

**ЮРІЙ ДУМАНСЬКИЙ:**

# ОПТИМАЛЬНИЙ СПОСІБ ПОЛІПШЕННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ — СИСТЕМА СКРИНІНГУ

Онкологічні захворювання на сьогодні є однією з найбільш актуальних і нерозв'язаних медичних проблем людства. Від злоякісних пухлин страждають жителі всіх континентів і країн, багаті і бідні, чоловіки і жінки. Щороку у світі виявляють понад 12 млн осіб, які вперше захворіли на рак, і близько 7 млн помирають від цієї недуги. Це приблизно 20 тисяч осіб щодня. Якщо темпи захворюваності зростатимуть і надалі, то до 2030 року кількість вперше захворілих на рак сягне 27 млн, помруть від раку 17 млн, а носіями цього захворювання стануть 75 млн жителів планети. Про невтішну статистику онкозахворюваності в Україні, проблеми, що непокоїть онкологів, та перспективи їх розв'язання — наша розмова з **членом-кореспондентом НАМН України, доктором медичних наук, завідувачем кафедри онкології та радіології, ректором Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, професором Юрієм ДУМАНСЬКИМ.**



## **ВЗ Про що свідчить статистика онкозахворювань в Україні?**

Україна відрізняється високим рівнем онкозахворюваності і входить до першої десятка країн світу щодо цього показника, маючи більше 160 тисяч нових захворілих на рак. Сьогодні кожний п'ятий українець протягом життя занедежує на рак, а в найближчій перспективі — така доля спіткає кожного четвертого жителя нашої країни. За прогнозами, до 2020 року кількість онкохворих в Україні може зрости до 200 тисяч осіб щорічно. Загальний показник захворюваності на злоякісні новоутворення нині досяг 370,7 на 100 тис. населення. Непокоїть те, що він зростає практично в усіх регіонах країни, за винятком 3-х областей — Луганської, Одеської Тернопільської, де цей показник знизився.

Найвищі рівні захворюваності зафіксовано в м. Севастополь (513,0 випадків на 100 тис. населення), Запорізькій, Кіровоградській, Миколаївській, Сумській, Харківській областях та в м. Київ (403,0-443,0 на 100 тис. населення); найнижчі — у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Рівненській та Чернівецькій областях (приблизно 259,0-292,0 на 100 тис. населення).

## **ВЗ Чим пояснити такі регіональні відмінності?**

Перш за все — це відмінності у віковому складі населення. Чим більша частка людей похилого віку на певній території, тим вища там захворюваність на рак, і навпаки. Адже онкологічна захворюваність у віці старше 60 років становить 1500-2100 випадків на 100 тис. населення, тобто у 4-6 разів перевищує

середній показник. Крім того, безумовно, рівень захворюваності зумовлений забрудненням навколишнього середовища канцерогенними речовинами, побутовими традиціями (харчування) і шкідливими звичками (куріння, алкоголь). Відомо, що виникнення раку легенів значною мірою залежить від впливу побутових (куріння) і виробничих канцерогенних факторів, зокрема, від забруднення атмосферного повітря викидами підприємств базових галузей промисловості. Доведено, чим більше викидів в атмосферу канцерогенних речовин, тим вищий показник онкологічної захворюваності.

## **ВЗ Які форми раку найпоширеніші в Україні і чому?**

Найпоширенішими формами раку, які виявляються вперше, як у всьому світі, так і в Україні є рак легенів (16,5 тис. хворих в Україні щорічно), рак молочної залози (16 тис.), пухлини товстої кишки (19 тис.), рак шлунка (10 тис. хворих щорічно). У структурі захворюваності на злоякісні новоутворення перші місця посідають: серед чоловічого населення — злоякісні новоутворення легенів, немеланоми злоякісні новоутворення шкіри, злоякісні новоутворення передміхурової залози, шлунка та колоректальний рак (сумарно — 57,8%); серед жінок — рак молочної залози, немеланоми пухлин шкіри, злоякісні новоутворення тіла матки, шийки матки та колоректальний рак (58,8% усіх випадків).

