

Информационно-публицистическая газета

# ПЕРСОНА



**В этом выпуске:  
Новое эффективное лечение рака в обновленных столичных онкоцентрах. Об этом и многом другом рассказали врачи и ученые на Московском онкологическом форуме 2023.**

**Персона № — главный онколог г. Москвы, академик РАН  
Игорь Евгеньевич ХАТЬКОВ**



## СЛОВО РЕДАКТОРА

— Любезные наши читатели!

Этот выпуск посвящен Персонам Московского онкологического форума, который состоялся в этом году. Деловая программа объединила десятки дискуссий и экспертных сессий для представителей профессионального сообщества, а на повестку пленарного заседания и дня открытых дверей были вынесены первые результаты реформы онкологической службы столицы.

Онкологи всех специализаций обсуждали инновации, различные виды терапии и делились своим опытом, успехами и ошибками.

Журналистам, конечно, интересно рассказать вам, как обстоят дела на самых сложных участках. Поэтому в этом выпуске акцент сделан на самом злом и трудно диагностируемом раке — меланоме (см. стр. 3, 4, 5). И именно на ее примере мы показали вам клиентские пути.

В выступлениях врачей и ученых было так много сугубо медицинских терминов, что нам пришлось немалую часть газеты отдать под т. н. НАШИ СПРАВКИ.

К сожалению, на форуме не рассказали о лечении онкологии с помощью ФНО (фактор некроза опухоли), когда используют плазму крови, которую после манипуляций с ней возвращают пациенту, почти как мечтал Антуан де Сент-Экзюпери (см. на стр. 6 дискуссию про искусственный интеллект). Увы, не знаю, кто этим в столице занимается.

Может быть, в следующем году на форуме уделят этому внимание. Как и проблеме, связанной со спецификой приема инвалидов в поликлиниках. Можно много говорить про необходимость развивать онкоастороженность врача первого звена (см. стр. 8), но на инвалида выделяются те же 15 минут, что и на обычного пациента. А тут нужно не только занести все в электронную медкарту, а еще и зачастую выписать бесплатное лекарство, на которое инвалиды имеют право, для чего заполнить бланки строгой отчетности. Часто уже не до направления в онко- или эндоскопический центр.

Много говорили на форуме о сохранении истории болезни в электронной медкарте. Действительно, система уже есть, а вот историй в ней нет, и в полном объеме они появятся, наверное, только у нынешних младенцев. Вот, например, в 2022 году, в филиале № 3 городской поликлиники № 62. Бумажные медкарты уничтожили, а в электронные ничего не занесли. Зато мне, гипотонику, записали в карту, что у меня гипертония, а что аллергия на антибиотики — не указали. Еще потеряли все последние обследования из другого медцентра, которые я принесла терапевту. Он их бросил на подоконник и со злостью сказал: «Зачем вы мне эту макулатуру принесли». Пришлось сменить врача и филиал поликлиники.

Ну уж точно сразу изменить нашу медицинскую систему даже по одному самому грозному и очень печальному заболеванию будет очень непросто, так как реформа онкологической службы идет уже 4-й год, а еще год назад было так:

Москвичку из онкодиспансера направили с указанием времени приема в Московскую онкологическую больницу № 62, почему-то построенную в поселке Истра МО, где она провела почти 5 часов в громадной очереди, состоявшей из приезжих из других регионов, оплативших здесь консультацию. Оказалось, только для того, чтобы врач-онколог Куракина Т. Ю. возмутилась, что эта пациентка приехала без биопсии, и велела ей показать ее рак. Далее, глянув даже без лупы на родинку, которая не понравилась врачу-онкологу диспансера, стала возмущаться, что у нее отнимают уже нерабочее время. Да так, что ее было слышно в коридоре...

Судя по всему, эта врач не знает, что такое немеланоцитарное образование, а оно самое опасное (см. нашу справку на стр. 4). А вы это узнаете из нашей газеты, любезные наши читатели. Берегите себя и будьте здоровы!

Елена Исакова



Уважаемые коллеги!

Онкология, бесспорно, является приоритетным направлением медицины для Москвы. Такого внимания и финансовых вложений не видело ни одно медицинское направление в последние годы. Это, по сути, глобальная трансформация, которую мы сделали вместе с вами. Еще 5 лет назад в столице онкологией пытались заниматься везде и все. Ресурсы размывались, а результат был весьма условный.

С вами вместе мы отработали единые подходы к лекарственному обеспечению, кардинально изменили все процессы, сформировали клиентские пути и новые современные подходы к учету опухолей. И это результат вашего большого труда, и я хочу вам сказать за это огромное спасибо.

Анастасия РАКОВА, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

**Игорь ХАТЬКОВ**  
Директор Московского клинического научно-практического центра им. А. С. Логинова ДЗМ, главный внештатный специалист-онколог Департамента здравоохранения Москвы, завкафедрой факультетской хирургии лечебного факультета МГМСУ

Родился 6 апреля 1967 года в городе Ташкенте. Окончил лечебный факультет Саратовского государственного медицинского института. Академик РАН, д. м. н., профессор. Лауреат Государственной премии Российской Федерации в области науки и технологий 2022 года за научное обоснование и внедрение в клиническую практику концепции минимально инвазивного хирургического лечения онкологических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.



— В столице проведена централизация онкологической службы: организовано пять стационаров, которые отвечают за определенные округа города. В каждом теперь есть высокооснащенная на самом современном уровне патоморфологическая лаборатория, а это основа адекватного лечения.

Программа обеспечения онкологических пациентов лекарственной терапией (с 1 января власти Москвы расширили ее с 6 до 10 нозологий, — прим. ред.) финансируется через ОМС. И, помимо этого, у нас еще функционирует городской онкологический консилиум, который дает возможность назначать пациентам какие-то препараты, которые на сегодняшний день еще не внесены в клинические рекомендации, но, по мнению экспертного сообщества, могут быть эффективны.

На городском онкологическом консилиуме уже разобрано большое количество клинических случаев. Соответственно, эти пациенты получили то лечение, которое по стандарту, может быть, и не полагалось, но оно им приносит пользу.

В целях совершенствования ранней диагностики рака мы проводим лекции для врачей амбулаторного звена. А эндоскопические центры, которые созданы в больнице Боткина, Буянова и в Коммунарке, позволяют нам проводить до 300 исследований в день, поэтому выявляемость на ранних стадиях растет. Доля определения рака на I-II стадиях скачкообразно увеличивается и за счет внедрения новых возможностей в ранней диагностике.



**Саида ГАДЖИЕВА**  
Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы, к. м. н.

— Согласно новому стандарту онкологической помощи, утвержденному мэром Москвы в 2019 году, было создано 5 многопрофильных онкоцентров на базе московских больниц: ММКЦ «Коммунарка», новый мощнейший Центр им. А. С. Логинова на 75 000 кв. м, а также в Боткинской, Первой и 62-й городских больницах. Также появились 8 центров амбулаторной онкологической помощи для взрослых и детский на базе Морозовской больницы.

В целях развития ранней диагностики созданы 3 эндоскопических центра: в Коммунарке, в больницах им. Буянова и им. Боткина. Это первое звено, где все работает по новым стандартам, так, чтобы прием и обследования, в том числе биопсию, провести в кратчайшие сроки и под наркозом.

Создана служба персональных помощников, организована система телемедицинских консультаций. Действует на базе МФЦ. У нас там работает 83 персональных помощника. Это огромная помощь, потому что среди них есть очень образованные люди, которые легко и с большим пониманием, не будучи врачами, разговаривают с пациентом, объясняют, маршрутизируют внутри учреждений, помогают погасить какие-то негативные реакции. Поэтому сервисность в хорошем смысле этого слова повышается.

Чтобы понимать, как мы работаем с пациентом, насколько быстро и эффективно можем принять решение и начать его лечить, мы ввели систему рейтингов, в которых учитывается срок подтверждения специалистом-морфологом того, что клетки из опухоли действительно являются раковыми, определения тактики лечения, срок ожидания.

Создан кадровый центр, проводится аккредитация, присвоение статуса «Московский врач», различных категорий, входной контроль при приеме на работу.

Из нового еще то, что в последнее время привнесено, и на данный момент развивается, — это клиентские пути, которые прописаны, внедрены в информационную систему, обеспечивают бесшовную систему маршрутизации пациентов на всех этапах диагностики и лечения.

В результате — сокращение времени на всех этапах проведения лечения. Заданы очень высокие критерии доступности — трехдневные, семидневные, что-бы человек с первичным диагнозом вообще моментально попадал на прием.

На каждый уровень контакта пациента с врачом прописано конкретное количество действий, которые должен врач совершить, и сроки, в которые он должен уложиться.

В результате — обеспечение непрерывности, сокращение времени на всех этапах проведения лечения. Мы, по сути, находимся только в начале пути, есть над чем поработать, но механизм уже создан.

Что касается информатизации, в результате введения единого цифрового контура и внедрения канцер-регистра в платформу ЕМИАС появились преемственность, возможность контроля и качественный учет, обеспечивающий и планирование расходов на лекарственные препараты с учетом количества больных и стадий их заболеваний.

Выросло количество курсов лекарственного лечения, более, чем в 5 раз за последние годы увеличено финансирование. За что от пациентов огромная благодарность и, конечно, от врачей, потому что наши доктора на сегодняшний день могут пользоваться всеми современными схемами, которые только есть.

