинный диагноз злокачественной опухоли, то их нередко осуждают за это, называют жестокими, иногда обвиняют коллеги. Проблема «смягчения диагноза» свойственна нашей стране — за рубежом пациенту говорят правду. Главное, как сказать эту правду.

Это касается, мы это нередко наблюдаем, и близких ребенка, имеющего злокачественную опухоль. Родители скрывают от окружающих правду о болезни своего ребенка и, конечно, от него самого. Вместе с тем в случаях, когда дети умирают, все окружающие знают, от чего ребенок умер. Наши врачи и медицинские сестры обычно слышат разговоры родителей умирающего от рака ребенка, в которых чаще всего звучит фраза о том, что сделано все, но от этой болезни спасения нет.

Вот это сложившееся общественное мнение о злокачественных опухолях и создает особую атмосферу вокруг ребенка и его семьи.

Есть еще одна проблема, касающаяся именно ребенка, заболевшего лейкозом. Ведь до сих пор нет критерия выздоровления при этом заболевании. И родственники одного из больных нам говорили: «Мы живем под дамокловым мечом — мы все время ждем возвращения болезни».

Неопределенность прогноза при опухолевых заболеваниях создает большие проблемы в деонтологии. К сожалению, мы можем говорить о прогнозе при злокачественной опухоли вообще (например, при остром лимфобластном лейкозе — о 80% достижения ремиссий), но не можем сказать о конкретном пациенте. А ведь родителей интересуют не общие проценты, а то, что будет с их ребенком.

Усложняют работу и средства массовой информации. Регулярно появляются сообщения об «открытиях» в области онкологии, которые позволяют полностью излечить рак. Среди родителей детей со злокачественными опухолями ходят разговоры, что в такой-то стране рак полностью излечим, что такой-то доктор излечивает рак. Газетные и телевизионные передачи создают дополнительные трудности в деонтологической работе врача, так же как и лжепроороки и лжеученые, которых так много рядом с детской онкологической клиникой.

Начало, а иногда и длительный период болезни при некоторых злокачественных опухолях могут протекать почти без видимой неспециалисту симптоматики. Так, например, при лимфогранулематозе этот период может продолжаться несколько месяцев, и даже тогда, когда врач устанавливает бесспорный диагноз, ярких проявлений заболевания, которые могли бы насторожить родителей, может и не быть. Это порождает новые сложности, связанные с тем, что близкие ребенка не верят в диагноз и не сотрудничают с врачом.

Деонтологические проблемы могут быть связаны и с отношением многих к современной медицине, особенно к врачам. К сожалению, в последние годы авторитет врача упал, что усложняет его общение с родителями ребенка. Начинаются поиски «авторитетов», проходит время, и может быть нанесен непоправимый урон возможности достижения ремиссии. Подрыв веры во врача дорого обходится больному и его близким.

Известно, что ведущая роль в решении трудных вопросов деонтологической работы в детской онкологии принадлежит врачу — детскому онкологу. Личность врача, его профессиональное умение, любовь к детям, без которой не может быть детского врача, определяют успех работы. Детский онколог, как, впрочем, и любой врач, должен быть в определенной степени психологом и психотерапевтом.

Врач и пациент, его близкие, теряющие любимого, иногда единственного ребенка, неразрывно связаны. Драматична возникающая ситуация, когда больной ребенок принимает по-детски все хорошее и плохое, а его переживания зависят не только от внешних воздействий, но и от внутренних изменений, вызываемых опухолевым процессом. По выражению врача-гематолога, написавшего о детях, больных острым лейкозом: «У нас разрывается сердце при виде всей драмы, а дети улыбаются!»

Улыбка ребенка со злокачественной опухолью — это не только свидетельство приближающегося улучшения в его состоянии, но и бес-

словесное выражение его доверия, которое устанавливается между ним и врачом. И в том, как быстро будет налажен такой контакт, решающая роль, конечно, принадлежит врачу.

Особенно тягостным для ребенка любого возраста является сам факт поступления в больницу. Как он проведет первые дни в стационаре, как его встретят, что его ждет? Тем более это его волнует, если он госпитализирован впервые.

Ребенка беспокоит сознание того, что он болен чем-то серьезным (особенно детей школьного возраста), но мы наблюдали это и у 5-летних детей. Страх перед предстоящим обследованием, значительно усиливающийся при общении со своими сверстниками, длительное время находящимися в клинике и хорошо осведомленными обо всех диагностических и лечебных процедурах, нередко красноречиво рассказывающими об этом. Эти переживания обрушиваются на него тогда, когда его «оторвали» от родителей, дома, привычной обстановки. Пожалуй, последнее обстоятельство — наиболее тяжелое испытание для ребенка. Если бы все, что ему предстоит, можно было бы выполнить дома, то тогда ему не было бы так страшно. Если бы рядом были друзья, его собственная кроватка, окошко, из которого он смотрел бы на свою улицу, то было бы легче. Но всего этого нет, и он один среди незнакомых людей, один перед неизвестностью.

Дети старшего возраста, подростки, обычно психологически стараются освободиться от опеки родителей, но при тяжелой болезни снова начинают искать эту зависимость, а маленькие дети страдают без этой опеки.

