



**Игорь ХАТЬКОВ:**  
«Прорывы в онкологии в большей степени будут связаны с нехирургическими методами лечения»

**22** **Андрей КАПРИН:**

«На фоне роста заболеваемости удастся достичь снижения прироста смертности»

**40** **Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ:**

«Любой врач должен знать перечень симптомов и синдромов, вызывающих подозрение на онкологическую патологию»

**72**

Современные аспекты ранней диагностики рака предстательной железы»



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА  
[www.niooz.ru](http://www.niooz.ru)

ПРЕДСТАВЛЯЮТ

# МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

ЕЖЕНЕДЕЛЬНАЯ  
ГАЗЕТА

О СТОЛИЧНОМ  
ЗДРАВООХРАНЕНИИ



Мы информируем о важных событиях  
московского здравоохранения  
и создаем моду на здоровый образ жизни



**Алексей Хрипун,**  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы

Согласно статистике ВОЗ, онкологические заболевания занимают второе место среди причин смерти человека. Такая ситуация характерна для подавляющего числа стран, и Россия здесь не исключение. Именно поэтому один из приоритетов в области здравоохранения, обозначенных в Указе президента Российской Федерации №204 и национальной программе «Развитие здравоохранения», – снижение смертности от онкологических заболеваний. Приоритетом это является и в работе городской системы оказания медицинской помощи.

У нас уже есть некоторые успехи в лечении больных со злокачественными новообразованиями. С 2010 г. врачи московских поликлиник стали на 6% чаще обнаруживать начальные формы рака. Сегодня в 59% случаев диагноз ставится именно на ранней стадии заболевания. За этими цифрами стоят жизни людей.

Но многое еще предстоит сделать. Основная задача – выстраивание оптимальной маршрутизации пациента от момента постановки диагноза «онкологическое заболевание» до начала лечения и дальнейшей реабилитации. Цель – провести пациента кратчайшим путем к правильному и своевременному диагнозу и назначению лечения. До недавнего времени диагноз «злокачественное новообразование» пациент получал лишь в онкологическом диспансере, а в поликлинике пациенту давали только направления в эти диспансеры. Это приводило к перегруженности онкодиспансеров. При отсутствии четкого маршрута пациента ресурс профильных медицинских организаций использовался недостаточно эффективно, упускалось драгоценное для онкологического пациента время. Но сейчас в городских поликлиниках есть все возможности для диагностики онкологических заболеваний. Это важный ресурс для достижения поставленных стратегических целей.

Одно из ключевых направлений работы – повышение онконастороженности врачей поликлинического звена, проведение профилактических мероприятий, скринингов. На уровне же московских стационаров сегодня аккумулированы все необходимые кадровые и технологические ресурсы для проведения самой современной и актуальной терапии.

И, конечно, важнейшая задача – наладить эффективный обмен информацией между всеми звеньями сети. Этому будет способствовать создаваемый совместно с Департаментом информационных технологий города Москвы в системе ЕМИАС единый регистр онкологических больных. Он позволит в режиме реального времени отслеживать маршрутизацию каждого пациента в системе и его состояние.



**Редакция журнала «Московская медицина»:**  
115088, г. Москва,  
Шарикоподшипниковская ул., д. 9  
niozmm@zdrav.mos.ru  
Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции

Журнал представлен в РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

**Учредитель:**  
Департамент здравоохранения города Москвы

**Издатель:**  
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

**Издательство:**  
АНО ДПО «Институт непрерывного медицинского образования»:  
117452, Москва,  
Чонгарский б-р., д. 9

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года. Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

Выпуск №1 (29) 2019 г. журнала «Московская медицина» отпечатан 7 марта 2019 года

Отпечатано в ООО «Типографии А2». Тираж 10 000 экз. Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



## Журнал «Московская медицина»

**Председатель редакционного совета**  
Печатников Леонид Михайлович

### Редакционный совет

**Амплеева Татьяна Викторовна**, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы  
**Андреева Елена Евгеньевна**, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве  
**Анциферов Михаил Борисович**, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы  
**Арутюнов Григорий Павлович**, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы  
**Бордин Дмитрий Станиславович**, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы  
**Богородская Елена Михайловна**, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы  
**Брюн Евгений Алексеевич**, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы  
**Васильева Елена Юрьевна**, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы  
**Дубров Вадим Эрикович**, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы  
**Жиляев Евгений Валерьевич**, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы  
**Зеленский Владимир Анатольевич**, директор МГФОМС  
**Крюков Андрей Иванович**, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы  
**Мазус Алексей Израилевич**, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы  
**Мантурова Наталья Евгеньевна**, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы  
**Никонов Евгений Леонидович**, начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы  
**Назарова Ирина Александровна**, председатель Совета главных врачей города Москвы  
**Оленев Антон Сергеевич**, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы  
**Орджоникидзе Зураб Гивиевич**, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы  
**Орехов Олег Олегович**, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы  
**Османов Исмаил Магомедтагирович**, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы  
**Плутницкий Андрей Николаевич**, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области  
**Погонин Алексей Владимирович**, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы  
**Потекаев Николай Николаевич**, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы  
**Пушкарь Дмитрий Юрьевич**, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы  
**Хатьков Игорь Евгеньевич**, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы  
**Хубутия Могели Шалвович**, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы  
**Шабунин Алексей Васильевич**, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы  
**Шамалов Николай Анатольевич**, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**  
 Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**  
 Научный редактор: **Любовь Алексеевна Ходырева**  
 Ответственный секретарь: **Джемал Ахмедович Бешлиев**  
 Шеф-редактор: **Сергей Викторович Литвиненко**  
 Редактор: **Алина Дмитриевна Хараз**



### The editorial staff of the «Moscow Medicine» journal:

Bldg. 9, Shariikopodshipnikovskaya str.,  
115088, Moscow  
niozmm@zdrav.mos.ru  
The opinion of the authors may not  
coincide with the viewpoint of the  
editors.

Journal indexed in Russian Science  
Citation Index (RSCI)

**Founder:**  
Moscow Healthcare Department

**Publisher:**  
Research Institute Healthcare  
Organization and Medical  
Management of the Moscow  
Healthcare Department

**Publishing office:**  
Institute of continuing medical  
education Bldg. 9, Chongarsky Blvd,  
117452, Moscow

The journal is registered by the  
Federal Service for Supervision  
of Communications, Information  
Technology, and Mass Media  
on April 28, 2014  
Registration number  
ПН № ФС 77-57984

Issue № 1 (29) 2019  
of the «Moscow Medicine» journal  
was printed on March 7, 2019

LLC «Printing house A2»  
Circulation – 10 000 copies.  
Distributed free of charge.

ISSN 2587 - 8670



# Moscow Medicine

**Chairman of the Editorial Board**  
Pechatnikov Leonid Mikhailovich

## Editorial Board

**Ampleeva Tatyana Viktorovna**, Chief External Expert in Management of Nursing Activities of the Moscow Healthcare Department  
**Andreeva Elena Evgenyevna**, Head of the Office of the Federal Supervision Agency for Customer Protection and Human Welfare in the Moscow city, Chief State Sanitary Doctor in the Moscow city  
**Antsiferov Mikhail Borisovich**, Chief External Expert in Endocrinology of the Moscow Healthcare Department  
**Arutyunov Grigoriy Pavlovich**, Chief External Expert in Therapy of the Moscow Healthcare Department  
**Bordin Dmitriy Stanislavovich**, Chief External Expert in Gastroenterology of the Moscow Healthcare Department  
**Bogorodskaya Elena Mikhailovna**, Chief External Expert in Phthiology of the Moscow Healthcare Department  
**Bryun Evgeniy Alekseevich**, Chief External Expert in Psychiatry and Narcology of the Moscow Healthcare Department  
**Vasilyeva Elena Yurievna**, Chief External Expert in Cardiology of the Moscow Healthcare Department  
**Dubrov Vadim Erikovich**, Chief External Expert in Traumatology and Orthopedics of the Moscow Healthcare Department  
**Zhilyaev Evgeniy Valeryevich**, Chief External Expert in Rheumatology of the Moscow Healthcare Department  
**Zelensky Vladimir Anatolyevich**, Director of Moscow City Compulsory Medical Insurance Fund  
**Kryukov Andrey Ivanovich**, Chief External Expert in Otorhinolaryngology of the Moscow Healthcare Department  
**Mazus Aleksey Izrailevich**, Chief External Expert in Diagnostics Problems and Treatment of HIV Infection of the Moscow Healthcare Department  
**Manturova Natalya Evgenyevna**, Chief External Expert in Plastic Surgery of the Moscow Healthcare Department  
**Nikonov Evgeniy Leonidovich**, Head of the Board of Management and Coordination of Activities of the Moscow Healthcare Department  
**Nazarova Irina Aleksandrovna**, Chairman of the Moscow City Council of Chief Doctors  
**Olenev Anton Sergeevich**, Chief External Expert in Obstetrics and Gynecology of the Moscow Healthcare Department  
**Ordzhonikidze Zurab Givievich**, Chief External Expert in Sports Medicine of the Moscow Healthcare Department  
**Orekhov Oleg Olegovich**, Chief External Expert in Pathological Anatomy of the Moscow Healthcare Department  
**Osmanov Ismail Magomedtagirovich**, Chief External Expert in Pediatrics of the Moscow Healthcare Department  
**Plutnitsky Andrey Nikolayevich**, Head of the Territorial office of the Federal Service for Surveillance in Healthcare in the Moscow City and the Moscow Region  
**Pogonin Alexey Vladimirovich**, Deputy Head of the Moscow Healthcare Department  
**Potekaev Nikolay Nikolayevich**, Chief External Expert in Dermatovenereology and Cosmetology of the Moscow Healthcare Department  
**Pushkar Dmitriy Yuryevich**, Chief External Expert in Urology of the Moscow Healthcare Department  
**Khatkov Igor Evgenyevich**, Chief External Expert in Oncology of the Moscow Healthcare Department  
**Khubutia Mogeli Shalvovich**, Chief External Expert in Transplantology of the Moscow Healthcare Department  
**Shabunin Alexey Vasilyevich**, Chief External Expert in Surgery of the Moscow Healthcare Department  
**Shamalov Nikolay Anatolyevich**, Chief External Expert in Neurology of the Moscow Healthcare Department

Editor-in-Chief: **Alexey Ivanovich Khripun**  
 Deputy Editor-in-Chief: **Elena Ivanovna Aksenova**  
 Science Editor: **Lyubov Alekseevna Khodyreva**  
 Executive Editor: **Jemal Ahmedovich Beshliev**  
 Managing Editor: **Sergey Viktorovich Litvinenko**  
 Editor: **Alina Dmitrievna Kharaz**

# СОДЕРЖАНИЕ

Обращение руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея ХРИПУНА .....	1
<b>ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА</b>	
Игорь ХАТЬКОВ: «Прорывы в онкологии в большей степени будут связаны с нехирургическими методами лечения» .....	8
Ольга ТИГАНОВА: «На сегодняшний день не выявлены маркеры, которые помогли бы предсказать развитие злокачественной опухоли у детей» .....	14
Татьяна КРАВЧЕНКО: «Паллиативная помощь - это про открытость, честность, доверие» .....	19
<b>ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ</b>	
Андрей КАПРИН: «На фоне роста заболеваемости удастся достичь снижения прироста смертности» .....	22
Александр РУМЯНЦЕВ: «Конечная цель - излечить каждого больного ребенка» .....	27
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	
От диагноза до излечения .....	30
Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ: «Любой врач должен знать перечень симптомов и синдромов, вызывающих подозрение на онкологическую патологию» .....	40

<b>Ольга ГОЛЬДМАН: «Онкопсихолог должен работать с пациентом с момента постановки диагноза»</b> .....	43
---	----

#### **ПРАКТИКУМ**

<b>Онконастороженность. Работа над ошибками</b> .....	46
---	----

<b>Самодиагностика синдрома профессионального выгорания</b> .....	54
---	----

#### **ОБЗОРЫ**

<b>Т.И. Курносова, М.Г. Гринин</b> <b>Особенности государственного регулирования обращения радиофармацевтических лекарственных средств в Российской Федерации</b> ...	56
--	----

<b>Л.А. Ходырева, С.А. Тимонин, Е.К. Папанова, А.А. Дударева, С.Н. Минаков</b> <b>Рак предстательной железы в городе Москве: особенности смертности и результаты скрининга</b> .....	61
---	----

<b>С.Н. Минаков, М.Ю. Простов</b> <b>Использование информационно-аналитических систем в работе онкологической службы</b> .....	68
---	----

#### **ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ**

<b>Д.Ю. Пушкарь, А.В. Говоров, А.О. Васильев, А.В. Окишев, А.А. Ширяев</b> <b>Современные аспекты ранней диагностики рака предстательной железы</b> .....	72
--	----

#### **МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИЙ**

<b>Тезисы докладов ассамблеи «Здоровье Москвы»</b> .....	80
--	----

# CONTENTS

<b>Address by the Head of the Moscow Healthcare Department Aleksy Khrypun</b> .....	1
<b>FROM THE FIRST PERSON PERSPECTIVE</b>	
<b>Igor KHATKOV: "Breakthroughs in Oncology will be primarily related to nonsurgical methods of treatment"</b> .....	8
<b>Olga TIGANOVA: "To date, no markers have been identified to help predict development of malignant tumors in children"</b> .....	14
<b>Tatyana KRAVCHENKO: "Palliative care is about sincerity, honesty, trust"</b> .....	19
<b>EXPERT OPINION</b>	
<b>Andrey KAPRIN: "Even considering increased incidence we manage to decrease mortality rates' growth"</b> .....	22
<b>Aleksandr RUMYANTSEV: "The ultimate goal is to cure every sick child"</b> .....	27
<b>HEALTHCARE MANAGMENT</b>	
<b>From diagnosis to cure</b> .....	30
<b>Andrey TYAZHELNIKOV: "Every physician should know the list of symptoms and syndromes that may indicate oncologic pathology"</b> .....	40

<b>Olga GOLDMAN: “A psychoncologist should be engaged with a patient since diagnosing”</b> .....	43
--	----

#### **PRACTICUM**

<b>Cancer awareness. Correcting mistakes</b> .....	46
--	----

<b>Self-diagnosis of the burnout syndrome</b> .....	54
---	----

#### **REVIEWS**

<b>T. Kurnosova, M. Grinin</b> <b>Specifics of state regulation of radiopharmaceutical drug circulation in the Russian Federation</b> .....	56
--	----

<b>L.Khodyreva, S. Timonin, E. Papanova, A. Dudareva, S.Minakov</b> <b>Prostate cancer in the Moscow city: specifics of mortality and screening results</b> .....	61
--	----

<b>S. Minakov, M. Prostov</b> <b>The use of data analysis systems in oncological services</b> .....	68
--	----

#### **ORIGINAL ARTICLES**

<b>D. Pushkar, A. Govorov, A. Vasilyev, A. Okishev, A. Shiryaev</b> <b>Modern aspects of early diagnosis of prostate cancer</b> .....	72
--	----

#### **CONFERENCE PROCEEDINGS**

<b>Moscow Health Assembly conference paper abstracts</b> .....	80
--	----



## ИГОРЬ ХАТЬКОВ:

**«ПРОРЫВЫ В ОНКОЛОГИИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ БУДУТ СВЯЗАНЫ С НЕХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ»**

О сегодняшнем состоянии онкологической помощи в Москве и перспективах ее развития рассказывает главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы, член-корреспондент РАН, директор ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логина ДЗМ», профессор Игорь Хатьков.

## – Игорь Евгеньевич, какова сегодня практика лечения онкологических заболеваний в Москве? Насколько соответствует она мировой?

— Мы развиваем все те направления, по которым онкология в принципе сегодня развивается в мире: хирургическое лечение, лекарственная терапия, лучевая терапия. Я считаю, что в части хирургической помощи в Москве сейчас используются все наиболее передовые подходы. В результате модернизации, которая прошла еще в начале 2010-х годов, стационары очень хорошо оснащены хирургическим оборудованием. У наших специалистов была возможность стажироваться за рубежом, к нам приезжали иностранные коллеги для обучения. На сегодняшний день наш центр и некоторые другие клиники в Москве ничем не отличаются от мировых высококлассных клиник ни по объему хирургических вмешательств, ни по радикализму. А по каким-то аспектам – в частности, по малоинвазивным операциям в онкологии – могут точно сказать, что наш центр, например, и превосходит: у нас до 70% онкологических операций выполняются лапароскопическим доступом. Это среднее значение. Если говорить об онкологических операциях на желудке, поджелудочной железе, их доля составляет 90% и выше. Количество операций при колоректальном раке приближается к этой цифре. Практически 100% операций таким образом выполняется на мочевыводящих путях, предстательной железе. Мы имеем достаточно большой опыт выполнения малоинвазивных операций на печени, в том числе роботических. Например, опыт по выполнению роботических операций при опухоли Клацкина у нас – один из самых больших в мире. Так что уже и наши сотрудники проводят мастер-классы в Европе, Азии, к нам приезжают учиться специалисты из этих стран.

И все это, включая операции, выполняемые с помощью робота «Да Винчи», доступно москвичам в рамках государственных гарантий.

## – Как изменилась хирургия за последние годы?

— Вся хирургия идет в сторону малоинвазивности. И мы максимально этим пользуемся и развиваем. В хирургии у нас есть отделение интервенционной радиологии, где под контролем ультразвука, рентгена, при необходимости вместе с эндоскопистами есть возможность малоинвазивно, пункционно лечить огромное количество больных, которых еще недавно мы оперировали не только лапароскопически, но даже чаще открытым способом.



**ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПРИНЦИПАЛЬНОЙ РАЗНИЦЫ МЕЖДУ ЛАПАРОСКОПИЕЙ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ НЕТ. ОДНАКО «ДА ВИНЧИ» ПОЗВОЛЯЕТ СОКРАТИТЬ КРИВУЮ ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ХИРУРГА**

## – Роботическая хирургия – существенный шаг вперед?

— Для пациента принципиальной разницы между лапароскопией и робот-ассистированной операцией нет. Однако «Да Винчи» позволяет сократить кривую обучения для хирурга и более точно выполнять какие-то манипуляции. На сегодняшний день максимальное и полностью оправданное применение робота – операции на предстательной железе, потому что таз – это узкий конус, стакан, где лапароскопическими инструментами трудно работать, а с помощью робота удобнее. У нас накапливается опыт лечения с помощью «Да Винчи» опухолей прямой кишки. Какое-то количество операций делаем на печени, начали выполнять подкожные мастэктомии. Несколько операций выполнили на шее, в полости рта – на корне языка, чтобы уйти от огромных разрезов с резекцией челюсти. С помощью робота такая операция производится просто через рот.

## – Каким будет следующий этап после робота?

— Следующий шаг даже не представляю. Сейчас совершенствуются системы визуализации, когда хирург видит не обычный экран, а надевает легкие очки и получает трехмерное изображение. Инструменты становятся тоньше, мы говорим о мини-лапароскопии, какие-то операции можно выполнять пункционно. Минимизировать, мне кажется, больше некуда. Возможно, прорывы связаны будут с лекарственным лечением. Все больше нозологий, по которым показания к хирургическим операциям снижаются, увеличиваются показания к лекарственной терапии. Когда я оканчивал институт, лимфому желудка оперировали. Сейчас это однозначно лекарственное лечение, а операции

выполняют лишь в случае каких-либо осложнений. Или не так давно у нас была публикация касательно лапароскопической резекции магистральных сосудов при растущей в них опухоли, мы оказались вторыми по числу подобных операций в мире. Но на сегодняшний день их количество не сильно растет: наши пациенты идут на лекарственное лечение, и такие расширенные операции требуются реже. Наверное, новый виток больше будет связан с нехирургическими методами лечения. Такую тенденцию мы постоянно наблюдаем.

**— Лекарственная терапия онкологических заболеваний сегодня в мире переживает настоящий бум. Что происходит у нас?**

— Действительно, постоянно появляются новые группы препаратов, новые показания к применению этих новых препаратов. Бурно развивается таргетная терапия, а последние несколько лет — иммунотерапия. У нас эти препараты регистрируются к применению, в целом наравне с другими странами.



Финансирование этого очень затратного вида терапии за время моей работы на позиции главного внештатного специалиста-онколога увеличилось более чем в 3 раза. К слову, в США в условиях страховой медицины химиотерапия приводит к банкротству примерно трети онкологических пациентов. Во многих странах применяют системы софинансирования для обеспечения пациентов современным лекарственным лечением. В Москве в настоящее время мы переходим на финансирование лекарственного лечения онкологических пациентов на основе федеральных клинических рекомендаций в привязке к конкретным самым современным онкологическим препаратам. Первым этапом такое финансирование в ближайшее время будет применено к 6 нозологиям, имеющим наибольшее значение в структуре онкологической заболеваемости. Это открывает доступ москвичам к самым современным видам лекарственного лечения.

**— Что в Москве с третьим направлением — лучевой терапией?**

— Тут еще предстоит многое сделать. Сложно менять эту сферу быстро, потому что она требует использования дорогого, сложного оборудования, обучения персонала. Но на сегодняшний день приняты организационные решения, которые позволили задействовать все аппараты для лучевой терапии, функционирующие в Москве и в городских, и в федеральных, и в частных учреждениях. Это уже сейчас заметно изменило ситуацию. В городе создан единый кол-центр, который распределяет пациентов после назначения лучевой терапии в различные учреждения Москвы. Таким образом, и загрузка аппаратов увеличилась, и для пациентов это лечение стало еще более доступным.

**— Позволит ли совершенствование способов лечения пациентов со злокачественными новообразованиями решить проблему снижения смертности от онкозаболеваний, ведь они выходят на первое место среди причин смерти во многих развитых странах?**

— Это процесс в значительной степени закономерный (выход онкологических заболеваний на первое место среди причин смерти в развитых странах), он связан со снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и увеличением продолжительности жизни. Но уже сегодня даже при запущенных формах рака при некоторых локализациях медиана


выживаемости (средней продолжительности жизни) в Москве увеличилась с 3–5 месяцев до 2 лет и более. При некоторых локализациях (определенные виды рака легкого, меланома) иммунотерапия позволяет в части случаев остановить развитие заболевания, вызвать его

регресс, так что в какой-то момент пациент даже сможет прекратить эту терапию и жить, практически считаясь излеченным.

При этом, несмотря на значимые успехи, решение задачи снижения смертности от онкологических заболеваний лежит в первую очередь в плоскости ранней диагностики. В последние 4 года мы отдельно учитываем больных именно с I стадией, поскольку во многих случаях уже II стадия по прогнозам и по затратам на лечение может существенно отличаться. На самом деле, диагностика онкозаболеваний в I-II стадиях в Москве превышает 50%. И целевые показатели Минздрава в Москве уже достигнуты. В I стадии диагностика составляет пока чуть выше 30%, и ее долю нужно увеличивать. Хотелось бы отметить, что в 2018 году темпы роста выявления 1 стадии онкозаболеваний выше, чем в предыдущие годы.

### **– Вопросы ранней диагностики во многом зависят от работы первичного, амбулаторного звена. Какие изменения там произошли, что планируется еще сделать?**

— Мы много работаем с врачами амбулаторного звена, проводим образовательные курсы по онконастороженности. Ведем мониторинг деятельности амбулаторного звена в части работы по раннему выявлению онкологических заболеваний и с онкологическими пациентами. Правительство Москвы выплачивает гранты поликлиникам и конкретным врачам за такую работу. Мы ввели позиции администраторов, ответственных за онкологические направления в поликлиниках. На сегодняшний день их работа еще недостаточно эффективна и требует совершенствования. Такой администратор – желательное, но не обязательно онколог. Главная его задача – курировать работу врачей амбулаторного звена с онкологическими больными во всех аспектах. Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Елена Михайловна Богородская



## **МЫ ВВЕЛИ ПОЗИЦИИ АДМИНИСТРАТОРОВ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКАХ**

теперь курирует работу по диспансеризации, проведению скринингов, анкетированию в поликлиниках на предмет первичной онконастороженности. Эти анкеты мы сейчас как раз разрабатываем.

Я считаю, что очень важную положительную роль сыграет информатизация всей системы онкологической

помощи. Тогда пациент с момента подозрения на онкологическое заболевание, возникшее у врача в поликлинике, будет виден в системе в соответствующем реестре. А с момента установки диагноза, для чего в подавляющем большинстве случаев требуется морфологическое подтверждение, он автоматически будет попадать в канце-регистр. Таким образом, мы видим весь маршрут каждого пациента.

### **– А каким должен быть этот маршрут?**

— Прямым и коротким. Допустим, человек пришел к врачу с больным горлом. Если это мужчина 50 лет и выше, ему надо назначить анализ на ПСА, анализ кала на скрытую кровь, колоноскопию. Если это женщина старше 39 лет, ее надо направить на маммографию, а также к гинекологу – проверить, нет ли каких-либо изменений в шейке матки. Последнее необходимо выполнять начиная с 21 года. Наша задача – сделать так, чтобы участковый врач, к которому пациент пришел даже с больным горлом, успевал задать 3–5 вопросов, касающихся онконастороженности. Если вдруг в результате этой настороженности и обследований что-то обнаруживается или «больное горло» вдруг оказывается чем-то другим, то пациенту необходимо быстро пройти уточняющую диагностику. При этом максимальный объем обследований нужно сделать в поликлинике, там сосредоточены в основном необходимые для этого ресурсы. А затем с результатами обследований также максимально быстро человек должен быть направлен в специализированное клиническое учреждение для оказания необходимой помощи.

### **– Работа стационаров в этой связи как-то меняется?**

— Мы стараемся сконцентрировать онкологических пациентов в небольшом количестве больниц. Есть понятие высокопоточковой клиники (high volume hospital) и научно обоснованные целесообразные

объемы оказания медицинской помощи. Исследования показывают, что успех операции зависит в том числе и от количества выполняемых бригадой врачей или отдельным врачом вмешательств. Этот наработанный объем подтверждает квалификацию команды, которая справляется с задачей наилучшим образом, поскольку имеет достаточный опыт, умеет быстро распознавать и корректировать осложнения, которые в принципе неизбежны при любом виде лечения. Даже летальность в клиниках с большим объемом вмешательств ниже, не говоря уже об осложнениях. Во всем мире больницы закрываются или теряют возможность оказания тех или иных видов специализированной помощи онкологическим больным, если не соответствуют определенным требованиям, включая определенные объемы оказания специализированной помощи. Мы в Москве делаем то же самое. У нас есть клиники, специализирующиеся именно на оказании онкологической помощи – 62-я больница, 1-й онкодиспансер, а также несколько многопрофильных: наш клинический научный центр, 57-я больница, Боткинская, 24-я, 5-я, 40-я. Надо сказать, что многопрофильные клиники имеют свои преимущества: например, в Москве сегодня больше 40% онкологических больных старше 70 лет, и, работая в многопрофильном центре, мы можем очень быстро оценить такого пациента и до лечения, и после, если вдруг возникают какие-то проблемы со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем или органов. Но в Москве есть и скоромощные клиники, которые оказывают какие-то виды онкологической помощи. Вот их долю мы и стараемся уменьшить для достижения лучших результатов.



**УЧАСТКОВЫЕ ВРАЧИ –  
ЭТО БАЗОВЫЕ ПРОВОДНИКИ  
МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ.  
А ОСНОВНОЙ ФАКТОР, КОТОРЫЙ  
ВЛИЯЕТ НА СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ  
ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ, – ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ  
И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА**

## – Ваш центр – научно-клинический. Какая научная работа в нем идет?

— У нас очень много интересного. Когда наш центр только был организован на базе Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии, мы, как новое учреждение, имели возможность брать на работу ведущих специалистов из ведущих учреждений страны. У нас много профессионалов, известных не только в России, но и за рубежом, из федеральных институтов, с ведущих университетских кафедр. Подавляющее большинство отделений возглавляют профессора, которые уже имеют серьезный задел в науке, не только в практике. Такое соединение специалистов и большие потоки пациентов, которые через нас проходят, дают возможность обобщать, анализировать и публиковать интересные результаты. Как следствие, наш индекс Хирша – один из самых высоких в Москве. Например, у нас есть 4 публикации в *Annals of Surgery* – это журнал №1 в хирургии по мировому рейтингу. Есть публикации и в других ведущих мировых и российских медицинских журналах. Мы ежегодно проводим обсуждение результатов научной работы с коллегами – врачами, клиницистами, учеными со всей страны. Это происходит на научной сессии института, которая в этом году посвящена онкологии в гастроэнтерологии и будет 45-й по счету, она состоится 28 февраля – 1 марта. Проведение таких сессий было инициировано еще основателем Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии – академиком В.Х. Василенко. Ждем много специалистов со всей страны – обычно приезжают около 1500 участников.

## – Можете рассказать о каких-то конкретных исследованиях?

— Недавно состоялись публикации по лапароскопическим онкологическим операциям на поджелудочной железе. На сегодняшний день подготовлено к публикации исследование по лапароскопической хирургии рака желудка. Набирается материал по лапароскопической хирургии хронического панкреатита. Очень много работ на стыке медицинских специальностей: гастроэнтерологии, онкологии, ревматологии, пульмонологии, неврологии и т.д. Например, в хирургии у нас сейчас идет работа по интраоперационному картированию лимфатических узлов, для того чтобы во время операции выбрать правильный объем лимфодиссекции и лимфаденэктомии или в каких-то случаях, может быть, ее не выполнять. Такое же определение сторожевого



узла мы используем при радикальных операциях на молочной железе и др.

Серьезные работы идут по изучению микробиоты и ее участию в патогенезе различных заболеваний, в том числе онкологических.

Активно работает наша генетическая лаборатория. Например, в Москве прошло достаточно массовое генетическое исследование по поводу рака молочной железы и яичников. Определенное сочетание мутаций в гене BRCA1/2 показывает вероятность рака молочной железы выше 90%, рака яичников – выше 70%. Те, у кого такие выявили мутации, взяты под особый контроль. Так что набираются очень интересные массивы данных. Мы создали лабораторию фундаментальной медицины, которую возглавляет молодой человек, защитивший диссертацию в университете в США. Мы сейчас оснащаем ее оборудованием для проведения фундаментальных исследований.

В разработке совместный проект с институтом эпидемиологии, касающийся изучения геномов.

### **– Как-то транслируете ваш опыт коллегам?**

— Мы давно уже развиваем собственный обучающий ресурс лапароскопия.рф, где можно увидеть в прямом эфире проводимые нами операции. Делаем анонс события, и врачи могут зайти из любой точки мира и в прямом контакте смотреть, задавать вопросы непосредственно во время операции. У нас 12 новых современных операционных, включая 2 интегрированные

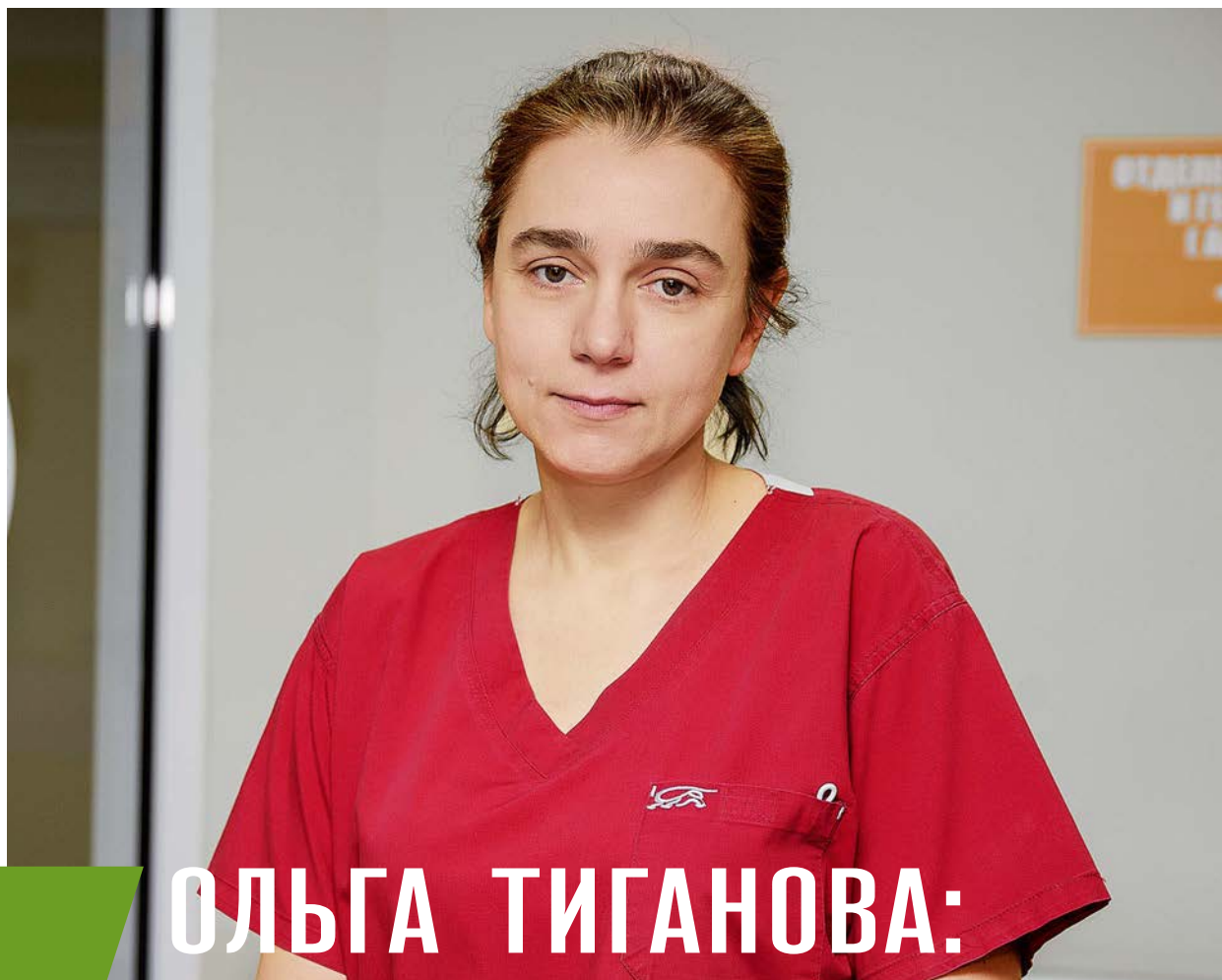
OR1. Помимо очень удобных, полезных, эффективных, повышающих безопасность хирургического лечения внутренних устройств, там есть еще возможность простым нажатием кнопки хирургу из стерильной зоны включиться в интернет и в прямом эфире комментировать свои действия и отвечать на вопросы. В течение года мы проводим много обучающих монотематических конференций по разным направлениям. Ведем последнее образование – наша лицензия абсолютно соответствует университетской, поэтому у нас много ординаторов, аспирантов по всем направлениям, по которым мы работаем. Приезжают для обучения иностранные студенты и врачи.

### **– На что вы обратили бы внимание врачей амбулаторного звена в первую очередь?**

— Одна из ваших задач – просвещать людей, объяснять на понятном им языке, что надо проходить диспансерные обследования даже без каких-либо жалоб, заботиться о себе. Участковые врачи – это базовые проводники медицинских знаний. А основной фактор, который влияет на снижение смертности от онкологических заболеваний, – ранняя диагностика. И в этом плане мы очень надеемся на сотрудничество.

И еще очень важно не забывать, что медицина – это интересно. Если этот интерес есть, то работать легче.