Каждый врач первичного звена поликлиники: общей практики или специалист — может с приема записать пациента, у которого он заподозрил наличие новообразования, сразу к конкретному онкологу в Центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП).

В этих центрах есть кабинеты лечения боли.

Расширили график работы центров, чтобы работающим было удобно прийти на прием. Они открыты с 7.30 до 21.00 и работают в выходные.

В эндоскопические центры записывают врачи поликлиник на проведение гастро- и колоноскопии, они оборудованы камерами с увеличением в 400 раз для того, чтобы увидеть все изменения на слизистой желудка либо кишечника. Функционируют они 7 дней в неделю, круглосуточно.

Если у москвича что-то заподозрили, то в поликлинике ему дают визитку его персонального помощника, который будет помогать записываться на прием, напоминать о них, информировать о результатах исследований и помогать вести их в канцер-регистр (от лат. cancer — злокачественная опухоль, рак — прим.ред.).

# Московский онкологический форум для всех участников — важный этап профессионального совершенствования, развития междисциплинарных связей и укрепления сотрудничества.

Михаил Мурашко



## Михаил МУРАШКО Министр здравоохранения РФ

— Выстраивание передовой системы онкологической помощи, ориентированной на пациента, — одно из ключевых направлений в развитии отечественного здравоохранения. Профилактика, своевременное выявление и эффективное лечение — это серьезный резерв для увеличения числа сохраненных жизней и повышения качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями.

За последние годы отмечается положительная динамика работы онкологической службы: растет эффективность профилактических мероприятий, повышается доступность специализированной медицинской помощи.

С начала реализации национального проекта «Здравоохранение» введено в эксплуатацию уже более 15,5 тыс. единиц медоборудования. За 4 года в 81 регионе открыты 479 центров амбулаторной онкологической помощи. Нам удалось достичь снижения показателя смертности от злокачественных образований более чем на 5 процентов по сравнению с допандемийным периодом.

Необходимо отметить, что на протяжении последних 20 лет регистрируется стабильное снижение смертности от злокачественных новообразований в возрастных группах младше 75 лет. В ежедневную клиническую практику входят инновационные методы лечения, внедряются самые современные лекарственные препараты.

Один из таких примеров — разработки двух команд ученых-медиков, удостоенных государственных премий за достижения в области науки и технологий. Прорывным результатом работы команды хирургов (главный внештатный уролог Минздрава России Дмитрий Пушкарь, доктор медицинских наук, профессор Алексей Шабунин и доктор медицинских наук, профессор Игорь Хатьков) стало внедрение в практику методов комплексного лечения пациентов с опухолями поражающими органы брюшной полости и забрюшинного пространства.

Еще одна работа, удостоенная госпремии, — команда врачей из НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. Кулакова Минздрава РФ, которые разработали и внедрила эпигенетическую профилактику и терапию в онкологии для лечения в комплексной терапии злокачественных новообразований при раке шейки матки. Обе разработки уже внедрены в практическое здравоохранение и позволяют спасать жизни людей, сохранять здоровье и активность.

## Людмила ЖУКОВА Заместитель директора МКНЦ им. А. С. Логинова по онкологии

— На форуме было очень много дискуссий о том, как нам максимально помочь нашим пациентам, имея арсенал самых современных лекарственных средств, чтобы было спасено максимальное количество жизней и сохранено максимальное качество жизни у этих пациентов.

Перед нами стоят новые задачи подбора персонализированной терапии на основании особенностей молекулярно-биологических характеристик конкретной опухоли.

Сегодня более 90 процентов пациентов, имеющих злокачественные опухоли, имеют возможность лечиться в рамках покрытия ОМС, а врачи могут шире применять стационарозамещающие технологии и проводить почти все варианты лекарственной терапии в условиях некруглосуточного дневного стационара, избавив пациентов от необходимости ежедневного прихода за каждой таблеткой.

А для врача это перспектива попробовать самые современные методики и лекарства или для применения нового лекарства обратиться к профессиональному сообществу в рамках городского онкологического консилиума. Но это накладывает и большие обязательства на нас, на профессиональное сообщество.



## Дмитрий ПУШКАРЬ Заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, главный уролог Минздрава РФ

— Сегодня пять клинических больниц оснащены семью роботами. У нас 35 активных консольных хирургов разной направленности, сертифицированных по всем международным стандартам. Московский алгоритм создания роботической программы эффективно внедрен в клиническую практику в России. Многие операции, которые выполняются лапароскопически или открытым доступом, должны выполняться роботически.

Профессор Говоров получил грант и сделал 6000 абсолютно одинаковых биопсий в Москве в рамках 11 стационаров на абсолютно одинаковом оборудовании по абсолютно одинаковому методу. Сегодня это первые московские большие данные.

Это столичная программа, которая сегодня позволила обнаружить очень интересные факторы. Например, маленькая предстательная железа — предиктор рака простаты, и значит, мы должны обратить внимание амбулаторной службы еще и на пациентов с маленькой простатой.

Характеристика рака предстательной железы в Москве сегодня — 55-60 процентов локальных стадий, 10 лет назад было 20 процентов.

В онкоурологии существует роботическая операция, которая позволяет контролировать результат — радикальная простатэктомия.

## Андрей ПОЛЯКОВ Руководитель отделения микрохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена



— Поговорим о меланоме кожи головы и шеи. Она более агрессивна по сравнению с другими опухолями, и по выживаемости показатели хуже, чем на туловищах и конечностях. А вот скорость метастазирования в лимфатические узлы в зависимости от месторасположения толщины опухоли в меланоме головы и шеи, к счастью, ниже, и уступает как таковым на конечностях и туловище.

Ключевым моментом является ранняя диагностика и своевременное обнаружение новых образований.

*Внимание! Это важно не только врачам, но и читателям! — прим. главного редактора.*

Очень многие забывают о том, что лимфатические узлы также расположены в толще околоушной железы, и при локализации меланомы на скальпе и на лице этот коллектор поражается достаточно часто. Особенность как раз в том, что если мы выполняем биопсию сторожевого лимфоузла, то мы работаем в зоне нахождения лицевого нерва, что требует совершенно других технических подходов, и забывать о том, что эти зоны необходимо исследовать, нельзя, это тоже очень важно.

Также надо обращать внимание на затылочные лимфатические узлы. Их очень много и они достаточно сложные. И по анатомии, потому что залегания лимфоузлов идет на разных уровнях, и большая часть из них расположена непосредственно вблизи от магистральных сосудов шеи, сонной, внутренней сонной артерии и так далее.

Дополнительно к существующим семи зонам еще в лор-органах выделяются околоушные, щечные и наружные. Это нужно учитывать при обследовании, и это входит в хирургическое лечение.

Что касается головы и шеи, надо обязательно использовать трехмерные изображения, позволяющие определить глубину залегания. Есть свои особенности и при биопсии сторожевого лимфатического узла, в 16 процентах определяется 3 и более сторожевых узла, и это тоже надо учитывать.

Также мы используем трехмерную визуализацию, ультра-



Потому что удалить предстательную железу на той стадии, когда это возможно и необходимо сделать, недостаточно для нашего пациента.

Он хочет, чтобы у него после операции было контролируемое мочеиспускание и сохранилась эректильная функция. И мы можем достичь этого, сохранив нервные пучки, что возможно только при использовании робот-ассистированной техники. И это доказано. Так пациент получит совсем другое качество жизни.

Сегодня много роботов, которые находятся на экспериментальном пути развития.

При этом цена лечения будет падать, если количество таких отделений будет увеличиваться, а это очень важно.

Чтобы повысить эффективность роботов, нужно увеличить количество выполняемых процедур в одном центре. Не может он быть только урологический, только гинекологический. Они должны выполнять абсолютно все операции, которые возможно роботизировать.

### НАША СПРАВКА

**Консольный хирург** — это робот, состоящий из сложного высокотехнологического комплекса, в состав которого входят консоль хирурга, пациента и видеозрения.

**Программный робот**, или, как его еще называют, «цифровой сотрудник», — это программа, которая имитирует действия человека, взаимодействуя с пользовательским интерфейсом информационной системы. Его использование помогает переключить сотрудника с выполнения повторяющихся рутинных операций на решение более сложных задач и в целом заметно повысить производительность труда. В среднем «цифровой сотрудник» работает на треть быстрее человека.

звукое исследование, и что самое важное, навигационные системы для гамма-детекции, которые позволяют нам в трехмерном изображении визуализировать лимфатические узлы. То есть видим глубину, размер и взаимоотношение, что очень важно при последующем контроле, тот ли узел мы удалили.

*Радуется, что оборудование для визуализации тканей и диагностики онкологических заболеваний и сторожевого лимфатического узла вскоре будет производиться в России на заводе «Скопинфарм», где создается еще и отечественное производство препаратов для лечения онкологических заболеваний (подробности на стр. 7 — прим. ред).*

Приведу несколько клинических примеров, как мы работаем на голове и шее. Это не спина и не конечность. И мы все имеем как вторую специальность «пластическую хирургию», потому что, работая на лице, мы обязаны все дефекты устранить.

Доброкачественное, к счастью, образование диспластический невус у молодой девушки, прогрессирующий на фоне беременности. И вот, двухэтапная операция с использованием экспандеров, что нам позволило в итоге убрать это образование, и дальше уже косметологи работали с рубцами. И пациентка полностью от этого избавлена.

