

ФОНД ПОДДЕРЖКИ ПРОТИВОРАКОВЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ
«ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА»

ИЗДАНИЕ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ

ОНКОЛОГИЯ

№ 1 (1) 2013

сегодня
www.netoncology.ru

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ

Н.В. ЖУКОВ:

Диспансеризация.
Готовы ли онкологи
к ее результатам?

стр. 1

В.Б. МАТВЕЕВ:

Скрининг
при раке почки себя
не оправдал

стр. 4

Е.А. НОВИКОВА, О.И. ТРУШИНА:

Взгляд онколога
на скрининг рака шейки
матки

стр. 10

А.Д. КАПРИН:

Профилактика
злокачественных
новообразований

стр. 14

СЛОВО РЕДАКТОРА



Игорь Георгиевич
РУСАКОВ

Д.м.н., проф., президент фонда «Вместе
против рака», вице-президент РООУ,
зам. главного врача по онкологии ГКБ № 57
igorrusakov@mail.ru

Уважаемые коллеги!

Сегодня я с большим удовольствием обращаюсь к вам с первой полосы специализированной газеты для онкологов «Онкология сегодня».

Главная тема первого выпуска газеты – диспансеризация и скрининг онкологических больных. Не подлежит сомнению, что вопрос этот – один из наиболее актуальных

в современной российской онкологии. Вряд ли можно назвать новостью то, насколько важно раннее выявление онкологических заболеваний как с медицинской, так и с социально-экономической точек зрения.

Именно поэтому программа онкологического скрининга (как часть всеобщей диспансеризации) официально запущена в России с 2013 г.

У нас есть первые успехи. Выявлены и насущные задачи в практической реализации скрининга. Однако, организовывая комплекс работ по раннему и массовому выявлению онкологических больных в регионах, мы четко должны представлять, готовы ли онкологические службы в Москве и регионах к работе в изменившихся условиях: укомплектованы ли они необходимым оборудованием и квалифицированным персоналом, хватает ли коек и лекарств? Насколько эффективно работает онкологический скрининг применительно к разным анатомическим локализациям? Каковы прогнозы развития системы скрининга онкологических больных в ближайшем и отдаленном будущем? Какие меры необходимы для того, чтобы система работала и давала измеримые результаты?

На сегодня вопросов, требующих серьезной проработки, много. В первом номере газеты комментируются только некоторые из них. Остальные – ждут своего часа.

Завершу свое обращение к читателям газеты на приятной ноте: я поздравляю всех своих коллег с их профессиональным праздником – Днем медицинского работника. Работа врача никогда не была легкой. Она требует не просто большого количества знаний и навыков. Врач – это еще и высокая самоотдача. Несите здоровье людям. Будьте здоровы сами.

Редакция благодарит отечественную компанию ЗАО «Фарм-Синтез» (Россия, г. Москва), выступившую партнером первого номера газеты «Онкология сегодня». Инициатива руководства российской фармацевтической компании иллюстрирует высокую социальную ответственность отечественного производителя лекарственных средств. Особенно радует то, что активную позицию в этом вопросе проявляют производители лекарств для лечения онкологических больных.

■ СКРИНИНГ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Диспансеризация. Готовы ли онкологи к ее результатам?



Николай Владимирович
ЖУКОВ

К.м.н., руководитель отделения лекарственного лечения опухолей ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России
zhukov.nikolay@rambler.ru

Безусловно, для большинства онкологических заболеваний фактор времени (от момента появления опухоли до ее выявления и начала лечения) является критичным. Какие бы героические усилия ни прилагали специалисты-онкологи, усредненный прогноз у пациентов с III–IV стадией заболевания всегда будет хуже, чем у больных, опухоли которых начали лечить на более раннем этапе. В связи с этим раннее выявление злокачественных новообразований можно назвать одним из ключевых способов повышения результативности лечения. И начавшаяся в этом году программа всеобщей диспансеризации потенциально дает шанс на достижение подобной цели. Однако, как нам кажется, онкологи пока еще не совсем представляют, с чем им предстоит столкнуться,

если предусмотренная программа заработает в полную силу.

С одной стороны, весьма отрадно, что в программу диспансеризации наконец включен ряд тестов, потенциально позволяющих выявлять злокачественные опухоли на ранних стадиях. Более того, часть этих тестов входит в общепризнанные программы скрининга, показавшие ту или иную степень снижения смертности от онкологических заболеваний (а не просто направленные на «активное» выявление опухоли – постановку диагноза саму по себе), – маммография, мазок по Папаниколу, анализ кала на скрытую кровь, определение простатспецифического антигена. Ведь трудно сосчитать, сколько раз онкологи (и другие «узкие» специалисты) вздыхали и утирали скупую слезу, с завистью глядя на ресурсы, расходуемые на различные «непрофильные» (не связанные с программой скрининга) профилактические осмотры. Разумеется, «идеальная» медицина должна иметь профилактический характер – предотвращать развитие заболеваний или, как минимум, выявлять их на этапе, когда шанс на успех в лечении максимален. Однако велика ли была эффективность «неспецифичных» профилактических осмотров, проводимых врачами первичного звена? Много ли больных удавалось спасти за счет того, что их в плановом порядке с определенной периодичностью осматривали терапевт и хирург в поликлинике и что им проводились флюорография, анализ мочи и приснопамятная «тройка» (гемоглобин, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов)?

Увы, зарубежный опыт свидетельствует о неэффективности неспецифичных обследований в отношении основной конечной цели – снижения смертности. «Лица, которые подвергаются регулярному «общему» медицинскому обследованию (regular general health checks), погибают абсолютно с такой же частотой, как те, кто в подобных мероприятиях не участвует», – такое заключение дал систематический обзор и метаанализ, проведенный одной из наиболее уважаемых организаций в этой области – Cochrane Collaboration [Krogsboll L.T. et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev 2012; DOI:

В переводе с сухого языка статистики это означает, что риск погибнуть от онкологических заболеваний у лиц, проходивших и не проходивших регулярные профилактические осмотры, оказался одинаковым. Более того, было показано, что регулярные неспециализированные «проверки здоровья» не сказались благоприятно ни на одной из ключевых вторичных целей – не было отмечено ни уменьшения потребности в госпитализации, ни снижения числа дополнительных визитов к врачу и случаев утраты трудоспособности.

В некоторых исследованиях, включенных в этот метаанализ, было показано, что подобные осмотры увеличивают час-

“Зарубежный опыт свидетельствует о неэффективности неспецифичных обследований в отношении основной конечной цели – снижения смертности. «Лица, которые подвергаются регулярному «общему» медицинскому обследованию (regular general health checks), погибают абсолютно с такой же частотой, как те, кто в подобных мероприятиях не участвует».

10.1002/14651858.CD009009.pub2]. В метаанализ вошли 16 зрелых по периоду наблюдения рандомизированных исследований, суммарно включавших чуть менее 183 тыс. участников.

В исследованиях, отдельно оценивавших смертность от онкологических заболеваний, соотношение риска смерти (mortality risk ratio) между группами, подвергавшимися и не подвергавшимися профилактическим осмотрам, составило 1,03 (95 % доверительный интервал 0,91–1,17).

тоту выявления гипертонзии, гиперхолестеринемии и некоторых хронических заболеваний. Однако само по себе знание о наличии у пациента заболевания не является приемлемой целью столь дорогостоящих мероприятий, как профилактические осмотры в рамках страны или региона, если это знание не трансформируется в более длительную или более качественную жизнь пациента (или мень-

Окончание на стр. 2 ►

Диспансеризация. Готовы ли онкологи к ее результатам?

◀ Окончание, начало на стр. 1

шие расходы на его последующее лечение).

В качестве возможных причин неудачи зарубежных «аналогов» диспансеризации авторы называли то, что врачи первичной практики уже и так выявляли лиц, predisposed к развитию различных заболеваний (на этапе, когда те обращались к ним по другим причинам). Кроме того, пациенты, имеющие высокий риск развития различных заболеваний, могли обращаться за медицинской помощью в специализированные учреждения и/или наблюдаться в них (минуя врачей первичной практики). В связи с этим, разумеется, не стоит однозначно переносить зарубежный опыт на нашу действитель-

мов через 1, 2 или 3 года (а может быть, и позже), будут выявлены одномоментно благодаря диспансеризации (скринингу). Разумеется, мы не рассчитываем на 100 % эффективность процедуры скрининга, и в реальности этих больных будет значительно меньше, но готовы ли онкологические учреждения к появлению даже 50–100 тыс. больных дополнительно, которых нужно будет обследовать и лечить? И, увы, не только хирургически, так как при многих заболеваниях даже на самой ранней стадии необходимо проведение адъювантной лучевой и лекарственной терапии.

Но, как оказалось (и с этой проблемой вплотную столкнулись врачи тех стран, где активно функционируют программы онкологического скрининга), «своевременно» обнаруженные опухоли не всегда требуют

создать очереди из очень неблагоприятно настроенных больных, уже услышавших диагноз «рак», но вынужденных ожидать в очереди на лечение (а очереди, существующие уже на настоящий момент, при увеличении нагрузки могут растягиваться не на один месяц). При этом необхо-

димо выполнить и проанализировать полученный материал) и сопутствующий им риск осложнений. И чем раньше начинается скрининг при опухолях, частота встречаемости которых повышается с возрастом, тем выше шанс того, что на протяжении скринингового периода пациент будет подвергнут ненужной ему биопсии в связи с ложноположительным заключением скринингового теста. И это притом, что при раннем начале скрининга (когда встречаемость опухолей еще относительно низка) его абсолютная эффективность крайне невелика. Так, например, при начале маммографического скрининга рака молочной железы с возраста 40 лет (как это подразумевается программой диспансери-

Согласно данным МНИОИ им. П.А. Герцена, в РФ за 2011 г. было выявлено 522 410 новых случаев злокачественных новообразований. Согласно этим же данным, опухоли III стадии были обнаружены у 21,8 % больных, а IV стадии – у 21,3 %, т. е. заболевание на III–IV стадии выявлено более чем у 225 тыс. больных.

ность, так как в условиях отечественного здравоохранения и с учетом особенностей отношения населения к своему здоровью картина могла бы быть совсем иной. Вполне возможно, что даже такой минимум обследований, выполняемый в «добровольно-принудительном» порядке, смог бы спасти некоторое количество жизней пациентов, которые в противном случае попали бы к онкологу гораздо позже. Не секрет, что уровень медицинской грамотности населения таков, что многие предпочитают «тянуть» до конца, не обращаясь к врачу даже при явных признаках неблагополучия.

Но утвержденная в настоящее время программа диспансеризации включает гораздо больше, чем банальный врачебный осмотр и анализ крови, – как уже говорилось выше, в нее вошли тесты, используемые для специфического онкологического скрининга во всем мире, а также ряд методик, которые для скрининга не используются, так как даже в развитых странах их экономическая и медицинская целесообразность подвергается сомнению. Но и эти тесты (например, ультразвуковое исследование органов брюшной полости) потенциально способны выявить заболевания на ранних стадиях у пациентов, пока не имеющих симптомов. Но готовы ли онкологи к результатам программы диспансеризации?

Честно говоря, ответ на этот вопрос пока не представляется однозначным.

Прежде всего, необходимо понимать, о каких цифрах идет речь. Согласно данным МНИОИ им. П.А. Герцена, в РФ за 2011 г. было выявлено 522 410 новых случаев злокачественных новообразований. Согласно этим же данным, опухоли III стадии были обнаружены у 21,8 % больных, а IV стадии – у 21,3 %, т. е. заболевание на III–IV стадии выявлено более чем у 225 тыс. больных. Принимая во внимание, что до этих стадий опухоль «дорастает» обычно за срок, значительно превышающий 1 год, при гипотетических 100 % охвате и 100 % эффективности диспансеризации число вновь выявленных больных злокачественными новообразованиями в 2013 г. повысится как раз на эти 225 тыс. Те больные, у которых опухоли были бы обнаружены на основании появления жалоб и симпто-

лечения. Точнее, далеко не все больные с ранними стадиями опухолей, выявленные в результате скрининга, от лечения выигрывают. Как показывают исследования, некоторые обнаруженные путем скрининга опухоли предстательной железы, почки, молочной железы могли бы никогда не дорасти до клинически значимых размеров (и уж тем более никогда бы не дали отдаленных метастазов) на протяжении всей предстоящей жизни многих пожилых пациентов. Противоопухолевое лечение не только не приносит никакой пользы подобным больным, но и сопряжено с неоправданным риском осложнений, а также с нерациональным перераспределением ресурсов и средств здравоохранения (особенно в условиях их дефицита). В связи с этим в ряде развитых стран при выявлении небольших опухолей, например, почки или предстательной железы, у пожилых больных используется тактика «наблюдай и жди». Но готовы ли наши врачи к тому, что ряд больных с обнаруженной на ранней стадии опухолью можно (и нужно) лишь наблюдать? Этот вопрос кажется риторическим лишь на первый взгляд. Ведь без расстановки приоритетов поток подобных больных может парализовать существующие лечебно-диагностические мощности, не давая оказать своевременную помощь тем пациентам, для которых она действительно принципиальна. При этом нужно понимать, что отказ от немедленно-

Большое число вновь выявленных пациентов, превышающее пропускную способность учреждений, может создать очереди из очень неблагоприятно настроенных больных, уже услышавших диагноз «рак», но вынужденных ожидать в очереди на лечение (а очереди, существующие уже на настоящий момент, при увеличении нагрузки могут растягиваться не на один месяц).

го лечения у пациента с ранней (потенциально курабельной) опухолью психологически (и юридически) совсем не то, что отказ от попыток паллиативного лечения у ослабленного больного с распространенной опухолью. Большое число вновь выявленных пациентов, превышающее пропускную способность учреждений, может

димо помнить и о том, что тактика «наблюдай и жди» подразумевает именно активное наблюдение, без которого у части даже очень пожилых пациентов с потенциально (но не обязательно) индолентными опухолями их прогрессия все же может привести к смерти при отсутствии своевременного вмешательства. А подобное наблюдение требует наличия достаточных ресурсов в виде соответствующего оборудования и персонала.

Но и это, увы, еще лишь верхушка айсберга. Наибольшей проблемой, скорее всего, станет то, что большинство скрининговых методик обладают не слишком высокой чувствительностью и специфичностью. По определению, результаты скри-

Оказалось (и с этой проблемой вплотную столкнулись врачи тех стран, где активно функционируют программы онкологического скрининга), «своевременно» обнаруженные опухоли не всегда требуют лечения. Точнее, далеко не все больные с ранними стадиями опухолей, выявленные в результате скрининга, от лечения выигрывают.

нинга не являются однозначным подтверждением онкологического диагноза. Любая методика скрининга подразумевает наличие ложноположительных и ложноотрицательных результатов, частота которых зависит от квалификации специалиста в области скрининга (и уточняющей диагностики) и от вида скрининга. И если медицинские (и юридические) последствия ложноотрицательных заключений мы увидим чуть позже, то с результатами ложноположительных заключений придется столкнуться практически сразу. Для того чтобы, например, признать ложноположительным результат анализа на простатспецифический антиген или маммографии, необходимо проведение биопсии. А достаточно ли для этого мощностей у существующих учреждений? Даже в странах, где программы определения простатспецифического антигена и маммографического

защиты) для спасения одной жизни необходимо выполнение маммографии 2500 женщинам на протяжении 10 лет (а при начале скрининга в возрасте 50 лет для этого нужно обследовать лишь 200 женщин на протяжении указанного срока).

Таким образом, введенная программа диспансеризации, безусловно, потенциально является благом для здравоохранения РФ. Например, только раком молочной железы в РФ болеет за год около 55 000 женщин, при этом погибает от него примерно половина из заболевших, что во многом связано с поздней диагностикой (хотя и не только с ней). В США же за счет ранней диагностики и адекватной лекарственной терапии погибает лишь каждая 10-я заболевшая. Даже если бы только при одном из онкологических заболеваний (раке молочной железы) нам удалось снизить смертность до величин, сопоставимых с США, это привело бы к спасению около 20 000 жизней ежегодно. Подобная величина, например, сопоставима с числом погибших за год в дорожно-транспортных происшествиях в РФ, для снижения которого лишь на несколько процентов выделяются огромные суммы из государственного бюджета. Однако для достижения адекватного результата программа диспансеризации должна предусматривать и готовность медицинских учреждений «второго и третьего» порядка проводить необходимые лечебно-диагностические мероприятия в отношении больных, выявленных в результате скрининга. Существует ли подобная готовность (на теоретическом и практическом уровне)? И что можно сделать для того, чтобы эту готовность повысить? Этим темам и будет посвящен первый выпуск газеты «Онкология сегодня».

У пациентов старше 75 лет без жалоб и симптомов нет смысла определять уровень простатспецифического антигена



Всеволод Борисович
МАТВЕЕВ

Д.м.н., проф., хирург-онколог, заведующий отделением урологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, президент РООУ vsevolodmatveev@mail.ru

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из самых распространенных раковых заболеваний у мужчин. Рано или поздно им болеет каждый пятый. С введением в России скрининга поток пациентов местами превратился в лавину. Что делать в этой ситуации, рассказывает заведующий отделением урологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН Всеволод Борисович Матвеев.

– Как Вы лично относитесь к скринингу РПЖ?