Текст подготовила: Алина Дмитриева  
Фото: Игорь Чунусов



## ОЛЬГА ТИГАНОВА:

**«НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ НЕ ВЫЯВЛЕНЫ  
МАРКЕРЫ, КОТОРЫЕ ПОМОГЛИ БЫ ПРЕДСКАЗАТЬ  
РАЗВИТИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ»**

О детской онкологической помощи в Москве, сложностях диагностики и онконастороженности в педиатрии рассказывает главный внештатный детский специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы, врач-гематолог-онколог ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ», доцент кафедры госпитальной педиатрии №2 ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, к. м. н. Ольга Тиганова.

## – Первый традиционный вопрос – статистика. Какова ситуация в Москве с онкологическими заболеваниями у детей?

– В середине 2014 года ведение детского канцер-реестра было передано в Морозовскую больницу. Мы продолжили сбор информации о детях со впервые выявленными злокачественными заболеваниями. С 2015 года нами была создана популяционная база данных с учетом первичных пациентов, исходных клинико-лабораторных данных, программ лечения и катамнезов пациентов прошлых лет. Анализ ежегодной заболеваемости показал, что в 2015 году было выявлено значительное повышение исследуемого показателя по сравнению с 2014 г. Однако последующие годы (2015–2017) продемонстрировали стабильные показатели заболеваемости с незначительной разницей. Очевидно, что пик связан с активной работой по сбору информации об онкобольных детях в Москве, часть которых проходит лечение в отделениях нашей клиники, часть – в клинике Национального научно-практического центра здоровья детей, часть – в федеральных учреждениях (Национальном медицинском исследовательском центре детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, НИИ детской онкологии и гематологии Национального медицинского исследовательского центра онкологии имени Н.Н. Блохина, Российской детской клинической больнице). Есть также дети, которых родители увозят лечиться за рубеж, и мы о них узнаем совершенно случайно. Пусть это единичные пациенты, но это статистика. В любом случае в целом заболеваемость достаточно высокая, верхняя граница нормы по европейским и американским стандартам – примерно 19,6 на 100 тысяч детского населения в год. И если в 90-е в наше отделение поступало до 40 первичных пациентов с лейкозами в год, то в 2018 году их было уже 173. Такое же число первично выявленных пациентов с солидными опухолями поступило в отделение онкологии. При этом не надо забывать: Москва – большой Вавилон, все устремляются сюда. И наибольший объем онкологической детской помощи оказывается именно в нашем городе, эти больные находятся на лечении в том числе и в нашей клинике.

## – Высокая заболеваемость – это, с одной стороны, хорошая выявляемость, но с другой – возможно, свидетельствует о крайне неблагоприятных условиях? Каких?

– Злокачественные заболевания – полиэтиологическая группа. Никто из наших детей не обнимал стержень ядерного реактора, не принимал внутрь бензолы, фенолы. Вирусы? Мы все живем и встречаем большое количество всевозможных вирусов, ретровирусов. В развитии



**ЛЕЙКОЗЫ, ОСНОВНАЯ ГРУППА  
ДЕТСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВООБЩЕ НИКАК  
СПЕЦИФИЧЕСКИ НЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ**

лимфомы Ходжкина значительную роль играет вирус Эпштейна–Барр. Если обследовать пожилых людей нашей планеты, у большинства будут определяться лабораторные признаки встречи с этим вирусом. А сколько из них заболело? Сегодня мы не можем предсказать развитие злокачественной опухоли у детей, кроме пациентов с наследственными заболеваниями, которые ранее установлены клиническими и генетическими исследованиями. В отличие от взрослой онкологии у нас нет заранее известных диагностических, генетических, биохимических маркеров, которые позволили бы сказать: этот ребенок с высокой долей вероятности заболеет тем-то. Но у детей существуют некие диспансерные группы. То есть для ребенка с некоторыми аномалиями развития, например удвоенной почкой, в любом случае есть угроза развития инфекционных заболеваний (пиелонефриты и т.д.), и он должен диспансерно наблюдаться у педиатра или нефролога. Если при такой ситуации вдруг развивается злокачественная опухоль, мы обнаруживаем ее очень быстро. Если же изначально все хорошо, то предсказать заболевание невозможно.

## – На какие симптомы педиатру надо обращать особое внимание?

– Очень часто у наших детей нет специфических симптомов – выявляется только злокачественное образование, нередко уже огромное. Лейкозы, основная группа онкологических заболеваний у детей, вообще никак специфически не проявляются: слабость, симптомы интоксикации, часто болеет, боли различной локализации – ничего такого, чтобы сразу подумать о развитии злокачественного новообразования.

## – Что в таком случае означает для педиатра онконастороженность?

– Во-первых, у врача должна быть очень четкая клиническая картина: составляя эпикриз, мы всегда складываем пазл в 3D. Если одна фигура никак не вставляется, значит, врач думает не о том. Если передо мной больной с респираторной инфекцией, но есть какие-то симптомы, которые не должны сопровождать это состояние,



например избыточный болевой симптом без формирования морфологического субстрата (к примеру, сустав не увеличен, артрита нет, но очень сильно болит), это должно насторожить. Да, болевой симптом часто сопровождает грипп, но будут другие ощущения. Во-вторых, педиатр должен сам очень внимательно осмотреть ребенка. У нас, к сожалению, привычка осматривать пациента от макушки до пят в амбулаторном звене куда-то уходит. С чем бы ни пришел ребенок, врач должен осмотреть его полностью. Болит живот – врач должен послушать, кашляет – это не значит, что не надо пальпировать живот, потому что, если ребенок кашляет, у него катаральные симптомы, но пальпируются увеличенная печень и увеличенная селезенка, у доктора клиническая мысль должна изменить условное направление. Педиатр должен уметь переключаться с зацикленности на обычной клинической ситуации, даже если она составляет 90% приема. По детской онконастороженности у нас есть прекрасные методические рекомендации, очень ясные и структурированные, составленные кафедрой детской онкологии РМАПО. Монография была составлена таким образом, чтобы врач-педиатр обратил внимание на основные симптомы и задумался. Например, какой путь часто проходит пациент с опухолью ЦНС: педиатр направляет к гастроэнтерологу, потому что у ребенка утренняя тошнота и рвота, не обратив внимания, что есть другие неврологические симптомы.

### – Какие моменты в анамнезе должны насторожить?

– У наших детей две истории. Либо они никогда не болели ничем, либо все время болеют. В идеале педиатр хорошо знает детей на своем участке: он видел первый раз ребенка после родильного дома, он его ведет, тот на глазах растет и развивается. Но в наши дни очень большая миграция семей как в пределах города, так и из-за его пределов, что затрудняет непрерывное наблюдение. В этой связи особенно важен весь комплекс, которому обучаются все педиатры.

### – К каким жалобам самих пациентов надо особенно прислушаться, может быть, задавать уточняющие вопросы?

– Без исключения ко всем. Сейчас очень странное время, когда жалобы детей, особенно подростков, списываются на аггравацию или симуляцию. Не хочет ходить в школу, плохие отношения в классе, эмоционально лабильный, очень ленивый, то «надо полежать», то «все болит» – абсолютно все списывается на психосоматику. И, к сожалению, мы потом видим очень тяжелых наших больных, которые полгода ходят с диагнозом вегето-сосудистая дистония (ВСД)... Поэтому у педиатра три столпа: полный анамнез, полноценный осмотр и реакция на все жалобы ребенка и его родителей. Ребенок просто так жаловаться не будет. И если врач скептически к этому относится, он должен полностью отдавать себе отчет в том, что ничего не пропускает и это действительно какая-то эмоциональная или психосоматическая реакция. У нас есть достаточно простые и информативные инструменты: клинический анализ крови и другие лабораторные исследования. Если тянется рука поставить диагноз ВСД, подумайте еще раз, направьте ребенка на анализ крови.

### – На какие показатели необходимо обращать особое внимание в анализе крови?

– Все показатели должны быть в пределах нормы. И на любое, даже минимальное, отклонение доктор должен реагировать. Но анализы не должны рассматриваться отдельно от ребенка. Впечатления от осмотра, анамнез и клинический анализ крови как раз и должны сложиться в тот самый пазл. Если врач считает, что изменения в анализе несколько более экстремальны, чем он ожидал при такой клинической картине, стоит повторить анализ, повторить осмотр, и если он видит то же самое, то очевидно, что развивается патологический процесс. Значит, ребенка надо направить к специалисту, который поможет разобраться.

Вышел приказ №483 от 16 июля 2018 года «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи детскому населению с онкологическими заболеваниями в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы», где для педиатров очень четко расписана маршрутизация пациентов с подозрением на онкологическое заболевание. У нас есть детские онкологи во всех округах. Пока сохраняются сложности с Новой Москвой, людям приходится ездить в город, но мы работаем над решением этого вопроса. Направить как в стационар, так и к окружному специалисту может любой врач: педиатр, дерматолог, нефролог, травматолог, хирург. Лучше мы не

подтвердим диагноз, чем что-то пропустим. Никаких санкций к врачу за неподтвержденный диагноз не применяется. Классическая история: инфекционный мононуклеоз, интерпретированный в поликлинике как лейкоз под вопросом. Но ведь это же счастье в нашем случае – сказать: «У вас мононуклеоз».

### – Какие вы могли бы выделить возрастные пики заболеваемости?

– Опухоли костей, например, чаще случаются в препубертатном-пубертатном возрасте. Лейкозы – от 3 до 10 лет. Опухоль почки – у маленьких детей, в основном до 5 лет. Нейробластомы – тоже в основном в младшем детском возрасте. Опухоли ЦНС – их большое количество, они все разные и охватывают практически все возрастные группы. Лимфомы в целом характерны для детей всех возрастных групп. Загадочное заболевание — лимфома Ходжкина: в основном ею заболевают подростки и взрослые около 30 и 50 лет. В других возрастах тоже болеют, но четко выделяются эти возрастные пики. Объяснения пока нет...

### – Можно ли говорить о семейной предрасположенности к детским онкологическим заболеваниям?

– Всегда считалось, что в одну воронку дважды снаряд не падает. Это оказалось, к сожалению, ошибкой. У нас, например, есть прецедент, когда в семье двое детей и оба больны: лимфома и лейкоз. Разные заболевания, по клеточному составу совершенно разные опухоли. Генетики лаборатории Центра Дмитрия Рогачева сейчас работают над структурой гено типа этой семьи. Мы столкнулись также с ситуацией, когда сын нашей бывшей пациентки, пролечившейся в 13 лет, перенес абсолютно идентичное заболевание в этом же возрасте. Во всем мире детские онкологические пациенты стали действительно излечиваться около 30 лет назад. Поэтому опыт, связанный с наследственностью, только накапливается. В прошлом году была защита кандидатской диссертации в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии имени Н.Н. Блохина, посвященной отдаленным последствиям перенесенных детских онкологических заболеваний и их комплексной терапии, в том числе развитию вторичных опухолей.

### – Каков уровень выживаемости у детей с онкологическими заболеваниями?

– По каждому заболеванию свои данные. В этом году, пользуясь возможностью городского канцер-реестра, мы вычислили общий результат лечения детей, страдающих злокачественными заболеваниями. В нашей

клинике он составил 84%. Эта цифра сопоставима с результатами наших западных коллег. Все хотят слышать: 100%. Но это, к сожалению, сегодня невозможно ни в одной стране мира. Однако злокачественное заболевание у ребенка – уже не приговор. Мы сегодня в определенном смысле заложники большой фундаментальной науки, молекулярной генетики. Как только будет найден ответ на вопрос, как, от какого импульса развивается злокачественное заболевание, мы сможем найти решение. Механизмы, теория онкогенеза – все это есть. Но только когда будет найдена исходная точка, с которой все начинается, будет понятно, что делать, что-



**МЫ СЕГОДНЯ В ОПРЕДЕЛЕННОМ СМЫСЛЕ ЗАЛОЖНИКИ БОЛЬШОЙ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ НАУКИ, МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ. КАК ТОЛЬКО БУДЕТ НАЙДЕН ОТВЕТ НА ВОПРОС КАК, ОТ КАКОГО ИМПУЛЬСА РАЗВИВАЕТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, МЫ СМОЖЕМ НАЙТИ РЕШЕНИЕ**

бы вылечить всех. Сейчас бурно развивается таргетная терапия, но пока ни один из этих препаратов не решил проблему на 100%. Да, мы вылечили, но навсегда ли?

### – Почему сегодня говорят отдельно об онкологических заболеваниях у подростков?

– В какой-то момент стало очевидным, что у подростков, детей препубертатного и пубертатного возраста, результаты лечения несколько хуже, чем у детей более младшего возраста. Почему? Чем мы старше, тем больше преморбидный фон: физиологические отклонения, сопутствующие заболевания. У подростка они уже есть и не всегда позволяют лечить 15–16-летнего так же интенсивно и «агрессивно», как 5-летнего. Задача любого вида лечения, в том числе химиотерапии, – сохранить не только жизнь, но и ее качество. Подростки реагируют на интенсивную терапию гораздо тяжелее, чем дети более раннего возраста: больше рецидивов и осложнений. В российском мультицентровом исследовании терапии острого лимфобластного лейкоза, которое координирует



**ГОВОРИТЬ, ЧТО ВСЕ ДЖЕНЕРИКИ ПЛОХИЕ, НЕПРАВИЛЬНО. ЕСЛИ У НАС ВДРУГ ВОЗНИКАЮТ СОМНЕНИЯ ПО ТОМУ ИЛИ ИНОМУ ПРЕПАРАТУ, МЫ ИМЕЕМ ПРАВО ПРОВЕРИТЬ ЕГО В ЛАБОРАТОРИЯХ РОСПОТРЕБНАДЗОРА**

НМИЦ ДГОИ имени Д. Рогачева, предложена специальная ветвь терапии для этой группы пациентов. Пока собираются данные со всей Российской Федерации, каждый год протокольная группа оценивает кривые, осложнения, но пока рано говорить, как в конце концов будет выстроена онкологическая служба у подростков. Есть еще более тяжелая с этой точки зрения группа – молодые взрослые, которым 18–21 год.

**– Расскажите, пожалуйста, о применяемых в московских клиниках методах терапии. Какие ведутся новые разработки?**

– Наши основные методы лечения – химиотерапия, оперативные пособия и трансплантация костного мозга. Все новые лекарственные препараты, доступные и зарегистрированные в стране и в мире, у нас есть, на бесплатной основе. Для детей, жителей Москвы, доступны препараты офф-лейбл по решению врачебной комиссии. Это касается таргетной терапии, когда препарат влияет на определенную точечную мутацию в опухолевой клетке. Сегодня у нас нет детей, которые нуждаются в таргетной терапии и не получают ее. Даже если цена месячного курса – 600 тысяч рублей. Даже офф-лейбл. Новая перспективная методика – иммунотерапия методом CAR-T-терапии. Это распознавание активными лимфоцитами опухолевых клеток и их уничтожение. В Морозовской больнице она пока недоступна, но мы переводим пациентов, которым это могло бы помочь, например, в НМИЦ ДГОИ имени Димы Рогачева, где есть возможности проведения этой терапии.

Особо хочу сказать о дженериках. В пациентском сообществе гигантская кампания против них, совершенно необоснованный негативный настрой. Объясняйте пациентам: ВОЗ предложила дженерики не просто так и не только нам. Любой оригинальный таргетный препарат – это годы исследований, безумные финансовые вложения и на выходе очень высокая цена от производителя. Например, у нас есть таргетный препарат против хронического

миелолейкоза – ингибиторы тирозинкиназы. Месячный курс стоил около 100 тысяч рублей. Сейчас появились дженерики стоимостью 10 тысяч. Таким образом, вместо одного пациента мы можем вылечить 10. Поднялась волна: они неэффективны. Но эффективность в данном случае – исчезновение патологической мутации. И она исчезает, выравнивается клиническая картина. Второй вопрос – переносимость. Это очень индивидуально. Есть пациенты, которые не переносят оригинальные препараты и прекрасно лечатся дженериками, и наоборот. Поэтому говорить, что все дженерики плохие, неправильно. Если у нас вдруг возникают сомнения по тому или иному препарату, мы имеем право проверить его в лабораториях Роспотребнадзора, и этим правом мы пользуемся.