Еще одна меланомы щечно-скуловой, ротационно скользящий лоскут, это как раз та пластика, о которой я уже говорил. Чуть позднее у большой реализовались метастазы в околоушную слюнную железу, что потребовало выполнения паротидэктомии с выделением ветви лицевого нерва. Также этой пациентке потребовалась радикальная шейная диссекция. Вот ее внешний вид после операции с сохраненной функцией мышц лица.

Или на орбитальную область тоже был использован ротационный, так называемый щечно-шейный лоскут. Тоже интересное наблюдение, нерадикальное лечение меланомы у молодого пациента кожи ушной раковины, выполнено повторное сечение с пластикой по Antia, и вот, здесь тоже видно, после хирургии уже абсолютно сохраненная форма ушной раковины, и пациент тоже остался доволен.

**Невус** — это доброкачественные кожные новообразования — привычные всем родинки, пигментированные, часто возвышающиеся над поверхностью кожи, с гладкой или папуломатозной поверхностью.

**Паротидэктомия** — это хирургический процесс удаления околоушной железы, которая является одной из двух основных слюнных желез, расположенных в теле человека.

### НАША СПРАВКА

**Меланомы** — это опасное заболевание, и многие мнительные люди, найдя у себя один из ее признаков, начинают паниковать. Не нужно отчаиваться. Все зависит еще и от ее размера. Или где она появляется: на хронически пораженных или поврежденных инсоляции участках кожи. Есть и другие признаки для ее появления.



**4**  
**ПЕРСОНА**  
**Константин ТИТОВ**  
Ведущий научный сотрудник  
ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ, д. м. н.,  
профессор. Модератор сессии «Меланома»

— Поскольку меланома — это очень **гетерогенное заболевание** и по-разному себя ведет, от сверхагрессивных форм до очень спокойных, то 20 процентов больных даже с 1-й стадией могут погибнуть в течение ближайших 1,5 лет, а большинство полностью выздоровеет. Это связано именно с генетическими особенностями.

**Юрий КОБЗЕВ, заведующий молекулярно-биологической лабораторией ГКБ им. С. П. Боткина, к. м. н.**

— Те молекулярно-генетические исследования, которые мы проводим, часто дорогостоящие, потому что это и морфологические, и гистохимические, и молекулярные. Но только в некоторых случаях определяется остаточная болезнь. Так и **патогенез** меланомы кожи. Это морфологические изменения на основе биологических, а также молекулярных нарушений, от доброкачественного **невуса** (см. справку на стр. 3) до **метастатической меланомы**. И при этом основная мутация, с которой мы работаем, появляется уже в обычных для нас родинках.

Сейчас все более популярным или даже более распространенным становится тестирование циркулирующего внеклеточного ДНК. Вот работа из Австралии, где самый высокий процент больных меланомой, показывает, что в циркулирующем ДНК была очень выражена сложная мутация, хотя пациенты и получали иммунотерапию.

По результатам исследований были выявлены так называемые патогенетические пути. Но у нас есть каталог соматических мутаций при раке, которые ранее уже выявлялись.

Поэтому важный момент, какую **таргетную терапию** использовать в зависимости от типа меланомы, она уже существует или ее необходимо определить. Мы знаем и о сигнальных путях, соответственно, с ними и надо работать. Плюс **иммунотерапия** (см. справку на стр. 5).

Типы меланомы разные, но пути здесь бывают одинаковыми. Однако последовательность генетических событий, комбинации генов разные.

Вот эволюция терапии меланомы: от химиотерапии в 1975 году к иммуно- и таргетной терапии в наши дни, а теперь уже даже создана вакцина.

**От редакции:** если не вдаваться в подробности, то меланома — высокогетерогенное заболевание с различными генетическими профилями, что делает ее молекулярную классификацию интересной не только с точки зрения науки, но и имеющей важнейшее прикладное значение для выбора индивидуализированной и наиболее эффективной терапии.

**НАША СПРАВКА**

**Гетерогенное заболевание** — это болезнь, которая может иметь несколько причин, которые разными путями и механизмами вызывают схожую картину симптомов.

**Патогенез** — механизм возникновения и развития заболеваний и отдельных их проявлений.

**Метастатические меланомы.** Меланома — это разновидность рака кожи. Когда она распространяется в другие части тела, она называется метастатической, или прогрессирующей. То есть метастатическая меланома распространяется на другие части тела, такие как мозг, лимфатические узлы, легкие или кости.

**Лимфоцитарная инфильтрация активности местного иммунитета** — это доброкачественное заболевание кожи, проявляющееся процессом, при котором лимфоциты проникают в ткани организма для участия в иммунологической реакции, в основном в слезных и слюнных экзокринных железах, что приводит к сухости глаз и рта.

**Интерес к меланоме огромный. Но уже появились новые методы лечения, такие как таргетная терапия, иммунотерапия, таргетно-иммунная терапия, биопсия сторожевых лимфатических узлов.**

**Константин Титов**

**Михаил КОЧЕТКОВ**  
Ведущий научный сотрудник  
«Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии», к. м. н.

— Сегодня прописаны клиентские пути пациентов с подозрением на злокачественные новообразования кожи. Так, в случаях с немеланомным раком кожи этот путь в Москве составляет до 25 дней, а в случаях меланомы кожи — до 27 дней.

Наша задача — своевременно маршрутизировать пациента и передать на лечение онкологам. Для этого созданы кабинеты профилактики онкологических заболеваний кожи в каждом административном округе Москвы. Там первичный прием.

И у кого будет подозрение на рак, направляются в Центр неинвазивной диагностики, который находится по адресу: Селезневская, д. 20, на дополнительную диагностику. Если есть веские основания полагать, что перед нами онкологическое заболевание, мы таких людей сразу же направляем в Центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) по месту прикрепления.

А попадают к нам в основном с **кератоакантомой**, с **меланомой**, и **немеланомным поражением кожи**.

В нашем Центре неинвазивной диагностики есть фотолаборатория и зал люминесцентной диагностики. Есть и комплексная диагностика всех меланоцитарных новообразований (невусов), тут составляем «паспорт кожи» и получаем карту с координатами, затем при помощи видеодерматоскопа осматриваем каждое отдельно взятое образование.

Если у пациента удалено несколько злокачественных новообразований, мы у него исследуем точки контроля в динамике. И в случае подозрения на рак записываем второе мнение у искусственного интеллекта. Если система показала образование в красной зоне, значит, в динамике оно из серой зоны неопределенного риска переместилось в красную зону. Соответственно, будет удалено. Так же, если у этого пациента отмечался рост других образований, а система искусственного интеллекта все же показывает в пределах нормы.

Бывает, что **немеланоцитарное образование** уже имеет клинические черты **базальноклеточной карциномы**. И сейчас оно уже находится в красной зоне.

Так мы наблюдаем за большим количеством пациентов. В месяц только я осматриваю несколько тысяч образований. И некоторые случаи мы оставляем у себя под наблюдением, ориентируясь в том числе и на систему искусственного интеллекта.

Бывает и другая ситуация. Человек наблюдается у нас, и мы отмечаем, что здесь уже все серьезно и требуется вмешательство онкологов. Система искусственного интеллекта подтверждает это. Мы даем направление, но некоторые, к сожалению, бывает, доходят до онколога спустя несколько лет. Конкретно одна дошла только через год. Ее новообразование оказалось меланомой. Была проведена хирургическая операция, и в целом общее состояние у нее очень хорошее.

Обращают на себя внимание также и люди с множественными новообразованиями кожи, такими, как себорейный кератоз. Это, наверное, самая распространенная опухоль кожи. И в некоторых случаях система фотокартирования служит очень хорошим подспорьем, потому что именно на этом этапе мы осматриваем пациента целиком, хотя во время обычного приема осматривают частями.

**НАША СПРАВКА**

**Немеланоцитарное образование** — это заболевание, вызываемое мутацией самых разных клеток, отсюда и такое множество видов рака. Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи часто объединяют в немеланомные опухоли кожи, развивающиеся из эпидермиса и представляющие серьезную угрозу здоровью населения во всем мире.

По данным ВОЗ, в 2018 году было установлено свыше 1,2 млн случаев заболеваний немеланомным раком. Интересно, что первично-множественные синхронные (возникшие почти одновременно) опухоли кожи и предопухолевые заболевания кожи могут быть обнаружены у 5-10 процентов больных. Эта особенность немеланомного рака кожи требует тщательного осмотра врачом всего кожного покрова и волосистой части головы пациента, а не только той зоны, которая беспокоит пациента. Тем более что в этой группе более высокий риск развития меланомы.

**Базальноклеточная карцинома** — наиболее распространенная форма рака кожи среди жителей России. По различным данным, на ее долю приходится до 75 процентов всех эпителиальных немеланомных новообразований кожи.

**Пигментное, или меланоцитарное образование** — ограниченные видоизмененные участки кожи, которые образовались в результате сбоя выработки пигмента меланина. Несмотря на то, что невусы изначально имеют доброкачественную этиологию, при стечении неблагоприятных факторов есть риск перехода новообразования в злокачественную опухоль.

Кожные онкологические проявления и заболевания помолодели. Вот молодая пациентка обратилась с новообразованием на голени, причем эта область сейчас стала часто встречаться, в том числе у мужчин, которые носили шорты. Направили девушку к онкологу в ЦАОП, образование удалили, хотя система искусственного интеллекта показывала, что оно находилось в нормальной зоне. А гистологическое исследование подтвердило, что перед нами была злокачественная меланома. Мы, конечно, ориентируемся на систему искусственного интеллекта, как на второе мнение, которое не всегда надо учитывать.

