

Тема рака лёгкого (РЛ) по-прежнему в центре внимания. И «тревожная» картина эпидемиологии, и высокий показатель смертности от этого заболевания в нашей стране заставляют онкологов вновь и вновь обсуждать вопросы раннего выявления и адекватного лечения злокачественных опухолей лёгких.

Неутешительный прогноз

В Москве под эгидой Российской обществу клинической онкологии недавно прошла очередная, уже пятая по счёту конференция, посвящённая раку лёгкого – болезни, которая, по словам самих специалистов, является «убийцей № 1» среди онкологических заболеваний.

Вот цифры, прозвучавшие на форуме и иллюстрирующие данный тезис. Ежегодно в России выявляется 55 тыс. новых случаев рака лёгкого, и около 50 тыс. человек в год погибает от этого заболевания. Подобное соотношение заболевших и умерших относит РЛ к группе онкологических заболеваний с наиболее неутешительным прогнозом. Для сравнения: при раке молочной железы соотношение заболевших и умерших за год составляет примерно 66 000/24 000, а при раке толстой кишки – 40 000/23 000.

С одной стороны, за неблагоприятный прогноз отвечает высокая агрессивность рака лёгкого и его низкая чувствительность к системной противоопухолевой терапии. С другой, одной из основных причин, определяющих судьбу больных раком лёгкого, является скрытность течения заболевания, проявляющего себя лишь на поздних стадиях: до 3/4 опухолей впервые выявляются уже на III-IV стадиях. В силу того, что на этом этапе заболевание носит системный характер, хирургическое лечение неэффективно, и, как уже сказано, до недавнего времени РЛ был малочувствителен к лекарствам. То есть похвастаться результатами лечения рака лёгкого тоже пока нельзя, – обозначил проблему заместитель директора Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина, доктор медицинских наук, профессор Сергей Тюляндин.

Российские онкологи прекрасно понимают, какие именно факторы вызывают рак лёгкого, первостепенную роль курения они уже давно не подвергают сомнению. И знают, что именно нужно сделать, чтобы снизить не только смертность от РЛ, но и более того – уменьшить заболеваемость. Однако решению этих задач отнюдь не способствуют объективные препятствия, существующие в нашей стране. Во-первых, что касается профилактики: активная государственная антитабачная кампания началась в Российской Федерации совсем недавно, и пока сколько-нибудь существенных перемен к лучшему здесь нет, так как в настоящее время заболевают и погибают те, кто уже успел «накурить» себе рак лёгкого и другие опухоли. Более того, в связи с тем, что первыми на отказ от курения реагируют сердечно-сосудистые заболевания, у многих людей появляется шанс не погибнуть от инфаркта и «дожить до своего рака», ассоциированного с курением, что может даже обусловить временный всплеск заболеваемости и смертности. При этом, по информации заведующего отделом эпидемиологии и профилактики НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина члена-корреспондента РАН Давида Заридзе, приведённой в статье «Нас спасёт профилактика!» («МГ» № 11 от 21.03.2018), 50% российских мужчин всё ещё курят, и это настоящие никотиноманы. «Многие из них не только не могут, но и не хотят отказываться от курения. В связи с этим процесс снижения распространённости курения среди россиян замедлится», – предупреждает специалист.

Во-вторых, что касается своевременного выявления РЛ: не секрет, что при организации онко-

скринингов Россия в большей степени ориентируется на западные данные и по эпидемиологии, и по ранней диагностике. Но совпадает ли это с реалиями эпидемиологических данных нашей страны?

Москва – первая и единственная?

Вопросам, связанным с онко-скринингом, на прошедшей конференции уделили много времени, что абсолютно оправданно. Цель скрининга, в данном случае рака лёгкого, – выявление случаев бессимптомно текущих опухолевых процессов на стадиях настолько ранних, насколько необходимо

Итоги и прогнозы

Онкоскрининг: и да, и нет

Мнения специалистов разделились, услышат ли их чиновники?

для того, чтобы изменить прогноз у этих больных. Флюорография, которая использовалась в группе, тоже у части больных выявляла бессимптомные опухоли лёгких, но это, как правило, происходило слишком поздно.

В больших зарубежных рандомизированных научных исследованиях было показано, что смертность от рака лёгкого в группе людей, прошедших рентгенографический скрининг плюс-минус цитологическое исследование мокроты, не снижалась по сравнению с группой, не проходившей скрининг. Таким образом, всеми ведущими экспертами и рентгенографический скрининг рака лёгкого признаны не только не полезными, но и вредными в связи с высокой частотой ложноположительных и ложноотрицательных заключений. Чего нельзя сказать про низкодозную компьютерную томографию, которая также по результатам большого рандомизированного исследования показала снижение относительного риска смерти от рака лёгкого на 20%.