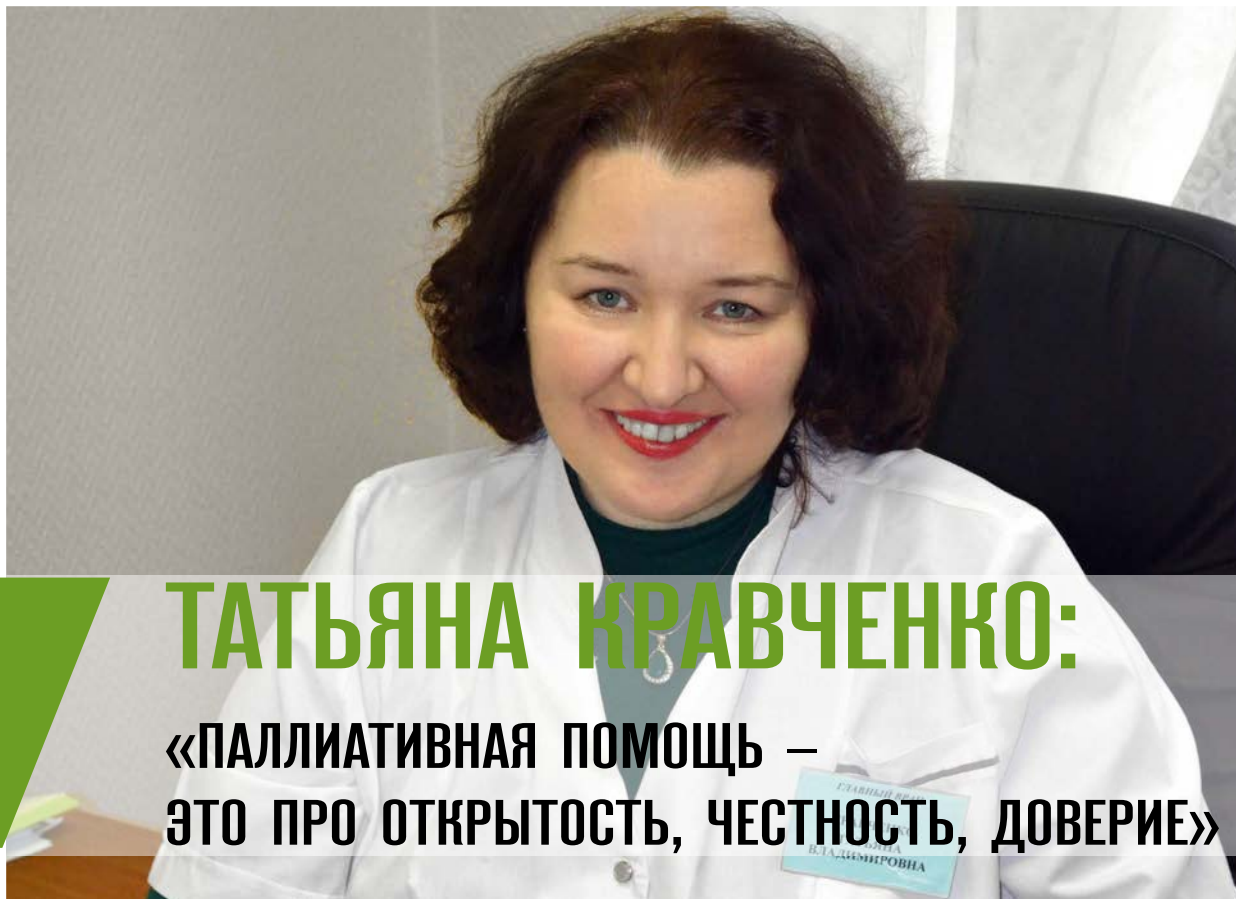
**– Процесс трансплантации костного мозга претерпел какие-то изменения в последние годы?**

– Да. Появилась гаплоидентичная трансплантация – от не полностью совместимого родственного донора, которым может быть мама или папа. Этот вид трансплантации позволил существенно увеличить шансы пациента. Если родственного полностью совместимого донора нет, то неродственного донора есть риск не найти никогда. Возможность проведения гаплоидентичной трансплантации очень существенно повлияла на выживаемость наших пациентов.

**– Как быстро сегодня ставится онкологический диагноз?**

– Если дебют злокачественного заболевания протекает типично, как в учебнике, врачу повезло – все ясно, диагноз уточняется в кратчайшие сроки, и сразу можно лечить. Но все больше и больше детей заболевают странно, с нетипичным началом. И об этом все чаще говорят в медицинских кругах. Бывают ситуации, редкие, когда поступает ребенок с лейкозом, а у него абсолютно нормальный анализ крови. Принимая во внимание особенности клинической картины, мы назначаем пункцию – в костном мозге тотальная инфильтрация опухолевыми клетками. В отделение оториноларингологии приходит пациент на обычную аденотомию, в результате обследования у ребенка диагностируется IV стадия лимфомы Беркитта. У нас есть пациент, которому 10 месяцев мы не могли поставить диагноз «лимфопролиферативное заболевание» – 3 ведущие клиники не могли разобраться! Так что диагностика злокачественного заболевания – это квест, который надо пройти грамотно и желательнее всего быстро.

Текст подготовила: Алина Дмитриева  
Фото: Екатерина Козлова



## ТАТЬЯНА КРАВЧЕНКО:

**«ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ —  
ЭТО ПРО ОТКРЫТОСТЬ, ЧЕСТНОСТЬ, ДОВЕРИЕ»**

О непростой, но очень значимой работе тех, кто занимается паллиативной помощью, рассказывает главный внештатный специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» Татьяна Кравченко.

**– Татьяна Владимировна, с чего начиналась паллиативная служба в Москве?**

– В 1994 году открылся Первый московский хоспис, позже получивший имя его первого руководителя – В.В. Миллионщиковой. Сегодня в Москве функционирует 8 хосписов – почти в каждом округе города. Каждый хоспис имеет стационар на 30 коек и выездную службу, которая помогает пациентам на дому. Сейчас все хосписы – филиалы ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения города Москвы.

**– Что сегодня представляет собой система оказания паллиативной помощи в Москве?**

– Начну с того, что к паллиативной помощи относится симптоматическое лечение (облегчение тяжелых проявлений болезни), которое включает в себя избавление от боли, уменьшение одышки (затруднения дыхания), купирование тошноты и рвоты, выполнение лапароцентеза и плевральных пункций при асците, плеврите, обучение уходу за пациентом, психологическую поддержку, социальную и духовную помощь. Паллиативная помощь для жителей Москвы оказывается бесплатно, финансируется из бюджета города. Паллиативная помощь оказывается в амбулаторных условиях – сотрудниками выездной патронажной службы, в стационарных условиях – в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» ДЗМ и отделениях паллиативной помощи при многопрофильных стационарах. ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» ДЗМ

располагает 440 койками: 200 коек в центре по адресу ул. Двинцев и 240 коек суммарно в 8 хосписах. На базе центра проводится симптоматическое лечение, обучение родственников самостоятельному уходу за пациентом, оказывается психологическая поддержка пациентам и их родственникам, проводится консультирование пациентов и их родственников по социальным вопросам, оказывается духовная помощь. Приоритетное направление оказания паллиативной помощи – это помощь на дому, поэтому в каждом хосписе и центре работает выездная служба.

### – В чем заключается специфика работы выездной службы?

– Выездная служба паллиативной помощи состоит из врачей, медицинских сестер, младших медицинских сестер, социальных работников. Врач выездной службы выезжает на дом, выявляет все проблемы, которые есть у пациента и его семьи, определяет план ведения пациента и необходимый объем помощи. При необходимости (например, при наличии пролежней, стом и др.) назначает визиты медицинской сестры для проведения перевязок, ухода за стомой или для обучения родственников уходу за пациентом (правильной организации прикроватного пространства, чтобы пациенту было комфортно; правилам ухода за полостью рта; купанию, кормлению, перемещению в кровати, перестиланию, смене белья). Этим навыкам нигде специально не учат, но без них невозможно обеспечить правильный уход за пациентом и сохранить здоровье ухаживающему родственнику. По необходимости проведения гигиенических процедур назначается патронаж младшей медицинской сестры, которая не только помогает в уходе за пациентом, но и обучает родных правилам ухода.

### – С какими диагнозами пациенту показана паллиативная помощь?

– Паллиативная помощь оказывается больным тяжелыми прогрессирующими заболеваниями. Помимо онкологических больных, это и пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии, с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода; с тяжелыми необратимыми последствиями травм, пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания; пациенты с деменцией, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания. Паллиативные пациенты отдельной категории, нуждающиеся в длительной респираторной поддержке, раньше вынуждены были находиться в реанимационных отделениях и не имели возможности быть дома, так как нуждались в аппаратах инвазивной или неинвазивной вентиляции легких. С февраля

2018 года на базе нашего центра организовано отделение длительной респираторной поддержки на 15 коек, благодаря работе которого пациентом подбирается необходимое респираторное оборудование, проводится обучение родственников, аппарат выдается на дом во временное пользование и пациент имеет возможность жить дома. За 2018 год 244 пациента получили разнообразное оборудование: аппараты искусственной вентиляции легких, кислородные концентраторы, откашливатели и расходные материалы к ним.

### – Как и кто определяет, что больному нужна паллиативная помощь?

– Когда врач любой специализации понимает, что все виды лечения заболевания исчерпаны или неэффективны, он может признать пациента паллиативным. Приказ Департамента здравоохранения №605 от 28 августа 2017 года «Об организации оказания паллиативной помощи взрослому населению города Москвы» содержит анкету пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной помощи, заполнив которую любой врач может определить, нуждается ли пациент в оказании паллиативной помощи.

Мы призываем врачей, которые находятся в первичном звене, как можно раньше направлять к нам пациента, нуждающегося в паллиативной помощи. Чем раньше мы сможем начать оказывать помощь пациенту и его родными, тем больше возможностей организовать качественную паллиативную помощь.

### – Татьяна Владимировна, какова маршрутизация пациента, нуждающегося в паллиативной помощи в Москве?

– Информация о паллиативном пациенте передается в городской координационный центр, являющийся нашим структурным подразделением, по телефону +7 (499) 940-19-48, при личном визите, по электронной почте. Информацию может передать врач, медицинский работник, работник соцзащиты, родственники и даже сам больной. Наш координационный центр общегородской, он работает в круглосуточном режиме. Далее врач выездной патронажной службы выезжает к пациенту домой и определяет тактику его ведения. Ведущими показаниями для госпитализации в стационар являются подбор симптоматической терапии для облегчения состояния пациента, устранение болей, подбор респираторного оборудования и режима респираторной поддержки, прогрессивное ухудшение состояния пациента, предоставление социальной передышки для родственников. После получения заключения от врача и проведения комиссии по госпитализации определяется дата госпитализации пациента. До недавнего времени транспортировка при госпитализации ложилась на плечи родных, но с 2018 года она осуществляется силами координационного центра за счет средств бюджета.



## **МЫ НЕ ПРИБЛИЖАЕМ СМЕРТЬ И НЕ ОТДАЛЯЕМ ЕЕ НАСТУПЛЕНИЕ, А СОПРОВОЖДАЕМ ПАЦИЕНТА НА ЗАВЕРШАЮЩЕМ ЭТАПЕ ЖИЗНИ**

Специалисты координационного центра ведут реестр пациентов, получающих паллиативную помощь в Москве, организуют их маршрутизацию, следят за судьбой каждого. Кроме того, о паллиативной помощи можно получить информацию через горячую линию помощи неизлечимо больным людям фонда помощи хосписам «Вера». Эта линия всероссийская, она работает круглосуточно и бесплатно: 8-800-700-84-36.

### **– Каковы объемы оказываемой паллиативной помощи в городе? Насколько удовлетворена потребность пациентов в ней в Москве?**

– По данным 2018 года, около 56 тысяч больных нуждались в паллиативной помощи, ее получили больше половины – 34 662 человека. Мы делаем все, чтобы нуждающиеся в паллиативной помощи имели возможность ее получить.

### **– Как обстоят дела с подготовкой кадров по паллиативной медицине? Ощущается ли дефицит кадров?**

– Нехватка кадров есть, но это наблюдается не только в нашей области. Для работы в системе паллиативной помощи можно обучиться на курсах усовершенствования, это, к сожалению, пока не преподают студентам медицинских колледжей и университетов. Нужно также учитывать, что не каждый сможет работать в центрах паллиативной помощи. Своих сотрудников мы отбираем как жемчужины, потому что это необыкновенные люди. Наш медицинский персонал обученный и высококвалифицированный, стремится максимально уменьшить тягостные симптомы болезни и улучшить качество жизни каждого пациента. Медицинские сестры находятся 24 часа возле пациента, создают максимально комфортные условия, учитывая индивидуальные особенности и предпочтения каждого, подмечают все нюансы, сообщают о малейших изменениях в состоянии врачу.

### **– Каковы перспективы развития паллиативной медицины в Москве?**

– В первую очередь необходимо сосредоточить внимание на специальной подготовке и обучении специалистов паллиативной помощи. В планах также дальнейшее развитие взаимодействия с учреждениями Департамента труда и социальной защиты населения для оказания социальной помощи нашим пациентам. Требуется расширение выездной службы. В Москве высокая потребность в койках сестринского ухода, которые необходимы для стабильно тяжелых пациентов. Это около

40% пациентов из тех, кто сейчас находится в паллиативных отделениях.

Не могу не рассказать о волонтерах, которые приходят к нам через фонд «Вера». Организация мероприятий, концертов, помощь в прогулках, об-

служивании больных – и это только малый перечень того, на что способны волонтеры. Огромную помощь нам оказывает Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», в каждом хосписе и Центре паллиативной помощи работают координаторы фонда, которые постоянно находятся в стационаре и знают, что нужно пациентам в первую очередь, устраивают концерты, координируют волонтеров и благотворителей, помогают исполнять мечты, добавляют яркие краски в жизнь наших пациентов.

### **– Татьяна Владимировна, под конец нашей беседы хочется услышать, что бывают чудеса... Но понимаю, что это невозможно.**

– Вы знаете, чудеса творят люди своими руками, это происходит внутри, это происходит каждый день. Как это ни сложно для восприятия, но если принять ситуацию, осознать ее, то качество жизни меняется. Да, мы не можем вернуть наших пациентов в строй здоровых людей, но это не значит, что они должны быть брошены или окутаны скорбью и печалью. Мы стараемся сделать так, чтобы хоспис был домом, в котором не страшно. Наш пациент и его семья – это одно целое при оказании паллиативной помощи. Большая часть нашей работы – качественная коммуникация с больным и родственниками, мы должны сделать так, чтобы пациенты находились в душевном комфорте, потому что паллиативные пациенты имеют не только медицинские проблемы, но и социальные, духовные, психологические, и, не решив весь комплекс этих проблем, нельзя говорить о качественной помощи. Мы не приближаем смерть и не отдаляем ее наступление, а сопровождаем пациента на завершающем этапе жизни. Все наши усилия направлены на то, чтобы уменьшить страдание и создать комфортные условия как пациенту, так и его семье. ...Знаете, у нас есть правило – всегда стучаться, когдаходишь в палату к пациенту, а также спрашивать разрешение на осмотр. Делаем мы это потому, что наши учреждения – это дом для пациентов (и, может быть, последний), значит, хозяева – они, а мы – только гости в нем.

*Текст подготовила: Ольга Еремеева*

*Фото: предоставлено пресс-службой фонда «Вера»*

**Горячая линия помощи неизлечимо  
больным людям 8-800-700-84-36**



# АНДРЕЙ КАПРИН:

## «НА ФОНЕ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УДАЕТСЯ ДОСТИЧЬ СНИЖЕНИЯ ПРИРОСТА СМЕРТНОСТИ»

Мировая статистика показывает: заболеваемость раком не снижается. Однако не это должно нас пугать. Почему - рассуждает главный внештатный специалист онколог Минздрава России, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, профессор, академик РАН Андрей Каприн.

### **Демографический фактор**

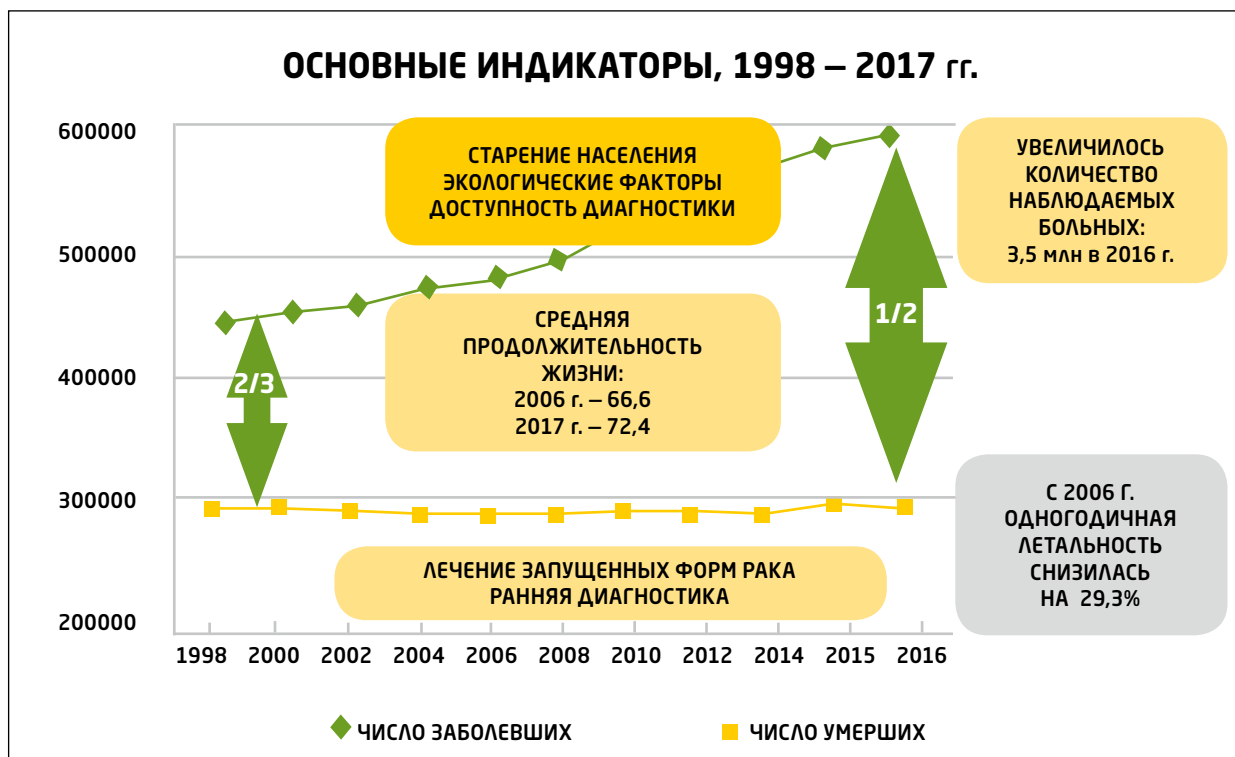
Население планеты стареет, вероятность дожить до своего онкологического заболевания у человека растет вместе с продолжительностью жизни. Это демографический фактор. Но существенный вклад вносят и другие значимые причины: общее ухудшение экологии, вредные привычки и недостаточность ранней диагностики. Фактически, чтобы снизить смертность в нашей стране, придется сначала «повысить» заболеваемость, а точнее – выявляемость онкологических заболеваний. И если статистически мы представляем, что на 100 тыс. населения должно быть определенное число заболевших (в некоторых странах, где четко отлажен контроль, этот показатель доходит до 400 и даже 500 человек на 100 тыс.), то нам надо их действительно выявить, причем вовремя, на начальных стадиях, – за счет этого и будет снижаться смертность.