Также у нас наблюдаются и люди с различными пигментами. Например, монгольские пятна, которые тоже показывают разную динамику. Так, у девочки 10-ти лет из Средней Азии мы увидели, что за 3 года пятно приобрело другой характер. И вообще встречаются вроде бы безобидные, но в некоторых случаях в дальнейшем отмечаем наличие меланомы. Поэтому этих пациентов обязательно надо контролировать с помощью неинвазивных методов.

Используя метод **видеодерматоскопии** с большим увеличением, можем видеть некоторые фрагменты, их структуру, которые недоступны при обычном обследовании. Часто, например, у пациента с псориазическим поражением кожи бывает очень много меланоцитарных образований, а потом возникает меланома кожи. Это связано, наверное, с тем, что псориаз очень хорошо реагирует на солнце, и эти пациенты пытаются выжечь бляшки избыточной инсоляцией. Видеодерматоскопия помогает нам отличить такие кожные проявления.

Также у нас в Центре можно проверить волосистую часть кожи, исследовать волосные фолликулы...

Используем также ультразвуковое и функциональное исследование кожи. Это бывает очень полезно для диагностики базальноклеточной карциномы, например, у пациентов с гиперплазией сальных желез.

Любимое наше обследование — с лампой Вуда. Она была открыта в 1924 году, ей уже почти 99 лет, но по-прежнему актуальна.

У нас есть лечебное, диагностическое и научное оборудование. Например, аппарат люминесцентного сканирования «Клиндерма», мы так его назвали. Используем его для диагностики и наблюдения за пациентами с витилиго, потому что в процессе лечения требуется много времени. Бывает такая ситуация, когда ни врач, ни пациент не могут ответить на вопрос — эффективно лечение или нет? Надо продолжать, как лечили, или нужен какой-то другой способ. Наше оборудование помогает ответить на этот вопрос. Используем его и для диагностики **актинического кератоза** и некоторых форм **себорейного кератоза**.

**Константин ТИТОВ:** Беспигментная меланома наиболее коварная в плане диагностики и своего клинического течения. Как часто Вы выявляете ее в своей практике?

**Михаил КОЧЕТКОВ:** Это, действительно, очень сложное для диагностики заболевание. Она встречается гораздо чаще, чем думаем. Но мы не можем каждое образование направлять к онкологам, так их перегрузим. Поэтому многих пациентов забираем себе. Вот из 200, направленных в наш Центр, получилось, что 140 мы оставили у себя с различными проблемами на коже и только 60 из них попали в ЦАОПы с подозрением злокачественного новообразования кожи. Из них меланома пигментная была диагностирована в 4 случаях.

при стечении неблагоприятных факторов есть риск перехода новообразования в злокачественную опухоль.

**Неинвазивная диагностика** — процедуры, которые не «вторгаются» в тело каким-либо прямым способом.

**Кератоакантома** — это доброкачественная эпителиальная опухоль кожи. В большинстве случаев причиной кератоакантомы является солнечная радиация в активном ультрафиолетовом диапазоне. Доказана важная роль химических канцерогенов в развитии этой опухоли.

**Видеодерматоскоп** работает по принципу микроскопа и используется для обследования кожных покровов или волос, обеспечивая увеличение до 800 раз.

**Актинические кератозы** — это предраковые изменения в клетках кожи (кератиноцитах), которые являются частым следствием многолетнего пребывания на солнце. Диагноз ставится на основе клинических данных. Лечение обычно включает терапию, направленную на очаг или область поражения. При актинических кератозах часто имеются прикрепленные чешуйки, и их иногда легче ощутить, чем увидеть.

**Себорейный кератоз** — доброкачественное кожное новообразование, в основе которого разрастание эпидермиса и его орогование. Эта самая распространенная доброкачественная опухоль у пожилых людей, одинаково часто бывает у мужчин и женщин. Частота появления увеличивается с возрастом. Заболевание не заразное, развивается очень медленно.

# МЕЛАНОМА

**Именно высокий потенциал метастазирования во все время изучения и лечения меланомы подталкивал врачей и ученых на поиск каких-то вариантов.**

Артем Красноруцкий



ПЕРСОНА 5

## Константин ТИТОВ

— Мой доклад с фокусом на иммунотерапию, я постараюсь вам обосновать, почему именно она является лидером лекарственного лечения меланомы кожи. Хотел бы пояснить, что химиотерапия, к сожалению, не стала эффективной опцией в лечении метастатической меланомы.

Если вспомнить про мета-анализ, где было включено 42 исследования, это больше 2000 пациентов, то медиана общей выживаемости на фоне цитостатической химиотерапии составила всего шесть месяцев. Медиана времени без прогрессирования — всего полтора месяца, и объективный ответ — не более 10 процентов. А пятилетняя выживаемость, запомните, пожалуйста, эту цифру, она составляла на фоне лечения химиотерапией всего 5 процентов.

Известно, что меланома имеет свои определенные биологические особенности, к ним относится наиболее высокая мутационная нагрузка и высокая иммуногенность.

Иммунотерапия в последние годы вышла в лидеры не только по меланоме, поскольку были произведены ключевые открытия в онкоиммунологии.

В 2018 году два прекрасных ученых Джеймс Эллисон и Тасуку Хондзе за открытие противоопухолевой терапии методом подавления негативной иммунной регуляции получили Нобелевскую премию по медицине и физиологии. Это очень важное открытие, поскольку оно привело к созданию специализированных препаратов. И мы ими уже активно пользуемся не только при меланоме. Более чем для 20 злокачественных опухолей иммунотерапия была зарегистрирована.

Таргетная терапия при наличии мутации не является един-

ственной опцией лечения, мы также можем рассматривать и другие варианты, например, **комбинированную иммунотерапию**, моноиммунотерапию, а также, забегая вперед, можем возвращаться на каких-то этапах к этому лечению. У нас существует сейчас так называемая третья линия — это **Ленватиниб+ Пембролизумаб**. А химиотерапия практически уже не применяется.

Почему именно иммунотерапия? У 40 процентов мы встречаемся с диким типом, где у нас нет других опций, кроме иммунотерапии, а в ситуации, где есть мутация, она также может быть альтернативным методом.

Эта лекарственная терапия предпочтительна для большинства пациентов с метастатической меланомой, и статус влияет на самый главный наш показатель, это общая выживаемость.

На сегодняшний день 50 процентов при метастатической болезни, меланома является несомненным лидером и оставляет позади все другие метастатические злокачественные опухоли. Повторюсь, химиотерапия полвека давала только 5 процентов выздоровления в течение пяти лет. А здесь мы говорим о 40 и даже 50 процентах. Это настоящая революция, настоящий прорыв в лекарственном лечении онкологических пациентов.

То есть иммунотерапия является лидером в лечении **метастатической меланомы** (см. справку на стр. 4 — прим. ред.), потому что она показывает самые высокие цифры общей пятилетней выживаемости. И российские отечественные препараты это тоже хорошо демонстрируют, в том числе и длительные ответы. Пациенты, которые ответили на эту терапию, они могут сохранить эти ответы в течение 5 лет. На сегодняшний день это является наиболее эффективным режимом.

усилий дерматологов по ранней диагностике. Потому что найти раннюю меланому — это задача не онколога, а дерматовенеролога. К тому же это как искать иголку в стоге сена и под силу только специалистам, обученным в центре неинвазивной диагностики, где накапливается весь опыт.

Этот поток должен проходить не через онколога, а через специалистов дерматовенерологической службы. Благодаря тому, что главный внештатный специалист Москвы и России по дерматовенерологии профессор Потекаев совместно со своими сотрудниками и командой онкологов выстроил в последние годы правильную маршрутизацию, мы стали получать все больше и больше ранних форм 1-й стадии, можно так сказать, очень маленькие меланомы стали к нам приходить.

Еще недавно, буквально лет 15 назад, в федеральных центрах, в других клиниках мы получали толстые меланомы с сателлитами, это было все ужасно. Тогда еще не было эффективных лекарственных опций. А сейчас, когда они появились, мы их, в общем-то, ежедневно применяем.

Поэтому ранняя диагностика — наше все. И только при объединении дерматовенерологов и онкологов мы можем получить какой-то прорыв по лечению и диагностике меланомы кожи.

Также изменилась и общая выживаемость с 90-х по 2020-е годы, это связано с внедрением в стандарты лечения новых методов лекарственной противоопухолевой терапии. То есть, казалось бы, прорыв в лечении меланомы намечен.

Также хотелось бы отметить, что при диагностике очень важно определить первичную локализацию опухоли, потому что по статистике в 4 процентах случаев диагностируются метастазы меланомы кожи в слизистую желудочно-кишечного тракта, и в 60 процентах случаев их можно обнаружить при аутопсии т. е. после смерти.

**Меланома слизистых оболочек** — это редкая опухоль, характеризующаяся агрессивным течением. Новые подходы к лекарственному лечению, а именно комбинированная таргетная и иммунотерапия или только **комбинированная иммунотерапия**, продемонстрировали тенденцию к увеличению общей выживаемости, а значит, к прорыву в лечении.

**Иммуногенность** — способность чужеродного вещества, такого, как антиген, провоцировать иммунный ответ.

**Геномное секвенирование** — масштабное считывание генетического кода с целью обнаружения в нем мутаций.

**Меланома слизистой оболочки** — редкое заболевание. С этим подтипом связан худший прогноз, чем с меланомой кожи. Меланомы слизистой оболочки встречаются в области головы и шеи (55 процентов), аноректальной области (24 процента) и вульвовагинальной области (18 процентов), а также в мочевыводящих путях (3 процента).