– Думаю, что нужно опираться на результаты исследований, которые были направлены на то, чтобы оценить целесообразность проведения популяционного скрининга мужского населения в разных странах. Эти исследования проводились в Европе и Соединенных Штатах на тысячах мужчин. И результатом этих исследований явилось то, что и Европейская ассоциация урологов, и Американская урологическая ассоциация пришли к заключению, что в настоящее время недостаточно данных для того, чтобы рекомендовать скрининг РПЖ.

“И Европейская ассоциация урологов, и Американская урологическая ассоциация пришли к заключению, что в настоящее время недостаточно данных для того, чтобы рекомендовать скрининг РПЖ.

– Почему получились именно такие результаты?

– Основная причина того, что на сегодня скрининг себя не оправдал в том, что он недостаточно эффективен. Ведь скрининг эффективен лишь тогда, когда уменьшает смертность от заболевания. А когда скрининг увеличивает выявляемость, это бесполезно. От выявляемости ничего фактически не меняется. Если говорить именно о РПЖ, то в данном случае можно выявлять клинически незначимые формы, которые не приводят к смерти больного. Можно даже лечить их. Но от этого смертность от РПЖ не уменьшается. А клинически эффективный скрининг, подчеркну еще раз, – это такой скрининг, который уменьшает смертность от РПЖ.

По результатам исследований оказалось, что в США число смертей от РПЖ вообще не изменилось. В отдельных странах Европы,

точнее, в отдельных подгруппах исследований в отдельных странах Европы удалось показать достоверное снижение смертности. Но, опять же, недостаточное, чтобы рекомендовать скрининг РПЖ.

– Как Вы думаете, причина в методике скрининга или в особенностях заболевания?

– РПЖ развивается очень медленно, он приводит к смерти через годы после постановки диагноза. Скрининг с определением простатспецифического антигена (ПСА) показал свою среднюю эффективность и небольшое снижение уровня смертности. Но это снижение смертности стало очевидно только при очень длительном сроке наблюдения – 10 и более лет. Соответственно, если мужчины в возрасте 75 лет попадают в эту группу скрининга, то большого смысла в их обследовании нет. К тому моменту, когда можно было бы увидеть различие в смертности, подавляющее большинство пациентов уже погибнет от сердечно-сосудистых заболеваний или других болезней. Поэтому ПСА-скрининг на сегодня нецелесообразен.

– Вы неслучайно привели в пример пациента 75-летнего возраста?

– Считается, что у пациентов старше 75 лет, если у них нет жалоб и симптомов и предшествующие показатели ПСА были в пределах возрастной нормы, вообще нет смысла повторно определять уровень ПСА. Потому что даже если у них развивается рак простаты (а скорее всего, так и есть), он никак не успеет повлиять ни на качество, ни на продолжительность их жизни.

– А в каком возрасте ПСА-скрининг наиболее целесообразен?

– Имеет смысл определять ПСА у мужчин старше 40 лет, если у них в анамнезе у ближайших родственников – у родных братьев, у отца был РПЖ. У таких паци-

ентов, риск заболевания повышен. А если такого анамнеза нет, человек может не беспокоиться до 50–55 лет. Более того, таким мужчинам достаточно определять ПСА с большими интервалами, то есть раз в 4 года. Разумеется, если уровень ПСА нормальный при начальном измерении. Так что отношение к скринингу изменилось, в целом, в негативную сторону.

– И все-таки он не совсем бесполезен...

– Чтобы спасти одного мужчину от смерти из-за РПЖ, сегодня нужно скринировать минимум тысячу пациентов, выявить 35 случаев РПЖ и их пролечить. И из этой тысячи скринированных, из 35 раковых пациентов, мы спасем одного. То есть, всех остальных мы просто будем лечить зря, лишь добавляя им побочных эффектов от различных видов лечения.

– Почему такая явно неэффективная программа включена в диспансеризацию?

– Эта программа включена в диспансеризацию только в России. Россия, к сожалению, пришла к этому позже, чем другие страны. Сейчас в развитых странах происходит уже откат в обратную сторону от скрининга, а в России, поскольку мы вечно опаздываем, наоборот, возрос интерес к этой программе, скрининг процветает.

Не нужно всем определять уровень ПСА. А если определять, то стоит предупреждать людей о том, что мы, конечно, вам его определим, но будут определенные последствия, упадет качество жизни, скорее всего, это будет бесполезное зна-

“Если у больного в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, атеросклероз коронарных артерий и т. д., то, скорее всего, этого пациента вообще не нужно активно лечить, потому что в таких случаях риск умереть от рака предстательной железы по сравнению с другими рисками минимален.

ние и бесполезные волнения. Другой вопрос – что в России ситуация иная, чем в Европе и Америке. В России очень много запущенных форм, поэтому если там речь идет о выявлении начальных стадий, которые клинически вообще не значимы, то в России речь идет в основном о ранней диагностике, а не о скрининге. Ведь скрининг – это не диспансеризация каких-то нескольких мужчин, это популяционное явление, т. е. все мужское население сдает анализ на ПСА. Диспансеризация отличается от скрининга, диспансеризация – это обследование каких-то отдельных групп мужчин.

– Какие подводные камни скрываются под понятием «ранняя диагностика»?

– Если пациент знает результат своего ПСА-анализа, если он настаивает на активном поиске заболевания, то придется его искать. И медики обязаны объяснить пациентам все возможные последствия диагностики и выявления опухоли. Заболевание может никак не повлиять на продолжительность жизни, но существенно ухудшить ее качество, психологический статус пациента. Просто за счет

“Если пациент знает результат своего ПСА-анализа, если он настаивает на активном поиске заболевания, то придется его искать. И медики обязаны объяснить пациентам все возможные последствия диагностики и выявления опухоли.

того, что он будет все время думать о своей болезни. Более того, многие пациенты настаивают на лечении, которое может привести к нарушению функции мочеиспускания, лучевым ректитам, уретритам, и, кроме того, очень негативно влияет на эректильную функцию.

– Готова ли система здравоохранения к потоку пациентов, которые после того, как узнают уровень ПСА, хлынут в больницы и поликлиники?

– Я думаю, что система здравоохранения получит несоизмеримо большую нагрузку, чем это необходимо. К тому же самая главная проблема заключается в том, что в стране недостаточно врачей, которые могли бы грамотно выбрать оптимальный метод лечения для каждого пациента. Методов лечения РПЖ много, но каждый из них имеет свои показания. А многих пациентов лечить не нужно вообще. Даже мужчин, у которых уже стоит диагноз «рак предстательной железы», можно наблюдать, потому что основная причина смерти мужчин с таким диагнозом – сердечно-сосудистые заболевания, а не рак. Подавляющее большинство умирает не от рака,

даже имея его. Поэтому если у больного в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, атеросклероз коронарных артерий и т. д., то, скорее всего, этого пациента вообще не нужно активно лечить, потому что в таких случаях риск умереть от РПЖ по сравнению с другими рисками минимален.

– Когда же нужно начинать лечить таких пациентов?

– Нужно начинать их лечить тогда, когда РПЖ становится действительно угрозой для жизни. Когда именно – это сложный вопрос, он активно дискутируется. Есть клинические, морфологические, биохимические признаки того, что заболевание может вести себя достаточно агрессивно. Таких больных лечить надо. Больных, которые находятся в группе хорошего прогноза, у которых риск смерти минимальный, особенно если это пациенты пожилого возраста, их следует наблюдать. Активное лечение им не нужно.

Если пациент молод, то даже болезнь с хорошим прогнозом теоретически может как-то сказаться на продолжительности жизни.

Вопрос определения показаний к тому, или иному виду лечения, очень важен и требует специалистов. Вопрос хирургии, я думаю, не проблема. Вопрос других методов лечения – тоже не проблема. А вопрос «Что делать с данным пациентом?» требует высокой квалификации.

– А есть ресурсы для наблюдения за пациентами, в отношении которых применяется тактика «наблюдай и жди»?

Окончание на стр. 4 ►

У пациентов старше 75 лет без жалоб и симптомов нет смысла определять уровень простатспецифического антигена

◀ Окончание, начало на стр. 3

– Я думаю, что ресурсы есть. В основном это регулярный контроль ПСА, регулярный осмотр больного, если это нужно, иногда повторная биопсия через 2–4 года после установления диагноза.

– Если говорить об уровне квалификации, то объем урологических и онкоурологических знаний постоянно увеличивается, рекомендации Американской и Европейской ассоциаций меняются. Есть ли в России системы, которые позволяют специалистам быть в курсе изменений?

– Конечно, существуют профессиональные общества, это и наша ассоциация – Российское общество онкологов (РООУ), а также Российское общество урологов, например. Наша ассоциация регулярно переводит самые последние клинические рекомендации, распространяет их среди членов общества и выкладывает в свобод-

ном доступе на специальной странице нашего сайта: <http://www.roou.ru/expert/EAU/>, где их может изучить любой врач мира.

Несколько раз в год РООУ проводит заседания, посвященные самым последним достижениям в области лечения

“ Пациентов нужно убеждать, что лечение не требуется, приводить аргументы, данные статистики и объяснять причины отказа.

того или иного органа. Например, сентябрьское посвящено раку почки, а декабрьское – РПЖ.

Мы всеми силами стараемся интегрировать молодых специалистов в мировую науку, поэтому отправляем их участвовать в международных школах и конгрессах. Кроме того, приглашаем ведущих специалистов в Россию. В частности, в начале октября пройдет VIII Конгресс РООУ – мероприятие глобальное и по уровню подготовки, и по

программе, и по уровню приглашенных специалистов.

– И все-таки, как вести себя онкологам на местах при отказе пациенту в лечении или перенесении лечения на неограниченный срок?

– Пациентов нужно убеждать, что лечение не требуется, приводить аргументы, данные статистики и объяснять причины отказа. Если пациент настаивает, мы должны его лечить, в какой бы группе риска он ни был, тут уж ничего не сделать.

– Прокомментируйте тогда операцию, которая прошла недавно по настоянию 53-летнего лондонца. Ему сделали радикальную простатэктомию после того, как

выявили мутацию гена BRCA. Сделали с целью профилактики, так как раком он не болел. Как Вы относитесь к такой профилактике?

– Пока я к этому никак не отношусь – один случай не показателен. Пока это в основном касается рака молочной железы – применяется профилактическая мастэктомия у больных с мутацией этого гена (версии 1 и 2). Но мало какие женщины соглашались делать эту процедуру в юности, предпочитая завести детей и только после этого проводить какие-то операции, потому что у женщин при мутации этого гена повышается не только риск рака молочной железы, но и риск рака яичников. А потеряв яичники, женщина становится бесплодной, поэтому вопрос, на самом деле, очень сложный. И каждый человек для себя лично должен решить, чего ему бояться и чего ждать в этой жизни.

Материал подготовила Анна Темес. Предоставлено порталом [проуро.рф](http://prouro.ru)

■ СКРИНИНГ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Скрининг при раке почки себя не оправдал



Всеволод Борисович
MATVEEV

Д.м.н., проф., хирург-онколог, заведующий отделением урологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, президент РООУ vsevolodmatveev@mail.ru

Рак почки входит в десятку самых распространенных злокачественных заболеваний. А по природу проигрывает только раку простаты. Казалось бы, его нужно отслеживать в массовом порядке. Однако опыт подсказывает другие решения, говорит заведующий отделением урологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН Всеволод Борисович Матвеев.

– Как часто и при помощи каких методов необходимо проходить обследование для своевременного выявления рака почки?

– Скрининг при раке почки себя не оправдал. Для выявления одного случая необходимо скринировать слишком большое число предполагаемых больных. Поэтому если есть возможность, то нужно просто проводить ультразвуковое исследование (УЗИ) раз в 5 лет. Это уже не скрининг, а обычная предосторожность.

– Можно ли выделить какие-то группы риска онкологии почек?

– Группы риска в этом случае – это наследственные формы, те, у кого в анамнезе у ближайших родственников был рак почки, рак почки с наследственными синдромами, а также пациенты с ожирением (и даже с избыточным весом), курящие. У всех этих групп людей риск рака почки повышен.

– В случае выявления объемного образования как отличить злокачественную опухоль от доброкачественной?

– Признаком доброкачественности на сегодня признано только наличие жировой ткани – липома и ангиомиолипома. Все остальные опухоли расцениваются как потенциально злокачественные. Других признаков пока не существует.

– Как Вы относитесь к биопсии почки в целях дифдиагноза?

– Биопсию почки для дифдиагноза нужно делать тогда, когда биопсия может повлиять на тактику лечения. Если же нет признаков доброкачественности на рентгенологической картине (на компьютерной томографии, например), то вероятность того, что эта опухоль доброкачественная, крайне низка. В этом случае большого смысла в биопсии нет.

Имеет смысл делать биопсию в том случае, если мы оставляем больного под наблюдением и не предлагаем хирургическое вмешательство. Это касается в особенности пожилых пациентов. А если пациенту в любом случае планируется резекция почки, то смысла в биопсии нет.

Еще одна категория больных – пациенты с метастазами, у которых нам нужна

модификация диагноза, чтобы назначить адекватную лекарственную терапию.

– В программу диспансеризации включено УЗИ органов брюшной полости. Это эффективно, нужно?

– Диспансеризация – мероприятие, проводимое какими-то отдельными учреждениями или предприятиями. Как метод скрининга всего населения это слишком дорогой комплекс процедур. А как метод обследования отдельных групп пациентов, например тех, кто находится в группе риска (работающие на вредных производствах – химических, нефтяных, что увеличивает риск развития рака мочевого пузыря), это вполне нормально. Гораздо важнее делать анализ мочи, чем проводить ультразвук, потому что микрогематурия заставит

“ Признаком доброкачественности на сегодня признано только наличие жировой ткани – липома и ангиомиолипома. Других признаков пока не существует.

врача направить пациента на более детальное обследование на гораздо более ранней стадии заболевания, чем УЗИ. Поэтому тест на кровь в моче активно применяется в мире.

– А УЗИ в других странах в диспансеризацию не включено?

– Нет. В других странах УЗИ – это слишком дорого.

– Готово ли здравоохранение к адекватному обслуживанию пациентов с небольшими новообразованиями (до 4 см)?

– Я не думаю, что таких пациентов будет выявлено очень много. Конечно, число

больных с малыми опухолями почки увеличивается, но не такими существенными темпами, как число заболевших раком предстательной железы, например. Так что да, вполне готово.

– Нужна ли им дополнительная диагностика, лечение? Может быть, кого-то из пациентов надлежит просто наблюдать?

– Конечно! Им всем необходимо будет сделать компьютерную томографию. Без томографии наблюдать их нельзя.

– Как Вы относитесь к тактике «наблюдай и жди» в случае обнаружения небольших опухолей у пожилых пациентов?

– Тактика вполне оправдана в ряде случаев, когда побочные эффекты нефрэк-

мии, резекции или абляции, например, могут намного сильнее навредить пациенту, чем сама опухоль.

– Как Вы оцениваете возможность клиник проводить сохранные операции?

– Сейчас очень много клиник, которые готовы к этому. Они специализируются на сохранных операциях, поскольку вообще сохранные операции имеют преимущество – больные живут дольше, потому что у них есть две почки вместо одной.

Материал подготовила Анна Темес. Предоставлено порталом [проуро.рф](http://prouro.ru)

ПСА-скрининг: всемирные надежды и разочарования



Дина
БЕДРЕТДИНОВА

Специальный корреспондент газеты
«Онкология сегодня» (Париж, Франция)
dina.dinova@gmail.com

Эйфория, которая охватила медицинские сообщества ведущих стран мира по поводу перспектив введения скрининга рака предстательной железы (РПЖ), уступила место скепсису. В данном случае скрининг оказался не только дорогим, но и малоэффективным методом.

Возрождение диспансеризации в России

С 2008 г. в России проводится программа «Дополнительная диспансеризация», предоставляющая возможность всем работающим гражданам добровольно пройти врачебный осмотр. Однако результаты показывают, что программа недостаточно популярна. Только 30 % населения воспользовались данной возможностью, тогда как, для сравнения, в США около 80 % населения хотя бы раз в год посещают врачей для профилактических осмотров.

За границей подобная система массово-

ские болезни. В общей (среди обоих полов) картине выделяются предстательная железа (5,1 %), почка (3,8 %) и мочевого пузыря (2,6 %). Если же рассматривать мужское население отдельно, то доля злокачественных новообразований предстательной железы увеличивается до 11,9 %, мочевого пузыря – до 4,5 %, почки – до 4,5 %. То есть, у мужчин злокачественные опухоли органов мочеполовой системы составляют по удельному весу до 21,7 % всех злокачественных новообразований. Среди всех онкологических заболеваний у мужчин РПЖ занимает 3-е место.

За границей заболеваемость РПЖ также растет, в связи с чем разрабатываются различные методы выявления групп риска, их обследования и лечения, а также пропагандируется скрининг для ранней диагностики.

Одним из наиболее ярких примеров такого скрининга стало определение простатспецифического антигена (ПСА) – относительно простой и дешевый метод выявления пациентов с заболеваниями предстательной железы.

ПСА-скрининг – надежда...