С 2006 г. показатель смертности уже снизился на 29,3%, притом что количество выявленных больных за это же время возросло на 40%. Сейчас в России на онкологическом учете состоят 3 млн 630 тыс. человек. В 2017 г. мы выявили 617 тыс. злокачественных заболеваний, в 2016 г. – 599 тыс. Таким образом, на фоне роста заболеваемости (выявляемости) удастся достичь снижения прироста смертности. При этом, как

ни парадоксально, с ростом выявляемости мы не ждем существенного роста затрат в среднем на пациента. Чем больше мы выявляем злокачественных новообразований (ЗНО) на I и II стадиях, тем меньше потребность в дорогостоящих химиотерапевтических комплексах, ведь на начальных стадиях зачастую речь идет об однократном оперативном или радиологическом лечении, в результате которого наступает длительная ремиссия, требуются контроль и наблюдение, но не лечение. Снижение смертности – не единственная задача онкологии. На мой взгляд, самое важное – уменьшение числа инвалидов. Человека, конечно, можно вылечить, жить-то он будет, но захочет ли... Нам, онкологам, надо лечить не только так, чтобы он жил, но и так, чтобы он хотел жить. Уже сейчас многие пациенты после адекватного лечения с реконструкцией органов, разработанного в том числе и специалистами нашего центра, возвращаются в строй, работают, создают семью и полностью социально адаптируются.

### **Значимый аудит**

Фактически раз в 2 недели в течение последнего года министр здравоохранения Вероника Скворцова проводит селекторное совещание с участием регионов, на котором идет отчет по основным причинам



смертности – сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. Важно, что это не формальные отчеты: главные специалисты комментируют данные, дают практические рекомендации, а если мы видим необходимость, то в регионы направляются группы экспертов из профильных центров для прояснения ситуации, обучения и т.п. В итоге происходит очень интересный и значимый с научной и статистической точек зрения своеобразный аудит территорий, который необходим не для того, чтобы наказать, а для того, чтобы показать возможные пути решения проблем. Таким образом, мы постоянно оцениваем и анализируем реальную ситуацию в онкологической службе страны (охват онкопомощью территории, долю выявления заболеваний, кадровый состав, техническое и лекарственное обеспечение онокодиспансеров), находим наиболее проблемные регионы, разбираемся в причинах этих проблем, постепенно их исправляем.

Дополнительные стимулы и идеи для развития онкослужбы задает новая практика взаимодействия с институтами прогнозирования РАН. Очень много полезных и интересных предложений поступает по результатам математического анализа и моделирования. Мы теперь считаем кумулятивные риски по злокачественным образованиям, прирост, динамику риска заболеть/умереть в том или ином отдельно взятом регионе. Это представляет особый интерес, поскольку регионы у нас большие,

как некоторые страны в Европе, и в них может ощутимо различаться обстановка, в том числе популяционная. В Министерстве здравоохранения России сейчас дорабатываются паспорта регионов, которые станут основой региональных программ по борьбе с онкозаболеваниями. Они позволяют видеть, где в том или ином регионе слабина. Причем в процессе работы над паспортами всякий раз выявляется новый параметр, который мы раньше, быть может, и не учитывали. В целом я считаю, что сейчас идет ренессанс онкологической службы.

### Рак - плохо, онкология - хорошо

Одна из главнейших, если не самая главная, проблем в нашей онкологии – слишком много поздних выявлений злокачественных опухолей. Традиционно вину списывают на врачей первичного звена, но это не совсем справедливо: зачастую люди сами не считают нужным проверяться. Отчасти потому, что не доверяют первичному звену, но в основном потому, что недооценивают важность таких проверок, диспансеризаций, скринингов. В этой связи очень важно формировать позитивное отношение к онкологической службе: рак – это плохо, а онкология как наука – это хорошо. Мы видим, что после каждой программы, каждой новости в СМИ, нацеленной на позитивное, здоровое отношение к онкологии, на сайте главного онколога [glavonco.ru](http://glavonco.ru) растет количество

обращений – до 1500–2000 в день. Это значит, что будет и больше ранних выявлений. На сайте установлено дежурство, и мы стараемся в течение 2–3 дней отвечать на наиболее актуальные и срочные вопросы.

Пренебрежительное отношение к собственному здоровью принято считать нашей национальной чертой, но это проблема не только российского менталитета. Коллеги из США уверяют, что и у них в некоторых штатах (Техас, Аляска) такие же проблемы. Менталитет населения можно и нужно воспитать – активной пропагандой с помощью СМИ, взаимодействием органов власти с работодателями, обучением навыков онконастороженности у врачей первичного звена: участковых, ЛОР-врачей, урологов, гинекологов и т.д. – всех, кто работает в поликлинических отделениях.

Благодаря диспансеризации в 2017 г. (итоги 2018 г. мы подведем ближе к апрелю) выявлено 29 289 случаев злокачественных новообразований. И хотя кому-то покажется, что это не так много, важно, что диспансеризация выявляет, как правило, именно начальные стадии процесса, когда возможны эффективное лечение и длительная последующая ремиссия.

В этой связи очень чувствительная для нас проблема – онконастороженность неонкологических врачей. Мы чувствуем и свою вину: вероятно, мало работаем с первичным звеном и «смежниками». Для работы в этом направлении уместны все способы коммуникации, вплоть до телемостов и вебинаров, когда мы сможем просто начитывать лекции по онконастороженности. В лучшем варианте – специальная компьютерная программа, которая напоминает врачам на приеме осматривать

кожные покровы, отправлять на специфические исследования пациента при достижении определенного возраста, при работе с опасными веществами и т.д. В противном случае возникает недопустимая ситуация – высокая доля в некоторых регионах запущенных злокачественных новообразований видимой локализации (полость рта, кожа). То же самое с урологическими и гинекологическими онкозаболеваниями. В регионах, где анализ на ПСА вписан в обязательный регламент, мы видим повышение заболеваемости раком предстательной железы, а точнее – большее его выявление и, следовательно, лечение. Но иллюзий нет: мы еще не дошли до стратегической точки, когда заболеваемость и смертность должны показать большой разрыв.

### Системный мониторинг

У нас 93 онкодиспансера в России и 3 онкологические больницы. Но не хватает первичных онкологических кабинетов и довольно высока доля врачей-совместителей. Первичное звено пока слабое, оно укомплектовано на 43,3% по сравнению с 90% укомплектованности в онкологических диспансерах субъектов федерации и с 97% – в федеральных научно-исследовательских центрах.

При этом понятно, что подготовить столько онкологов и других специалистов для решения проблем ЗНО, сколько нам нужно, за короткий срок просто нереально. И на помощь в этой сфере приходит цифровизация. Идет активная разработка регламентов, которые позволят решить проблему с дефицитом первичных онкологических кабинетов с помощью телемостов, телеконференций,

**Показатели заболеваемости и смертности от ЗНО по федеральным округам на 100 тыс. населения, 2017 г.**

Территория	Показатели заболеваемости		Показатели смертности	
	«грубый»	стандартизированный	«грубый»	стандартизированный
РОССИЯ	420,3	246,6	197,9	109
Центральный ФО	425,9	232,1	207	103,8
Северо-Западный ФО	450,6	252,5	232,1	119,6
Южный ФО	429,8	242,6	196,3	104,5
Северо-Кавказский ФО	262	203,8	112,5	85,3
Приволжский ФО	434,9	251	190,7	104
Уральский ФО	414,8	258,5	195,9	115,1
Сибирский ФО	444,6	278,4	213	127,1
Дальневосточный ФО	407,4	263,3	195,6	121,9

■ Максимальные показатели    ■ Минимальные показатели

КАДРЫ, 2018 г.					
УРОВНИ	ПОДЧИНЕНИЕ	СТРУКТУРНЫЕ ЕДИНИЦЫ		ЧИСЛО ВРАЧЕЙ ОНКОЛОГОВ, ФАКТ/ТРЕБУЕМОЕ (УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ)	ЧИСЛО КОЕК (ФАКТИЧЕСКИ РАЗВЕРНУТЫХ И СВЕРНУТЫХ НА РЕМОНТ)
■	МУНИЦИПАЛЬНОЕ	2349	ПЕРВИЧНЫЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ/ОТДЕЛЕНИЯ	1 842/4 850 (43,3%), РАСЧЕТ НА НАСЕЛЕНИЕ	1 319
■	СУБЪЕКТ РФ	93+3 ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЬНИЦЫ	ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСПАНСЕРЫ СУБЪЕКТОВ РФ	5 009/5 545 (90%), расчет на штатную единицу	27 630
■	ФЕДЕРАЛЬНОЕ	25, ИЗ НИХ ПРОФИЛЬНЫХ – 4	НАЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ЦЕНТРЫ, ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДЧИНЕНИЯ	506/522 (96,9%), расчет на штатную единицу	8 121
<b>ВСЕГО</b>				<b>7 357/10 943 (67,2%)</b>	<b>37 070</b>

телеконсультаций непосредственно на местах, когда, например, терапевт может проконсультироваться онлайн с региональным онкологом. Такой сетью нам предстоит пронизать насквозь всю страну. Кроме того, цифровизация дает возможность системного мониторинга – моментального анализа обоснованности назначений, электронного ведения протоколов. Сегодня Министерство здравоохранения требует, чтобы региональные протоколы соответствовали протоколам международных и национальных центров. И если мы в электронном режиме будем видеть, что где-то протокол не выполняется, то можно быстро реагировать, исправлять ошибки и разбираться, в чем дело. Если мы видим, что столько-то было протоколов, в соответствии с которыми должно быть предписано столько-то и таких-то препаратов, а их использовано меньше, мы получаем возможность скорректировать назначение и отслеживать реальное положение дел. Программы, протоколы будут обновляться, как они обновляются в мире. Наши институты работают над едиными протоколами по всем, даже редким, заболеваниям. В этой связи нельзя не отметить, что в 2019 г. беспрецедентно большие деньги у нас в стране направляются, например, на химиотерапию, потому что если в стране (и мире) одинаковые протоколы, то их и обеспечивать надо одинаково.

### Ждем отечественную технику

По государственной программе «Онкология» в целом по стране сформировалась неплохая оснащенность необходимым для онкологических больных оборудованием.

В регионах появилось достаточно много современных линейных ускорителей. Но тут же возникла другая проблема: у нас нет производителей техники, которую мы бы хотели видеть в работе. Это вопрос не только финансовый, но и технический. Например, годовое техническое обслуживание киберножа в нашем институте (МНИОИ им. Герцена) стоит 30 млн руб. И по самым разным формальным причинам он по 3 недели стоит в ожидании специалистов из США, которые могут провести это техобслуживание. Мы очень ждем отечественную технику. Радует, что уже активно идут разработки в области протонной терапии. И если по каким-то позициям в технологиях речь может идти лишь об импортозамещении, то по некоторым направлениям мы действительно «на переднем крае» – например, брахитерапия, «человек на чипе», терапия радионуклидами и другие актуальные направления.

У нас и в регионах есть очень хорошо оборудованные и укомплектованные высокопрофессиональным персоналом диспансеры, которые уже сродни научно-исследовательским онкологическим учреждениям. Поэтому у меня нет сомнений: сегодня у нас есть возможности для достижения поставленных целей.

*Текст подготовила: Алина Дмитриева  
Фото: предоставлено пресс-службой  
«НМИЦ радиологии» Минздрава России*

По материалам доклада генерального директора ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, академика РАН А.Д. Каприна «ОНКОЛОГИЯ ПРОТИВ РАКА: ИТОГИ ГОДА. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД».



## АЛЕКСАНДР РУМЯНЦЕВ:

«КОНЕЧНАЯ ЦЕЛЬ – ИЗЛЕЧИТЬ КАЖДОГО БОЛЬНОГО РЕБЕНКА»

О становлении российской педиатрической гематологии-онкологии и перспективах ее развития рассказывает академик РАН, президент ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, почетный профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный детский специалист онколог-гематолог Минздрава России, президент Национального общества детских гематологов и онкологов, член Президиума РАН Александр Румянцев.

**– Александр Григорьевич, ваш профессиональный и научный путь совпадает с периодом взрывного роста и успехов в детской онкологии. Расскажите о первых шагах на этом пути, которые привели к сегодняшним результатам.**

– В 1964 году впервые в СССР было создано отделение гематологии для детей – в Морозовской больнице. Завотделением стала тогда еще доцент Лидия Алексеевна Махонова. Она же стала куратором моей группы, когда, будучи студентом 5-го курса, в 1969 году я пришел в Морозовскую больницу. Мы отлично понимали, насколько детская онкология драматична, знали, что все дети с онкологическими заболеваниями обречены. Но Лидия Алексеевна была убеждена, что выход можно найти. Уже тогда я догадывался, что именно гематология и тесно связанная с ней иммунология – локомотив всей современной клинической медицины. В детской практике гемобластозы (острые и хронические лейкозы, лимфомы и гистиоцитозы) составляют половину онкологических заболеваний.

Первые мои серьезные публикации были посвящены иммунотерапии острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ). Уже тогда можно было предполагать, что болезнь крови – лейкоз – по существу болезнь иммунной системы и что не нервная, не эндокринная системы, а иммунная руководит многоклеточным организмом. Но представление о кровяной клетке как о клетке иммунокомпетентной системы лишь спустя годы стало очевидным фактом.

**– Как вы оцениваете организацию помощи онкологическим пациентам детского возраста в Москве? В чем ее сильные стороны, что нуждается в совершенствовании?**

– Без преувеличения: все, что рождалось в России в области детской гематологии и онкологии, рождалось в Морозовской больнице Департамента здравоохранения города Москвы. Оттуда вышла вся плеяда выдающихся специалистов в области педиатрической онкологии и гематологии; создано 2 научно-исследовательских института (Институт детской онкологии и гематологии в Онкологическом научном центре имени Н.Н. Блохина, организованный Л.А. Дурновым, и центр, организованный мною, где работает 2,5 тысячи сотрудников и через который в среднем в год проходит 10 тысяч пациентов). Сегодня в этой клинике есть все: гематология, онкология, иммунология, реабилитация детей, излеченных от рака, хирургия и отличная диагностика. Здесь находится самое старое отделение патологии детей, музей детской патологии. Конечно же, это во многом заслуга департамента. Столичное правительство помогло в создании на базе Морозовской больницы на тот момент новейшего российского центра по лечению больных лейкемией, и сегодня здесь лучшие результаты в лечении – доля выздоровевших достигла 95%. Здесь открыто отделение трансплантации. Я горжусь успехами

своих учеников: главного детского гематолога Москвы – Константина Кондратчика; главного детского онколога – Ольги Тигановой. Вместе с московским правительством мы создали службу для подростков в Боткинской больнице (возглавляет ее главный внештатный специалист-гематолог Вадим Птушкин, ранее работавший у нас в центре). В течение последних 25 лет все гематологи Москвы, а их 91 человек, прошли подготовку у нас. Да и я сам 15 лет был главным педиатром города. Правительство Москвы делает очень многое, и результаты на сегодняшний день может предьявить очень достойные.

**– Правда ли, что на детские протоколы по ряду нозологий ориентируется и взрослая онкология?**

– С московскими специалистами у нас был интересный проект – первое кооперированное исследование рака у взрослых. Эта работа может стать очень перспективной. Педиатрической онкогематологии есть чем поделиться. Сегодня уже особо выделяют группу больных – молодые взрослые. Мы брали на детские (возможно, более агрессивные) протоколы лечения лейкозов, лимфом, лимфогранулематоза юношей и девушек (18–21) и молодежь до 28 лет. И получали хорошие результаты. Проблемы лечения молодых взрослых сегодня активно обсуждаются.

**– Неудобный вопрос экономической целесообразности: насколько перспективны финансовые вложения в детскую онкологию, отличающуюся высокой затратностью?**

– Исследование американских экономистов показало: финансовые вложения в детскую онкологию очень перспективны. Эти ресурсы помогают вернуть в общество социально активных членов. Подтвердили правильность этого заключения и выступления экспертов на последнем (2018) Петербургском международном экономическом форуме: уже сегодня в Европе и США (у которых еще 30 лет назад выздоравливали 70% детей с ОЛЛ) из 600 работающих граждан 1 человек в детстве перенес рак.

**– Вы говорили о молодых взрослых. А что вы можете сказать о работе с самыми маленькими детьми?**

– Самому маленькому нашему пациенту было 5 дней. Реализован большой план по перинатальной онкологии. Опухоль диагностируется еще внутриутробно. Из специализированного роддома такой младенец поступает к нам. Мы делаем уникальные операции, даем шанс на долгую жизнь. Хотя еще совсем недавно дети до года с онкопатологией в России погибали. Считалось, что «легче сделать нового ребенка»... Сегодня более 60% этих пациентов выздоравливают. Хотя и медленно, но мы движемся к нашей конечной цели – излечить каждого ребенка.