Врач встречается с детьми разного возраста, воспитания и с очень разной психикой. Именно поэтому от врача-педиатра требуется очень большая, индивидуальная работа с больным ребенком. При этом нужно учитывать крайнюю ранимость психики ребенка, его зависимость от взрослых.

Ничто так не вызывает недоверия к врачу, боязни его, иногда и ненависти, как грубый обман ребенка. Ребенка, как ни странно, труднее обмануть, чем взрослого. «Притворство в чем бы то ни было может обмануть самого умного, проницательного человека, но самый ограниченный ребенок, как бы оно ни было искусно скрывается, узнает его и отвернется» (Л.Н. Толстой).

Обещания выписать, безболезненности процедур и невыполнение их вызывают негативное отношение не только к лечащему врачу, но и

к другим врачам и больнице в целом. В дальнейшем, к сожалению, все это сказывается на процессе лечения.

Несколько легче в этом отношении общение с маленькими детьми, и не потому, что они всему верят, а в связи с тем, что они быстрее переключаются с одного объекта на другой, «недооценивают» окружающую обстановку. Поэтому заботливое, внимательное отношение к ребенку позволяет отвлечь от тех неприятностей, которые ему причинили.

Лечебные и диагностические процедуры в детской онкологии должны выполняться под анестезией. Но там, где местное и общее обезболивание нерационально (при внутримышечных или подкожных инъекциях), неприятные и болезненные манипуляции должны быть сведены до минимума или, если это возможно, заменены менее болезненными. Это, конечно, во многом зависит от атмосферы, царящей в детской онкологической клинике, и квалификации ее врачей. Да и болезненная процедура может быть смягчена умелым обхождением врача, можно использовать и элементы внушения. Тем более, что дети легко поддаются влиянию взрослой личности, особенно врача, пользующегося их доверием. Умело обманывать маленьких детей, когда это вынужденная мера, следует только в тех случаях, когда другого решения нет.

Максимально щадящая тактика врача в ситуации, когда проведенная лечебная манипуляция принесла значительное облегчение и уменьшила страдания ребенка, позволяет уменьшить страх, возникающий у маленького ребенка при входе в процедурный кабинет. Если после проведения процедуры ребенку становится значительно лучше, то он начинает относиться к ней иначе. Врачи отмечают немало случаев, когда дети с нейролейкозом сами просили сделать им повторную спинномозговую пункцию при возобновлении мучительных головных болей.

При общении с больными детьми старшего возраста, с подростками прибегают к другой методике. Школьник иначе относится к своему заболеванию и ко всему, что ему предстоит. Он попадает на прием к врачу, еще не предполагая страшного диагноза, но, как правило, уже при первом посещении поликлиники начинает ощущать тревогу, которая часто исходит от его родителей. Поступая на стационарное лечение, «нагруженный» своими тревожными мыслями и тяжелыми переживаниями, он получает всю информацию, часто преувеличенную, от своих соседей по онкологическому отделению. Нередко дети запугивают «новеньких» и формируют у них еще больший страх. В такой ситуации помогают умелое, сочувственное, успокаивающее и обнадеживающее слово, дружеское участие. Умение убедить подростка, быть его другом

в трудные для него дни должно быть неотъемлемым качеством профессии детского врача.

Одной из сложных проблем детской онкологии является необходимость повторных госпитализаций, нередко многократных. Тяжесть состояния больного, связанная с прогрессирующим опухолевым процессом, повторение предыдущих симптомов, которые, казалось бы, уже прошли, нарастающая усталость от прошлых пребываний в больнице, боязнь новых процедур требуют от врача проведения тщательной психологической подготовки детей со злокачественными опухолями. Авторитет врача укрепляется при более тесном контакте с больным ребенком, особенно в тех случаях, когда врач «входит» в повседневную жизнь своего пациента. Это длительный процесс, как и лечение, поэтому общение ребенка и врача может быть долгим, а нередко оно длится и всю жизнь. За эти дни, месяцы и годы больной, его семья и врач становятся близкими людьми. И в этом содружестве отношения определяются врачом. Можно привести пример, как лечащий врач и школьник, длительное время страдающий лимфогранулематозом, играли партию в шахматы «на стерильную пункцию», необходимость проведения которой крайне тяготила ребенка. Проиграв партию, мальчик, ни одной минуты не колеблясь, пошел в процедурную. На первый взгляд, такой прием в этическом плане сомнителен, поскольку пункция все равно была бы сделана, а в данной ситуации врач, знающий, что выиграет у ребенка, вызывал его на соревнование.

Взаимоотношения с ребенком во многом зависят от отношений с его близкими, и прежде всего с родителями. Но надо учитывать при этом, кто для ребенка главный в семье. Им может быть не обязательно папа или мама, это может быть дедушка, тетя или какой-либо другой член семьи.