Скрининг при помощи анализа на ПСА после его появления в практике стал необычайно популярен благодаря неинвазивности метода. Это простой анализ крови, он относительно дешев и точен. Если содержание ПСА больше 4 нг/мл – надо отправлять пациента на биопсию простаты. Популярность этого метода привела к тому, что в США и некоторых европейских странах стали проводиться кампании с призывом ко всем мужчинам старше определенного возраста ежегодно сдавать кровь на ПСА. Причем, если вначале говорилось о границе в 50 лет, через некоторое время

австрийской территории. Похожие результаты были получены в канадском исследовании в Квебеке. Однако в 2002 г. появились американские результаты так называемого естественного эксперимента по сравнению смертности в Сизэте, где очень активно проводился ПСА-скрининг, и в Коннектикуте, где такой программы не было. По этим данным, различий между двумя территориями по смертности от РПЖ выявить не удалось. После этих публикаций разгорелась дискуссия о необходимости скрининга, в связи с чем в США и Европе были начаты проспективные рандомизированные исследования, поставившие перед собой целью выяснить, влияет ли скрининг на смертность от РПЖ.

В США исследование получило название PLCO (The Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial – Исследование скрининговой программы по раку предстательной железы, раку легких, раку прямой кишки и раку яичников). В нем участвовали 76 693 мужчины, наблюдавшиеся в 10 исследовательских центрах США. Их рандомизировали в 2 группы: в экспериментальной ежегодно проводился скрининг с помощью анализа на ПСА и пальцевого ректального исследования (ПРИ), в контрольной же – только наблюдение (без обследования).

Через 7 лет выяснилось, что в экспериментальной группе было зарегистрировано 2820 случаев РПЖ, в контрольной – 2322 случая, что соответствует заболеваемости

заболеваемости РПЖ в экспериментальной группе составила 8,2 %, в контрольной – 4,8 %. Соотношение риска смерти от РПЖ между экспериментальной и контрольной группами оказалось равным 0,8, с разницей между абсолютными рисками 0,71 смерти на 1000 мужчин. То есть, чтобы предотвратить одну смерть от РПЖ, необходимо обследовать 1410 мужчин и пролечить дополнительно еще 48 пациентов с РПЖ, смерть которых в итоге наступит от других причин. Ученые, проводившие это исследование, сделали заключение, что программа скрининга с использованием анализа на ПСА приводит к снижению смертности от РПЖ на 20 %, но ценой гипердиагностики.

Два крупнейших рандомизированных исследования пришли к противоположным результатам. При этом напрямую сравнивать цифры некорректно, так как дизайн исследований различен: в PLCO скрининг проводился с использованием и ПСА-анализа, и ПРИ, причем ежегодно, в ECRPC – только ПСА-анализа каждые 4 года. Помимо этого, американские исследователи рассматривали как показание для биопсии простаты уровень ПСА не менее 4 нг/мл, а европейские – 3 нг/мл. Также необходимо учитывать то, что мужчины в контрольных группах могли обратиться за анализом на ПСА или обследоваться урологом вне исследования. Более того, для подтверждения диагноза проводилась биопсия предстательной железы. Однако в исследовании PLCO на нее согласилось

“ Два крупнейших рандомизированных исследования пришли к противоположным результатам. При этом напрямую сравнивать цифры некорректно, так как дизайн исследований различен.

“ Только 30 % населения России прошли диспансеризацию, тогда как, для сравнения, в США около 80 % населения хотя бы раз в год посещают врачей для профилактических осмотров.

го обследования населения с целью выявления лиц с определенной болезнью носит название «скрининг» (от англ. *screening* – отбор, фильтрация, сортировка, отсеивание, просеивание).

Онкологическая и онкоурологическая заболеваемость и смертность

Онкологическая заболеваемость в России растет. В 2011 г. она достигла 231 случая на 100 тыс. населения, прирост за последнюю декаду составил 18 %. Для сравнения, в США заболеваемость выше – 332 человека на 100 тыс. населения, но смертность ниже: в России – 180 случаев на 100 тыс. населения, а в США – 121 на 100 тыс. населения. Чем именно обусловлена эта разница, до конца непонятно. Однако среди возможных причин называют отсутствие системы скринин-

было предложено тестировать всех мужчин старше 40 лет. Рекомендация даже вошла в одно из руководств Американской урологической ассоциации (AUA). В нем говорилось, что скрининг с помощью анализа на ПСА должен начинаться с 40 лет, а при наличии предрасполагающих факторов (наследственность и т. д.) и ранее.

Также ученые постоянно предлагали снизить пороговое значение ПСА для направления на биопсию. В итоге множество мужчин озабочились проблемой возможного РПЖ и требовали ежегодно проверять их на ПСА.

...и результаты

В самых первых масштабных исследованиях, опубликованных в 1999–2001 гг., демонстрировались преимущества скрининга. Так, по результатам известной скри-

“ За границей заболеваемость РПЖ также растет, в связи с чем разрабатываются различные методы выявления групп риска, их обследования и лечения, а также пропагандируется скрининг для ранней диагностики.

на, более низкий уровень медицинской помощи и фатализм россиян по отношению к своему здоровью.

Существенную часть онкологической заболеваемости составляют онкоурологиче-

сской Тирольской программы в Австрии, в рамках которой проводилась ранняя диагностика и бесплатное лечение, ученые заявили о снижении смертности на 1/3 по сравнению с остальной

116 на 10 000 человеко-лет в группе активного скрининга и 95 – в группе наблюдения. Соотношение рисков (rate ratio) составило 1,22. При изучении смертности от РПЖ авторы исследования выявили, что в экспериментальной группе зафиксировано 50 смертей, в контрольной – 44, с соотношением рисков 1,13. Через 3 года, т. е. по истечении 10 лет от начала исследования, ученые получили 67 % всех данных, и новая информация лишь подтвердила предыдущие находки.

Авторы сделали вывод, что в американской популяции смертность от РПЖ очень низка. Различий между экспериментальной и контрольной группами не было, что доказывает отсутствие влияния скрининга на смертность от РПЖ. Но при оценке подобных результатов следует иметь в виду, что скрининг проводился не одним методом анализа на ПСА, а комбинацией ПСА-анализа и ПРИ. Кроме того, в США проводилась активная кампания по популяризации скрининга с помощью ПСА, в связи с чем многие мужчины в контрольной группе так или иначе обращались за осмотром и анализом на ПСА вне исследования.

В европейское исследование ECRPC (The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer – Рандомизированное исследование скрининговой программы по раку предстательной железы) удалось включить вдвое больше мужчин – 162 243 человека из 7 стран. Участники были рандомизированы в 2 группы. В экспериментальной группе проводился анализ на ПСА в среднем раз в 4 года, в контрольной – наблюдение без анализа.

Медиана времени наблюдения составила 9 лет. За этот период совокупная заболе-

только 40–52 % мужчин, которым она была предложена, в то время как в ECRPC – 86 %. Значит, практически половина мужчин в PLCO, у которых по результатам скрининга был заподозрен РПЖ, остались необследованными, и диагноз не был подтвержден или опровергнут.

В опубликованной в 2010 г. статье с обновленными данными по сегменту Геттеборга, включавшему в себя 20 000 мужчин, авторы сообщили о снижении смертности от РПЖ на 50 % за медианный период наблюдения 14 лет, однако также отметили повышенный риск гипердиагностики в экспериментальной группе, что подтверждает первичные результаты.

Проблемы гипердиагностики рака предстательной железы

Во-первых, существует проблема ложноположительных результатов обследования, после которых пациенту проводится радикальная простатэктомия. Она, в свою очередь, может привести к различным осложнениям, наиболее частые из которых – эректильная дисфункция и недержание мочи, значительно ухудшающие качество жизни мужчины. Диагноз pT0, выставляемый при патоморфологическом исследовании после cT1c или cT2, т. е. после положительного результата на биопсии предстательной железы из 6 точек, встречается нечасто, однако даже 30 (0,4 %) из 7693 пациентов во французской популяции заставляют задуматься о точности существующих методов и необходимости предупреждать больного о подобной воз-

Окончание на стр. 6 ►

ПСА-скрининг: всемирные надежды и разочарования

◀ Окончание, начало на стр. 5

возможности перед оперативным вмешательством.

Во-вторых, как уже отмечалось в обсуждении результатов исследования ERSPC, необходимо пролечить дополнительно 48 пациентов, для того чтобы избежать смерти 49-го от РПЖ. Это значит, что большей части мужчин после выявления РПЖ лечение проводится напрасно. А ведь это не только затраченные ресурсы здравоохранения, но и ухудшение качества жизни пациентов, причем как в виде явных осложнений, так и в виде депрессии и тревожных состояний, вызванных онкологическим диагнозом.

Рак, но не важный

В итоге в медицинской науке появилось понятие клинически незначимого рака, т. е. онкологического заболевания с низкой вероятностью прогрессирования до клинических симптомов и/или летального исхо-

да. Для его описания были предложены критерии Эпштейна, основанные на результатах биопсии простаты.

Для определения незначимого РПЖ необходимо наличие следующих фактов:

- клиническая стадия T1c;
- плотность ПСА меньше 0,15 нг/мл;
- раковые клетки выявляются менее чем в 3 биоптатах;
- поражено 50 % и менее каждого полужительного биоптата;
- ни в одном биоптате не выявляется опухоль 4 или 5 баллов по Глиссону.

Пока естественный ход развития РПЖ до конца не понятен, но исследования показывают, что это заболевание развивается относительно медленно – в течение 15 лет, после чего начинает прогрессировать. Проблема в том, что определить, на каком этапе от начала заболевания выставлен диагноз, современными методами сложно, в связи с чем «золотым стандартом» лечения остается радикальное удаление опухоли, особенно у пациентов с предполагае-

мой высокой продолжительностью жизни. При этом в патоморфологическом исследовании мужчин в возрасте 40–49 лет, умерших по причинам, отличным от РПЖ, практически у половины был выявлен РПЖ, в 80 % случаев соответствующий критериям Эпштейна.

В результате ученые предложили проводить динамическое наблюдение пациентов с клинически незначимым РПЖ. Такой метод встречает отпор как со стороны пациентов, так и со стороны хирургов, однако последние исследования показывают его эффективность и безопасность, хотя и остается непонятным, что необходимо выявлять группы риска и для этих пациентов применять дополнительные методы обследования.

Также активно разрабатываются новые методы скрининга, предпринимаются попытки усовершенствования диагностического пула с внедрением тестов на свободный ПСА, соотношение свободного и общего ПСА, определение кинетики ПСА (скорость роста, время удвоения), проводятся исследования новых маркеров, однако

после эйфории десятилетней давности отношение к скринингу в мире стало скептическим.

В современной практике основным методом скрининга остается комбинация анализа крови на ПСА и ПРИ, однако так и не выяснено, с какого возраста следует начинать диагностику, а также какой безопасный интервал можно выдерживать между обследованиями. Пока Европейская ассоциация урологов рекомендует проводить первый анализ на ПСА в 40 лет и принимать решение по поводу дальнейшего обследования, отталкиваясь от исходного уровня ПСА. При концентрации ПСА не более 1 нг/мл дальнейшие анализы рекомендуется проводить с интервалом в 8 лет. Кроме того, не рекомендуется скрининг с использованием ПСА-анализа у мужчин старше 75 лет, так как ранняя диагностика не будет иметь клинического значения.

Материал предоставлен порталом проуро.рф

■ СКРИНИНГ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Скрининг онкологических больных: обзор региональных проблем

Мы констатируем первую-вторую стадию, а пытаемся лечить уже третью-четвертую



Виктор Евгеньевич
ГОЛЬДБЕРГ

Д.м.н, проф., заслуженный деятель науки РФ, зам. директора НИИ онкологии СО РАМН по научной и лечебной работе (Томск) nii@oncology.tomsk.ru

Томские онкологические учреждения не справляются с растущим потоком пациентов. И даже если удалось поставить диагноз на ранней стадии, до лечения пациенту еще нужно дожить.

По официальным показателям, которые фигурируют в статистических отчетах по Российской Федерации, только в 2011 г. в Томской области было зарегистрировано 4048 случаев злокачественных патологий. Показатель заболеваемости составил 387,6 на 100 тыс. населения, что выше, чем в среднем по России. Почти в 2 раза выросла и инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями. Сейчас 79,4 % пациентов выходят на инвалидность вследствие раковых заболе-

ваний и только 20,6 % – по причине других болезней.

На территории области работают 2 крупных онкологических учреждения: Областной онкологический диспансер и НИИ онкологии СО РАМН.

В федеральном учреждении – НИИ онкологии – получают специализированное лечение (в том числе и высокотехнологичное) порядка 3000 пациентов. В институте сконцентрированы современное оборудование и лучшие научные и врачебные кадры. Все это позволяет, в том числе, проводить и уточняющую диагностику.

«В составе амбулаторно-поликлинического отделения института у нас работает диагностический центр, – рассказывает газете «Онкология сегодня» д.м.н., проф., заслуженный деятель науки РФ, зам. директора НИИ онкологии СО РАМН по научной и лечебной работе Виктор Евгеньевич Гольдберг. – В рамках этого центра мы можем проводить уточняющую диагностику, в том числе и после проведения скрининговых методик (ультразвуковое исследование для рака почки и щитовидной железы, анализ на простатспецифический антиген для рака предстательной железы, маммография для рака молочной железы, осмотры и биопсия при подозрении на меланому). Для этого имеется все необходимое приборное оснащение: компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф, скинтиграфическая установка, аппараты для ультразвукового исследования, эндоскопическое оборудование и т. д.»

Однако, согласно законодательству, НИИ онкологии СО РАМН не может принимать

всех пациентов подряд. Туда поступают наиболее сложные больные с огромной территории Сибири и Дальнего Востока согласно установленным квотам. И томичи имеют такое же количество квот, как и жители территорий. Поэтому логично, что главный упор в вопросе оказания онкологической помощи (в том числе и ранней диагностики) должен быть сделан на первичное звено. А вот здесь имеются проблемы.

Томский областной онкологический диспансер по своему материально-техническому оснащению сегодня входит в четверку самых слабых диспансеров Сибири и Дальнего Востока наряду с учреждениями Тувы, Хакасии и Республики Алтай. Так что даже если диагноз поставлен верно и вовремя, мучения пациента на этом только начинаются. Его ждут огромные очереди, хождения по кабинетам. Зачастую, пока больной дожидается начала лечения, заболевание может перейти в более тяжелую стадию.

«К сожалению, состояние онкодиспансера сегодня оставляет желать лучшего, – подчеркнул Виктор Гольдберг. – Требуются немалые капитальные вложения в его оснащение. Жители Томской области зачастую вынуждены обращаться в НИИ онкологии из-за того, что в диспансере им не могут обеспечить достаточный уровень обследования».

Аналогичное мнение высказал в интервью газете «Онкология сегодня» и начальник областного патологоанатомического бюро Сергей Будков: «Мы, патологоанатомы, проводим и прижизненную диагностику. В том числе подтверждаем наличие новообразований, на основании чего онкологи выстраивают свое лечение. Но, по моим подсчетам, с момента выявления опухоли до получения больным специализированного лечения проходит не менее 2–3 месяцев. В результате мы констатируем I–II стадию, а пытаемся лечить уже III–IV, тратя на это громадные средства. Все дело в отсутствии нормальной системы оказания онкологической помощи. В онкодиспансере очень низкий уровень диагно-

стики, плохое оборудование и нехватка кадров».

Хотя Сибирский государственный медицинский университет каждый год выпускает множество молодых специалистов, в лечебных учреждениях Томской области врачей, а особенно онкологов, не хватает. Многие из работающих докторов уже достигли пенсионного возраста и через год-другой уйдут на заслуженный отдых. А молодежь в онкологию идет неохотно.

Выход специалисты видят в организации курсов для врачей других специальностей, чтобы они сумели заподозрить у пациента злокачественное заболевание. Такие курсы проводятся, но очень редко. «Пока обучение наших будущих врачей будет происходить так, как сейчас, образовательный уровень их не поднимется, – заявил в разговоре с корреспондентом газеты «Онкология сегодня» академик РАМН, директор НИИ онкологии СО РАМН Евгений Чойнзонов. – Министерству здравоохранения необходимо пересмотреть часы и содержание преподавания на кафедрах дисциплин онкологического направления. Сегодня будущим врачам читают лишь теорию. Они ни одного больного с онкологической патологией не видят в принципе, и, конечно, в последующем им сложно определить визуальную локализацию рака».

Еще одна проблема, которая остро стоит перед томскими онкологами, – это нехватка площадей. Сегодня их дефицит ощущает не только областной диспансер, но и НИИ онкологии. Здание клиники института было построено в 1979 г. Спустя некоторое время добавился еще один небольшой корпус, где расположились скинтиграфия, патанатомия и часть радиологического отделения. Но сейчас этих площадей для полноценной организации онкологической помощи растущему числу пациентов Сибири и Дальнего Востока не хватает.

Тактика «наблюдай и жди» решить вопрос растущего потока пациентов также не помо-

Продолжение на стр. 7 ►

Скрининг онкологических больных: обзор региональных проблем

◀ Продолжение, начало на стр. 6

жет, считает Виктор Гольдберг. На вопрос об информированности врачей в специализированных онкологических клиниках о том, что некоторые виды опухолей можно не лечить, а наблюдать, профессор ответил так: «Информированность специалистов зависит от их квалификации. Надеюсь, что врачи, работающие в нашем институте, достаточно информированы в области своей специальности. Что касается подобных опухолей, то их число довольно ограничено. Например, возможно наблюдение на начальной стадии хронического лимфолейкоза. Но потом пациентам с такой патологией все равно требуется специальное лечение. Мы всегда ос-

новываемся на таком критерии, как продолжительность жизни. Так, если при хроническом лимфолейкозе в начальной стадии назначить химиотерапию, то продолжительность жизни никак не изменится. Пока содержание соответствующих структурных элементов в крови остается приемлемым, возможно просто наблюдение за этими больными, но все равно через какое-то время они потребуют назначения той же противоопухолевой химиотерапии. Есть еще ряд локализаций, при которых возможно наблюдение, но они составляют чрезвычайно малый процент в нашей практике».