Відповіді на питання, чому дані захворювання превалюють, однозначно не можна. Причини виникнення тієї чи іншої пухлини, з одного боку, досить

широко вивчені, а з іншого — абсолютно незрозуміло, чому вони виникають у даної конкретної людини. Приміром, достеменно відомо: чим старша людина, тим ризик захворіти на рак у неї вищий. Водночас, далеко не всі люди, досягнувши похилого віку, хворіють на цю недугу. Інший приклад. Доведено зв'язок раку легенів із забрудненням повітря чих канцерогенами і курінням. Чоловіки і жінки дихають одним повітрям, куріння поширене як серед чоловіків, так і серед жінок, однак перші хворіють на рак легенів у 5 разів частіше. Тобто виникнення різних пухлин пов'язане з низькою факторів, про які ми поки що нічого не знаємо або знаємо недостатньо.

## **ВЗ Що робиться в напрямку ефективного лікування, особливо у напрямку дієвої профілактики цієї недуги, і що планують зробити?**

За останні роки державою вжито серйозні заходи з протиракової боротьби. Зокрема, Законом України затверджена «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року».

МОЗ України розробило План заходів щодо виконання завдань цієї програми, яким передбачено цілу низку кроків, у тому числі і таких, що не потребують серйозного технічного переоснащення установ охорони здоров'я і можуть бути реалізовані найближчим часом. Зокрема, це стосується формування переліку осіб, що належать до груп підвищеного ризику, з метою їх оздоровлення, диспансерного спостереження та своєчасного лікування. Подібні списки повинні бути в сімейних та довірених лікарів, копії цих списків можуть зберігатися в районних онкологів. Також це стосується забезпечення раннього виявлення злоякісних пухлин в установах охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу, шляхом підвищення ефективності профілактичного медичного огляду населення та диспансерного спостереження за хворими з передпухлинними захворюваннями. Для реалізації цього важливо виконати першочергові завдання необхідні тільки онкокасторожності, правильна організація роботи і контроль за її виконанням.

## **ВЗ Скільки громадян втрачає наша країна внаслідок онкохвороб і наскільки колосальними є витрати на їх лікування?**

Рак як причина смерті посідає друге місце у структурі смертності населення України і разом із серцево-судинними захворюваннями визначає рівень здоров'я нації та впливає на національну безпеку. За даними Національного онкоцентр-реєстру, смертність населення України від злоякісних новоутворень у 2011 р. сягнула показника 186 на 100 тис. населення, що на 0,3% більше, ніж у 2010 році. Рівень смертності зріс у 14 регіонах, найбільше — у Харківській і Херсонській областях та в м. Севастополь. Найвищі показники смертності зафіксовані в м. Севастополь, Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській і Тернопільській областях.

Не менше непокоїть державу і той факт, що особливості онкоепідеміологічного процесу суттєво впливають як на трудовий, так і на репродуктивний потенціал нації. Встановлено, що тривалість життя онкологічного хворого зменшується на 17-18 років, 40% цього періоду припадає на працездатний вік людини. До того ж у зв'язку зі смертністю від раку населення України щороку втрачає понад 270 тисяч людино-літ життя працездатного віку. Для прикладу: у 2011 році вік 27% захворілих і 19% померлих чоловіків склав 55 років і менше, а серед жінок таких приблизно 20 і 17% відповідно. Даних, що стосуються витрат на онколікування хворих у масштабах країни, не існує — в кожному випадку все розраховується індивідуально. Більше того, говорити про вартість лікування не зовсім етично, коли мова йде про хворих цієї категорії.

## **ВЗ Як це виглядатиме на практиці, адже і нині говорять про підвищення онкокасторожності, контроль тощо, а статистика за давних стадій онкохвороб серед населення у нас у рази більша, ніж у розвинених країнах?**

На жаль, питома вага давних стадій випадків у хворих з уперше встановленим діагнозом злоякісної пухлини дійсно складає 18%, а однорічна летальність — 28%. Слід сказати, що в Україні з 2002 до 2006 рр. діяла перша державна програма «Онкологія». У рамках цієї програми вдалося оснастити медичні установи новою сучасною діагностичною і лікувальною апаратурою, поліпшити забезпеченість лікарськими препаратами для лікування онкологічних захворювань. У результаті склалася чітка тенденція до зниження однорічної летальності — інтегрального показника, в якому відображається стан діагностики та лікування онкологічних захворювань (2006 р. — 32,0%).