Меланомы вульвы и влагалища часто рассматриваются как отдельное заболевание. Прогноз неблагоприятный, особенно для вагинальных меланом, и за последние десятилетия он не улучшился. Клинические и обсервационные исследования показали, что химиотерапия не способна улучшить выживаемость. А ингибиторы иммунных контрольных точек (например, пембролизумаб) были протестированы и показали многообещающий ответ.

## Артем КРАСНОРУЦКИЙ

Врач-онколог  
МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ

— Меланома кроме высокой **гетерогенности** (см. справку на стр. 4 — прим. ред.), также обладает еще и высоким потенциалом метастазирования.

То есть меланома одна из самых агрессивных опухолей, которая занимает, наверное, первое место в смертности пациентов со злокачественными заболеваниями. И как в нашей стране, так и в других, к сожалению, низкий процент выявления на ранних стадиях. Вот и получается, что 20 процентов пациентов выявляются на 3 и 4 стадиях, которые уже неблагоприятные.

Но стараниями медиков может быть достигнуто облегчение и улучшение результатов лечения пациентов с меланомой кожи.

А определение сторожевого лимфоузла направлено именно на выявление первого лимфатического узла. Поэтому была предложена биопсия сторожевого лимфоузла.

С 2017 года используется именно эта биопсия **флуоресцентным методом**, который не требует предварительной подготовки пациентов. Но при этом дает возможность сразу назначить нужную терапию и увеличить безрецидивную выживаемость пациентов.

## НАША СПРАВКА

**Флуоресцентный метод с индоцианином зеленым применяют для биопсии сигнального лимфатического узла при раке молочной железы. Позволяет успешно делать ее без использования радионуклидных препаратов. И польза в виде снижения травматичности онкологической операции очевидна.**

## ОКАЗЫВАЕТСЯ, БЫВАЕТ И ТАКОЕ

На форуме в качестве примера запущенного случая онкологии рассказали, как в московской поликлинике пациентке после 40 лет вместо лечения рака и его метастаз месяцами таблетками снимали головные боли, головокружения, плаксивость, панические атаки, депрессию, слабость, онемение конечностей и боль в каждой клеточке, диагностировав нефрит, гипертензию, невротический синдром и остеохондроз...

А когда обратились к онкологу, уже у лежащей в стационаре пациентки диагностировали агрессивные онкологические процессы в молочной железе с метастатическим поражением костей скелета с множественными переломами позвоночников.

**Заведующий химиотерапевтическим отделением ГKB № 62 Даниил Строяковский:**

— Это уже была лежачая пациентка с 4-й стадией рака молочной железы. Так, маленький рак в молочной железе оказался со множеством метастазов в костях.

**Сергей ТЮЛЯНДИН**  
Главный научный сотрудник НИИ  
онкологии им. Н. Н. Блохина, д. м. н.

— В этом году Надя Харбек доложила результаты германского исследования. Они сделали компьютерную программу-опросник для больных, которая спрашивает пациента, как он себя чувствует, и его симптомы. В зависимости от их тяжести, она дает рекомендации, которые не передаются врачу для того, чтобы дядя прокурор потом не спросил, почему доктор не отреагировал. А дает информацию пациенту, как действовать. У пациентов, которые использовали эту программу, и тех, что не использовали, разница в улучшении выживаемости была существенная. Фантастика! По-моему, это замечательный и интересный подход.

## НАША СПРАВКА

**Надя Харбек** — профессор, д. м. н., завкафедрой консервативной онкологии в отделении акушерства и гинекологии Мюнхенского университета (LMU), Германия.

## Андрей ПОЛЯКОВ

Руководитель отделения микрохирургии  
Московского научно-исследовательского  
онкологического института им. П. А. Герцена

— Андрей Павлович, у меня к Вам такой вопрос — как Вы видите развитие лечения меланомы?

— Мне кажется, что будут достаточно серьезные изменения в классификации, потому что все-таки, учитывая такие простые банальные признаки, как толщина поражения лимфоузлов и отдаленных метастазов, это уже не отвечает современности. Думаю, что скоро она поменяется полностью, и это будет молекулярно-генетическая классификация, в которой будут общие признаки для опухолей различных локализаций, связанных с кожными определенными изменениями.

Надеюсь, что хирургам будет поменьше работы. Что касается лекарственной терапии, я думаю, что все больше и больше будет использоваться **геномное секвенирование** и более адресное назначение таргетных и иммуноонкологических препаратов по мишеням.

А ранняя диагностика серьезно влияет на такой важный показатель, как снижение смертности. Москва — яркий пример

## Вера ЕРТАХОВА

Сотрудник стационара химиотерапии  
Боткинской больницы

— Расскажу о меланоме слизистых оболочек и прорывах в их лечении.

Меланомы кожи в год насчитывается примерно 200 000 случаев. А наиболее известные случаи этого рака: молочной железы у Анджелины Джоли, и в 1943 году у Сергея Васильевича Рахманинова тоже была диагностирована меланома, а спустя месяц он скончался. Так протекало заболевание меланомы в 40-е годы XX века.

Что же сейчас? Увеличение заболеваемости. По данным статистики, с 2010 по 2018 год отмечается увеличение заболеваемости меланомой. Это связано с улучшением качества диагностики и изменением социально-бытовых условий.



## НАША СПРАВКА

**Таргетная терапия или таргетный подход к терапии** — это распознавание опухоли на молекулярном уровне и точечное воздействие на раковые клетки. Таргетные препараты отличают опухолевую клетку по присутствию на ее поверхности специфических белков. В отличие от химиотерапии не наносят существенного вреда здоровым клеткам, так как нацелены на определенные клеточные мишени.

**Иммунотерапия** — искусственная стимуляция иммунной системы для лечения рака, помогающая естественным путем бороться с болезнью.

**Комбинированная иммунотерапия** применяется для лечения пациентов с метастатической меланомой. Она может быть местной, общей, комбинированной и монотерапией. Моноиммунотерапия может быть рекомендована во второй линии после прогрессирования на таргетной терапии. Комбинированная иммунотерапия обладает большей токсичностью, чем моноиммунотерапия.



**Наталья БОГДАНОВА**  
Заведующая сектором мониторинга лекарственного обеспечения ГБУ «Центр онкологического мониторинга г. Москвы»

— Как после внедрения стандарта онкологической помощи обеспечиваются препаратами москвичи, страдающие онкологическими заболеваниями?

— Раньше в программу входило всего 6 ЗНО (злокачественных новообразований), а затем 10: это раки меланомы, молочной железы, легкого, желудка, яичника, почки, мочевого пузыря, предстательной железы, колоректальный рак, а также онкологические образования головы и шеи.

Это те нозологии, которые преобладают в структуре заболеваемости в Москве. Поэтому именно им было уделено большое и особое внимание. Теперь у нас доступны самые современные лекарственные препараты для лечения онкологических больных, что позволит нам существенно увеличить продолжительность жизни наших пациентов.

Уже процент вылечившихся увеличился сначала до 50, а сейчас составляет 58,7 процента. Это очень хороший прирост для того, чтобы мы оценивали эффективность нашей лекарственной терапии, и один из показателей, которые также свидетельствуют об эффективности лекарственной терапии, это одногодичная летальность.

И если этот грустный целевой показатель для Москвы с 17,6 снизился до 13,1 процента, то это тоже уже говорит об эффективности терапии, полученной нашими пациентами.

Теперь о том, как осуществляется порядок лекарственного обеспечения. Сейчас не только по десяти злокачественным образованиям, а вообще все лекарственное обеспечение идет за счет территориальной программы государственных гарантий города. В том числе и 10 злокачественных новообразований, закупка которых, в том числе жидких инъекционных форм, осуществляется самостоятельно медицинскими организациями и оплачивается в рамках ОМС в дополнение к базовым тарифам.

Таблетки и капсулы, то есть лекарственные препараты в твердых формах, закупаются столичным Департаментом здравоохранения централизованно в рамках дополнительного льготного лекарственного обеспечения. То есть вне десяти все остальные злокачественные новообразования обеспечиваются препаратами, как в жидкой форме, так и в таблетированных, централизованной городской закупкой.

Все граждане, зарегистрированные по месту жительства в Москве, застрахованы в системе обязательного медицинского страхования и на условиях и в порядке, предусмотренном территориальной программой, обеспечиваются всеми лекарственными препаратами, в том числе для инъекционного введения. При нахождении в стационарах получают их согласно схеме лечения бесплатно.

При наличии медицинских показаний и решения врачебной комиссии никто не может отказать в выписке препарата по торговому наименованию.

Если лекарства нет в аптечном пункте, по заявлению гражданина в соответствии с постановлением правительства Москвы, ему предоставляется компенсационная выплата, чтобы он мог приобрести данный препарат в любом столичном аптечном пункте, у которого есть лицензия на данный вид деятельности.

Очень часто возникают вопросы, что делать, когда появляются боли. При возникновении любых признаков хронического болевого синдрома нужно обращаться в кабинеты лечения боли в ЦАОПах. Здесь пациентам обязательно подберут лекарство с учетом индивидуальных особенностей.