Материал подготовила
Татьяна Ермолицкая (Томск)

Среди обследованных началась паника...



Ирина Вячеславовна
БОГАЧЕВА

Главный внештатный специалист-онколог министерства здравоохранения Волгоградской области, зам. главного врача Волгоградского областного клинического онкологического диспансера № 1 по клинико-экспертной работе
mail@oblzdrav.ru

Как обстоят дела в Волгоградской области, газете «Онкология сегодня» рассказала заместитель главного врача Волгоградского областного клинического онкологического диспансера № 1 Ирина Вячеславовна Богачева.

– Работает ли в полной мере система онкологического скрининга в Волгоградской области?

– В нашем регионе в течение 5 лет проводились акции, посвященные здоровому образу жизни. Эти мероприятия предполагали массовые обследования в духе скрининга. Надо сказать, что в целом мы ожидали лучших результатов. Конечно, были счастливые случаи выявления заболеваний на ранних стадиях, однако дала о себе знать и отрицательная сторона скрининга. Среди обследованных началась паника: онкомаркер повышен, значит, у меня рак, пора бить тревогу. Люди толпами бежали в диспансер, загружали нас. А в итоге часто выяснялось, что у человека предъязвенная болезнь желудка или гастрит.

– Как сказывается присутствие этой системы на работе онкологической службы?

– Присутствие скрининга играет очень большую роль. Это важно не только для специализированных онкологических клиник. Выявление злокачественных новообразований часто происходит на уровне участковых терапевтов, гинекологов и других специалистов. Прежде всего, важна работа первичного звена. Должна присутствовать онкологическая настороженность, чтобы вовремя

обратить внимание на какой-то онкологический процесс, сначала опираясь на жалобы, анализы и визуальный осмотр.

– Насколько реально служба в регионе обеспечена оборудованием и специалистами для того, чтобы справиться с потоком пациентов?

– В нашем городе благодаря нацпроекту и программе модернизации практически все поликлиники получили ультразвуковые аппараты, фиброгастроскопы и многое другое оборудование. В области, конечно, дела обстоят намного хуже. Как правило, возникает такая проблема: оборудование поставлено, а работать на нем некому. Бывают также случаи неэффективного использования аппаратов.

– Какие способы уточняющей диагностики планируются к использованию для больных с выявленными путем скрининга онкологическими проблемами?

– Любый специалист вам скажет, что это прежде всего пункционная биопсия и трепанобиопсия. Если заподозрили опухоль и она предполагает злокачественный рост, то должна быть проведена верификация диагноза – патологическая и гистологическая. Без этого дальнейшего лечение невозможно, потому что от диагноза зависит, какой вид терапии можно использовать. Важна также компьютерная томография.

– Вопрос о тактике: насколько велика информированность врачей в специализированных онкологических клиниках о том, что некоторые виды опухолей можно не лечить, а наблюдать? Какова практика ведения больных с такими опухолями в регионе?

– Информированы, естественно, все, каждый доктор в своей области. Но ведь всякую опухоль надо убирать – это закон хирургии. И все-таки есть исключения. Например, бывает, что сначала нужно обратить внимание на сопутствующую патологию. Или мы выявляем какое-то новообразование, а пациент уже лет 5 подряд делает флюорографию, которая показывает, что эта опухоль никак не развивается. Случается, что люди просто отказываются от хирургического вмешательства по разным причинам. А иногда, к сожалению, мы не в состоянии помочь больному. В таких ситуациях мы предлагаем динамическое наблюдение.

– Готовы ли регионы к потенциально возрастающей хирургической активности по поводу вновь выявленных опухолей? Хватает ли коек, персонала, операционных?

– Нет, не совсем готовы. У нас еще существует очередь. В частности, в отделении об-

щей хирургии, где проводятся оперативные вмешательства урологического плана и на молочной железе, в кожной и опорно-двигательной системе. Ожидание, как правило, длится неделю или две. Скажем так, из-за недостатка коек. А в химиотерапевтическом отделении и дневном стационаре очередь может достигать даже месяца. Это также свя-

зано с большим наплывом и ограниченным количеством мест в палатах. С препаратами у нас все обстоит нормально. Нет дефицита даже дорогостоящих лекарств. Раньше были перебои, но сейчас все нормализовалось.

Материал подготовила
Анастасия Гущина (Волгоград)

О скрининге в Нижегородской области говорить рано



Игорь Георгиевич
ТЕРЕНТЬЕВ

Д.м.н., проф., заслуженный врач России, проректор по научной работе Нижегородской государственной медицинской академии, заведующий кафедрой онкологии ФПКВ
nauka@gma.nnov.ru

Свою точку зрения по вопросам ранней диагностики рака высказал д.м.н., проф, проректор по научной работе Нижегородской государственной медицинской академии, заведующий кафедрой онкологии факультета повышения квалификации врачей Игорь Георгиевич Терентьев.

– Что собой представляет скрининг злокачественных опухолей в Нижегородской области?

– Я думаю, о скрининге в Нижегородской области говорить рано, если следовать тем принципам, которые по рекомендациям ВОЗ должны выполняться, а именно:

- целевая болезнь должна быть распространенной формой рака с высокой заболеваемостью или смертностью;

- должно существовать эффективное лечение, способное снизить заболеваемость и смертность;

- процедуры для проведения теста должны быть приемлемы, безопасны и относительно недороги (для той страны, в которой проводится скрининг);

- должно быть достаточно средств и оборудования для последующего диагностирования, лечения и наблюдения.

Особенно затруднительны для выполнения 2 последних пункта.

Должна существовать целая система привлечения населения к участию в скрининговых программах (не только в средствах массовой информации, но и путем активного приглашения людей, подлежащих обследованию, в лечебные учреждения). Она в регионе отсутствует.

Нужно констатировать, что прирост онкологической заболеваемости за последние 10 лет в Нижегородском регионе составляет 14,9 %, при этом только 13,3 % вновь заболевших выявлены при профосмотрах.

– Насколько онкологические клиники Нижегородской области готовы к приему потока пациентов для уточняющей диагностики при срабатывании скрининговых методик?

– В Нижегородской области проблемы реализации скрининга связаны прежде всего с недостаточным финансированием здравоохранения в целом и онкологии в частности. Онкологическая служба области представлена 3 диспансерами, юридически объединенными в единый диспансер, несколькими отделениями в районах и отдельными онкологическими койками в различных лечебно-профилактических учреждениях. Эти онкологические ресурсы с трудом справляются с потоком уже заболевших, нуждающихся в сложных операциях, химиотерапии, лучевой терапии. Поэтому дополнительная нагрузка в виде вновь выявленных пациентов существенно усложнит работу онкологической системы региона. Неоднократно поднимался вопрос о строительстве нового онкологического центра, но он так и не получил ответа.

– Насколько велика информированность врачей в специализированных онкологических клиниках о том, что некоторые виды опухолей можно не лечить, а наблюдать? Какова практика ведения больных с такими опухолями в регионе?

– Если говорить о солидных опухолях, все опухоли, за одним исключением, подлежат адекватному лечению. Особенно те, которые выявлены на ранних стадиях. И здесь основная роль принадлежит оперативному вмешательству. Исключение составляет рак предстательной железы у пациентов с низким риском. В этом случае одним из вариантов тактики является активное наблюдение. Я думаю, онкологи достаточно информированы в этом вопросе. Чаще всего в данной ситуации выбор врача склоняется в пользу радикальной операции.

– Если подвести итог, нужен ли скрининг онкологических заболеваний в регионе?

– Я думаю, основные локализации, при которых можно планировать внедрение скрининговых программ, – рак молочной железы (основным диагностическим методом для начала может быть только физикальное обследование, как наименее затратное), рак шейки матки (диагностический тест вполне доступный), злокачественные опухоли кожи. Скрининг определенных видов злокачественных новообразований, безусловно, нужно и важное мероприятие, которое позволит выявить опухоли на ранних стадиях и тем самым во многих случаях излечить больного только хирургическим путем. Кроме того, через несколько лет будет получен заметный экономический выигрыш за счет уменьшения числа больных с распространенным опухолевым процессом, требующих длительной и дорогостоящей противоопухолевой терапии.

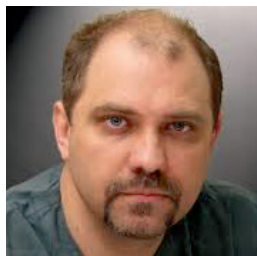
Материал подготовила собственный
корреспондент газеты «Онкология сегодня»
Ирина Шумская (Нижний Новгород)

Продолжение на стр. 8 ►

Скрининг онкологических больных: обзор региональных проблем

◀ Продолжение, начало на стр. 6

Нам не хватает койко-мест даже для текущих больных



Виталий Михайлович
ТЕРЕХОВ

К.м.н., главный онколог министерства здравоохранения Нижегородской области, главный врач ГБУЗ НО НООД
sekretar@nnood.ru

Нижегородская область уже несколько лет лидирует по показателю «число вновь выявленных больных с III–IV стадиями заболевания». В 2010 г. этот показатель составил 54,5 % от числа всех выявленных больных. При этом уровень заболеваемости раком на 20 % превышает средний по России. Подробностями нижегородской ситуации поделился с газетой «Онкология сегодня» к.м.н., главный онколог министерства здравоохранения Нижегородской области, главный врач Нижегородского областного онкологического диспансера Виталий Михайлович Терехов.

– Существует ли скрининг онкологических заболеваний в Нижегородской области? Как сказывается его наличие на работе онкологической службы?

– В Нижегородской области в 2011–2012 гг. в рамках программы «Онкодозор», разработанной некоммерческим партнер-

ской заболеваемости в Нижегородской области.

– Насколько онкологические клиники Нижегородской области готовы к приему потока пациентов для уточняющей диагностики при срабатывании скрининговых методик?

– Флюорография пока остается единственным приемлемым тестом для раннего выявления очагового поражения легких. Чувствительность и специфичность этого метода оставляют желать лучшего, однако альтернативы пока нет.

Оптимальный метод скрининга рака молочной железы – рентгеновская маммография. Можно также проводить ультразвуковую диагностику молочных желез, что позволит охватить скринингом более широкие слои населения (особенно учитывая факт «омоложения» рака молочной железы). А вот методов уточняющей диагностики существует достаточно много. Правда, не все из них мы можем применять. Например, в Нижегородской области до сих пор отсутствует диагностика с помощью позитронной эмиссионной томографии.

В регионе значительно растет заболеваемость колоректальным раком, что, безусловно, должно инициировать ряд мероприятий по ранней диагностике этой патологии у населения старше 50 лет на уровне поликлиник.

– Насколько реально служба в регионе обеспечена оборудованием и специалистами для того, чтобы справиться с этой задачей?

– Мы располагаем достаточным количеством современного оборудования для скрининга и уточняющей диагностики, высококласными специалистами. Однако поликлиники онкодиспансеров не смогут справиться со значительно увеличившимся потоком пациентов, направленных для

выявленных онкологических больных и тех, которые будут выявлены при скрининге.

Из ближайших задач весьма желательным является объединение поликлиник и районных больниц, где стоят цифровые маммографы, в единую компьютерную сеть и создание единого цен-

тра на базе онкодиспансера для интерпретации и хранения результатов исследований.

Материал подготовила собственный корреспондент газеты «Онкология сегодня»
Ирина Шумская (Нижний Новгород)

Проще назвать, какими ресурсами система располагает, чем перечислять все отсутствующие



Елена Анатольевна
БОБЯК

Директор агентства «МедАссистанс» (Новосибирск)

medass@ngs.ru
<http://medassistans.ru/>

На ситуацию в Новосибирской области удалось взглянуть немного со стороны. Скрининг-картину для газеты «Онкология сегодня» рисовала директор консультационного медицинского агентства «МедАссистанс» Елена Анатольевна Бобяк.

– К настоящему времени система онкологического скрининга должна работать на всей территории Российской Федерации. Работает ли она в полной мере в Новосибирской области?

5 минут на человека. Как правило, такой осмотр редко что-то выявляет.

Винить в этом наше государство можно лишь с точки зрения необоснованности затрат. Это пустая трата времени и денег. У врачей и без того считанные минуты выделены на прием каждого пациента, а профосмотры только усугубляют ситуацию, снижая качество работы настолько, что она вообще теряет смысл.

Следить за своим здоровьем и своевременно выявить заболевание – задача пациента, а не государства. Но слово «онкология» в России внушает всем животный ужас, поэтому никто не готов по своей инициативе проходить обследования. В Израиле, например, рак воспринимают как хроническое заболевание, которое необходимо контролировать в течение многих лет или всей жизни. В России это звучит как приговор. Страх лишает человека мотивации пройти обследование, поэтому российские пациенты действуют по принципу «лучше не знать».

– А какие возможности обследования есть для тех, кто хочет все знать о себе?

– Если мы говорим о бесплатных услугах, то не очень большие. В муниципальных сетях огромная проблема с лучевой диагностикой – магнитно-резонансной томографией (МРТ), мультиспиральной компьютерной

“ Мы располагаем достаточным количеством современного оборудования для скрининга и уточняющей диагностики, высококласными специалистами. Однако поликлиники онкодиспансеров не смогут справиться со значительно увеличившимся потоком пациентов.

ством «Равное право на жизнь», при проведении профосмотров и самостоятельном обращении граждан выполнялись скрининг рака молочной железы, рака шейки матки, рака толстой кишки, рака предстательной железы и злокачественных новообразований кожи. Существенного влияния на показатели заболеваемости, смертности, ранней выявляемости пока нет. Но даже при тщательно организованном скрининге о каких-либо положительных тенденциях можно будет говорить через 5–7 лет. Кроме того, хорошо известно, что только широкий охват населения, подлежащего скринингу, может привести к существенным положительным результатам и делает скрининг экономически выгодным.

– При каких нозологиях скрининг в Нижегородской области необходим?

– Скрининг, безусловно, необходим для ранней диагностики рака молочной железы и рака легкого – заболеваний, лидирующих в структуре онкологиче-

уточняющей диагностики, из-за недостатка площадей.

Более того, рост заболеваемости за счет увеличения числа вновь выявленных злокачественных новообразований приведет к повышению хирургической активности, росту числа сеансов лучевой терапии, курсов полихимиотерапии. Мы регламентированы в этом вопросе, нам не хватает площадей и койко-мест даже для тех больных, которые есть уже сегодня. Необходимо учитывать, что первые 5–7 лет мы будем выявлять не только «ранние» раки, но и достаточно распространенные формы заболевания, что, безусловно, потребует дополнительных финансовых вливаний для высокотехнологичной хирургической помощи, лучевой терапии, противоопухолевой терапии с использованием, в том числе, дорогостоящих таргетных препаратов.

Единственным решением этой проблемы для Нижегородской области является строительство современного онкологического центра, который позволит решить проблемы уже



Новосибирская статистика

Уровень онкологической заболеваемости населения Новосибирской области, согласно данным регионального Минздрава, стабильно высокий. Ежегодно более чем у 10 000 человек выявляются онкологические заболевания. Прирост абсолютного числа заболевших злокачественными новообразованиями в сравнении с 2001 г. составил 12,1 %. Наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями в 2010 г. (как и в предшествующие годы) были опухоли кожи (14 %), трахеи, бронхов, легких (12,2 %), молочной железы (10 %). В конце 2010 г. на учете в онкологических учреждениях состояли 2,2 % населения Новосибирской области, что на 45,4 % выше, чем в 2001 г. Среди причин смертности населения Новосибирской области злокачественные новообразования занимают 2-е место и составляют 16 %. Среди мужчин 28,3 % случаев смерти обусловлено опухолями трахеи, бронхов, легких. В смертности женщин наибольший удельный вес имеют опухоли молочной железы – 17,3 %. До 2015 г. выделено 4 млрд руб. на создание в Новосибирске единого областного онкологического центра, полностью оснащенного реанимационным, хирургическим и диагностическим оборудованием.

– Есть система онкологического скрининга, когда вы идете к врачу, и он составляет для вас индивидуальный план обследования, включающий тщательный сбор анамнеза и осмотр, а также аппаратные методы диагностики. А есть реализованная в России система профосмотров – по

томографией (МСКТ) с контрастированием, компьютерной томографией (КТ). Все это можно быстро пройти только платно, а врачи опасаются советовать пациентам платные услуги. Стоимость МСКТ составляет свыше

Продолжение на стр. 9 ▶

Скрининг онкологических больных: обзор региональных проблем

◀ Продолжение, начало на стр. 6

7000 рублей. При этом всегда могут найтись один-два юридически подкованных пациента, которые потребуют у государства компенсацию потраченных средств, на что имеют полное право. Программа гостарантий в рамках обязательного медицинского страхования существует, но средствами на дорогостоящие обследования она не обеспечена. А диагностика пациентов, не готовых платить за обследования, растягивается на месяцы, за которые болезнь может перейти в неизлечимую стадию. В итоге из целого арсенала лучевой диагностики все ограничивается ультразвуковым исследованием, а недообследованность пациента перед операцией ухудшает прогноз. Бесплатно и быстро пройти МРТ и КТ могут только пациенты



В Израиле, например, рак воспринимают как хроническое заболевание, которое необходимо контролировать в течение многих лет или всей жизни. В России это звучит как приговор.