Информационным поводом к обсуждению темы онкоскрининга стало сообщение представителей столичного здравоохранения о том, что на базе 10 поликлиник Департамента здравоохранения Москвы с февраля 2017 г. организован в рамках ОМС скрининг по выявлению лиц с раком лёгкого методом низкодозной КТ. Речь идёт не о тотальном обследовании населения, а только о группе высокого риска по раку лёгких, к которой отнесены лица старше 55 лет, курящие в настоящее время, либо бросившие курить менее 15 лет назад и имеющие стаж курения больше 30 «пачко-лет».

На тот момент в рамках проекта уже было проведено около 6 тыс. КТ-исследований курильщикам, плюс ретроспективно проанализировано ещё более 10 тыс. исследований, выполненных вне организованного скрининга за предыдущие годы. Что касается эффективности в плане снижения смертности, об этом судить пока рано. Непосредственные же результаты, то есть факты обнаружения опухолей, следующие: у 30 человек (0,5%) выявлен рак лёгкого, из них у 12 на ранних стадиях. Около 200 человек (3,3%) с подозрением на РЛ направлено на дообследование. Это цифры, опубликованные в апреле 2018 г. на официальном сайте мэра Москвы. Там же руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун называет полученные результаты «доказывающими эффективность скрининга». В дальнейшем планируется расширить масштабы обследования на всю сеть поликлиник.

А как быть остальным? – задают резонный вопрос врачи других российских территорий. Ситуация

с технической обеспеченностью учреждений здравоохранения в России слишком «гетерогенная». Если в Москве компьютерными томографами оснащены даже поликлиники, то, к примеру, в Республике Бурятия единственный на весь регион компьютерный томограф стоит в региональном онкодиспансере.

В Москве КТ-доступность наивысшая, но что делать у нас на Северо-Западе: в Мурманске, Архангельске, Вологодской области, Республике Коми? На эту проблему никто, кроме нас, онкологов, внимания не обращает, – подчёркивает исполнительный директор Ассоциации онкологов Северо-

мира? Коль скоро это так – а пока, к сожалению, никто не развеял мои сомнения, – то я хотел бы задать вопрос организаторам скрининговой программы в столице России. Если мы ориентируемся на данные по скринингу в США, где доля курильщиков (люди, потенциально подлежащие скринированию) значительно меньше, а заболеваемость раком лёгкого (если верить нашей официальной статистике) значимо выше, то каков же будет КПД онкоскрининга в Москве? С учётом того, что в Москве по сравнению с США в 2 раза больше курильщиков и в 4 раза меньше заболеваемость раком лёгкого, ожидаемая суммарная эффективность проекта окажется-

т.д., останутся прежними. Да и шанс погибнуть от нераковых причин у людей, куривших десятилетиями по 2-4 пачки в день, гораздо выше. В целом эти данные отражают результаты научного исследования, послужившего поводом для внедрения КТ-скрининга: да, в группе из 25 тыс. человек, регулярно проходивших онкоскрининг, относительное снижение риска смерти от рака лёгкого составило 20% по сравнению с группой из 25 тыс. человек, которые не скринировались. При этом в абсолютных значениях это выглядело как предотвращение всего 79 смертей по сравнению с контрольной группой, – аргументирует Н.Жуков.

Западного федерального округа, научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Петрова Антон Барчук.

«Программа скрининга рака лёгкого пока не может стать общероссийской, – то ли поддразнивали, то ли успокаивали коллег представители столичного здравоохранения во время конференции. – Это очень интересный пилотный проект на уровне одного региона, который технологически и интеллектуально готов к его осуществлению. Говорить о целесообразности данного онкоскрининга в масштабах страны можно будет по результатам его проведения в одном субъекте РФ».

И вот тут необходимо поправить тех, кто то ли по незнанию, то ли от лукавого говорит о столичной пилотности проекта. Первым регионом, где ещё в 2015 г. начали проводить КТ-скрининг рака лёгкого, был Красноярский край. Ответ на вопрос, влияет ли онкоскрининг на снижение смертности от рака лёгкого и, следовательно, есть ли необходимость проводить массовые дорогостоящие обследования курильщиков, московские чиновники уже давно могли бы задать красноярским онкологам.

Америка считает деньги. А мы?

Итак, скрининг рака лёгкого является одной из немногих валидированных методик, показавших способность достижения поставленной цели – снижения смертности. Однако при этом, как ни странно, вопрос целесообразности скрининга рака лёгких остаётся дискуссионным даже в среде авторитетных российских и зарубежных онкологов. Ориентируясь на Запад и планируя «свои» скрининговые исследования, опираясь на «их» данные, правильно ли мы поступаем, разумно ли расходовать бюджетные деньги?

Ещё в 2014 г., сравнивая статистические данные, я заметил, что в России курильщиков в 2 раза больше, чем в США. Но при этом у нас по стране заболеваемость раком лёгкого в 2 раза меньше, чем в США. А в Москве – в 4 раза меньше, чем в США, и в 2 раза меньше, чем по России. Оценивая эффективность и неэффективность любого онкоскрининга и последующего лечения выявленных больных, следует отталкиваться от цифр, сколько человек мы должны обследовать, и сколько человек мы должны затем пролечить, чтобы кого-то спасти от смерти, обусловленной раком. Прежде всего хотелось бы задать вопрос специалистам в области медицинской статистики: действительно ли эти цифры отражают столь выраженные различия, или это некая игра цифр, связанная с возрастном-половыми различиями, статусом курения и т.д. в различных регионах страны

в 8 раз ниже! – говорит руководитель отдела мультидисциплинарной онкологии Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва доктор медицинских наук Николай Жуков.