## РЕАЛИЗОВАН БОЛЬШОЙ ПЛАН ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ. ОПУХОЛЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ЕЩЕ ВНУТРИУТРОБНО. ИЗ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РОДДОМА ТАКОЙ МЛАДЕНЕЦ ПОСТУПАЕТ К НАМ

### – Как вы оцениваете сегодня состояние детской онкологии и гематологии в России именно как науки?

– Российская педиатрическая онкология/гематология – молодая отрасль. Последовательно пройден путь по изучению биологии опухоли, иммунологических маркеров дифференцировки, цитогенетических и молекулярно-генетических маркеров. Внедрение в практику полимеразной цепной реакции (ПЦР) позволило контролировать минимальную резидуальную болезнь, то есть решать вопрос об интенсификации терапии. Совместно с сотрудниками НИИ молекулярной биологии РАН реализован первый в стране проект комбинированного использования мультиплексной ПЦР с последующей гибридизацией на микрочипах для проведения анализа одновременно на множество различных транслокаций, включая основные типы ОМЛ, ОЛЛ и ХМЛ, по капле крови из пальца. Мы проводим сложнейшие манипуляции: аллогенные и аутологичные трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) в 1-й ремиссии ОМЛ с факторами риска (отсутствие цитогенетической и молекулярной ремиссии), что позволило в течение последних 7 лет в 2 раза увеличить выживаемость детей. Мы впервые с успехом использовали ATRA для лечения ОПЛ у детей в России (одновременно с первым Европейским протоколом) и технологию дифференцировочной терапии ОПЛ (ATRA + химиотерапия +/- ТГСК) с разработкой специальных методов сопроводительной терапии. Прорывной технологией стала гаплоидентичная трансплантация костного мозга у детей, когда материал для трансплантации получают у родственника, частично совместимого с пациентом. Еще одна разработка (для так называемой адоптивной иммунотерапии, разновидности иммунотерапии рака) – CAR-технология (Chimeric antigen receptor, CAR). CAR – это рекомбинантный гибридный белок, обладающий способностью опосредованно активировать Т-клетки. Новая технология позволяет перепрограммировать собственные иммунные клетки пациента за пределами его тела. Видоизмененные клетки наращивают до нужного количества и возвращают в организм

человека. Поскольку это его родная клетка, отторжения не возникает. Более того, CAR-T-клетки могут преодолеть некоторые основные механизмы, позволяющие опухолям уклоняться от распознавания их Т-клеткой. В 2013 году журнал Science назвал это прорывом года в иммунотерапии. FDA разрешила этот метод для лечения больных, устойчивых ко всем видам лечения. Наши сотрудники под руководством талантливейшего молодого ученого М.А. Масчана независимо от американцев создали подобную технологию, которая оказалась на порядок дешевле западной.

### – Очевидно, что детям, перенесшим тяжелое противоопухолевое лечение, необходима серьезная реабилитация. Насколько в России развито это направление?

– К сожалению, ребенок, перенесший онкологическое заболевание и тотальное противоопухолевое лечение, не может быть принципиально здоровым. Это связано с ятрогенными причинами. Впервые в рамках ОМС мы подготовили 17 клинических рекомендаций и медико-экономических стандартов, получив тарифы на проведение реабилитации 4 тысяч детей после трансплантации костного мозга, с опухолями головного мозга, с новообразованиями внутренних органов и выздоровевших от рака.

В прошлом году мы впервые в мире открыли реабилитационное отделение для детей 1-го года жизни, перенесших онкологическое заболевание. Для реализации этой программы нужен глубокий анализ того, что происходит с этими детьми, организация реабилитации 2-го этапа, чего в стране никогда не было (впрочем, как и в мире). Мы создали лучшую нейрокогнитивную лабораторию и подписали договор о научном сотрудничестве с уникальным учреждением, где занимаются исключительно детской онкологией и другими агрессивными заболеваниями, – госпиталем Святого апостола Иуды Фаддея (Мемфис, штат Теннесси, США). Конечно же, такое сотрудничество благоприятно влияет на профессиональный рост наших кадров.

Путь развития детской онкологии и гематологии, который мы уже прошли и по которому продолжаем двигаться, непростой. Но я уверен: неразрешимых проблем нет.

В рамках 73-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2018 году в Нью-Йорке впервые за 68 лет были проведены встречи высокого уровня по медицинской тематике. Россия была сопредседателем, готовившим эти совещания. На сателлитном семинаре по детской онкогематологии, проводимом нами совместно с США, участники аплодировали России за все, что реально было сделано в этой сфере.

*Текст подготовила: Наталия Токарева*

*Фото: предоставлено пресс-службой ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России*

# ОТ ДИАГНОЗА ДО ИЗЛЕЧЕНИЯ

За последние годы работа, проведенная по модернизации столичного здравоохранения, позволила московским клиникам соответствовать самым высоким международным стандартам. Не исключение и медицинские организации городской онкологической сети. Ключевой тренд – выстраивание максимально эффективной маршрутизации пациента как внутри учреждения, так и между ними для своевременного диагностирования заболевания и быстрого оказания необходимой помощи.

## ВСЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Важное место в системе оказания медицинской помощи пациентам с диагнозом «рак» занимают онкологические диспансеры. В Москве эти учреждения есть не в каждом округе. Если онкодиспансера нет, его задачу выполняют онкологические отделения в поликлиниках.



**Вероника Брусничкина,**  
и.о. главного врача **Онкологического диспансера №5**, рассказывает о работе медицинского учреждения.

### – Вероника Владимировна, какие преимущества имеет онкодиспансер?

– Главное преимущество онкодиспансера в том, что все онкологи округа сосредоточены в одном месте. Это позволяет оказывать пациентам более квалифицированную помощь. По сравнению с поликлиническим отделением диспансер лучше оснащен. Есть преимущества и в ситуациях, когда, например, необходимо провести химиотерапию тяжелому пациенту. Ее следует осуществлять в стационаре, и если у нас нет круглосуточных коек, то мы вынуждены направлять пациента в больницу. Это отнимает время. Если же диспансер находится в составе больницы, достаточно сделать звонок главврачу,

и пациент сразу же отправляется на стационарное лечение.

### – Как к вам попадают пациенты и какую помощь вы можете им оказать в рамках работы диспансера?

– По направлению из поликлиники или с выписным эпикризом из стационара. Некоторые уже имеют онкологический диагноз, другие приходят только с подозрением для дальнейшего обследования. Кто-то уже прошел лечение, а кто-то еще нет.

Пациентам, которые приходят из поликлиники с подозрением на онкологическое заболевание, мы в первую очередь оказываем консультативную помощь. Назначаем необходимые обследования и проводим их. У нас есть для этого все необходимое оборудование: компьютерный томограф, лаборатория, цифровой рентгеновский аппарат, маммограф. Дальше все зависит от диагноза и стадии. Возможно, придется направить пациента на операцию в стационар, после чего он, возможно, снова вернется к нам, и мы проведем необходимое лечение. В диспансере есть дневной стационар, где больные могут получать химиотерапию. Есть операционная. Обычно мы там выполняем биопсии для верификации диагноза, но при необходимости можем выполнить небольшую операцию (в основном если речь идет о незначительных новообразованиях кожи). Пациенты, которые уже прошли лечение, остаются у нас под наблюдением и регулярно проходят обследование.

– Огромную роль в успехе любого учреждения играют кадры. Расскажите о ваших сотрудниках.

– У нас трудится 58 врачей-онкологов различных специальностей. Особая каста – диагносты. Эти специалисты у нас имеют очень высокую квалификацию. Нередко пациенты стремятся пройти обследование именно в нашем онкодиспансере, поскольку знают о наших талантливых диагностах.

– Каковы ключевые задачи, стоящие перед учреждением в ближайшем будущем?

– Основное, что нужно нам сейчас, – это улучшить оснащение нашей эндоскопической службы. К сожалению, колоректальный рак встречается все чаще, и необходима точная диагностика. Новая техника позволит нам расширить возможности по проведению соответствующих исследований. В ближайшее время нашему онкодиспансеру предстоит довольно серьезный шаг. В этом году мы начнем закупать химиотерапевтические препараты самостоятельно. Я надеюсь, это позволит оптимизировать расходы и улучшить снабжение пациентов.

Еще одно важное новшество касается информационной составляющей нашей работы. Мы вошли в пилотный проект по формированию онкологического блока в системе ЕМИАС. Работа в рамках проекта ведется под руководством главного внештатного специалиста онколога ДЗМ Игоря Евгеньевича Хатькова и с участием специалистов организационно-методическим отделом по онкологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». Теперь наша информация будет доступна для всех врачей, имеющих доступ к системе.

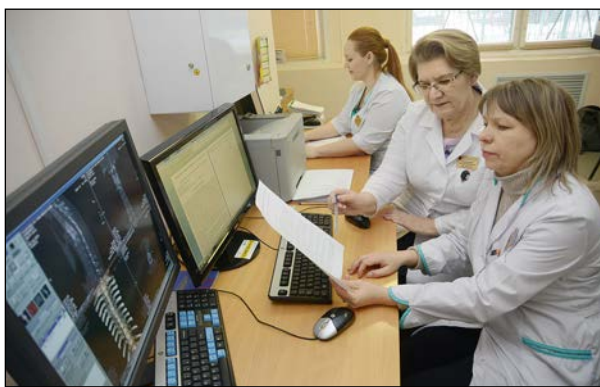
**БОГАТАЯ ИСТОРИЯ И ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ**  
**Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных** была открыта в 1887 г. На ее эмблеме изображен первый корпус – красивое историческое здание, построенное еще братьями Бахрушиными.



Главный врач больницы, практикующий хирург-онколог **Сергей Фурсов** рассказывает о том, как организована работа с пациентом на уровне стационара.

– Сергей Александрович, чем ваша больница отличается от других?

– Специфика нашей больницы в том, что поликлиника объединена со стационаром. Это единое лечебное учреждение, поэтому пациенту, которому необходима помощь онколога, достаточно пройти 30 метров до хирургического корпуса. В этом наша особенность и большое



преимущество. В КДО ежедневно ведут прием заведующие отделениями стационара. Больница имеет полный замкнутый цикл, начиная от диагностики и включая все этапы лечения онкологических больных.

Как работает такая взаимосвязь – хорошо показала акция, проведенная у нас только что в рамках Всемирного дня борьбы с раком. В больничную поликлинику пришли и обследовались на предмет выявления онкологических заболеваний 342 человека. 42 из них прошли дополнительную ультразвуковую или маммографическую диагностику. По результатам допобследования 30-ти пациентам предложено плановое оперативное лечение, которое они смогут получить в нашем стационаре, у высококвалифицированных специалистов отделениях головы и шеи, гинекологии, маммологии, общей онкологии. Думаю, этот пример и эти цифры сами говорят за себя.

### – Расскажите о вашей команде.

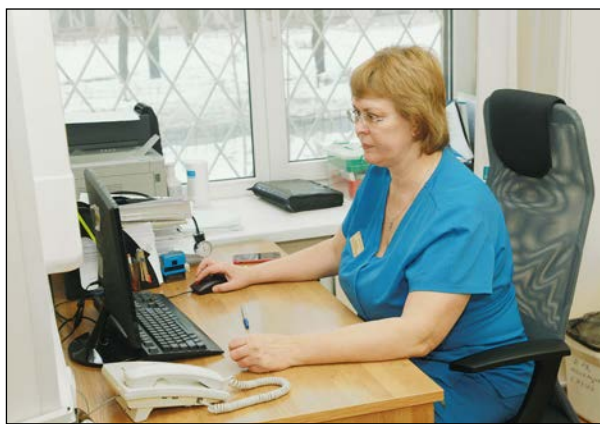
– Отделения возглавляют ведущие специалисты-онкологи, имеющие ученую степень. Это команда высококлассных специалистов. Работа в онкологической клинике имеет свою специфику. Например, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», каждый пациент должен обязательно пройти через онкологический консилиум – как до начала лечения, так и перед выпиской. У нас есть возможность собирать консилиум без привлечения врачей из других учреждений. Большую роль играет корпоративная этика. Люди понимают, что если есть необходимость, то нужно отложить другие дела и помочь коллегам. Это важно для правильной выработки тактики лечения больного.

### – Есть ли у вашей клиники специализация в онкологии?

– Пожалуй, можно выделить работу эндоскопической службы. Это направление у нас хорошо развито, мы им гордимся. Мы имеем возможность осуществлять все виды диагностического эндоскопического исследования, проводим эндоскопические операции. Например, при помощи различных видов стентирования у экстренных онкологических больных (с опухолями поджелудочной железы, желчных протоков, печени, ЖКТ) можем купировать острое состояние и выполнить операцию уже в плановом порядке, а не на фоне проявления декомпенсации. Это вмешательство помогает наладить пассаж по ЖКТ, внепеченочным желчным протокам и т.д.

### – Что собираетесь улучшить в работе больницы в ближайшее время?

– У нас есть идея переоборудовать 1-й корпус (который изображен на эмблеме) в Центр амбулаторной онкологической



помощи, который будет входить в состав нашей больницы. Проведем ремонт, оснастим современным оборудованием: соберем все необходимое для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи. Планируем перенести туда онкологическое отделение из поликлиники. Это расширит площади для других пациентов. Сделаем дневной стационар. Развернем отделение химиотерапии, радиологии, лечебное отделение опухоли головы и шеи. Это очень важный проект. Департамент здравоохранения города Москвы пошел нам навстречу и выделил средства для подготовки технического задания. Это первый шаг. Надеюсь, будут и другие.

## НОВЕЙШИЕ ПРЕПАРАТЫ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ

**Городская клиническая больница №40** приобрела онкологическую специализацию в 1989 г. Но еще в 60-е гг. врачи этого учреждения выступали на международных конгрессах со своими разработками по лечению больных раком шейки матки. Сейчас больница имеет 5 онкохирургических отделений: 1-е специализируется на опухолях кожи и мягких тканей (в том числе молочной железы), 2-е – абдоминальная онкология, 3-е – онкогинекология, 4-е – онкоурология, 5-е, открытое в 2014 г., – торакальная онкология, а также химиотерапевтическое и гематогическое. В 2017 г. при больнице открылся родильный дом, который специализируется на ведении онкоассоциированной беременности. Он оснащен новейшим оборудованием. В конце 2018 г. роддом прошел аттестацию ВОЗ/ЮНИСЕФ и получил статус «Больница, доброжелательная к ребенку».

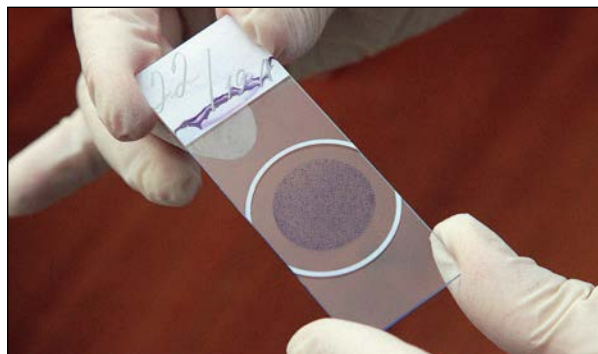
ГКБ №40 регулярно проводит дни открытых дверей. В феврале 2019 г. этим мероприятиям были посвящены 3 субботы подряд (2, 9 и 16 февраля). В такие дни все желающие могут прийти в больницу без направления, получить консультацию высококвалифицированных врачей-онкологов и, если потребуется, пройти обследование. Учреждение принимает на себя большой поток онкопациентов двух округов Москвы, а с прошлого года оказывает медицинскую помощь и жителям других городов России. Все это делается в рамках ОМС.



Об особенностях работы больницы рассказывает главный врач ГКБ №40 **Сергей Аракелов**.

**– Сергей Эрнестович, в чем секрет успеха в управлении столь непростым учреждением, каким является онкологический стационар?**

– Секрет успеха – в хорошей команде. Все в больнице, как единое целое, понимают и решают поставленные перед нами задачи. Прежде всего это оказание качественной медицинской помощи, но также большую роль играет рациональное использование ресурсов. Онкология – это всегда дорогостоящее лечение. Несмотря на особенности, связанные с профилем больницы, мы себе можем позволить закупать новейшие препараты согласно последним рекомендациям Минздрава России и рекомендациям европейских онкологов.



**– Какие возможности для терапии онкозаболеваний открывают новые препараты?**

– Лекарственная терапия в последние годы произвела огромный скачок. Мы сейчас имеем возможность лечить те болезни и в таких стадиях, при которых раньше у людей не было шансов. Теперь же мы видим хорошие результаты. Речь идет о применении таргетной и иммунной терапии. Если таргетная терапия показана, очень важно с нее начать. Несмотря на высокую стоимость, больница имеет все возможности для проведения 1-го курса. После выписки пациент (уже в рамках льготного лекарственного обеспечения) продолжает получать терапию по месту жительства. В больнице проходят клинические испытания. У нас есть ряд гематологических пациентов, которые по протоколам получают лечение новейшими лекарственными препаратами. Пациент никогда не смог бы за это заплатить. Там такая стоимость, что это никому не по карману, но в рамках клинического протокола у больных есть возможность получать терапию самыми современными препаратами. Мы стараемся это широко использовать, если пациент подходит по критериям включения.

Новейшие препараты позволяют проводить химиотерапию в условиях дневного стационара. Если раньше надо было неделями лежать в больнице, а потом восстанавливаться, сейчас все намного проще. Химиотерапевтические препараты дают меньше побочных эффектов, существуют качественные лекарственные средства, сопровождающие химиотерапию: противорвотные, антигрибковые. Дневной стационар удобнее для пациента и экономически выгодней для больницы.

**– Есть направление, которое особенно развито на базе вашего стационара?**

– Особый предмет гордости – патоморфологическая лаборатория. В прошлом году она вошла в число 10 лабораторий России, которые получили международный сертификат по иммуногистохимическим исследованиям. Это 1-й этап прохождения общего цикла международного признания. Гистологические исследования имеют огромное значение при лечении больных раком молочной железы. Без них о последующей качественной терапии не может идти речи.

**– Как сделать онкологическую помощь более эффективной?**

– К сожалению, чаще всего пациенты приходят не на ранних стадиях болезни – от 2-й и выше, в основном 3-я. Почему? Тут есть много причин. Основная – в отношении самих пациентов. У нас отсутствует культура добровольного обследования, прохождения диспансеризации. Она далеко не на том высоком уровне, который бы позволил диагностировать болезнь на начальной стадии. Лечить всегда хорошо, если болезнь еще никак не проявляется, на



уровне предрака или 1-й стадии. Надо чаще ходить к докторам – хотя бы раз в год, в крайнем случае раз в 3 года пройти диспансеризацию по национальному календарю. Если это постоянно доносить до сознания наших пациентов, то результаты лечения будут совершенно другие.

Со своей стороны мы можем улучшить онкологическую помощь, если усовершенствуем логику попадания пациента от первичного звена в стационар. Сейчас, по статистике, иногда проходит слишком много времени от первичного обращения пациента до получения специального противоопухолевого лечения. В этом году планируется автоматизировать всю эту систему на уровне города. Основная задача стоит именно в выстраивании правильной логики, при которой в кратчайшие сроки пациент проходит путь от первичного обращения до специального лечения. Все остальное решаем.