стационара. Для амбулаторных исследований в плановом порядке это займет месяц. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) – обязательное в других странах исследование для выявления опухоли и метастазов – в нашей стране есть только в двух-трех городах. В Новосибирске, где население 1,5 млн человек, вообще нет аппаратов ПЭТ.

– А онкологические клиники могут принимать пациентов для уточнения диагноза?

– В городском онкодиспансере очередь на операции расписана вперед на месяц и более. Как госпитализировать пациентов для обследования, имея гигантские очереди уже обследованных пациентов на операции? Даже если диагноз уточнен, на руках имеются все анализы, результаты аппаратной диагностики и получено направление на операцию в городской онкодиспансер, то она назначается в порядке очереди обычно через месяц-полтора – срок, за который результаты всех пройденных обследований устаревают. Их нужно пройти заново, что снова займет месяц, если пациент будет делать это бесплатно. Это замкнутый круг, который может длиться многие месяцы, если пациент к тому времени еще будет жив. При этом ресурсы большинства платных клиник позволяют провести всю диагностику, включая биопсию, за 7–10 дней, поэтому наиболее бла-

гозарумным государственным решением видится подключение ресурсов этих клиник к общей системе с компенсацией расходов. Это позволит эффективно распределить поток пациентов.

– Но кроме муниципального здравоохранения есть федеральные клиники, располагающие крупными средствами на проведение бесплатных операций.

– В Новосибирске есть три великолепно оборудованных нейрохирургических федеральных центра, так что вопрос быстрого обследования головного мозга и операции можно решить в считанные дни, чего не скажешь о других видах опухолей, которые статистически встречаются гораздо чаще. Отдельная большая проблема – нет системы взаимодействия врачей разных ведомств ни

на этапе диагностики, ни на этапе лечения, ни на терминальном этапе. В федеральных клиниках имеются квоты, но муниципальные врачи туда не направляют. Больной сам должен узнавать, куда ему обратиться. Если пациент неизлечим, в России ему пишут в больничную карту «наблюдение по месту жительства», но по факту это не паллиативная помощь, а рецепт на покупку наркотиков от участкового терапевта.

– Каких видов обследований не хватает в системе муниципального здравоохранения для установления диагноза онкозаболевания? Опишите, пожалуйста, общую картину заболеваемости и диагностики по региону и планы развития онкологической медслужбы.

– Пожалуй, проще назвать, какими ресурсами система располагает, чем перечислять все отсутствующие или малодоступные технологии. Есть неспецифический (общий) анализ на онкомаркеры, ультразвуковое исследование, эндоскопический осмотр желудка и внутренних органов, рентгенография и в редких случаях МРТ и КТ, на которые огромная очередь. Анализировать большинство специфичных онкомаркеров в общей муниципальной сети нет.

Материал подготовила собственный корреспондент газеты «Онкология сегодня» Мария Роговая (Новосибирск)

числе это привело к увеличению числа больных с ранними формами рака.

– Насколько клиники готовы к приему потока пациентов для уточняющей диагностики?

– В последнее время по программе «Модернизация» проходит оснащение городских и областных учреждений новым оборудованием. Так, практически во всех урологических отделениях появилась возможность выполнения трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ). Этот метод работает не только на этапе скрининга, позволяя оценивать изменения в простате и отбирать больных на биопсию, – а сейчас это очень большой поток пациентов, – но он также необходим и для самой биопсии. Следует подчеркнуть, что очень важна координация между врачами общелечебных и онкологических учреждений. Комплексный подход к диагностике – основа для улучшения качества оказания помощи.

– Какие диагностические критерии планируется использовать для больных с выявленными в ходе скрининга онкологическими проблемами?

– Прежде всего, пациентам проводится обследование по стандартной схеме, включающее различные методы лучевой диагностики. Во многих лабораториях города у нас есть возможность определить не только уровень простатспецифического антигена (ПСА), но и его изоформы, что положительно сказывается на результатах диагностики. Кроме того, в нашей клинике с недавнего времени активно применяются самые современные методы исследования, например гистосканирование. Этот метод превосходит по своим характеристикам стандартное ТРУЗИ и позволяет лучше отбирать больных на этапе скрининга. Также пациентам с подозрением на рак простаты вне зависимости от того, повышен ли уровень ПСА, выявляются ли изменения при ректальном исследовании или ТРУЗИ, перед проведением биопсии выполняется магнитно-резонансная томография (МРТ) в диффузно-взвешенном режиме.

После гистологического подтверждения рака больным проводится МРТ в режиме Т2-усиления. Это нестандартный подход.

На очереди скрининг рака легкого



Александр Вячеславович ФИЛИМОНОВ

Директор департамента здравоохранения ХМАО-Югры (Ханты-Мансийск)
dz@dzhmao.ru

По качеству онкологического скрининга Ханты-Мансийский автономный округ – Югра находится в числе ведущих субъектов России. Подробности газете «Онкология сегодня» рассказал директор департамента здравоохранения Югры Александр Вячеславович Филимонов.

Наша цель – изучить возможности новых методов, как их использование влияет на выявление рака, на его стадирование, поскольку опыт их применения небольшой. Возможно, что в будущем мы изменим или модернизируем эту схему. Наконец, можно много говорить о промежуточной биопсии простаты и ее преимуществах перед стандартной биопсией – сейчас у нас есть возможность применять этот метод при наличии показаний.

Следует отметить улучшение качества описания результатов диагностических методов. Например, заключение морфологического исследования становится все более подробным, и клиницист может получить всю необходимую информацию по стадии заболевания и параметрам, определяющим прогноз. То же самое касается и описания протоколов МРТ-исследования простаты.

– Насколько велика информированность врачей о тактике активного наблюдения?

– Специалисты онкологических отделений и онкологического диспансера должны быть очень хорошо осведомлены о таких подходах к ведению пациентов. Другое дело – врачи общелечебных учреждений, которые больше склоняются к активному лечению. Однако не следует забывать, что задачами врачей муниципальных больниц остаются скрининг, выявление онкологического заболевания и проведение стандартного комплекса диагностических методов, после чего он совместно с онкологом определяет тактику дальнейшего ведения больного. И именно при таком междисциплинарном подходе пациент получает возможность выбрать как лечение, так и активное наблюдение.

– Готов ли регион к потенциально возрастающей хирургической активности по поводу вновь выявленных опухолей?

– Да, мы готовы. Если говорить об учреждении, в котором я работаю, у нас есть все необходимое – квалифицированные специалисты, самое современное оборудование, постоянно осваиваются новые методы лечения.

Материал подготовил Александр Смирнов (Ростов-на-Дону)

Мы используем нестандартный подход



Игорь Артемович АБОЯН

Д.м.н. проф., врач высшей категории, заслуженный врач Российской Федерации, главный врач МЛПУЗ Клинико-диагностического центра «Здоровье» (Ростов-на-Дону)
orgmetod_zdorovie@donpac.ru

О скрининге в Ростовской области газете «Онкология сегодня» рассказал д.м.н., проф., врач высшей категории, заслуженный врач Российской Федерации, главный врач Клинико-диагностического центра «Здоровье» Игорь Артемович Абоян.

– Программа скрининга уже должна работать на территории Российской Федерации. Работает ли она в полной мере в Ростове-на-Дону и Ростовской области?

– Программа действительно работает. Сегодня наблюдается практически 100 % охват мужского населения, и не только в городах, но и в сельской местности. Скрининг значительно увеличил поток пациентов как в онкологических, так и в общелечебных учреждениях. В том

– Работает ли система онкологического скрининга в Югре?

– Можно смело утверждать, что Югра по онкологическому скринингу в числе лидеров.

– Какие диагностические критерии (способы уточняющей диагностики) планируется использовать для больных с выявленными в ходе скрининга онкологическими проблемами?

– Почти все мировые общепризнанные методики онкологического скрининга с наиболее высокой результативностью уже внедряются в регионе, причем многие еще с 2006 г.

В первую очередь это скрининг рака молочной железы. Ежегодно в автономном округе около 50 тыс. женщин старше 40 лет проходят маммографию. В 2012 г., например, было обследовано 47 тыс. женщин. У 142 из них обнаружили рак молочной железы.

Окончание на стр. 10 ►

Скрининг онкологических больных: обзор региональных проблем

◀ Окончание, начало на стр. 6

Согласно исследованию, проведенному обладательницей международного гранта, врачом Окружной клинической больницы Натальей Козловой совместно со специалистами из Лондона, смертность от рака молочной железы в Югре к 2015 г. в результате этого профилактического мероприятия снизится на 15 %.

Второй внедренный у нас метод – скрининг рака шейки матки. Кстати, в 2013 г. примерно на 30 % мы перейдем на одну из лучших на сегодняшний день в мире методик диагностики раннего рака и предрака – анализ при помощи жидкостной цитологии. К концу 2014 г. данный вид обследования должен составить порядка 90 %. Соответствующее оборудование было закуплено еще в конце 2012 г. Оно позволяет в автоматическом режиме проводить исследования и выявлять в том или ином мазке злокачественные клетки. Аппаратура будет стоять в Нягани, Ханты-Мансийске, Нижневартовске, Сургуте и Нефтеюганске – во всех крупных городах автономного округа.

Третья методика, несколько лет применяемая в Югре, помогает выявить рак предстательной железы у мужчин старше 55 лет.

Четвертая и самая уникальная методика – скрининг на выявление раннего рака толстой кишки. Кроме Югры, он пока не применяется при массовом обследовании населения ни в одном субъекте Российской Федерации. С конца 2012 г. мы начали пилотное исследование в этом направлении, а уже с начала 2013 г. – массовое внедрение скрининга. К настоящему времени его прошли порядка 6,5 тыс. югорчан, у 30 из них выявлен рак.

– **Расскажите о последней методике подробнее. В чем ее главная особенность?**

– Если в двух словах, то пациенту выдается небольшой пакетик, в котором находится тест-система одноразового использования со специальным реагентом. Она позволяет достаточно просто и гигиенично провести анализ кала. Человек дважды проходит данную процедуру, при этом анализы отправляются в одну из трех лабораторий: в окружную больницу Ханты-Мансийска, в Сургутскую окружную больницу либо в Нижневартов-

ский онкологический диспансер. После исследований югорчанин получает вердикт о вероятности у него кишечного кровотечения. Как правило, именно такое отклонение свидетельствует о первых признаках злокачественной опухоли или предрасположенности к ней. В таком случае человек направляется на колоноскопию.

Отмечу, что сегодня опухоли толстой кишки занимают 2-е место в автономном округе среди онкологических заболеваний. На 1-м у мужчин – рак легкого, а у женщин – рак молочной железы.

– **Какая работа ведется в Югре с людьми, у которых в ходе скрининга были выявлены злокачественные заболевания?**

– В первую очередь им требуется уточняющая диагностика. Для этого у нас в автономном округе функционируют 3 межрайонных онкологических центра, главный из них – в Ханты-Мансийске. В них проводится биопсия, в том числе открытая, различные виды пункций, эндоскопические и ультразвуковые исследования, компьютерная и магнитно-резонансная томография, а также применяются методики радиоизотопной диагностики: сцинтиграфия и позитронно-эмиссионная томография.

Также в автономном округе имеется оборудование для патоморфологической диагностики и телеморфологических консультаций. Оно позволяет врачам дистанционно проводить консультации с коллегами по тем или иным сложным заболеваниям и совместно находить правильные пути лечения тяжелобольных.

– **Насколько реально онкологическая служба в регионе обеспечена оборудованием и специалистами для того, чтобы справиться с указанной выше задачей?**

– В 2012 г. мы во все муниципалитеты поставили цифровые маммографы, обновив почти полностью парк данных аппаратов. Ультразвуковые сканеры у нас сейчас есть практически везде, как и лабораторные базы для определения простатспецифического антигена и скрининга рака шейки матки.

Да, в каждый населенный пункт сложное диагностическое оборудование не поставишь. Да и нет в стране такого количества специалистов, способных на нем

работать. Тем не менее, каждый югорчанин, даже живущий в удаленном труднодоступном поселении, в случае необходимости может быть направлен в крупный город округа на обследование и лечение.

Кроме того, летом данная категория граждан сможет посетить плавучую поликлинику «Николай Пирогов», также оснащенную новейшим оборудованием.

Есть в Югре и высокотехнологичное оборудование для лечения опухолей. Например, гамма-нож, который кроме нас есть только в двух центрах: Москве и Санкт-Петербурге. Если там они частные и стоимость процедуры доходит до 200 тыс. руб., то у нас лечение для жителей округа бесплатное.

– **А что не так?**

– Что касается оборудования, то здесь мы сил и средств не жалеем. Но есть другой момент: сам пациент должен прийти. А это уже определенная методология со стороны медицинских работников. Здесь мы пока не можем сказать, что все делаем замечательно и хорошо, поскольку требуется их обучение. Этим мы тоже занимаемся. Например, проводим специальные тренинги для медперсонала и объясняем населению важность подобных процедур. Кроме этого, организовываем курсы повышения квалификации для специалистов, непосредственно участвующих в скрининге, – врачей-рентгенологов, эндоскопистов.

– **Вопрос о тактике: насколько велика информированность врачей в специализированных онкологических клиниках о том, что некоторые виды опухолей можно не лечить, а наблюдать? Какова практика ведения больных с такими опухолями в Югре?**

– Да, наши специалисты не только знают об этом, но и применяют на практике. Но объем такого лечения в общей доле онкологических заболеваний в Югре невелик. Например, для больных раком предстательной железы в возрасте старше 75 лет можно ограничиться неагрессивным лечением, динамическим наблюдением.

Как правило, для большинства злокачественных опухолей есть отработанные методики, позволяющие лечить малоинвазивным методом без нанесения вреда органам.

Так, у нас в онкоцентре есть лучевое облучение, при помощи которого можно не делать операцию, а проводить щадящее лечение. Мы располагаем и роботом «Да Винчи», позволяющим выполнить операции бескровно, с сохранением функций органов.

– **Готова ли Югра к потенциально возрастающей хирургической активности по поводу вновь выявленных опухолей?**

– В прошлом году мы торжественно открыли окружной онкологический центр. В нем в полном объеме проводится как специализированное, так и высокотехнологичное лечение опухолей. Сегодня он работает на полную мощность. В том числе, в нем выполняются хирургические операции по всем локализациям рака, в частности на органах брюшной полости, головы и шеи. Хирурги работают профессионально и качественно. Есть у нас и суперпрофессионалы, но также мы растим свою молодежь и привлекаем для работы врачей из других регионов страны.

– **Если говорить о перспективах онкологического скрининга в Югре, то куда планируете двигаться дальше?**

– Одно из направлений, которое мы хотим начать развивать в ближайшем будущем, – скрининг рака легкого в группах риска (курящие люди со стажем более 20 лет). Международными исследованиями было доказано, что проводить исследование всего населения на наличие злокачественных опухолей легкого нецелесообразно и экономически неэффективно.

Сейчас мы уже ведем в данном направлении пилотные исследования совместно с Санкт-Петербургским научно-исследовательским институтом онкологии им. Н.Н. Петрова. На первом этапе это будет низкодозовая компьютерная томография, позволяющая выявлять ранний рак и туберкулез. После получения результатов планируется вывести процедуру на более широкий уровень. Необходимая аппаратура в муниципальных образованиях уже есть.

Материал подготовил собственный корреспондент газеты «Онкология сегодня» Алексей Черенков (Ханты-Мансийск)

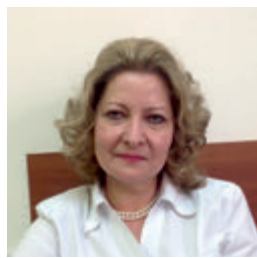
■ СКРИНИНГ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Взгляд онколога на скрининг рака шейки матки



Елена Григорьевна
НОВИКОВА

Д.м.н., проф., руководитель отделения онкогинекологии ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России



Ольга Ивановна
ТРУШИНА

Д.м.н., научный сотрудник отделения онкогинекологии ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России

Рак шейки матки (РШМ) все еще остается одной из наиболее распространенных онкологических патологий у женщин во всем мире и составляет 5 % всех злокачественных опухолей и 31 % новообразований женских половых органов. РШМ среди онкологических заболеваний органов репродуктивной системы занимает 2-е место, уступая только раку молочной железы, несмотря на существование гораздо более эффективного скрининга по сравнению с этим заболеванием. Абсолютное снижение смертности от рака молочной железы в результате маммографического скрининга составляет 20–30 %, а от РШМ в результате цервикального скрининга – до 70 %. Более того, с учетом дли-

тельного развития опухоли и наличия предраковых процессов проведение скрининга позволяет снизить не только смертность, но и заболеваемость РШМ (за счет начала лечения на стадии предопухолевых изменений). Это хорошо демонстрируется различными подходами к скрининговым мероприятиям.