Незважаючи на його зниження, залишається високою занедбаність при раку шийки матки — 12,8% (2006 р. — 15,1%). Слід сказати, що в низці розвинених країн цю проблему розв'язали. Наприклад, у Франції на всю країну реєструються поодинокі випадки завданого раку шийки матки. Це досягнуто шляхом державної програми, згідно з якою жінка проходить профоглядів на рік із проведнням усього сучасного комплексу досліджень. При цьому всі діагностичні дослідження і лікування — безкоштовні. Проводиться масована пропаганда необхідності систематичного профілактичного обстеження у фахівців.

Одним із методів ранньої діагностики раку є профілактичний огляд. Однак у нашій країні ідея спеціалізованих онкокомедоглядів за останні десятиліття була дискредитована, оскільки вони проводилися не в повному обсязі. За інформування Національного онкоцентр-реєстру, в 2012 році під час профілактичних оглядів було виявлено лише 30,6% онкологічних хворих (від 19% у Кіровоградській області до майже 65% — в м. Київ). Дані цифри красномовно свідчать про формальне ставлення до цієї проблеми. Не досить ефективним було виявлення на профілактичних оглядах пухлин візуальних локалізацій (злоякісні новоутворення губи, шкіри, шийки матки, молочної залози, прямої кишки), які в низці областей активно виявляли лише у 5,0-30,0% хворих.

Відсутність онкологічної настороженості у стоматологів призвела до того, що рівень виявлення на профоглядах злоякісних новоутворень ротової порожнини у Волинській області становив... 0%, у Херсонській — 5,2%, Закарпатській — 5,6%.

Низькою була ефективність виявлення під час профілактичних оглядів випадків захворювання на злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легень.

## **ВЗ Щось можна змінити?**

Оптимальний спосіб поліпшення ранньої діагностики онкологічних захворювань — система скринінгу. Але наразі в Україні ще рано говорити про це. Ефективність профілактичних оглядів з метою виявлення передпухлинної патології та раннього виявлення раку може бути досягнута лише за наступних умов: бажання і обов'язок населення проходити профогляди (мотивація до цього має бути закріплена законодавчо); до профілактичних оглядів повинні залучатися групи ризику (насамперед, це населення старших вікових груп). Нині ж, згідно з норма-

тивними документами, профогляди в обов'язковому порядку проходять тільки особи молодого віку (ті, що влаштовуються на роботу і працюють у шкідливих умовах), у яких ризик захворіти на рак досить низький і кількість таких людей порівняно з загальною чисельністю населення невелика. Більше того, якщо раніше всі жінки, які зверталися в будь-яку поліклініку з будь-якого приводу, в обов'язковому порядку повинні були пройти профогляд в оглядовому кабінеті, то тепер цей огляд здійснюється тільки у разі згоди жінки. Наступна умова ефективності профоглядів — потужна пропаганда здорового способу життя і необхідності систематичного обстеження з профілактичною метою. Маю на увазі пропаганду, закріплену на рівні державних рішень та фінансування, а не тільки на рівні санпросвітроботи, яку проводять медичні працівники. Зрештою, необхідна доступність і безоплатність для пацієнта проходження всього обсягу профілактичних досліджень. На жаль, у даній час багато досліджень хворі змушені оплачувати.

Одним із перспективних напрямків підвищення ефективності ранньої діагностики раку є цілеспрямована робота сімейних лікарів на виявлення злоякісних новоутворень. Реформа системи охорони здоров'я, що активно впроваджується у пілотних регіонах нашої країни, може значно підвищити відсоток онкологічних захворювань, виявлених на ранніх стадіях.