## НЕОБХОДИМА АКТИВНАЯ ПОЗИЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА



Заместитель главного врача по организации хирургической и онкологической помощи ГKB №40 **Михаил Тер-Ованесов** поделился своим видением особенностей оказания помощи онкобольным в перерыве между 2 сложными операциями.

### – Михаил Дмитриевич, в чем главное преимущество вашей больницы при оказании помощи пациентам с онкологическими заболеваниями?

– Во-первых, наша больница многопрофильная. Пациент получает комплексное лечение, которое охватывает не только онкологические, но и сопутствующие заболевания. Второе преимущество – онкологическая служба представляет собой замкнутый цикл, который включает в себя не только онкохирургические подразделения, но и лучевую терапию, химиотерапию и даже койки паллиативного стационара. Пациент может лечиться на всех этапах с момента выявления заболевания. Мы оказываем помощь даже в случае, если происходит неблагоприятное развитие событий. Третье преимущество заключается в работе кафедры онкологии на базе больницы. Соответственно, решаются не только практические, но и теоретические вопросы.

### – Ведется ли в клинике научная деятельность?

– Мы участвуем в целой серии клинических исследований по комбинированному лечению больных онкологическими заболеваниями, но занимаемся не только практическими, но и научными исследованиями. Препараты, которые получили положительное заключение при лечении больных



раком легкого, колоректальным раком, уже зарегистрированы и вошли в клиническую практику.

### – Что, по вашему мнению, необходимо сделать, чтобы результаты лечения пациентов со злокачественными новообразованиями были лучше?

– Основное направление, которое позволит улучшить результаты, – раннее выявление. Для этого необходима активная позиция первичного звена – направление пациентов на скрининговые исследования даже при отсутствии жалоб, только по наличию неблагоприятного семейного анамнеза и по каким-то другим факторам: вредным привычкам, особенностям профессиональной деятельности и т.д.

Второе направление, позволяющее улучшить результаты терапии, – агрессивное хирургическое вмешательство с применением мультидисциплинарных подходов. Если пациент получает все виды специализированной помощи в комплексе, зачастую результаты будут лучше.

### НЕТ ПРЕДЕЛОВ СОВЕРШЕНСТВУ

В числе ведущих профильных онкологических клиник города – **Городская клиническая больница №62**. Помощь пациентам с онкологическими заболеваниями тут оказывают уже более полувека.



О работе стационара рассказывает главный врач больницы  
**Дмитрий Канер.**

### – Дмитрий Юрьевич, вашу клинику приводят в пример как один из ведущих специализированных стационаров в Москве. Почему вы лучшие?

– Мне не нравится это определение. Лучшая клиника – понятие относительное, поэтому я стараюсь избегать такого рода превосходных степеней. Но сотрудники клиники, безусловно, должны ориентироваться на наиболее актуальную на сегодняшний день клиническую практику и стремиться к постоянному совершенствованию своих профессиональных навыков. Мы можем говорить о том, что работаем на высоком уровне, так как через нашу клинику проходит большой поток больных различными онкологическими заболеваниями. Это значит, что у врачей нарабатывается опыт в лечении пациентов с различными онкологическими и сочетанными заболеваниями, вырабатываются подходы к сложным случаям, к редко встречающимся опухолям. Причем в таком режиме клиника работает уже 60 лет.



**– Каковы ключевые подходы к оказанию помощи онкобольным на уровне стационара?**

– Важная составляющая современного подхода к лечению пациента с онкологическим заболеванием – мультидисциплинарность. Решение по тактике лечения каждого конкретного пациента принимает не один специалист, а онкологический консилиум, куда входит и онкохирург, и химиотерапевт, и радиолог, и онкопатолог. Участие патолога считаю крайне важным на современном этапе развития медицины и онкологии. Сегодня онкоморфология и онкогенетика имеют определяющее значение в лечении и его результатах. Правильная постановка диагноза, типирование опухоли, выявление биологических маркеров онкообразования на основе данных этих дисциплин – фундамент современной терапии злокачественных новообразований. Наша лаборатория патоморфологии, иммуногистохимии и молекулярной генетики, возглавляемая Никитой Александровичем Савеловым и Ириной Анатольевной Демидовой, – по некоторым направлениям лидер в стране по объему выполняемых исследований. Например, мы проводим порядка 80% исследований на определение PDL-статуса, позволяющих назначить эффективную иммунотерапию. Говоря о подходах, нельзя не сказать о пристальном внимании к онкологической проблематике со стороны правительства города. Благодаря деятельному участию вице-мэра Москвы Анастасии Раковой буквально в течение 3–4 последних месяцев удалось добиться того, что сложные иммуногистохимические и молекулярно-генетические исследования теперь будут оплачиваться через систему ОМС. Это революционное изменение.

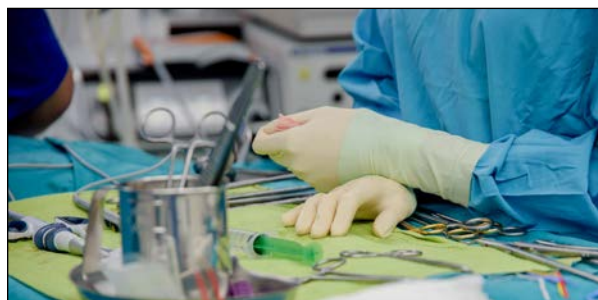
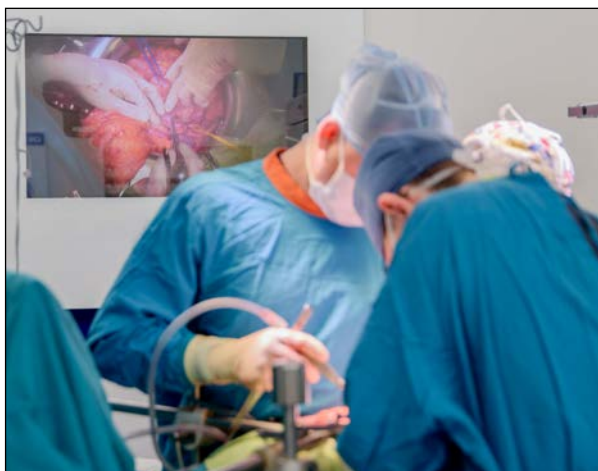
Важная составляющая нашей работы – донесение логики принятия того или иного решения по лечению до пациента и его родственников. Пациент недоволен, когда ему не объяснили, почему делается то-то или что-то не делается. Даже негативную информацию – отказ от лечения – необходимо четко аргументировать. С пациентами нужно разговаривать.

**– Каков объем оказываемой вами медицинской помощи?**

– За прошлый год проведено более 6 тысяч операций, 22 тысяч курсов химиотерапии и 18,5 тысяч случаев госпитализаций, 8,5 тысяч человек пролечено в условиях дневного стационара. ВМП была оказана 1844 пациентам.

**– Есть какие-то направления, на которых специализируется клиника, или вы осуществляете лечение всех видов ЗНО?**

– У нас представлены все направления, за исключением нейроонкологии, детской онкологии и



онкогематологии. Кроме того, на базе стационара работает единственное в городе отделение лечения больных онкологическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата. А полгода назад было принято решение о выделении отделения онкоколопроктологии из абдоминального. Мы сконцентрировали там всех профильных пациентов, что позволило значительно улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

**– Поликлинические врачи как-то помогают вам в выявлении онкозаболеваний?**

– На поликлинических врачах лежит огромная ответственность. Они должны вовремя обратить внимание на так называемые малые признаки онкологического заболевания, чему, к слову, нужно обучать и здоровое население. При появлении малых признаков нельзя не обращать на них внимание и надо срочно идти к врачу.

**– Насколько близко к идеалу выстроена московская система оказания медицинской помощи онкологическим пациентам?**

– Такой большой мегаполис, каким является Москва, – крайне непростой объект для выстраивания какой-то идеальной маршрутизации. Видя то, как сейчас принимаются решения на уровне городской администрации и как быстро они реализуются, есть надежда на то, что в ближайшее время удастся добиться четкого механизма работы системы на благо наших пациентов. Собственно, последние пару лет такая работа ведется прицельно.

**– Удастся ли совмещать управление клиникой с хирургической практикой?**

– Сейчас пойду в операционную! Конечно, не получается оперировать так же много, как раньше, но я очень люблю свою профессию и не могу обойтись без практики. Хорошо, что есть возможность оперировать и не терять квалификацию.

**ЕСТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ УЧИТЬСЯ**

Одна из проблем при проведении лапароскопических операций состоит в том, что хирург, как правило, видит двухмерное изображение операционного поля.



Лапароскопическая стойка с оборудованием для 3D-визуализации позволяет решить эту проблему. С заведующим отделением онкоколопроктологии ГКБ №62 **Ильей Черниковским** удалось

побеседовать во время операции по удалению опухоли сигмовидной кишки.

– Мы удаляем пораженную часть толстой кишки с лимфатическим аппаратом, который относится к этой части кишечника, – комментирует свои действия хирург. – После удаления будет сформирован межкишечный анастомоз.

**– Илья Леонидович, сколько по времени обычно идет такая операция?**

– Полтора-два часа. Лапароскопия позволяет реабилитировать пациента несколько быстрее, чем в случае, если бы операция выполнялась путем лапаротомии. Визуализация в данном случае лучше, чем при открытой хирургии, что позволяет более прецизионно выполнять оперативное вмешательство, а значит, и боли у пациента после операции будут менее выражены.

**– Каковы предпосылки создания такого специализированного отделения на базе многопрофильного стационара?**

– На протяжении полутора-двух десятков лет существует тенденция локализации процессов оперативного лечения больных колоректальным раком в специализированных отделениях клиник. Две основные причины: таких пациентов достаточно много, а значит, есть возможность и необходимость выполнения как можно большего объема оперативных вмешательств, и уданного вида операций есть особенности, которые требуют определенной профессиональной подготовки хирурга. Мы выполняем ежемесячно около 60 операций. По объему выполняемых операций наше отделение – одно из ведущих в стране, да и в мире мы выглядим вполне конкурентно.

**– Какие условия должны быть обязательно соблюдены при его организации?**

– Прежде всего такое отделение не может существовать само по себе, только в составе крупного стационара. Лечение больных колоректальным раком – комплексный процесс, оперативное вмешательство – лишь его часть. Нужна мультидисциплинарная команда. Безусловно, необходимы должным образом оборудованные операционные: лапароскопическое оборудование, расходные материалы. И, конечно, нужны врачи определенной квалификации.

**– Есть возможность учиться этому?**

– Возможности есть. В частности, на базе нашего отделения мы проводим мастер-классы по лапароскопической колоректальной хирургии для хирургов–онкологов-колопроктологов.

*Текст подготовили: Светлана Кудинова, Максим Белкин*

*Фото: Олег Кирюшкин, Игорь Чунусов, Екатерина Козлова*



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА  
www.nioz.ru



## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

## ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА

Государственное бюджетное учреждение города Москвы  
«Научно-исследовательский институт организации здравоохранения  
и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»  
в рамках имеющейся лицензии на образовательную деятельность

### ПРОВОДИТ ОБУЧАЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ВИД ОБУЧЕНИЯ	НАИМЕНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ, ЧАСЫ, ФОРМА ОБУЧЕНИЯ	ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ
Повышение квалификации	Организация здравоохранения и общественное здоровье	144 Очная	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заведующие структурными подразделениями (отделов, отделений лабораторий, кабинетов) медицинских организаций – врачи-специалисты</li> </ul>
Повышение квалификации	Экспертиза временной нетрудоспособности	72 Очная	<ul style="list-style-type: none"> <li>Главные врачи</li> <li>Заместители главного врача</li> <li>Заведующие структурными подразделениями</li> <li>Врачи-специалисты</li> </ul>
Повышение квалификации	Организация здравоохранения. Заполнение форм федерального статистического наблюдения	72 Очная	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заведующие структурными подразделениями</li> <li>Врачи-статистики</li> </ul>
Повышение квалификации	Организация здравоохранения. Правила кодирования заболеваемости и смертности населения. МКБ-10	72 Очная	<ul style="list-style-type: none"> <li>Врачи-специалисты</li> </ul>



ПО ЗАЯВКАМ ВЕДУЩИХ  
МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ  
ПРОВОДЯТСЯ  
ВЫЕЗДНЫЕ ЦИКЛЫ



НАШИ ЛЕКТОРЫ: ДОКТОРА И КАНДИДАТЫ НАУК,  
ПРАКТИКУЮЩИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ, ВЕДУЩИЕ ЭКСПЕРТЫ  
ОТРАСЛИ – ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ  
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИМЕЮТ БОЛЬШОЙ  
ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ЗАЯВКИ И ВОПРОСЫ ПО ОБУЧЕНИЮ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ: [niozmm-dpo@zdrav.mos.ru](mailto:niozmm-dpo@zdrav.mos.ru)



## **АНДРЕЙ ТЯЖЕЛЬНИКОВ:**

**«ЛЮБОЙ ВРАЧ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ПЕРЕЧЕНЬ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ПОДОЗРЕНИЕ НА ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ»**

Важная роль в работе по своевременной диагностике онкологических заболеваний принадлежит специалистам амбулаторного звена. О возможностях повышения уровня онконастороженности поликлинических врачей и роли амбулаторного звена в системе оказания помощи онкологическим пациентам рассказывает главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 121 ДЗМ» Андрей Тяжелников.

– Андрей Александрович, что представляет из себя поликлинический уровень оказания помощи онкологическим больным сегодня в целом? Насколько это соответствует мировой практике? Как такая система должна работать в идеале на уровне мегаполиса?

– Все онкологические пациенты, проживающие на конкретной территории, должны состоять на диспансерном учете в онкологических отделениях амбулаторных центров или онкологических диспансерах (согласно зоне обслуживания). Такие пациенты должны пожизненно наблюдаться у врача-онколога. Диспансерное наблюдение врачом-онкологом подразумевает периодические осмотры и плановые обследования с целью исключения рецидива или прогрессирования пролеченного онкологического заболевания.

При выявлении прогрессирования болезни врач-онколог принимает решение о возможности проведения специализированного или симптоматического лечения. В дневных стационарах онкологических отделений и онкодиспансеров проводится лекарственная противоопухолевая терапия (химиотерапия, гормонотерапия, таргетная терапия, иммунотерапия). А при необходимости врач-онколог должен направить больного в специализированный стационар.

В случае невозможности проведения специализированного лечения (по причине сопутствующих заболеваний или распространенности опухолевого процесса)

#### СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РФ (НА ПРИМЕРЕ 2008 И 2017 ГГ. В ДИНАМИКЕ)

- Доля больных онкологическими заболеваниями, выявленная на профилактических осмотрах, от общего числа впервые выявленных:

в 2008 г. составляла **9,9%**,  
в 2017 г. – **12,2%**

- Среди онкологических больных, выявленных при профосмотрах, I и II стадий заболевания:

**51%** – в 2008 г.,  
**57,5%** – в 2017 г.

пациент должен быть передан для наблюдения и симптоматического лечения в центр паллиативной помощи (хоспис) и врачу паллиативной помощи поликлиники. Пациент с онкологическим заболеванием, нуждающийся в паллиативной помощи, обязан наблюдаться на дому врачом-онкологом центра паллиативной помощи (хосписа) и врачом паллиативной помощи поликлиники. При наличии показаний пациента необходимо госпитализировать в стационар хосписа.

**– Каковы подходы к работе с пациентом на поликлиническом уровне с целью стимулирования его проходить необходимые обследования? Какова тут роль поликлиник и стационаров?**

– Основными мероприятиями по первичной профилактике заболеваний являются: пропаганда здорового образа жизни, рекомендации относительно труда и отдыха, питания, занятий спортом, борьбы с вредными привычками.

Каждый человек обязан нести ответственность за свое здоровье.

Для привлечения населения на профилактические медицинские осмотры должны применяться санитарно-просветительские мероприятия:

- применение наглядных средств (плакаты, лозунги), размещаемых в общественных местах и в лечебных учреждениях;
  - разъяснения и убеждения в виде печатной продукции (листовки, тематические памятки; информация, размещенная на сайтах медучреждений);
  - чтение лекций для населения, демонстрация тематических санитарно-просветительских видеофильмов.
- Особую важность приобретает санитарно-просветительская работа среди групп людей, имеющих повышенный риск возникновения заболеваний.

В медицинских учреждениях поликлинического и стационарного типа должны проводиться на регулярной основе акции по выявлению онкологических заболеваний и онкоскрининги.

**– Как обстоят дела с онкологической настороженностью у врачей поликлинического звена городской системы оказания медицинской помощи?**

– Онконастороженность в рутинной практике врачей поликлинического звена все прочнее занимает свое место. Этому способствуют проводимые образовательные проекты в виде семинаров и школ, направленных на формирование компетенций и знаний, помогающих не пропустить онкологическое заболевание. Любой врач, будь то терапевт, гинеколог, хирург или стоматолог, должен знать перечень симптомов и синдромов, вызывающих подозрение на онкологическое заболевание.

**– Речь идет фактически о любом враче-специалисте. Есть какие-то системные подходы к повышению онконастороженности? Каковы критерии оценки правильного подхода врача и стимулы для врачей?**

**В РФ В СТРУКТУРЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФОСМОТРАХ:**

- рак молочной железы **20,7%**
- рак легкого **19,4%**
- немеланомные опухоли кожи **18,1%**
- рак шейки матки **6,9%**
- рак простаты **5,7%**
- рак тела матки **3,7%**
- рак желудка **3,1%**
- рак прямой кишки **3%**
- рак щитовидной железы **2,7%**

– Основной критерий оценки правильного подхода врача – выявление случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях. И чем больше выявленных случаев на ранней стадии, соответственно, тем и выше оценка качества труда врача любой специальности. Стимулами для врачей являются спасенные жизни пациентов и получение гранта за раннее выявление онкологических заболеваний.