Наиболее высокие показатели заболеваемости РШМ зафиксированы в развивающихся странах Южной и Центральной Америки, Африки, Южной и Центральной Азии, тогда как в странах Северной Америки и Западной Европы, где на государственном уровне действуют массовые скрининговые программы,

Окончание на стр. 11 ▶

Взгляд онколога на скрининг рака шейки матки

◀ Окончание, начало на стр. 10

позволяющие диагностировать предраковые состояния и ранние формы рака, показатели заболеваемости РШМ и смертности от него за последнее десятилетие значительно снизились. Однако проблема РШМ остается по-прежнему актуальной для всех стран. К 2020 г. ожидается рост показателей заболеваемости РШМ и его распространенности в развивающихся странах до 40 %, а в развитых странах – до 11 %.

Для России проблема РШМ также актуальна. В течение последнего десятилетия отмечается постепенный рост заболеваемости РШМ у российских женщин: среднегодовой прирост составил 2,17 %, общий – 26,9 %. В общей структуре онкологической заболеваемости цервикальный рак занимает 6-е место (5,3 %), а среди злокачественных новообразований органов репродуктивной системы – 3-е место (14 %) после рака молочной железы (54,5 %) и эндометрия (19,3 %). Ежегодно регистрируется до 15 тыс. впервые заболевших РШМ и погибает более 6000 пациенток. При этом многие из смертей можно было бы предотвратить, так как РШМ является одной из нозологических форм, удовлетворяющих всем требованиям популяционного скрининга: заболевание представляет собой проблему здравоохранения, имеет длительный период развития от преинвазивной стадии

ми, которые свидетельствуют о необходимости реализации государственных скрининговых программ на всей территории России.

Основой скрининга РШМ является цитологическое исследование цервикальных мазков, которое весьма чувствительно в диагностике предрака (дисплазий) и начального преклинического РШМ (карцином *in situ*, микроинвазивного и скрытого инвазивного рака). Следовательно, если с помощью цитологического метода обследовать всех женщин, то можно выявить больных с начальными атипическими изменениями в эпителии шейки матки, которые хорошо поддаются лечению, и таким образом предотвратить развитие у них инвазивного рака.

Критериями эффективности цитологического скрининга РШМ являются уменьшение смертности от рака среди населения, подвергшегося скринингу, снижение показателей заболеваемости и изменение ее структуры за счет увеличения числа ранних стадий рака и уменьшения числа запущенных форм. Выделяют организованный (систематический) и неорганизованный (спорадический) скрининг. Более эффективным и менее дорогостоящим из них является организованный, когда определяется популяция женщин скринингового возраста, устанавливается периодичность скрининга и женщин

женщин в нашей стране стали проводиться с 1977 г., когда была создана сеть централизованных цитологических лабораторий. Обязательное обследование шейки матки и преемственность между женскими смотровыми кабинетами, женскими консультациями и онкологическими учреждениями в совокупности привели к постепенному снижению частоты РШМ и смертности от него. Однако за последние десятилетия наметилась опасная тенденция увеличения этих показателей. Такие удручающие статистические данные можно связать с ухудшением социально-экономической ситуации в нашей стране, сокращением количества профосмотров из-за недостаточного финансирования, закрытием смотровых кабинетов, что отбросило Россию на 27 лет назад, до уровня заболеваемости РШМ в 1985 г.

Эффективность скрининговых программ зависит от ряда факторов, решающим из которых является широта охвата скринингом женского населения, которая должна составлять 75–90 %. Такой режим скрининга позволил снизить показатель смертности более чем в 2 раза за последние 30 лет в Австрии, США, Англии, Нидерландах, Канаде, тогда как в России, где степень охвата женского населения профилактическими обследованиями значительно ниже (не более 30 %), смертность на протяжении последнего десятилетия практически не изменилась.

Одной из важных организационных сторон скрининга РШМ является определение возрастных критериев его проведения. В идеале ВОЗ рекомендует подвергать скринингу РШМ женщин в возрасте 25–65 лет ежегодно первые 2 года, а затем, при отрицательных результатах, – каждые 3 года. Однако в последние годы все чаще стали появляться сообщения о высокой частоте выявления предраковых состояний и даже РШМ у женщин в возрастной группе до 25 лет, поэтому вопрос возраста участниц скрининга требует дальнейшего обсуждения.

Вопрос о периодичности проведения скрининга до сих пор остается открытым в связи с тем, что в разных странах приняты различные межскрининговые интервалы. Оптимальным считается интервал в 3–5 лет при охвате населения в пределах 75–80 %, так как доказано, что при организации осмотров через 1, 2 или 3 года нет существенной разницы в снижении заболеваемости. Среди женщин, подвергшихся скринингу хотя бы 1 раз в жизни, смертность снижается на 40 %.

В России на вопросы, касающиеся возраста начала проведения скрининга РШМ и временного интервала между тестами, нет однозначных ответов, так как существующие нормативные документы (Приказ МЗ РФ от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи», гл. VI, п. 49) регламентируют лишь общие направления. Фактически в России проводится оппортунистический скрининг.

Весьма важным фактором эффективности скрининга РШМ является чувствительность цитологического исследования, которая составляет от 66 до 83 %, особенно при преинвазивных поражениях шейки матки. В 70–90 % случаев причиной ложноотрицательных цитологических ответов является плохой забор материала для исследования и лишь в 10–30 % – ошибочная интерпретация цитологических данных. Ложноотрицательные результаты регистрируются даже в лучших скрининговых программах. Считается, что до 30 % случаев РШМ развивается у женщин, которые регулярно проходили цитологический скрининг, но при этом за-

бор материала или интерпретация результатов были ошибочны. Неудовлетворительные результаты цитологического скрининга в некоторых странах, трудности организации популяционного цитологического скрининга побудили многих исследователей к поиску альтернативных скрининговых технологий, таких как жидкостная цитология, исследование на вирус папилломы человека (ВПЧ), техника «самостоятельного» мазка, визуальный осмотр.

Жидкостная цитология является одним из наиболее информативных способов получения биологического материала и ввиду достаточной точности результатов скрининга и высокой производительности рекомендована в качестве «золотого стандарта» диагностики патологии шейки матки. Обследование на онкогенные генотипы ВПЧ предложено для оптимизации традиционного скрининга РШМ. Однако, несмотря на все доказанные преимущества ВПЧ-теста, этот вид скрининга еще недоступен из-за высокой стоимости и рекомендован для использования только в пилотных проектах или в случаях пристального мониторинга. Применение техники «самостоятельного» мазка позволяет вовлечь в обследование значительную долю женщин, которые никогда раньше в нем не участвовали. Визуальное исследование шейки матки с использованием раствора Люголя или уксусной кислоты дает немедленный результат и предложено в качестве альтернативы рутинному цитологическому исследованию в случаях ограниченных ресурсов.

Новые и перспективные методики могут существенно дополнить цитологический скрининг РШМ, но не заменить его, так как Пап-тест остается ведущим методом, поскольку он наиболее доступен для решения главных задач – массовости исследования, простоты и информативности. Внедрение новых методов скрининга РШМ оценивается каждой страной на национальном уровне с учетом местной заболеваемости, распространенности ВПЧ и зависит от инфраструктуры и доступных экономических ресурсов.

В заключение следует сказать, что организованный цитологический скрининг РШМ является в настоящее время единственным проверенным способом, доказавшим свою эффективность в профилактике инвазивного РШМ. При длительном проведении скрининга показатели заболеваемости РШМ и смертности от него постепенно снижаются, а затем поддерживаются на низком уровне. В современной России в течение последних 20 лет стратегия профилактики РШМ не менялась, что указывает на необходимость разработки программ организованного скрининга с увеличением охвата женского населения, контроля за его выполнением, а также внедрения скрининговых технологий, адекватных современным возможностям медицины. Учитывая уникальный потенциал цитологического скрининга РШМ в сохранении здоровья и жизни женщин и его относительно низкую стоимость, общество обязано обеспечить базовый уровень организованного скрининга с учетом научно обоснованных положений и финансовых возможностей. Необходимо рассмотреть вопрос о включении скрининга РШМ в систему обязательного медицинского страхования, так как доказано, что финансовые затраты на проведение эффективного скрининга ниже, чем на лечение больных с инвазивным РШМ. И если сегодня не проводить всех этих мероприятий, влияющих на активный скрининг, то заболеваемость РШМ и смертность от него в России никогда не уменьшатся.

“ Ежегодно регистрируется до 15 тыс. впервые заболевших РШМ и погибает более 6000 пациенток. Многие из смертей можно было бы предотвратить, так как РШМ является одной из нозологических форм, удовлетворяющих всем требованиям популяционного скрининга: заболевание представляет собой проблему здравоохранения, имеет длительный период развития от преинвазивной стадии до инвазивного рака (до 10 лет) и надежно распознаваемую преклиническую фазу, существуют эффективные методы лечения и цитологический скрининг-тест.

до инвазивного рака (до 10 лет) и надежно распознаваемую преклиническую фазу, существуют эффективные методы лечения и цитологический скрининг-тест. Выявление заболевания в преклинической фазе дает возможность излечить больных «сберегательными» методами, сократить сроки их лечения, уменьшить число случаев инвалидизации и снизить смертность, т. е. имеет место и экономический эффект. Однако в нашей стране показатель активной выявляемости РШМ, характеризующий степень охвата населения профилактическими осмотрами, остается недопустимо низким для новообразований визуальных локализаций (30 %), вследствие чего по-прежнему высок удельный вес запущенных стадий (III–IV) (35,9 %) и годовичной смертности (17,4 %).

В разных регионах страны частота РШМ неодинакова и зависит прежде всего от различий в организации и эффективности профилактических программ, изменений демографического компонента (общая численность и распределение по полу и возрасту). При этом РШМ является весьма социально значимым заболеванием, часто поражающим женщин детородного и трудоспособного возраста. В возрастной группе женщин моложе 30 лет эта патология занимает 1-е место среди всех онкогинекологических заболеваний, поздние стадии регистрируются в 18 % случаев, а прирост заболеваемости за последние 20 лет составил 200 %. Неуклонный рост заболеваемости РШМ на фоне практически стабильных показателей смертности и тенденции омоложения болезней являются тревожными фактора-

активно приглашают принять участие в поэтапном обследовании, в ходе которого происходит деление на подгруппы здоровых и больных и формируются группы по степени онкологического риска для дальнейшего мониторинга и коррекции по нозологическому принципу.

В мире стандартным цитологическим методом исследования шейки матки является окрашивание мазков по Папаниколу (Пап-тест), которое с наибольшей степенью достоверности позволяет выявить ранние эпителиальные атипические изменения. Данный тест неинвазивен, имеет низкую стоимость и легко выполним. Впервые цитологический скрининг РШМ стал проводиться в канадской провинции Британская Колумбия (с 1949 г.), где с 1955 по 1980 г. заболеваемость и смертность снизились на 78 и 72 %, а к началу 90-х годов – на 80 и 75 % соответственно. В США и Китае программы скрининга РШМ стали осуществляться с 50-х годов; в Японии, Финляндии, Швеции, Исландии – с начала 60-х годов; в Германии, Бразилии и других странах – с начала 70-х годов. Именно такой подход к скринингу РШМ позволил существенно снизить смертность от РШМ (на 20–80 %), особенно в развитых странах: в Исландии за 20-летний период – на 80 %; в Великобритании с 1988 по 2005 г. – на 60 %, в Финляндии и Швеции – на 50 и 34 % соответственно.

В России чаще применяется одна из модификаций Пап-теста (окрашивание мазков гематоксилином и эозином), при котором фиксаторы не используются, а набор красителей предельно упрощен. Массовые гинекологические осмотры

Персонализированное лечение рака легкого, или современный взгляд на старую проблему



Валерий Владимирович
БРЕДЕР

К.м.н., старший научный сотрудник хирургического отделения клинических биотехнологий ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН

Новое отделение ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН нацелилось на решение проблемы одного из самых агрессивных онкозаболеваний – рака легкого. Как исследователи вычисляют методики лечения и почему они оказались на уровне мировых стандартов, рассказал газете «Онкология сегодня» к.м.н., старший научный сотрудник отделения Валерий Владимирович Бредер.

– Вы сосредоточились на лечении рака легкого. Почему?

– Рак легкого – главная причина смертности от онкологических заболеваний среди мужчин в России, да и в мире.

следования и лечение на их основе. Это главные задачи. Мы должны на модели рака легкого понять, как лечить людей в XXI веке. Рак легкого – очень распространенная патология, и она имеет большое социальное значение и в мире, и у нас в стране. К сожалению, большая часть заболеваний выявляется на III–IV стадиях, когда шансы на выздоровление не очень высоки.

Лечение во всем мире связано с большими экономическими затратами. Вариантов лечения становится все больше. Исследования последних лет позволили продвинуться в понимании молекулярно-биологических и генетических механизмов развития рака легкого. В клетках опухолей легкого выявлен целый ряд повреждений генома, и уже разработаны так называемые таргетные препараты, использующие эти особенности на благо пациента. Молекулярно-направленная терапия оказалась высокоэффективной, но экономически весьма затратной.

– Считается, что рак легкого – это болезнь курильщиков... Это так?

– Это не совсем так. Конечно, проще ожидать развития опухоли у человека, который давно курит. Но когда так настроены и медицинская общественность, и врачи, мы видим, что рак легкого у молодых людей, у женщин, которые никогда не курили, выявляется методом исключения другой неопухолевой патологии позднее, чем следовало. Курение определяет довольно значительный процент развития рака легкого, но это далеко не 100 %. К сожалению, это болезнь многих.

ранних стадиях. Ведь раньше бывало, что диагноз просто не успевали поставить.

Третья причина – курение. Мы отличаемся от мировой популяции больных раком легкого. В Европе и Америке заболеваемость аденокарциномой легкого преобладает над плоскоклеточным раком. У нас плоскоклеточный рак – это 60 % случаев немелкоклеточного рака легкого.



Рост заболеваемости раком легкого оправдывает наихудшие прогнозы ВОЗ и наносит огромный социально-экономический ущерб. В развитых странах мира и в Российской Федерации рак легкого остается главной причиной смертности онкологических больных (мужчин). Годовой прирост заболеваемости раком легкого в России составляет в настоящее время 3,4 %, ежегодно заболевают более 60 тыс. человек.

точного рака легкого. А это как раз цена вредной привычки – табакокурения. Раннее начало курения, длительная экспозиция тяжелыми сигаретами, неблагоприятные условия окружающей среды, профессиональные вредности. При постоянном воздействии смол-канцерогенов нарушаются системы репарации ДНК – увеличивается вероятность появления опухолеассоциированных мутаций. Поскольку от момента начала курения до развития и выявления опухоли проходят многие годы, те, кто сегодня покупают сигареты, не видят прямой связи с вредной привычкой. То, что курение, в том числе и пассивное, ускоряет появление опухоли, – это наверняка. Например, в японской (восточно-азиатской) популяции, где мало курильщиков, в основном встречается аденокарцинома. А мы немножко по-другому живем. Курение – это огромная социальная нагрузка и ощутимые потери для здоровья и человека, и общества.

– А если обратиться к проблеме ранней диагностики, то что для этого необходимо? Регулярная флюорография?

– Я ознакомился с различными программами скрининга. В том числе в так называемых группах риска. В мире нигде никому не удалось показать, что актив-

томография последнего поколения, с высоким разрешением. К сожалению, говорить о группах риска здесь не приходится. И, наверное, в плане раннего выявления рака легкого на первом месте должно быть ответственное отношение пациента к своему здоровью. Если вы заболели, если у вас что-то не так, надо идти к врачу. Вторая, обо-

ротная сторона этой медали – нам нужно иметь квалифицированных врачей, у которых есть время, чтобы выслушать пациента, провести быстрое и всестороннее обследование и найти причину неблагополучия.

– На что пациент должен обратить внимание?

– Немного отойдя от проблемы рака легкого, я вам приведу несколько цифр. Многие американки уверены, что у них будет рак молочной железы. Средства массовой информации, медицинская общественность говорят – обратите внимание на грудь и пр. И именно в Америке I–II стадии рака выявляются более чем в 70 % случаев. Причины – самообследование и самоконтроль, в первую очередь. Здесь, фактически, то же самое. К сожалению, методы врачебного осмотра не позволяют распознать раннюю стадию рака легкого. Маленькая опухоль проявит себя только тогда, когда перекроется просвет бронха и разовьется воспаление, либо она прорастет в крупные сосуды или плевру. Паренхима легкого не имеет болевых рецепторов, они есть только на плевре. Так что маленькая опухоль болеть не будет. Поэтому чаще всего симптомы опухоли появляются либо при нарушении проходимости



К сожалению, методы врачебного осмотра не позволяют распознать раннюю стадию рака легкого. Маленькая опухоль проявит себя только тогда, когда перекроется просвет бронха и разовьется воспаление, либо она прорастет в крупные сосуды или плевру.

ный скрининг, в том числе с помощью флюорографии, действительно повышает частоту выявления ранних форм рака легкого. Это заблуждение, или, если хотите, видимость решения проблемы. Возможно, дело в методе. Флюорография – метод массовый, дешевый, но, к сожалению, очень неточный. При отсутствии изменений на флюорограмме совершенно не обязательно, что их нет на самом деле. Узлы меньше 2–3 см на флюорографии могут быть просто не видны. Узлы, которые сливаются со структурами корня легкого, средостения, не видны. А формальное заключение, что у вас все хорошо, даже если у вас есть жалобы, направляет и пациента, и врача по неправильному пути. При этом теряется время и уменьшаются шансы на выздоровление.