У зв'язку з цим вважаю, що обов'язковим алгоритмом роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря мають бути наступні заходи: для осіб віком понад 45 років — щорічні онкопрофогляди, флюорографія органів грудної клітки, дослідження калу на приховану кров, гастроскопія, колоноскопія, для жінок — УЗД молочних залоз, мамографія, консультація гінеколога з цитологічним дослідженням вагінального мазка, для чоловіків — визначення рівня PSA.

До того ж лікар, і кожен його пацієнт повинні знати основні причини виникнення раку. Це: особливості харчування, куріння, інфекції (головним чином — хронічні), професійні фактори, іонізуюче випромінювання, репродуктивні фактори, низька фізична активність, алкоголь. Причиною 75% злоякісних пухлин є фактори, впливу яких можна запобігти. Отже, профілактика раку можлива й необхідна.

## **ВЗ Особливий біль — дитяча онкологія. Щодня ми чуємо прохання батьків допомогти хворим дітям на лікування. Ситуація настільки невтішна?**

Питання ранньої діагностики цього контингенту найбільш актуальне. У дитячого населення коефіцієнт «смертність-захворюваність» сягає в Україні 30,7%, а максимальні показники: серед хлопчиків — у Закарпатській області 90,9%, Кіровоградській — 83,3%; серед дівчаток: у Миколаївській — 62,5%. Вражаюче високі цифри! Але серед дитячого населення на профілактичних оглядах виявлено тільки 12,5% хворих.

Найбільш поширеними злоякісними новоутвореннями у дітей є лейкемія — до 32,0%, пухлини головного мозку, хвороба Ходжкіна, злоякісні новоутворення кісток та суглобових хрящів, неходжкінські лімфомы. Саме на ранню діагностику цих нозологій слід звертати увагу фахівцям сімейної медицини та педіатрам під час проведення профілактичних оглядів.

Для лікування дітей, хворих на онкологічні захворювання, в системі онко-

гічних установ є дитячі онкологічні ліжка. Крім цього, в кожній області дитячі гематологічні ліжка, де надається допомога хворим на лейкози. В даний час забезпечення дітей протипухлинними препаратами здійснюється за рахунок централізованих поставок з держбюджету згідно з Державною програмою «Дитяча онкологія». На жаль, забезпеченість лікарськими препаратами становить приблизно 70% від потреби.

Сьогодні в Україні близько 6000 дітей з діагнозом «злоякісне новоутворення», майже у половини з них (45%) злоякісні лімфомы і лейкози. В даний час хвороба Ходжкіна (10-15% вперше захворілих дітей) вважається повністю виліковним захворюванням. Ряд форм лейкозів також практично виліковні за умови застосування сучасних схем лікування. Сприятливий перебіг у дітей злоякісних пухлин нирок (5-6% вперше захворілих). Тому необхідно створити єдиний дитячий онкологічний центр для лікування дітей з усіх регіонів України, можливо, як структурний підрозділ Національного інституту раку. Створення єдиного центру дозволить сконцентрувати, рціонально використовувати дороге діагностичне та лікувальне обладнання, забезпечити належну підготовку фахівців. Необхідно забезпечити 100% бюджетне фінансування всіх потреб дитячої онкології, включаючи безкоштовний проїзд батьків (або супроводжуючих) із хворою дитиною в цей центр із будь-якого регіону України та проживання (якщо це необхідно) на час лікування дитини.

Для країни з населенням 45 млн осіб — це посылне завдання. Тоді більше, ніж половина дітей буде повністю вилікована від раку і зможе прожити повноцінне життя, включаючи і народження дітей. Такі приклади є.

## **ВЗ Чи спроможний впоратися з цими складними завданнями той кадровий потенціал, який має на сьогодні вітчизняна онкологія?**

В Україні нині працюють 1964 лікарів-онкологів, або 0,43 на 10 тис. населення. Приблизно така ж забезпеченість і в деяких країнах СНД (Росія — 0,46, Казахстан — 0,32 на 10 тис. населення). Порівняти цей показник з країнами Європи неможливо, оскільки там інша організаційна структура служби онкододомогі і такої спеціальності (у нашому розумінні) немає.