Болезнь ребенка — всегда удар для его семьи, но диагноз «злокачественная опухоль» ни с чем не сравним. Это, как говорят многие родители, — крах всех надежд, изменение всей жизни. Отношение к опухоли, как мы уже писали, вызывает страх потери любимого ребенка, сохраняющийся в сознании родителей долгие годы. В ряде случаев врач сталкивается с ощущением безысходности у родителей, что мешает в борьбе за жизнь ребенка. Это обычно наблюдается при поступлении ребенка в клинику, но когда родители видят выздоровевших детей, когда они замечают улучшение состояния своего ребенка, у них появляется надежда, они преодолевают свои страхи. Независимо от уровня интеллекта, образованности, степени осведомленности о болезни родителей

интересует прежде всего не только правильность постановки диагноза, но и прогноз заболевания.

Беседа с родителями о прогнозе заболевания должна проводиться в доступной для них форме. Появление новых, более эффективных противоопухолевых препаратов, современных методик лечения позволяет убедить родителей не падать духом, а продолжать активную борьбу за жизнь ребенка.

Несмотря на все видимые успехи в лечении, у родителей нередко остаются сомнения в точности установленного диагноза, в правильности проводимой терапии. Многочисленные знакомые советуют им обратиться к другим врачам, навязывают им свое мнение. Родители пытаются получить консультации у других профессоров, требуют новых консилиумов. Эти просьбы нужно удовлетворять.

Выписка ребенка из детской онкологической клиники домой предполагает продолжение лечения. Необходимость организовать его так, чтобы это лечение было рациональным и выполнимым, также входит в задачу детского онколога. Связь между врачом и семьей ребенка после его выписки домой должна быть такой же действенной, как если бы он находился в клинике.

К сожалению, у части детей в разные сроки наступает обострение заболевания, что вносит большие трудности во взаимоотношения врача и родителей. Эти трудности обуславливаются тем, что с наступлением обострения заболевания у родителей теряется надежда на полное излечение ребенка. И здесь врач должен смягчить эти удары и вернуть надежду.

Особое место в деонтологии занимают взаимоотношения врача и священника. Давно замечено, что в тяжелых ситуациях, особенно при приближении смерти, люди становятся ближе к религии, начинают верить в излечение с помощью веры. Существует притча (в Евангелии от Матфея) о том, что к Иисусу пришел один человек, опустился перед ним на колени и сказал: «Господи, смилуйся над моим сыном! У него падучая, он ужасно мучается и часто падает в огонь и воду. Я привел его к твоим ученикам, но они не могут его исцелить». И сказал Иисус в ответ: «О вы, неверные, идущие неверными путями! Сколько еще придется мне терпеть вас? Приведите его ко мне!» Иисус приказал бесу выйти, и тот вышел из мальчика, он исцелился в тот же миг. Ученики подошли к Иисусу, когда он был один, и спросили: «Почему же мы не смогли изгнать нечистого?» Он сказал им: «Из-за того, что у вас слишком мало веры. Истину говорю вам: даже если бы ваша вера была не

больше горчичного зерна, вы могли бы приказать горе этой: передвинься отсюда туда!, и она передвинулась бы, и не было бы для вас ничего невозможного».

Показательно, что во всех Евангелиях (от Матфея, Марка, Луки и Иоанна) главным чудом, совершаемым Христом, является исцеление больных. Во все времена люди верили в чудо исцеления, чудо избавления от смерти. Евангелист Лука (по профессии, кстати, врач) пишет: «Иисус исцеляет множество больных», «Иисус исцеляет калеку», «Иисус воскрешает из мертвых сына вдовы», «Воскрешение дочери Иаира и исцеление больной», «Иисус исцеляет мальчика, одержимого бесами», да и в других притчах упоминается об этом. Многие врачи наблюдают, как светлеют лица родителей ребенка, да и его самого, если он достиг определенного возраста, когда священник читает притчи об исцелении. Ребенок воспринимает смерть не так, как взрослый. Один детский врач приводил письмо 13-летнего мальчика, страдающего от острого лейкоза. Он как бы суммировал чувства детей, лежащих вместе с ним в палате: «Что вы боитесь? Я один умру».

Боязнь смерти у многих детей — боязнь одиночества. Смерть и одиночество для них синонимы.

Врач, конечно же, может убедить ребенка, сочинив очередные «сказки», которыми нередко приходится пользоваться педиатру. Но он не может рассказывать «сказки» его родителям, не может и не имеет права. И тут на помощь нередко приходит священник. Врач может по-разному относиться к проблемам религии, но воспользоваться ее помощью, если она эту помощь приносит, обязан.

Один из священников сказал нам, что ему удастся смягчить горе родителей только потому, что он ощущает потерю ребенка, как будто тот — его собственное дитя. Самое главное правило Христа, сказал он, — «Поступайте с другими людьми так, как хотите, чтобы они поступали с вами. В этом заключаете закон Моисеев и учение пророков» (от Матфея, 12). «Но ведь врач поступает так же», — сказали ему. На что он ответил: «Но я с ними молюсь!»

Современные методы лечения злокачественных опухолей у детей позволяют добиться выздоровления большинства детей. В лечении достигнуты значительные успехи. Каждого поступившего в детскую онкологическую клинику пациента детскому онкологу необходимо рассматривать только с позиции полного излечения. И с надеждой на это надо встречать ребенка и его близких.