Работы последних 2 лет говорят, что большую роль в раннем выявлении рака легкого может иметь компьютерная томография органов грудной клетки. Причем

воздушных путей, либо при повреждении окружающих структур, которые имеют болевые рецепторы. Нередки случаи, когда опухоль относительно небольшая, но уже есть метастазы, опухолевые клетки с током крови или лимфы разносятся по организму. У пациента заболела голова, он идет к неврологу, ему назначают лечение по поводу головной боли, а кончается все нейрохирургическим лечением по поводу метастазов. А потом делают компьютерную томографию и находят небольшую опухоль в легком. То есть часто бывает, что сначала выходят на опухолевое поражение других органов.

– Насколько изменился смысл термина «немелкоклеточный рак легкого» с момента его появления?

– В этой терминологии очень хорошо прослеживается эволюция нашего пони-



Отделение клинических биотехнологий

Это современное подразделение РОНЦ им. Н.Н. Блохина, в котором решается весь комплекс научно-практических задач, связанных с диагностикой и лечением пациентов со злокачественными новообразованиями на самом современном уровне. Руководитель отделения – д.м.н. Константин Константинович Лактионов, который долгое время занимался вопросами лечения больных раком легкого в рамках торакального хирургического отделения РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Опыт лечения данной патологии, накопленный этим отделением, один из самых больших в России. Организация нового специализированного отделения явилась логическим продолжением и развитием этого направления деятельности.

Усилия сотрудников коллектива направлены на совершенствование методов диагностики, хирургического и комбинированного лечения больных раком легкого. Однако подбор индивидуального лечения при других злокачественных новообразованиях также входит в сферу научно-практических задач подразделения. Сотрудниками отделения являются высококвалифицированные профессионалы, в составе отделения работают 1 доктор наук и 5 кандидатов наук. На базе отделения проходят специализацию и усовершенствование академические и целевые аспиранты, ординаторы, стажеры и слушатели кафедры постдипломного образования.

– И какие задачи в таком случае стоят перед вашим отделением?

– Задачи стоят глобальные, как мы их видим. Я надеюсь, что наша медицинская наука уже доросла до того, чтобы видеть себя равноправным участником науки мировой. Это небольшое пока отделение было создано для отработки моделей современного лечения в онкологии, что предполагает, с одной стороны, персонализированный подход к каждому случаю заболевания, а с другой стороны – разработку фундаментальных методов ис-

– Годовой прирост заболеваемости раком легкого в России составляет 3–4 %. Есть ли предположения о причинах?

– К сожалению, увеличение продолжительности жизни сопровождается увеличением вероятности заболеть опухолью. Как говорил известный патологоанатом А.И. Абрикосов, каждый человек может дожить до своего рака. То есть, первая причина – старение населения.

Вторая причина – медицина развивает-ся, и любой рак выявляется чаще на более

Окончание на стр. 13 ►

Персонализированное лечение рака легкого, или современный взгляд на старую проблему

◀ Окончание, начало на стр. 12

мания того, что такое рак легкого. Совсем недавно – 15 лет назад – наши патоморфологи классифицировали опухоль по размеру опухолевой клетки: для клиницистов было достаточно разделения на мелкоклочеточный и немелкоклеточный рак легкого. Это деление исторически сложилось, и мы им активно пользуемся, хотя сейчас этого уже недостаточно, чтобы предметно разговаривать о возможной лечебной тактике. Мелкоклеточный рак составляет около 20 % всех случаев рака легкого, характеризуется очень

лее чем в половине случаев ALK⁺-опухолей, с невероятной скоростью прошло клинические исследования и уже в 2011 г. было зарегистрировано в США для лечения этой специфической подгруппы больных распространенным раком легкого.

Мы быстро движемся от теорий канцерогенеза к клинически значимым молекулярно-генетическим характеристикам опухоли пациента, влияющим на противоопухолевое лечение. Судя по всему, в ближайшее время для немелкоклеточного рака легкого (и для других злокачественных заболеваний) будет разработана и внедрена молекулярно-генетическая

ни всего на 5 %. Возможно, это частично объясняется формальным объединением в одну группу больных с опухолями, различающимися по биологической агрессивности. Детально изучив не только гистологический вариант, но и биологическую агрессивность (экспрессия в удаленной опухоли белков апоптоза, рецепторов сосудистого эндотелиального фактора роста, наличие мутантной формы белка p53, плоидность, доля опухолевых клеток в S-фазе клеточного цикла и т. д.) злокачественного процесса, можно выделить группу больных с прямыми показаниями к адъювантному лечению и тех, кому оно не нужно. Используя разработанный нами алгоритм, можно прогнозировать послеоперационное течение заболевания. И тогда расчетный «неблагоприятный прогноз» хорошо объясняет, почему у пациентов с маленькими опухолями наступает очень ранний рецидив и прогрессирование с появлением новых метастазов.

– На основе этих характеристик вы создаете биологический паспорт опухоли?

– Да, это первый шаг к созданию биологического паспорта опухоли. Наверное, уже в ближайшей перспективе – лет через 5–10 – он может показаться наивным на фоне достижений молекулярной онкологии обозримого будущего. Но сегодня, используя современные методики анализа образцов опухолевой ткани, полученных во время операции, мы определяем индивидуальный прогноз течения болезни. Даже в отсутствие формальных показаний (нет метастазов в удаленных регионарных лимфоузлах) при выявлении фенотипа биологически агрессивной опухоли с плохим прогнозом мы рекомендуем и проводим адъювантную химиотерапию. Вторая часть биологического паспорта опухоли, которую мы уже сейчас активно развиваем, представляет собой определение маркеров потенциальной лекарственной резистентности. Идея этого исследования – избавить больного от влияния, вероятно, малоэффективного цитостатика, обладающего реальной токсичностью.

Японии, Китае. И следующий этап, на который мы очень рассчитываем в биологическом паспорте, это молекулярно-генетическое тестирование с тем, чтобы понять фундаментальную основу опухоли и ее чувствительность к конкретным препаратам.

Главная причина неудач лекарственного противоопухолевого лечения заключается в том, что даже при исходной чувствительности опухолевого процесса рано или поздно обязательно развивается лекарственная резистентность. Почему она развивается? Какие молекулярно-генетические механизмы ответственны за это? Мы пока будем собирать образцы опухолевой и здоровой ткани, образцы крови на всех этапах развития опухолевого процесса, создавая биобанк. Они будут заморожены или сохранены для анализа, поиска фундаментальных механизмов опухолевой прогрессии, лекарственной резистентности.

Ведущие клинические центры и лаборатории активно работают над определением молекулярно-генетических, эпигенетических и протеомных характеристик различных опухолей. Уже есть системы ДНК-диагностики, которые позволяют прогнозировать течение рака молочной железы. Разрабатываются подобные технологии для рака легкого, для рака яичников. Это наше будущее. Мы пошли немного своим путем, он, может быть, менее совершенен, но имеет право на жизнь. Молекулярно-генетическое прогнозирование – светлое будущее медицины. Надеюсь, что и наше, но пока мы должны пользоваться тем, что есть у нас.

– И как глобальная задача – персонализированное лечение?

– Да. При общем названии «рак» опухоли у всех наших пациентов разные. И чем больше информации о больном, его опухоли, метастазах мы получим, тем больше сможем помочь. Наука идет очень быстро, и через 10–15 лет классификация онкологических заболеваний может быть совсем другой: например, генетический атлас.

“Пятилетняя выживаемость больных немелкоклеточным раком легкого после радикального хирургического лечения даже при I–II стадии не превышает 50 %. Наиболее перспективным направлением можно считать попытки прогнозирования отдаленных результатов лечения в группе пациентов без регионарного лимфогенного метастазирования. В условиях локализованного опухолевого процесса только биологическая особенность первичной опухоли (темпы роста, метастатический потенциал, способность к неоангиогенезу, механизмы апоптоза и т. д.) влияет на дальнейшее течение заболевания. До 85 % больных раком легкого IIIa стадии после радикального хирургического лечения в первые 1,5 года сталкиваются с прогрессированием в виде отдаленного метастазирования.

агрессивным течением, рано метастазирует. При этом гистологическом варианте рака легкого радикальные операции маловероятны. Но до определенного момента болезнь хорошо поддается лекарственной и лучевой терапии.

Немелкоклеточный рак легкого представляет большинство случаев злокачественных опухолей легкого. Если буквально 15 лет назад для лечения неоперабельного рака легкого было два лекарства, то теперь у нас их гораздо больше. Совсем недавно появилась клинически обоснованная необходимость выделять плоскоклеточный (эпидермоидный) и неплоскоклеточный рак. Клинические исследования показали, что пеметрексед эффективнее при аденокарциноме, а в случаях плоскоклеточного рака его активность невысока и лучше использовать, например, гемцитабин. Именно клиническая потребность в правильном выборе лекарства – основной драйвер перемен в гистологической классификации рака легкого. И я думаю, что это только начало.

На повестке дня качественное изменение классификации аденокарцином легкого. Мы уже можем выявлять группу больных аденокарциномой легкого, несущих мутации определенных генов (например, гена рецептора эпидермального фактора роста). Важно провести анализ образца опухоли на наличие этих мутаций: при обнаружении поломки гена нужна (и уже доступна) высокоэффективная молекулярно-направленная таргетная терапия (эрлотиниб и gefitinib). Совсем недавно мы были свидетелями взрыва научной мысли: в 2007 г. в нескольких случаях аденокарциномы легкого были выявлены изменения в гене ALK. Поломки в геноме сопровождались патологической активацией мембранного рецептора, стимулирующей рост опухоли. И был создан препарат кризотиниб, действующий только в случаях так называемого ALK-позитивного рака. Лекарство оказалось эффективно бо-

классификация. Современные и перспективные исследования генома конкретной опухоли конкретного пациента станут основанием для решения о выборе тактики лечения.

– Вы показали, что злокачественность опухоли зависит от количества ДНК в ней и анеуплоидная опухоль более агрессивна, чем диплоидная. Поясните это, пожалуйста.

– С помощью молекулярных биологов мы можем посмотреть, насколько агрессивна опухоль, по количеству митозов, по индексу пролиферативной активности, по плоидности, другим параметрам. Но пока никто не нашел какого-то одного универсального фактора (по световой микроскопии, изменению белков, генома опухолевой клетки), который позволил бы сказать – вот эта опухоль на 100 % плохая, и человек обязательно от нее погибнет, что бы вы ни делали. С другой стороны, так же трудно определить «хорошую» опухоль. Есть набор характеристик каждого случая заболевания – клинических, лабораторных, молекулярных и т. д. Да, очень важно знать о распространенности, молекулярно-генетических и биологических особенностях опухоли. Но бывают 2 пациента, схожих по распространенности опухолевого процесса, и один чувствует себя хорошо, а другой с трудом пришел к вам. И прогноз жизни для них будет принципиально разным.

Поговорим о более узкой популяции больных – тех, у кого ранняя стадия заболевания, когда своевременная операция по удалению опухоли дает реальный шанс на выздоровление. Дополнительная профилактическая химиотерапия может увеличить вероятность выздоровления. Строго говоря, профилактическая химиотерапия в отношении рака легкого показана только группе пациентов с III стадией при наличии метастазов в лимфатических узлах. Она уменьшает вероятность возврата болез-

“Дополнительная профилактическая химиотерапия может увеличить вероятность выздоровления. Строго говоря, профилактическая химиотерапия в отношении рака легкого показана только группе пациентов с III стадией при наличии метастазов в лимфатических узлах.

– Расскажите о высокотехнологичных методах, которые вы используете. Например, про метод лазерной проточной цитофлуориметрии для оценки содержания белка. Это уже делается?

– Да, это делают наши коллеги в экспериментальных институтах РОНЦ им. Н.Н. Блохина, которые с нами работают. Они измеряют количество белков и смотрят мутации. Наши морфологи готовят образцы для исследования, они туда передаются, проводится анализ, нам дают заключение. Пока это не повсеместная практика, а перспективное исследование, по результатам которого, я надеюсь, будут выработаны и практические рекомендации. Это поисковая работа, и мы считаем, что такой подход лучше стандартного лечения.

Огромное количество исследований в мире идет сейчас именно в этом направлении. В Европе, Америке,

Представьте: пациент сдает образец крови, берется образец опухоли. Полногеномное секвенирование (или что-то подобное) раскладывает геном опухолевой клетки: аппарат выдает детальное заключение. Прогноз жизни, агрессивности течения, лекарственной чувствительности и возможный сценарий развития резистентности, ожидаемый спектр и выраженность побочных эффектов, оптимальное сочетание или последовательность молекулярно-направленных препаратов и т. д. Именно к этому мы стремимся: своевременно проводить эффективное (хотя и дорогое) лечение, избавить больного от бесполезного лекарства. И назначить химиотерапию там, где, казалось бы, нет признаков болезни, потому что опухоль агрессивна и в ближайшее время может дать метастазы. Вот это и есть персонализированное лечение.

Профилактика злокачественных новообразований



Андрей Дмитриевич
КАПРИН

Д.м.н., проф., член-корреспондент РАМН,
директор ФГУМНИОИ им. П.А. Герцена
Минздрава России, вице-президент фонда
«Вместе против рака»
kaprin@mail.ru

Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них имеют огромное социально-экономическое значение для всех без исключения мировых стран. По прогнозу ученых, участвовавших в проекте GLOBOCAN 2008, представленном в 2010 г. Международным агентством по изучению рака и Всемирной организацией здравоохранения, к 2030 г. число ежегодно выявляемых злокачественных новообразований достигнет 21,4 млн, а смертность от рака составит около 13,2 млн случаев в год.

По данным показателям в мировом рейтинге Российская Федерация занимает среднее положение. В таких странах Европы, как Чешская Республика, Венгрия, Польша, Латвия, заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них гораздо выше. Однако следует отметить, что для многих стран – США, Канады, Аргентины, Великобритании, Франции, Германии, Китая, Израйля, Австралии, Новой Зеландии и др. – характерен значительный разрыв между показателями заболеваемости и смертности, т. е. онкологические больные живут после установления диагноза злокачественной опухоли длительное время. Для России эта разница не столь велика. На учете в онкологических учреждениях страны в течение 5 лет и более с момента установления диагноза состоит в среднем половина пациентов, в 2011 г. их доля составила 51,3 %. Также следует отметить возрастание доли инвалидов вследствие онкологического заболевания в общей численности лиц, впервые признанных инвалидами. В 2011 г. этот показатель составил 22 %, или 185 000 человек (в 2008 г. – 17,6 %, 170 000 человек).

В 2011 г. в Российской Федерации было выявлено 522 410 новых случаев злокачественных новообразований, из них 54 % у женщин и 46 % – у мужчин. На учете в территориальных онкологических учреждениях на конец года состояли 2 900 629 больных, т. е. 2 % от общей численности населения страны. Эти цифры свидетельствуют о необходимости масштабного развертывания профилактических мероприятий. В материалах проходившей в 2005 г. 58-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, посвященной профилактике рака и борьбе с онкологическими заболеваниями, было отмечено, что «профилактика представляет собой наиболее целесообразную с экономической точки зрения долгосрочную стратегию борьбы против рака». По оценкам специалистов, до 80 % причин и факторов риска возникновения рака можно устранить, однако профилактические меры должны быть комплексными и постоянными.

Канцерогенез (развитие злокачественного новообразования) связан как с воздействием

факторов внешней среды, так и с особенностями самого организма. Анализ результатов научных исследований свидетельствует, что наследственная предрасположенность к онкологическим заболеваниям в популяции населения Земли встречается достаточно редко (менее 3–4 %), и она не является фатальной, особенно при соблюдении основных принципов профилактики.

В профилактической онкологии различают первичную, вторичную и третичную профилактику рака.

Под первичной профилактикой подразумевают систему мер, направленных на предотвращение заболевания путем устранения причин его возникновения или минимизации контакта с канцерогенами.

При ранжировании основных причин, формирующих заболеваемость раком, лидирующую позицию занимает неправильное питание (до 35 %), 2-е место принадлежит курению (до 32 %). Таким образом, 2/3 случаев рака обусловлены этими факторами.

Существует 6 основных принципов противораковой диеты, соблюдение которых позволяет существенно снизить риск развития рака.

1. Предупреждение ожирения (избыточный вес является фактором риска развития многих злокачественных опухолей, в том числе рака молочной железы и рака тела матки).

2. Уменьшение потребления жира (при обычной двигательной активности – не более 50–70 г жира в день со всеми продуктами). Эпидемиологическими исследованиями установлена прямая связь между потреблением жира и частотой развития рака молочной железы, толстой кишки и предстательной железы.

3. Обязательное присутствие в пище овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием. К ним относятся: желтые и красные овощи, содержащие каротин (морковь, помидоры, редька и др.); фрукты, содержащие большое количество витамина С (цитрусовые, киви и др.); капуста (особенно брокколи, цветная и брюссельская); чеснок и лук.

4. Регулярное и достаточное употребление растительной клетчатки (до 35 г ежедневно), которая содержится в цельных зернах злаковых культур, овощах, фруктах. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, сокращает время их контакта с толстой кишкой за счет улучшения моторики.

5. Ограничение потребления алкоголя. Известно, что алкоголь является одним из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени и молочной железы.

6. Ограничение потребления копченой и нитритсодержащей пищи. В копченой пище присутствует значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях и до сих пор часто используются производителями для подкрашивания с целью придания продукции товарного вида.