Есть и вопрос морального свойства, который напрашивается в данном контексте. Н.Жуков напоминает, что имеются гораздо более эффективные и гораздо менее дорогие методы онкоскрининга (скрининг рака шейки матки, толстой кишки), с которыми у нас в стране, в том числе в Москве, далеко не всё благополучно.

И мне не совсем понятно, почему, не решив эти проблемы, мы бросаемся на высокотратный скрининг рака лёгкого, целесообразность которого активно обсуждается даже в гораздо более обеспеченных странах мира? Безусловно, жизнь каждого гражданина имеет одинаковую ценность, но в данном случае выбор для приложения ресурсов представляется не совсем разумным, – продолжает Н.Жуков.

По словам эксперта, в США и онкологи, и финансисты очень сильно обеспокоены вопросом целесообразности проведения того или иного онкоскрининга. Разработана даже компьютерная программа, которая позволяет посчитать пользу-риск для каждого пациента, который подлежит скринированию. Если человек со стажем курения 30 «пачко-лет» задумается о том, чтобы проходить КТ-обследование с 55 лет, он должен знать, что на протяжении ближайших 6 лет из тысячи ему подобных от рака лёгкого умрут 5 в том случае, если никакого скрининга не будет. И 4 – из числа тех, кто выберет КТ-обследование. То есть разница в единицу (!) на тысячу ежегодных КТ-обследований на протяжении 6 лет. Более того, «расплатой» за эту единственную жизнь, спасённую от смерти, обусловленной раком лёгкого, будут 365 случаев ложноположительных КТ-ответов, около 30 необоснованных инвазивных манипуляций, 3 из них завершатся тяжёлыми осложнениями. А 1 из 10 случаев рака, которые будут выявлены и подтверждены, можно вообще не лечить, потому что человек в силу возраста умрёт от других причин. И это в их, американских условиях, с их диагностикой, алгоритмизированной медициной на всех этапах, с их средней продолжительностью жизни и эффективностью лечения других заболеваний. А что у нас? Увы, ответ неизвестен.

Для более активных курильщиков – тех, кто курил дольше и в большем объёме, – разница в количестве смертей среди лиц, прошедших скрининг, и без него будет существеннее. Однако отрицательные стороны, то есть ложноположительные заключения и

По мнению моего собеседника, следует сначала провести комплексный анализ и посчитать, каков будет размер выигрыша или проигрыша от внедрения тех или иных видов скрининга в нашей стране и лишь затем проводить массовое высокотратное обследование. Вполне может оказаться, что, несмотря на, казалось бы, бесспорную истину об «экономии за счёт раннего выявления», на деле затраты на масштабные скрининговые проекты окажутся выше, чем на лечение больных безо всякого скрининга.

На одной из международных онкологических конференций представитель Индии говорил именно о таком подходе к онкоскринингу РМЖ в своей стране. По его словам, в Индии скрининг РМЖ будет заведомо в 5 раз менее эффективен, чем, например, в США, потому что в США заболеваемость РМЖ – 123 случая на 100 тыс. населения, а в Индии – 25 случаев на 100 тыс. То есть, даже если исходить из простой арифметики, для того чтобы спасти одну жизнь, в Индии надо обследовать в 5 раз больше женщин, чем в США. И, кроме того, маммографический скрининг для Индии просто неподъёмно дорог. Поэтому, здраво оценивая свои ресурсы, в этой стране начали исследование по оценке более дешёвого метода скрининга, а именно самообследования. Но, даже если исследование покажет снижение смертности от использования этого «упрощённого» варианта онкоскрининга, индийские врачи вновь «возьмутся за калькулятор». С учётом численности населения страны даже столь простой вариант обследования встанет Индии в очень большие деньги, и Министерство здравоохранения будет принимать решение, сопоставляя выигрыш от проведения скрининга и затраты на лечение больных раком молочной железы по индийским стандартам.

И это, считает Н.Жуков, в рамках ограниченного бюджета здравоохранения (а он ограничен в любой стране) – нормальный государственный подход в отношении расходов на онкологию вообще и на скрининг рака лёгкого в частности. Сначала нужно посчитать, как наиболее эффективно потратить ресурсы, чтобы в рамках фиксированного бюджета спасти максимальное количество жизней из возможного, и лишь после этого инициировать те или иные финансовоёмкие проекты. В том числе – онкоскрининги.

Кроме этого, считает Н.Жуков, первоочередной задачей государства для снижения в России смертности от РЛ должна стать борьба с курением. Настоящая, а не декларируемая.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».