**Даниил СТРОЙКОВСКИЙ**  
Заведующий химиотерапевтическим отделением ГКБ № 62, к. м. н.

— Только в десятые годы этого столетия лекарственное лечение онкологии стало бурно развиваться. И оно не останавливается. Естественно, не развивается само по себе, а только вместе со смежными лечебными специальностями. Но главное, помимо самих препаратов, которые изобретаются, испытываются, потом внедряются, это понимание биологии болезни. Потому что если раньше, к примеру, рак молочной железы был просто некой болезнью — злокачественной опухолью в молочной железе, то сегодня очень много различных подвариантов внутри этой раковой опухоли.

Поэтому мы теперь должны очень детально всеми имеющимися возможностями, которые есть в медицине, с этим разбираться. А уже завтра это будет еще и более детализировано.

Например, рак легкого. Когда я начинал работать в онкологии, он был только мелкий или не мелкий. Но гистолог в препарате видит только более крупные клетки, значит, они не мелкие. Представляете, какой это водораздел! Если маленькие клеточки, то назначаем химиотерапию, а не маленьким не назначаем.

Сегодня у нас есть огромная детализация, и если мы берем немелкоклеточный рак легкого, который составляет 80 процентов среди рака легкого, то тут надо разбираться в биологии болезни, чтобы знать, какие опухоли могут ответить на иммунотерапию, а какие нет. Это фундаментальное принятие медицинского решения.

Вторая сторона, на основании которой мы его принимаем, — это оценить распространенность опухолевого процесса.

Есть местная опухоль или метастазы в регионарные лимфоузлы, или их нет, или отдаленные метастазы. Там обычно всего 4 стадии, но их внутри них может быть 70 или 80. То есть мы должны очень четко понять объем этого бедствия и распространенность процесса. Поэтому отправляем больного на КТ, МРТ, ПЭТ КТ, эндоскопию, и проводим физикальный осмотр пациента, ультразвуковое исследование.

## ПРО ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И КОНСИЛИУМ В МЕДИЦИНЕ

**Заведующий патологоанатомическим отделением Московской городской онкологической больницы № 62 Савелов Н. А.:** Вопрос к Хатькову. Вы рассматриваете помощь цифровизации или, в частности, систем искусственного интеллекта?

**Хатьков И. Е.:** Этот вопрос становится модным и эффективным. Хотя искусственный интеллект уже давно применяют некоторые хирурги. Но это, безусловно, новый инструмент. А вот анализ, насколько он правильный, конечно, надо проводить без этой технологии.

**Главный врач Городской клинической онкологической больницы № 1 Галкин В. Н.:** Позволю увести немного в сторону. Я очень люблю вспоминать и цитировать слова Антуана де Сент-Экзюпери. Он в 37-ом году написал: «Я знаю, что наступит такое время, когда умная машина по одной капле крови, взятой из моего пальца, поставит диагноз и даже вылечит меня. Но и тогда бы мне хотелось, чтобы ко мне подошел доктор, помял мне живот, померил пульс и поговорил со мной».

**Савелов Н. А.:** Это повлияет на принятие решения?

**Галкин В. Н.:** Не могу ответить, если честно.

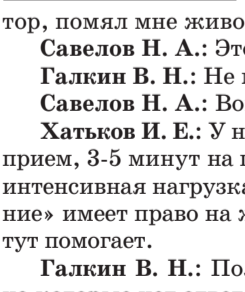
**Савелов Н. А.:** Вопрос без ответа, скорее всего...

**Хатьков И. Е.:** У нас в неделю 700 консилиумов, 15 минут на прием, 3-5 минут на принятие решения, получается достаточно интенсивная нагрузка. Так что термин «эмоциональное выгорание» имеет право на жизнь. А искусственный интеллект все же тут помогает.

**Галкин В. Н.:** Появляется все больше и больше вопросов, на которые нет ответов.

**Хатьков И. Е.:** Денис Николаевич, есть мысли у Вас какие-нибудь по этому поводу?

**Главный врач ММКЦ «Коммунарка» Проценко Д. Н.:** Я хотел бы сказать про искусственный интеллект. Это хайповая, модная тема, но мне кажется, он заменит или станет помощником только тогда, когда пройдет тот путь, который проходит любой новый метод, любая



Кроме того, надо учитывать возраст пациента, пол, сопутствующую патологию, и даже какие-то социальные моменты, которые могут вносить свои коррективы в механизм принятия решения.

Но бывают опухоли и ситуации, когда нужна только чисто лекарственная терапия, или только хирургическое лечение. Это уже решает консилиум.

Хорошо, если есть шансы на лекарственное лечение, в том числе иногда даже без хирургического вмешательства.

Когда я пришел в онкологию, лекарств было намного меньше, чем сейчас, и объем знаний требовался врачу не такой большой, как сегодня.

Опций очень много, потому что онкология сама по себе такая специальность, внутри которой есть огромное количество знаний о разных болезнях, которые еще и дробятся.

— Скажите, пожалуйста, от чего возникает рак печени, если человек не курил, не пил, не ел жирного и так далее? И чем сейчас ему питаться?

— Я попробую. У значительной доли опухолей печени, так называемой **гепатоцеллюлярной карциномы** (первичное злокачественное поражение печени или печеночно-клеточный рак — прим. ред.), причиной возникновения являются вирусные гепатиты. То есть они появились много-много лет тому назад и потихонечку могут превращаться в хронический активный гепатит. Далее он переходит в цирроз, который дальше может перевести эту болезнь в рак.

Существуют алиментарные формы, то есть когда из-за каких-то продуктов — это может быть алкоголь или анаболические стероиды — возникает первичная опухоль печени. И есть какая-то доля пациентов, где мы не знаем причину возникновения рака печени. И как бы мы эту причину ни искали, мы пока ее не найдем.

Поэтому стараемся лечить в зависимости от той стадии заболевания, на которой рак выявлен. Если это 1-ая или 2-ая стадия, это хирургическое лечение, то есть локальное лечение. Если стадия более продвинутая, то в первую очередь лекарственное лечение.

Еще раз повторюсь, мы сегодня еще не все знаем, и далеко не все это знают. А хотим знать максимум, и что-то, конечно же, новое все время узнаем. И это тот горизонт, к которому мы стремимся.

новая молекула. И только потом он станет нашим помощником. Я так вижу по тем клиническим исследованиям, которые проходят в области онкологии и анестезиологии. Мне кажется, что самая опасная игрушка, которая сейчас есть, это когда искусственный интеллект, не проверяя, пытаются куда-то прикрутить. Я за это очень переживаю.

А еще сейчас все процессы подвзяаны под клиентские пути, даты, сроки госпитализации. Поэтому о получении качественного образования во время онкоконсилиума говорить рановато. Извините за мой пессимизм.

**Савелов Н. А.:** Я сейчас скажу, пожалуй, последнюю мысль, но она не политкорректная, но мне ее очень важно произнести в присутствии организаторов здравоохранения.

Здесь прозвучал с трибуны еще один миф. Что есть академические школы, которые формируют образование. И все эти люди будут выходящими из одной единственной академической школы — онкоцентр им. Блохина, и точка.

Но мы должны понимать, что этой школы уже нет. Поэтому если вы надеетесь, что осколки онкоцентра Блохина, так сказать, создадут за 5 лет в Департаменте здравоохранения новые какие-то ростки и новые школы, это неправильное представление. Поэтому мы все равно должны решать эту проблему каким-то другим путем.

**Хатьков И. Е.:** Я надеюсь, что мы здесь все-таки все топовые или хотя бы закончили мединститут. Дмитрий Николаевич, давайте по поводу искусственного интеллекта в образовании.

**Заместитель главного врача по онкологии Городской клинической больницы им. С. П. Боткина Греков Д. Н.:** Здесь поднимался вопрос о том, что онколог иногда приходит и не может правильно сформулировать и рассказать про реперные точки. Поэтому мое мнение — пока ему преждевременно использовать искусственный интеллект, который заменит онкологический консилиум.

Считаю, что в консилиуме обязательно должны участвовать молодые врачи. Мы это приветствуем и вменили в обязанность наших ординаторов на них присутствовать.



# Программа импортозамещения на благо онкологической службы России

Новое производство препаратов для лечения онкологических, гематологических и ряда орфанных (редких) заболеваний создается в настоящее время в Рязанской области силами компании «Скопинфарм», которая внедряет в России уникальные технологии по производству препаратов крови и цитостатиков — лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний.

«Скопинфарм» уже успел заявить о себе как об одном из лидеров по темпам роста в фармацевтической отрасли России. О его развитии рассказала генеральный директор Инга НИЖАРАДЗЕ:

— Он был приобретен в декабре 2013 года и на тот момент имел оборот всего 300 млн руб. в год. А по результатам 2019 года занимал уже первую позицию по темпам роста с оборотом порядка 4,7 млрд руб., а в 2022 году оборот компании превысил 36 млрд руб.

При этом наш завод производит оригинальные препараты, успешно сотрудничая с международными компаниями-лидерами по производству онкологических препаратов и препаратов крови. И в настоящее время мы завершаем строительство новых корпусов завода общей площадью 42 тыс. кв. м.

Все это стало возможным благодаря заключенному в 2021 году Специальному инвестиционному контракту, участниками которого стали Минпромторг РФ, администрация Рязанской области, Скопинского района и ООО «Скопинфарм».

— Какие новые направления Вы развиваете?

— Одним из значимых направлений для компании «Скопинфарм» является создание современного производства препаратов для лечения онкологических больных. Наше предприятие успешно осуществляет трансфер технологий ряда оригинальных препаратов для лечения таких заболеваний, как злокачественная меланома, рак молочной железы, рак почки, миелофиброз и другие.