Эпидемиологические исследования, проведенные в России и ряде других стран Европы, показали, что курение повышает риск развития рака полости рта на 70 %, гортани – в 8 раз, легкого – в 17 раз, пищевода – в 7,5 раза. Причиной 14 % всех случаев смерти от рака желудка в мире является курение. По данным Минздрава России, озвученным статс-секретарем – заместителем министра здравоохранения С. Вельямикиным в интервью РИА «Новости» в 2012 г., в стране ежегодно около 300 тыс. трудоспособных людей

не доживают примерно 5 лет своей жизни по причине потребления табака, при этом экономические потери составляют почти 1,5 трлн руб. Отказ от курения приводит к постепенному снижению риска развития рака, увеличению продолжительности жизни, снижению общей заболеваемости и смертности.

К вторичной профилактике относят совокупность мер, направленных на пресечение или ослабление уже возникшего в организме патологического процесса и предупреждение на этой основе тяжелых и прогностически неблагоприятных форм. Следовательно, вторичная профилактика направлена на обнаружение и устранение предраковых заболеваний и выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса. К исследованиям, позволяющим эффективно выявлять предопухолевые заболевания и опухоли, относятся: маммография, цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала, эндоскопические исследования, профилактические осмотры, определение уровня онкомаркеров в биологических жидкостях и др.

Разработка программ ранней диагностики и скрининга является одним из приоритетных направлений развития онкологии и позволяет значительно улучшить результаты лечения. Основными направлениями программы модернизации здравоохранения в 2013 г. станут профилактика и реабилитация. В этой связи Минздравом России подготовлены нормативные документы, регламентирующие с текущего года проведение массовой диспансеризации взрослого населения России начиная с 21-летнего возраста с периодичностью 1 раз в 3 года на протяжении всей жизни. Наряду с медицинскими осмотрами несколькими врачами-специалистами и необходимыми лабораторными

активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, направление пациентов с выявленными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний для оказания медицинской помощи по их коррекции. В этой связи чрезвычайно важна онкологическая настороженность врача-терапевта. Онкологический компонент медицинского осмотра в обязательном порядке должен включать обследование кожных покровов, ротовой полости, периферических лимфатических узлов, щитовидной и молочных желез, половых органов, прямой кишки. На первом этапе диспансеризации с целью выявления признаков хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития помимо анкетирования проводятся такие исследования, как анализ кала на скрытую кровь (с 45 лет), ультразвуковое исследование брюшной полости (с 45 лет), определение уровня простатспецифического антигена в крови (у мужчин старше 50 лет), маммография (у женщин с 39 лет), взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование (с 21 года). На втором этапе диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза при наличии показаний выполняются эзофагогастродуоденоскопия (с 50 лет) и колоноскопия/ректороманоскопия (с 45 лет).

Регулярное прохождение профилактического осмотра и обследования в соответствии с возрастом или наличием факторов риска позволяет предотвратить возникновение злокачественной опухоли или выявить заболевание на ранней стадии, когда можно провести эффективное органосохраняющее специализированное лечение.

“ Ответственность за организацию и проведение диспансеризации возлагается на муниципальный уровень здравоохранения, т. е. на поликлиники, в частности на врачей-терапевтов. Их задачами являются: активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, направление пациентов с выявленными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний для оказания медицинской помощи по их коррекции.

и диагностическими исследованиями комплекс мероприятий включает определение групп состояния здоровья, профилактическое консультирование и, при необходимости, последующее дообследование, лечебно-оздоровительные мероприятия и динамическое наблюдение за состоянием здоровья выявленных больных.

Основная цель диспансеризации – раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся главной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения страны, и основных факторов риска их развития: повышенного артериального давления, повышенного уровня холестерина и сахара в крови, избыточной массы тела и ожирения, нерационального питания, низкой физической активности, а также вредных привычек – курения, чрезмерного потребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Ответственность за организацию и проведение диспансеризации возлагается на муниципальный уровень здравоохранения, т. е. на поликлиники, в частности на врачей-терапевтов. Их задачами являются:

Третичная профилактика рака предусматривает использование методов раннего выявления прогрессирования онкологического заболевания после завершения первичного лечения. Для лечения злокачественной опухоли и третичной профилактики рака следует обращаться только в специализированные онкологические учреждения. Онкологический больной (кроме больных базально-клеточным раком кожи) пожизненно состоит на учете в онкологическом учреждении, регулярно проходит необходимые обследования, назначаемые специалистами.

В заключение следует отметить, что в медицине существует понятие онкологической настороженности, которое подразумевает необходимость при обследовании любого пациента прежде всего исключить возможность злокачественной патологии. Данное положение касается не только врачей. Человек, заботящийся о своем здоровье, должен подвергать себя самоконтролю и при появлении подозрительных симптомов, не затягивая, обращаться к врачу. Это первый шаг к профилактике рака, его ранней диагностике и излечению.

Новое в онкологии

Онкология на EuroMedLab 2013

С 19 по 23 мая в Милане проходил 20th IFCC-EFLM – Европейский конгресс по клинической химии и лабораторной медицине, на котором были обсуждены общие и частные вопросы лабораторной диагностики во всех областях медицины, новые диагностические тесты, а также профессиональное образование сотрудников лабораторий.

Специальная лабораторная диагностика в онкологии была представлена на секциях по эпигенетике рака, биомаркерам рака предстательной железы (РПЖ), заболеваниям щитовидной железы и скринингу колоректального рака (КРР), а также постерными докладами.

На симпозиуме по эпигенетике рака большая часть докладов была посвящена гиперметилированию генов при злокачественных новообразованиях. В докладах проф. K. Heichman (США), проф. T. Liloglou (Англия) и M.F. Fraga (Испания) прозвучало, что гипер- и гипометилирование промоторных областей генов является универсальным механизмом регуляции экспрессии генов, не затрагивающим их структуру. Этот механизм лежит как в основе индивидуального развития организмов, так и в основе канцерогенеза. Гиперметилирование ряда генов обеспечивает развитие злокачественного новообразования и является частью программы репрограммирования клеток в stem-cell-подобное состояние, т. е. в состояние стволовых клеток, характерное для ранних стадий эмбриогенеза. Одним из перспективных направлений исследований в аспекте активного/раннего выявления злокачественных опухолей является поиск генов или их ансамблей, гиперметилирование которых наиболее прочно ассоциировано с опухолями – как нового поколения опухолевых маркеров. С другой стороны, поиск веществ, предотвращающих или «снимающих» метилирование конкретных генов, – новый перспективный подход к таргетной терапии онкологических больных. Удачной находкой в этом направлении является ген Септин-9, метилирование которого прочно ассоциировано с КРР уже в ранних стадиях (чувствительность 90 % при специфичности 88,3 %). Проф. K. Heichman отметил, что оценка метилирования этого гена в сыворотке крови (с помощью полимеразной цепной реакции) позволяет в равной мере выявлять раки по всей длине кишки со сходной чувствительностью при разных клинических стадиях заболевания.

На симпозиуме, посвященном биомаркерам РПЖ, было сделано 4 доклада: проф. C. Bangma (Нидерланды), проф. C. Sturgeon (Англия), проф. A. Semjonow (Германия), проф. M. Lazzeri et al. (Италия), посвященных скринингу этого заболевания. Во всех докладах был представлен критический взгляд на состояние, итоги и перспективы скрининга. Были представлены данные о том, что в группе обследуемых без урологической симптоматики пальцевое ректальное исследование (ПРИ) позволяет выявить 1 из 15 раков, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) – 1 из 12, анализ на общий простат-специфический антиген (ПСА_{общ}) (при дискриминационном уровне 4 нг/мл) – 1 из 6, ПСА_{общ} в сочетании с ПРИ – 1 из 2, а сочетание ПСА_{общ} с ПРИ и ТРУЗИ – 1 из 1 (т. е. 100 %) РПЖ. Однако такое обязательное тройное обследование, требующее врача лабораторной диагностики и специалиста по ТРУЗИ, в аспекте скрининга экономически не оправданно, и ни одна страна не может его себе позволить. Поэтому сегодня для первичного скрининга ПСА_{общ} пока ничем заменить нельзя.

Докладчики отметили, что ни в одной из представляемых ими стран нет единой национальной программы скрининга РПЖ:

разные области, регионы и земли имеют свой бюджет и собственные принципиально различающиеся программы, что делает невозможной оценку результативности скрининга в рамках каждой страны. Поэтому о промежуточных результатах скрининга можно судить только благодаря крупным мультицентрическим исследованиям.

Очевидно, что скрининг, первым этапом которого является оценка ПСА_{общ}, уменьшает число случаев метастатического РПЖ на 31 % в 15-летнем диапазоне скрининговых обследований. Среднее время опережения выявлением РПЖ скрининговым методом клинического предъявления болезни составляет примерно 11 лет. Стоимости ПСА-скрининга уменьшается со временем.

С другой стороны, при скрининге 1000 человек «бессимптомной» популяции удается предотвратить смерть от РПЖ 9 человек, 14 – выявляются с распространенным процессом (и получают паллиативное лечение), а 23 выявленных с РПЖ теряют качество жизни из-за неоправданно расширенных операций на первом этапе лечения. В целом 40 % всех выявленных ранних РПЖ в соответствии с окончательным гистологическим заключением были отнесены к индолентным (сумма баллов по Глисону < 7), и, как следствие, значительная часть этой категории больных получила избыточное лечение. Сегодня научной проблемой является главным образом разделение выявленных раков на индолентные и агрессивные до начала лечения.

В этом аспекте – возможности разделения агрессивных и индолентных РПЖ – обсуждалась клиническая значимость ПСА_{своб}, скорости роста ПСА_{общ}, плотности ПСА (на единицу объема предстательной железы), –2проПСА, PHI* – prostate health index (индекса здоровья простаты). Было упомянуто о программе «Proteus», в которую входит по 1 медицинскому центру из стран Центральной Европы, посвященной решению именно этого вопроса. В программу включаются лица старше 45 лет без урологической симптоматики с уровнем ПСА_{общ} в диапазоне 2–10 нг/мл с отрицательным результатом ПРИ. Этим обследуемым дополнительно исследуют ПСА_{своб}, –2проПСА и высчитывают phi, после чего осуществляют мультифокальную биопсию. Промежуточные результаты этого исследования свидетельствуют о том, что соотношения ПСА_{своб} и ПСА_{общ} в равной мере выявляет и пропускает индолентные и агрессивные бессимптомные РПЖ, в то время как phi в значимо большей мере пропускает индолентные, чем агрессивные раки. Предполагается, что дальнейшие исследования позволят сформировать окончательное суждение о том, можно ли с помощью –2проПСА и/или phi достоверно различать ранние индолентные и агрессивные РПЖ на этапе лабораторной диагностики и, как следствие, избежать хотя бы части необоснованных биопсий и избыточного лечения.

На рабочем совещании по скринингу КРР, было сделано 3 доклада – из Франции (проф. J. Faivre), Англии (проф. S. Halloran) и Италии (проф. M. Zaninitto), в которых были представлены как общие принципы формирования скрининговых программ, так и проблемы преаналитического, аналитического и постаналитического этапов лабораторной диагностики, основанной на выявлении скрытой крови в кале с помощью копрограмм.

Целесообразность копроскрининга КРР основывалась на данных 90-х годов, когда было показано, что использование гваякового биохимического копротеста позволяет снизить смертность от КРР на 32–39 % среди его участников. Обсуждалась и невозможность использования колоноскопии с целью скри-

нинга в «бессимптомной» популяции из-за нежелания обследуемых (более 70 %) подвергаться этой процедуре. Поэтому использование на первом этапе скрининга КРР копротестов сегодня считается почти общепризнанным подходом. Общим является мнение о том, что в такую программу должны включаться «бессимптомные» (по кишечнику) лица в возрасте 50–74 лет без отягощенного семейного анамнеза по КРР и предраковым заболеваниям кишечника.

Выступающие были едины во мнении, что биохимический копротест следует заменить на иммунохимический (с антителами к гему), что позволяет в 2 раза уменьшить количество ложноположительных результатов, не требует от обследуемого ограничений в питании и образе жизни. Хотя этот тест является и более затратным, чем биохимический, но его использование в конечном итоге экономически обосновано существенным снижением количества неоправданных колоноскопий (при его положительном результате).

Докладчики отмечали несовершенство систем для отбора образцов кала, осуществляемого самими пациентами, и, таким образом, нетехнологичность преаналитического этапа, которая может повлиять на результативность аналитического этапа диагностики.

В целом же Конгресс по лабораторной диагностике способствовал ее совершенствованию в аспекте предоставления клиницистам достоверной и наиболее полной информации о течении разных заболеваний и состояний разных систем органов.

Н.С. Сергеева, д.б.н., проф.,
заслуженный деятель науки РФ,
заведующая отделением прогноза
ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена

На вероятность сохранения эректильной функции у пациентов с локализованным раком простаты после брахитерапии влияет только возраст.

На принятие решения о методе лечения локализованного рака простаты влияют возраст больного, экономический и социальный статус. Кроме того, при выборе между одинаковыми по эффективности методами важную роль играет качество жизни после лечения. Опубликованные показатели эректильной дисфункции после брахитерапии в комбинации с другими методами или в монорежиме колеблются от 32 до 85 %.

Масашита Матсushima (Masashi Matsushima) из Университета Кейо (Япония) литературным поиском в базе данных PubMed® нашел 48 исследований, в которых оценивали сексуальную функцию после брахитерапии, 19 (39,6 %) из них включали 100 и более пациентов. В 10 исследованиях использовали 5 вопросов МИЭФ, а в 1 работе – 15 вопросов МИЭФ. Во всех исследованиях пациенты получали какую-либо дополнительную терапию.

Группа Матсushima проспективно оценивала сексуальную функцию после брахитерапии I¹²⁵ у пациентов, которым не назначались дополнительная наружная лучевая терапия, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа или антиандрогенная терапия до или после брахитерапии. Всего выявлено 119 пациентов, которых с 2004 по 2010 г. наблюдали после брахитерапии не менее 12 мес. Сексуальную и эректильную функции оценивали до вмешательства (исходно) и через 3, 6, 12, 18, 24 и 36 мес после брахитерапии с помощью МИЭФ-15.

Средний общий показатель МИЭФ-15 и показатели домена эректильной функции, оргазмической функции, либидо

и сексуального удовлетворения через 3 мес были статистически значимо ниже исходных. Они сохранялись на низком уровне в течение 36 мес после брахитерапии. Эректильная функция сохранялась в течение 12 мес после вмешательства у 16 (33,3 %) из 48 мужчин с исходным показателем домена эректильной функции 11 баллов и выше. Многофакторный анализ показал, что возраст 70 лет и старше был единственным прогностическим фактором нарушения эректильной функции после брахитерапии.

[http://www.jurology.com/article/S0022-5347\(12\)04979-8/abstract](http://www.jurology.com/article/S0022-5347(12)04979-8/abstract)

Протонная терапия обладает минимальной токсичностью и хорошей эффективностью в лечении рака простаты низкого и промежуточного риска даже при симптомах нарушенного мочеиспускания.

У некоторых пациентов, которым планируется лучевая терапия рака простаты, также есть симптомы нарушенного мочеиспускания (СНМ) средней и тяжелой степени. Есть данные о том, что протонная терапия – это безопасный и эффективный метод подведения высоких доз облучения при локализованном раке простаты. В Институте протонной терапии Университета Флориды проводилось 2 проспективных исследования пациентов с раком простаты низкого и промежуточного риска, которые проходили процедуру с августа 2006 по сентябрь 2007 г. В статье Рэндала Хэндersona (Randal H. Henderson) из США представлены 5-летние показатели мочеполювых осложнений и функциональные результаты с приделом на больных с СНМ средней и тяжелой степени.

В исследования был включен 171 пациент с раком простаты. Медиана наблюдения составила 5 лет. Пациенты проспективно заполняли опросники Международного индекса простатических симптомов (IPSS) и Шкалы мочеполювых осложнений (CTCAE v3.0 и v4.0).

За 5 лет наблюдалось 5 транзитных осложнений III степени по шкале CTCAE v4.0 с кумулятивной частотой 2,9 %. При многофакторном анализе показано, что единственным прогностическим фактором осложнений II и более степени стало лечение СНМ до лучевой терапии. У больных с показателем IPSS 15–25 баллов отмечалось снижение медианы показателя с 18 до 10 баллов в течение 60 мес. При последнем наблюдении у 18 (54,5 %) пациентов отмечалось снижение более чем на 5 баллов, у 14 (42,5 %) больных показатель был стабильным, а у 2 пациентов он увеличился на 5 баллов и выше. У пациентов с показателем IPSS менее 15 баллов медиана составила 6 баллов и не изменилась.

Авторы пришли к выводу, что урологические осложнения протонной терапии под контролем изображения в течение 5 лет встречаются редко и обычно имеют транзитный характер. У пациентов с показателем IPSS менее 15 баллов не отмечалось ухудшения мочеиспускания, при этом у больных с СНМ средней и тяжелой степени наблюдалось снижение медианы IPSS, что не объяснялось началом приема или коррекцией дозы альфа-блокаторов. Результаты показывают, что протонная терапия обладает минимальной токсичностью и хорошей эффективностью в лечении рака простаты низкого и промежуточного риска, включая больных с СНМ (IPSS 15–25 баллов).

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3603169/>

* PHI = –2проПСА/ПСА_{своб}√ПСА_{общ}