Онкологи і радіологи України за рівнем професійної підготовки спроможні впоратися з найскладнішими клінічними завданнями. На сьогодні це єдина державна служба надання онкододомогі населенню, досить ефективна і раціональна. Між онкологами всіх рівнів існує належна спадкоємність. Систематично на всіх рівнях проводяться наради, конференції, семінари, з'їзди, які дозволяють длитись досвідом роботи та збагачувати свої знання.

Відпрацьована і діє чітка система передачі інформації про випадки онкологічних захворювань з дотриманням усіх законів і положень про захист конфіденційної інформації про пацієнтів. В Україні майже 20 років функціонує Національний канцер-реєстр, створений єдиний інформаційний простір і автоматизована система обробки статистичних даних з онкології.

На жаль, через загальновідомий стан фінансування медицини є проблеми кадрового забезпечення онкологічних кабінетів і не завжди належним чином центральні і міські лікарні оснащені технічно.

Затверджені стандарти діагностики та лікування онкологічних хворих, які час від часу оновлюються, розробляються уніфіковані клінічні протоколи, локальні протоколи медичної допомоги, клінічні маршрути пацієнтів. Це дозволяє уніфікувати підходи до діагностики та лікування на всіх рівнях і підвищити якість надання медичної допомоги хворим, у тому числі й онкологічного профілю. На жаль, прописані в стандартах і протоколах схеми, які знайшли практичне застосування і довели свою ефективність, не завжди можуть бути використані через обмежене бюджетне фінансування галузі.

В Україні функціонують 25 обласних, 15 міських та районних онкологічних диспансерів, 1 онкоцентр у м. Києві, 1 міська онкологічна лікарня в м. Дрогобич Львівської області, 714 онкологічних відділень та кабінетів. У загальній лікувальній мережі зареєстровано 1979 оглядових кабінетів. На жаль це на 169 менше, ніж у 2011 р.

Згідно з існуючими нормативами оглядові кабінети повинні бути в кожній поліклініці. Залежно від конкретних умов керівники ЛПУ можуть відкривати ту кількість кабінетів, яка є необхідною, або використовувати кабінети жіночих консультацій для профілактичного огляду жінок. Тому відповіді на запитання, достатньо цієї кількості чи ні, складно. Не викликає сумнівів той факт, що кожен керівник зацікавлений у розв'язанні проблеми ранньої діагностики раку і тому без досить вагомої причини не закриватиме оглядові кабінети. Але, на жаль, коли необхідно скорочувати штати в ЛПУ, нерідко в першу чергу скорочують саме цей кабінет. Досвід роботи засвідчує, що в ЛПУ, де в оглядовому кабінеті працюють добре підготовлені фахівці, котрі з ентузіазмом ставляться до своїх обов'язків, де керівники заохочують таких працівників — там частіше виявляються хворі з ранніми формами раку.

## **ВЗ Чи вважаєте ви оптимальною існуючу систему підготовки і вдосконалення кадрів для онкологічної служби країни? Що пропонують змінити чи поліпшити?**

Ми повною мірою усвідомлюємо, що якість надання онкододомогі залежить від рівня підготовки лікарів усіх спеціальностей.

Хочу поділитися досвідом роботи 2-х кафедр онкології нашого університету, які є опорними з викладання онкології в Україні. Починаючи з 2009 року, кількість навчального часу, відведеного на опанування онкології на 5 і 6 курсах медичних ВНЗ, збільшилася на 40 годин: на 10 годин — лекційний курс з онкології для студентів 5-го курсу і введено 30 годин для вивчення онкології на 6-му курсі.

У 2012 році було прийнято оновлену програму викладання онкології для студентів 5 і 6-х курсів усіх спеціальностей, де особлива увага приділяється питанням профілактики й ранньої діагностики раку, оволодінню необхідними практичними навичками. Результати роботи двох опорних кафедр нашого університету вже поширено на всі медичні ВНЗ країни, що дає змогу готувати високопрофесійних фахівців з онкології.

*Олена ШУЦЬКА, прес-секретар Донецького національного медичного університету ім. М. Горького*