Специалисты завода работают и над расширением списка уникальных лекарств, которые будут производиться на новых площадках завода, в том числе для терапии орфанных болезней.

— Вводимые в настоящее время новые корпуса в несколько раз превосходят действующее предприятие, а откуда Вы планируете брать новые кадры?

— У нас очень грамотный профессиональный производственный коллектив. Но кроме сложившейся команды с опытом работы по выпуску различных лекарственных форм и препаратов многих терапевтических направлений, мы сотрудничаем с несколькими ведущими институтами в Рязани, которые готовят специалистов и для нашего уникального производства.

Это и фармацевтический факультет РГМУ им. И. П. Павлова, и биологический и химический факультеты РГУ им. С. А. Есенина, Государственный радиотехнический университет им. В. Ф. Уткина и другие. А ныне действующее производство будет обучающим этапом для специалистов при переходе на выпуск инновационных препаратов.

Завод включен в перечень системообразующих предприятий России, и его развитие активно поддерживают администрация Рязанской области и Скопинского района, так как от его слаженной эффективной работы зависит обеспечение инновационными лекарственными препаратами многих лечебных учреждений всей страны.

Также «Скопинфарм» осуществляет поставки препаратов по контрактам с Федеральным центром планирования и организации лекарственного обеспечения граждан Минздрава России и Фондом «Круг добра».

— Кроме производства лекарственных препаратов, знаем, что «Скопинфарм» работает над созданием диагностических систем для раннего выявления опухолей.

— Да, наша компания уделяет серьезное внимание этому направлению, оказывая содействие в первичном обследовании онкологических и орфанных пациентов с целью их более эффективной терапии, а также участвует в разработке оборудования для визуализации опухолевых тканей для онкодиагностики. Уже проводятся научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы, и теперь в России будет организовано производство таких диагностических систем.

— Как Вы считаете, является ли путь компании «Скопинфарм» алгоритмом импортозамещения в фармацевтической отрасли, применимым для других предприятий?

— Сегодня наше предприятие в сотрудничестве с администрацией Рязанской области, другими фармацевтическими компаниями создает в регионе современный фармацевтический кластер мирового уровня.

В целом наша промышленность должна производить все препараты, входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), для отечественного рынка и постсоветского пространства, в том числе инновационные, лицензионные, защищенные патентом и выпускаемые в сотрудничестве с иностранными компаниями-лидерами.

Это направление развивается в силу общей ситуации не так быстро, как хотелось бы, но именно трансфер технологий может дать более быстрый эффект в сравнении с созданием новых лекарственных средств.

Дело в том, что научные изыскания в этой сфере требуют значительных затрат. При этом после проведения исследований на безопасность и эффективность, возможно, только одна из тысячи синтезированных молекул будет отобрана для создания лекарственного препарата.

А вот с лицензионным производством все проще. Российского технологического уровня вполне достаточно, чтобы производить оригинальные лекарственные препараты в рамках трансфера технологий от производителей.

При этом, безусловно, созданием новых оригинальных лекарственных препаратов — будущее российской фармацевтической отрасли, а расширение возможностей терапии российских пациентов — это еще и шанс заявить о себе на международном рынке. Таким образом, должен быть баланс между трансфером технологий и созданием новых оригинальных технологий и препаратов.

— Что Вы думаете о сохранении и развитии сотрудничества с учеными и производителями в других странах на текущий момент?

— В России есть серьезные школы химиков, генетиков и других специалистов, которые могут создавать новые направления, новые решения в фармации и в лечении пациентов, но важно не выпадать из глобального процесса создания и внедрения новых лекарственных препаратов.

Особенно это важно в отношении редких заболеваний, когда число пациентов может составлять единицы в целом по стране.

В рамках нынешнего геополитического противостояния «недружественные» страны прекратили включать Россию в число государств для проведения клинических испытаний и, соответственно, перечень новых препаратов для их регистрации в нашей стране сократится.

Важно, что наше законодательство позволяет использовать незарегистрированные препараты по решению консилиума врачей на уровне субъекта РФ. Однако резкое сокращение объема научного, профессионального сотрудничества может критически повлиять на развитие российского фармацевтического рынка.

Безусловно, отечественная наука справится со всем спектром проблем, но в этом случае обеспечение пациентов всеми современными возможностями терапии будет происходить не в полном объеме и медленнее.

В этой ситуации мы активно развиваем связи с дружественными странами: Китаем, Кубой, Ираном и др. Необходимо выстраивать отношения как с новыми, так и с действующими партнерами, но главное, чтобы государство законодательно создавало благоприятные условия для развития фармацевтической отрасли, давало банкам возможность льготного финансирования для развития фармацевтической науки и производства.

— Знаем, что «Скопинфарм» активно поддерживает создание инновационных образовательных программ...

— Мы осознаем необходимость квалифицированной подготовки кадров для современного фармацевтического производства и поддерживаем ценные инициативы и проекты, связанные с вопросами качества, развития технологий и информатизации. Поэтому мы стали одними из учредителей Евразийской Академии надлежащих практик. Этот институт является двигателем современных направлений в фармацевтической отрасли.

Так, Академия инициировала создание уникального учебного модуля «Виртуальный фармацевтический завод» для обучения студентов с помощью VR-технологий. В ходе учебы у студентов и преподавателей появилась возможность изучать все этапы производства твердых лекарственных форм.

Такой модуль при содействии ООО «Скопинфарм» был подарен РГМУ им. И. П. Павлова, и мы продолжим участвовать в подготовке кадров как для собственного предприятия, так и для всей отрасли.



Дмитрий МОРОЗОВ  
Председатель совета директоров  
АО «Биокад»

— Дмитрий Валентинович, на онкофоруме много рассказывали про препараты для лечения онкологии. «Биокад» какие производит?

— Мы не только производим биоаналоги, а и сами разрабатываем собственные оригинальные препараты. Например, это оригинальные противоопухолевые препараты Фортека и Экстимия.

— Насколько долг путь от разработки до внедрения в производство?

— На создание Экстимии ушло 6 лет на разработки и еще 5 — на клинические испытания. А в 2018 она стала первым онкологическим лекарством, рекомендованным к включению в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. На Фортеку (зарегистрирована по показанию «метастатическая неоперабельная меланома») ушло 7 лет.

— Какова стоимость изобретения собственных оригинальных противоопухолевых препаратов?

— Инвестиции в разработку составили более 1,6 млрд руб. И еще на клинические исследования более 4 млрд рублей.

— Получаете ли Вы обратную связь от российских онкологов?

— Конечно. Они ищут способы помочь пациентам. Исследуют новые разработки и передают нам свои наблюдения. Онкологи в этом процессе на передовой, и именно об их героическом труде нужно рассказывать.

Николай СОКОЛОВ  
Заведующий отделением противоопухолевой лекарственной терапии  
Городской клинической больницы им. С. П. Боткина, к. м. н.

— Мы видим, что частота объективного ответа на двойную таргетную терапию высокая, так как она позволяет длительное время контролировать метастатическую меланому (см. справку на стр. 4 — прим. ред.).

Уже есть комбинация некоторых препаратов, которая показывает наилучшую выживаемость пациентов, у которых не было поражения большого количества органов. Но и при наличии всем известных мутаций результат очень хороший.

Если говорить о признаках неблагоприятного прогноза, то смотрим еще и на уровень ЛДГ (Лактатдегидрогеназа — фермент, который вырабатывается в клетках организма человека и принимает участие в процессе расщепления глюкозы — прим. ред.). И на то, какое количество органов поражено, при высоком уровне ЛДГ. Если таких много, принципиальную роль начинает играть именно таргетная терапия.

Когда уровень этого фермента нормальный, то выживаемость значительно выше по сравнению с повышенным уровнем.

Из того, что мы можем назначать в России, это препараты дабрафениб, траметиниб или вемурафениб с кобиметинибом. Эффективность их приблизительно равная.

У наших коллег, собственно говоря, есть еще и третья опция — это энкорафениб и биниметиниб. К сожалению, у нас пока эта опция не используется.

Есть и тройные комбинации, например: кобиметиниб, вемурафениб в сочетании с атезлизумабом, или дабрафениб, траметиниб и пембролизумаб, дающие чуть-чуть лучше результаты, возможно, за ними и будущее. Пока золотым стандартом является все-таки двойная иммунотерапия (см. справку на стр. 5).

Теперь о самых новых данных. Касаемо пациентов, у которых присутствует меланома кожи, то есть преимущество немного в сторону таргетной терапии, она показывает лучшие результаты двухлетней безрецидивной выживаемости.





**Михаил ШУТОВ**  
Главный врач  
городской поликлиники № 64

— Михаил Васильевич, как сегодня обстоят дела с онконастороженностью в ходе амбулаторного приема?

— Огромные усилия город приложил к работе с врачами и с заведующими отделениями в этом направлении: обучение, разбор, цифровизация, изменение структуры приема...

Кроме успеха существует и ряд проблем, который не позволяет исключить или свести к минимуму случаи выявления запущенных форм злокачественных новообразований, которые были бы связаны именно с недостаточной онкологической настороженностью врача на первичном приеме.

Отсутствие уже общепризнанного определения и границ ответственности врача и других участников процесса. Низкий уровень квалификации врача вследствие самых разных причин.

А также цифровизация и модернизация ведут к большому количеству изменений и заодно к перегрузке врача на приеме.

У него либо не остается сил на онкопоиск, либо он не успевает проявить онконастороженность из-за ограниченного времени приема. Или квалификации не хватает, чтобы распознать заболевание и задуматься о нем.

Повысить этот уровень врачей амбулаторного звена — задача важная, но, во-первых, не новая, во-вторых, все-таки не тривиальная. Здесь не обойтись без изменений в структуре обучения студентов и ординаторов. При лечении болезни методом выбора должен стать один из принципов гомеопатии, как бы это неожиданно ни прозвучало. Лечи подобное подобным, ну или «клин клином вышибают».

Важная цель в рамках всей борьбы за своевременную диагностику рака, онкологическая настороженность станет безусловным рефлексом в практике амбулаторного врача при работе с пациентом.

То есть это важный элемент ранней диагностики онкологических заболеваний, включающий в себя обязанность врача всегда подозревать онкологию и реализовывать в полной мере медицинские профилактические механизмы.

Ни один процесс, который гладко работает и дает желаемый результат, нельзя назвать простым или случайным, это всегда долгий и тяжелый путь, пройденный чаще всего командой профессионалов. Поэтому всегда надо помнить, что дорогу осилит идущий. И, как мне кажется, мы идем в правильном направлении.

— Как Вы считаете, насколько связаны сам повод визита пациента и реакция доктора на этот повод? Насколько он влияет на то, сможет ли доктор сфокусироваться на онконастороженности?

Вот самый простой пример: человек приходит, говорит: «У меня голова болит». И что, будем голову лечить?

— Да, это дорога с двусторонним движением. Но это относится не только к онконастороженности, а применимо к любому моменту лечения. Важно участие как врача, так и пациента, поэтому если он пришел с головной болью, то это не мешает доктору проявить онконастороженность. Может быть и метастаз в головном мозге.

— Вся проблема только в том, что не хватает времени?

— Где-то времени, а где-то и квалификации.

— Сколько у врача времени на первичный прием сейчас в поликлинике?

— От 12 до 15 минут в зависимости от поликлиники.

# КЛИЕНТСКИЙ ПУТЬ НАЧИНАЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

**Дмитрий ГРЕКОВ**  
Заместитель главного врача по онкологии  
ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ, к. м. н., врач-хирург

— Плановая медицинская помощь, которой мы занимаемся в онкологии, сейчас несколько иная, потому что теперь у нас есть наши клиентские пути, позволяющие нам гарантировать сроки диагностики и лечения в зависимости от заболевания. Например, минимальный клиентский путь при подозрении на злокачественное новообразование в толстой кишке составляет 12 рабочих дней.

Есть проблемы и факторы, которые влияют на ожидание плановой госпитализации. Например, COVID очень сильно повлиял на сроки оказания такой медпомощи.

Наталья Павловна Климова уже говорила о том, что население стареет, количество людей пожилого возраста в России — это почти 40 процентов.

При этом онкологические заболевания демонстрируют рост. За последние 10 лет — это 33 процента. Конечно же, это нагрузка на всю систему здравоохранения, и в частности на онкологическую службу, но смертность при этом постепенно снижается. Это заслуга как и организационных моментов по выявлению ранних заболеваний, так и лечебных опций, в частности лекарственной терапии.

К пожилому возрасту у каждого пациента формируется одно или два хронических недуга. Население стареет, и с возрастом появляется риск развития онкологических заболеваний. И естественно, это все влияет на сроки оказания медицинской помощи и на общую выживаемость.

К 2040 году мы получим увеличение в 1,5 раза количества больных, страдающих онкологическими заболеваниями, и к этому надо готовиться, вырабатывать какие-то новые процессы для того, чтобы правильно распределить силы и средства.

Из-за чего получают задержки в оказании плановой медицинской помощи? Большой пул пациентов поступает с осложнениями онкологических заболеваний, причем некоторые пациенты первичные. Они не знают, что у них онкология, но уже есть осложнение. Значит, где-то на каком-то этапе мы вовремя его не выявили.

Следующее — это увеличение количества экстренных госпитализаций, из-за которых мы откладываем специализированное лечение. Не можем начать вовремя, ни хирургическую, ни лекарственную терапию. И это отражается на общей выживаемости.

Согласно программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Постановлением Правительства РФ, срок проведения консультации врача-онколога в случае подозрения на онкозаболевание составляет 3 рабочих дня.

**Ирина ТРАСКОВЕЦКАЯ**  
Главный врач городской  
поликлиники № 219

— Все врачи нашей поликлиники не просто информируют пациентов, но и выдают им памятки.

Более того, я большая поклонница концепции диагностических фабрик, когда все исследования проводятся в одном здании, куда пациент направляется прямо от доктора; на УЗИ, КТ, МРТ, которые ему показаны, включая бронхоскопию с забором материала на биопсию. А в поликлиниках оставить только врачей общей практики. Так во многих странах делают.

Здесь тогда вступает в свои права вероятностное мышление врача. Например, он думает, что пациенту нужна эндоскопия.

Когда встает вопрос выбора, вы уж меня простите, но мы все патриоты своих учреждений, и, конечно, к себе направить и ближе, и мы своим доверяем больше. А когда направляем в эндоскопический центр, мы даем маршрут и ожидаем серьезного результата. Скорее всего, это онкокрининг. То есть это либо уже подозрение на онкозаболевание, либо у пациента в наследственности что-то такое, либо возраст предполагает...

Если эти кабинеты есть, они не будут простаивать. А когда они исчезнут, то направления будут только в эндоскопические центры. Кто-то пойдет, а кто-то, увидев очередь, отложит на «пока не заболит».



**Наталья КЛИМОВА**  
Руководитель Московского центра  
развития социальных технологий

— Наверное, очевидно, что мало проявлять только онконастороженность в отношении каждого конкретного пациента...

Срок проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкозаболевание — 7 рабочих дней.

Срок ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи — 5 рабочих дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания (состояния).

— Какие мероприятия могут повлиять на сокращение сроков ожидания плановой медицинской помощи?

— Устранение кадрового дефицита, обеспечение доступа в режиме 24/7, применение системного подхода при подготовке пациентов к госпитализации и стационароразменяющей технологии, которая является прорывным направлением, особенно в связке с применением анестезиологических мероприятий. Она позволит снизить риски осложнений, возникающих при оказании помощи. Одна из уже поставленных на поток манипуляций — биопсия предстательной железы.

В существующей системе онкологической помощи очевидно есть недостающие звенья: пред- и постреабилитация.

Некоторым пациентам нужно подготовиться к оказанию помощи, то есть компенсировать сопутствующую патологию, улучшить показатели крови...

Особенно в процессе лечения лекарственной терапией возникают проблемы, и это требует коррекции. Но они и тут опять всегда возникают.

В плане постреабилитации — недостаток реанимационных коек, потому что в многопрофильных стационарах они никогда не пустуют. Иногда утром приходится переносить запланированную операцию, потому что за ночь койку в реанимации заняли, и после операции некуда будет положить больного.

Выход — создание палат интенсивной терапии, что потребует увеличения кадрового состава.

Кроме того, на управление сроками ожидания госпитализации может положительно повлиять создание многопрофильных онкологических стационаров, увеличение количества реанимационных и онкологических коек, развитие стационаров кратковременного пребывания и акцент на наиболее востребованные профили: заболевания молочной железы, кожи и мягких тканей, щитовидной железы и колопроктологии. А также менеджмент заведующим операционным блоком, выделение дополнительных столов, работа в 2 смены, и в выходные дни.

Ну и совершенствование клиентских путей. А самое главное — валидация клинических протоколов и постоянный мониторинг позволят обеспечить сокращение сроков ожидания медицинской помощи.

Греков Д. Н.: То есть если закроют поликлинические, тогда три эндоскопических центра, которые сейчас работают на полную мощность, не справятся с потоком пациентов, которым необходима колоноскопия по различным показаниям?

Трасковецкая И. Г.: Конечно, нет. Их нужно больше.

Греков Д. Н.: Значит, либо надо увеличивать количество этих центров, закрывая эндоскопические кабинеты, либо оставлять эти кабинеты в поликлиниках.

Трасковецкая И. Г.: Да, но создав им возможность проводить исследование в кабинетах под наркозом.

Греков Д. Н.: Наталья Павловна, Ваше мнение очень важно. Проще отказаться от кабинетов?

Климова Н. П.: Очень дискуссионный вопрос. Мы ведь это обсуждали, и было принято решение оставлять кабинеты. И этот выбор должен быть за пациентом.

Но теперь понятно, что кабинеты недозагружены.

Греков Д. Н.: Кабинеты в эндоскопических центрах недозагружены? Или в поликлиниках?

Трасковецкая И. Г.: Нет, эндоскопические центры набрали свой оборот. По-другому и не могло быть. Когда люди узнали, какие комфортные там условия. Приходишь как на праздник. Это несравнимо...

Греков Д. Н.: Поэтому напрашивается вывод: надо масштабировать эндоскопические центры, так как содержатся недозагруженный эндоскопический кабинет в поликлинике неправильно, то есть нецелесообразно.

Тема этой дискуссии не о времени на прием. Проблема в том, что у нас много запущенных случаев, и дело не во времени приема в поликлинике и как он прошел, а в том, что пациент ходил в поликлинику год, но его лечили от остеохондроза регулярно и долго, потом он попал в ЦАОП с метастазами 4-й степени. Вот о чем речь.