**– Достаточно ли тесно взаимодействуют врачи поликлинического и стационарного звеньев системы? Каким такое взаимодействие вам видится в идеале?**

– Поликлиники и стационары должны достаточно тесно взаимодействовать. Необходимо организовывать выездные мероприятия стационарных учреждений в амбулаторно-поликлинические учреждения для проведения круглых столов, семинаров, симпозиумов, научных конференций, на которых врачи амбулаторных и стационарных учреждений должны обмениваться опытом по диагностике и лечению различных заболеваний, налаживать контакты по взаимодействию, совместно разбирать сложные клинические случаи.

При необходимости врачи амбулаторного звена могут привлекать для консультаций различных специалистов медицинских организаций стационарного типа.

*Текст подготовил: Максим Белкин  
Фото: Игорь Чунусов*



## **ОЛЬГА ГОЛЬДМАН:**

**«ОНКОПСИХОЛОГ ДОЛЖЕН РАБОТАТЬ  
С ПАЦИЕНТОМ С МОМЕНТА ПОСТАНОВКИ  
ДИАГНОЗА»**



**Ольга Гольдман,**  
директор Службы помощи  
онкологическим больным  
«Ясное утро»

**Онкологический диагноз – непростое испытание для пациента, сопровождаемое серьезными изменениями психологического и эмоционального фона и требующее отдельного внимания. Помочь врачу отработать эту сторону взаимодействия с пациентом может онкопсихолог.**

**О месте онкопсихолога в системе оказания медицинской помощи онкологическим пациентам рассказывает директор Службы помощи онкологическим больным «Ясное утро» Ольга Гольдман.**

**– Ольга Эмильевна, давайте обозначим место онкопсихолога в общей схеме оказания помощи онкологическому больному. Каков функционал такого специалиста? Когда, на каких этапах лечения он подключается к процессу?**

– Онкопсихолог должен работать с пациентом с момента постановки диагноза, а в определенных случаях и до, когда человек сталкивается с обеспокоенностью по поводу возможного диагноза. Например, в случае с наследственной предрасположенностью к онкозаболеваниям.

На всем протяжении лечения пациента – от диагностирования до реабилитации и даже какое-то время после нее – помощь психолога бывает полезной, а часто и необходимой. Задача такого специалиста не только в поддержке и коррекции эмоционального состояния пациента, но и в том, чтобы работать совместно с врачом над повышением комплаентности. Психолог должен четко понимать, на какой стадии и с какими внутренними проблемами, страхами пришел пациент, и, исходя из этого, помогать врачу в выстраивании коммуникации с пациентом. Очевидно, что чем легче пациент переживает и принимает свой диагноз и состояние, чем легче он переживает естественные в такой ситуации стрессовые реакции, тем в большей степени он предрасположен к сотрудничеству с лечащим врачом.

**– Работают ли такие специалисты в московской государственной системе оказания медицинской помощи?**

– В медицинских учреждениях, с моей точки зрения, ставок психологов недостаточно, а существующие ставки не всегда заполнены.

**– Почему не заполняются ставки, на ваш взгляд? Не хватает квалифицированных специалистов?**

– Не могу сказать, что специалистов не хватает. Клинических психологов в городе достаточно, и в любом случае если будет спрос, то будет и предложение. Я думаю, что и врачи бы не отказались от помощи квалифицированных психологов, поскольку на них и так ложится большая ответственность и нагрузка в ходе лечения пациента. В условиях достаточно жесткого лимита времени на прием эмоциональный компонент, с которым приходит пациент к врачу, зачастую остается неотработанным. Это иногда может выливаться в конфликты, снижает приверженность лечению, приводит к эмоциональному выгоранию врачей. Мне кажется, причины отсутствия психологов в клиниках связаны прежде всего с нюансами принятия управленческих решений на уровне учреждения, с отсутствием понимания у администрации преимуществ и необходимости психологического сопровождения пациентов, отсутствием механизмов организации психологической работы в медицинских учреждениях.

**– В частных клиниках с этим дело обстоит лучше?**

– Да, конечно, ведь в частной клинике администрация и врачи намного больше заинтересованы в том, чтобы пациент был спокоен, доверял врачу, хотел продолжать лечиться.

**– Можно ли сказать, что на сегодняшний день у нас ситуация такова, что поиск психологической помощи фактически дело самого пациента?**

– Чаще всего это так. Бесплатно получить такую помощь амбулаторно можно только в специализированных учреждениях.

**– А как это должно быть, по вашему мнению, выстроено в идеале?**

– В идеале в каждой многопрофильной, и особенно онкологической, больнице должно быть отделение психотерапии (реабилитации), в штате должен быть врач-психиатр и медицинские психологи. Врачи должны иметь навыки профессиональной коммуникации с пациентом, уметь различать неблагоприятное состояние пациента и направлять его к профильным специалистам. Должна быть возможность продолжать наблюдать пациента в амбулатории после выписки из стационара, так как у большого числа пациентов проблемы не заканчиваются при выписке. Но это пока мечты.

**– Как и где готовят онкопсихологов?**

– Это дополнительное образование – повышение квалификации. После того как человек получает базовое психологическое образование, он при необходимости специализируется на онкопсихологии. Мы уже много лет организуем такой курс и выпустили несколько сотен специалистов.

**– А может ли лечащий врач взять на себя функцию онкопсихолога?**

– Мне кажется, что каждый должен заниматься своим делом. Становиться для пациента консультирующим психологом для врача было бы странно. Это отдельная специальность и достаточно большой объем работы.



**В ИДЕАЛЕ В КАЖДОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ, И ОСОБЕННО ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ, БОЛЬНИЦЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ (РЕАБИЛИТАЦИИ), ДОЛЖЕН БЫТЬ В ШТАТЕ ВРАЧ-ПСИХИАТР И МЕДИЦИНСКИЕ ПСИХОЛОГИ**

Но основы психологии врач, безусловно, должен знать. Здесь речь идет и об общих подходах к выстраиванию доверительного отношения между врачом и пациентом и о специфических техниках общения именно с пациентом онкологического профиля. В частности, это работа со страхом смерти и работа с родственниками, которые тоже эмоционально проживают все стадии, что и пациент с онкологическим диагнозом.

**– Существуют какие-то программы обучения этому для врачей?**

– Да, но их очень мало. В Москве мы сейчас проводим тренинги «Эффективный специалист» для медиков. К нам приходят не только врачи, но и медсестры. В каждой группе, естественно, своя специфика. Выезжаем с тренингами и в клиники, где в зависимости от запрашиваемой спецификации выстраиваем обучающие программы. Важный элемент обучения – работа с профессиональным выгоранием врачей.

**– Есть ли у вас какие-то совместные проекты с Департаментом здравоохранения города Москвы?**

– Да, мы проводили в прошлом году программу «Не тяни – позвони», нацеленную на просвещение жителей города по вопросам профилактики онкозаболеваний. Совместно с онкологической службой Москвы мы выпустили листовки по профилактике наиболее часто встречающихся видов рака. Наши психологи работают в больницах города в рамках Регламента взаимодействия ДЗМ с социально ориентированными некоммерческими организациями Москвы.

**– Как бы вы сформулировали цель работы онкопсихолога?**

– Я бы сформулировала так: цель – помощь пациенту в прохождении этапа лечения-реабилитации и достижении максимально возможного уровня качества жизни вне зависимости от медицинских перспектив лечения.

Текст подготовил: Максим Белкин

# ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ

## РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

**ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ И СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА – ФУНДАМЕНТ, НА КОТОРОМ СТРОИТСЯ УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ**

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии обусловлены устойчивой тенденцией роста заболеваемости во всем мире, которая и в обозримом будущем продолжит нарастать, что объясняется рядом субъективных и объективных причин: постарением населения, экологическими, экономическими и другими факторами. В 2017 г. в России впервые выявлено почти 541 тыс. онкобольных (более 617 тыс. новых опухолей), умерло от злокачественных новообразований 290,7 тыс. больных, что составляет 15,9% в общей структуре смертности (2-я причина после сердечно-сосудистых заболеваний). Около 40% впервые выявленных злокачественных новообразований имеют III-IV стадию заболевания, что обуславливает достаточно высокий показатель одногодичной летальности (22,5%). Для того чтобы исправить ситуацию, ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова ДЭМ» ежемесячно проводит школу онкологов для врачей первичного звена. Слово – экспертам по самым распространенным видам рака.



### ЛЕГКИЕ

#### Статистика

- 1-е место в мире по смертности.
- 1/4 всех онкологических больных.
- 1/3 всех умерших от рака.

#### Факторы риска

- *Курение.* Среди курящих мужчин риск развития рака легкого составляет 17%, женщин – 11%. Риск у некурящих не доходит до 1,5%. Важное значение имеет стаж курения. Критическим считается курение в течение 30 лет по одной пачке сигарет (папирос) в день. Доказано, что и пассивное курение на 20–30% увеличивает риск развития рака легкого.
- *Радионовое излучение.* Высокие уровни радона в домах и других зданиях увеличивают число новых случаев рака.
- *Профессиональные факторы.* Канцерогенным действием обладают все виды асбеста. Исследования показывают, что риск развития рака легких увеличивает



**Александр Белоусов,**  
к. м. н, научный сотрудник  
отделения высокотехнологичной  
хирургии ГБУЗ «МКНЦ  
им. А.С. Логинова Департамента  
здравоохранения г. Москвы»

воздействие мышьяка, кадмия, хрома, никеля и др. Необходимо тщательно собирать анамнез пациентов и уточнять, на каком производстве, в каких условиях они работали.

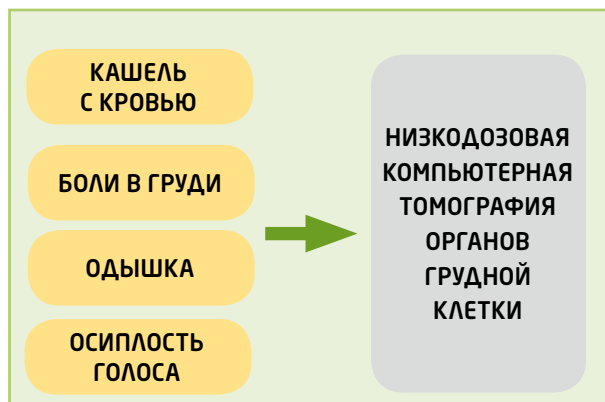
- **Вдыхание пылевых частиц и повышение их концентрации.** Исследования показывают, что у лиц, проживающих в районах с более высокими уровнями загрязнения воздуха, значительно повышен риск развития рака легких. При увеличении концентрации пыли в воздухе на 1% риск развития рака легкого возрастает на 14%.
- **Хронические болезни дыхательной системы.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), пневмония, туберкулез, бронхит, локализованный пневмофиброз и др. – значимые факторы риска.
- **Наследственность.** Семейная история рака легкого – существенный фактор риска. Генетические факторы риска: первичная множественность опухолей (излеченный пациент от злокачественной опухоли); 3 случая развития рака легкого в семье (у ближайших родственников) и более.

## Рекомендации

Каждый из этих факторов – повод насторожиться, даже если нет никаких клинических проявлений, и направить пациента на профилактическое рентгенологическое исследование или компьютерную томографию. В группе риска ее проводят 1 раз в год. При отсутствии выраженных факторов риска профилактическое обследование рекомендовано раз в 2 года.

Наш потенциальный пациент: мужчина, курящий более 30 лет, в том числе бросивший курить менее 15 лет назад, работающий/работавший с вредными веществами, живущий/работающий в условиях высокой концентрации пыли, радона, имеющий семейный анамнез рака легкого, ХОБЛ 3–4 стадий. Это группа максимального риска. И если на приеме такой пациент, автоматически включается алгоритм, как при подозрении на рак легкого.

Если у пациента нет клинических проявлений и он не



**ПАЦИЕНТАМ ДОСТУПНА КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ, КОТОРАЯ СТАЛА ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ В ДИАГНОСТИКЕ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ. НО ВАЖНО РАССТАВИТЬ АКЦЕНТЫ, КОГО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НА НЕЕ НАПРАВЛЯТЬ И КАК ДЕЙСТВОВАТЬ, ЕСЛИ ВЫ ВЫЯВИЛИ КАКОЙ-ТО ОЧАГ. НА РАННИХ СТАДИЯХ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ОТ 5 ЛЕТ ВЕСЬМА И ВЕСЬМА ПРИЛИЧНАЯ, НО ОНА НЕУКЛОННО СНИЖАЕТСЯ ПО МЕРЕ УВЕЛИЧЕНИЯ ОЧАГА, ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

относится к группе высокого риска, но на снимках обнаружены очаги, дальнейший алгоритм зависит от их размера. Менее 4 мм – наблюдение не требуется. 4-6 мм – контроль через 12 месяцев. 6-8 мм – контрольное исследование через 6 месяцев. Более 8 мм, даже при отсутствии симптомов и высокого риска лучше отправить пациента к фтизиатру или на КТ для уточнения диагноза.

Если же пациент относится к группе риска или имеет клинические проявления болезни (симптомы), то при размере очага в легких даже менее 4 мм мы все-таки выполняем контрольное обследование раз в полгода. При размере очага 6 мм необходимо направить пациента либо к фтизиатру, либо на компьютерную томографию, либо к онкологу.

Размер очага*	Наблюдение
≤4 мм	Наблюдение не требуется**
4–6 мм	Наблюдение через 12 месяцев. Если очаг не меняется, наблюдение не требуется
6–8 мм	Первое исследование через 6–12 месяцев, затем через 18–24 месяца, если нет динамики
>8 мм	Наблюдение через 3, 9 и 24 месяца, динамическая КТ, ПЭТ/КТ, биопсия

\* Среднее между максимальным и минимальным размером.  
 \*\* Риск злокачественной опухоли (<1%) в этой категории значительно меньше, чем при первичном КТ-скрининге бессимптомных курильщиков.

## ЖЕЛУДОК



**Иван Недолужко,**  
к. м. н, заведующий  
отделением оперативной  
эндоскопии ГБУЗ «МКНЦ им.  
А.С. Логинова Департамента  
здравоохранения г. Москвы»

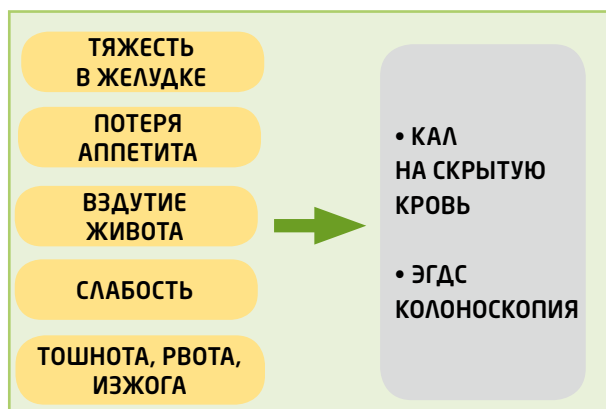
### Статистика

В структуре онкологической заболеваемости рак желудка составляет 6%.

В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований опухоли желудка составляют 9,8%.

### Факторы риска

- Возраст 50+, как и при всех онкологических заболеваниях.
- Онкологический семейный анамнез.
- *Helicobacter pylori*. Остается открытым вопрос, нуждаются ли пациенты, у кого этот сапрофитный микроорганизм никаким образом себя не проявляет, в санации.
- Мужской пол.
- Все виды гастритов. Они указывают, что у данного пациента риск рака желудка выше, чем среднестатистический. Наибольшей онконастороженности требует атрофический гастрит.
- Кишечная метаплазия и дисплазия слизистой желудка.



## Рекомендации

В любом случае начиная с 40 лет надо раз в 5 лет проходить гастроскопию. Ориентироваться лишь на настораживающие симптомы довольно ненадежно, они весьма общие и неярые: слабость, вялость, дискомфорт в верхних отделах живота, тошнота, рвота – все это время от времени случается с каждым. Поэтому нужна гастроскопия. Кстати, уже нигде в Москве не осталось фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), как нередко все еще называют процедуру, сегодня ее правильно называть эзофагогастродуоденоскопией (ЭГДС) или просто гастроскопией.



**ЛЮБАЯ ОПУХОЛЬ КОГДА-ТО БЫЛА МАЛЕНЬКОЙ. НАША ЗАДАЧА – НАСТИЧЬ ЕЕ ИМЕННО МАЛЕНЬКОЙ, ПОТОМУ ЧТО НА РАННИХ СТАДИЯХ МЫ ВПОЛНЕ МОЖЕМ ИЗБАВИТЬ ЧЕЛОВЕКА, НЕ ИНВАЛИДИЗИРУЯ ЕГО, ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Интересно, что сегодня с помощью эндоскопа фактически можно получить изображения столь же ясные, как у морфолога. При этом, если обнаруженное новообразование ограничено слизистой оболочкой, можно удалить его эндоскопически, и через 2 дня пациент выходит на работу. Поэтому мы должны агитировать людей, чтобы они приходили на гастроскопию, и, конечно, обращать внимание на жалобы.

Важная ремарка: гастроскопия не может длиться меньше 10 минут. Хотя от пациентов порой слышно: «Что вы тут возитесь, мне раньше за полминуты все делали». Конечно, сунуть и вынуть гастроскоп может любой, а для того чтобы найти ранний рак требуются опыт, внимательность, настороженность.

## ТОЛСТАЯ КИШКА





### **Заира Абдулатипова,**

к. м. н, научный сотрудник  
отделения колопроктологии  
ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова  
Департамента здравоохранения  
г. Москвы»

## **Статистика**

В развитых странах мира продолжается неуклонный рост заболеваемости раком толстой кишки. В мире ежегодно регистрируется 600 тыс. новых случаев рака толстой кишки. В России ежегодно регистрируется 40 тыс. новых случаев злокачественных заболеваний толстой кишки.

## **Факторы риска**

Существует ряд факторов риска развития колоректального рака, которые могут способствовать возникновению заболевания, быть пусковым механизмом, но точные причины до сих пор остаются неизвестны.

При наличии следующих факторов необходимо проведение своевременного скрининга:

- возраст старше 50 лет;
- отягощенный семейный анамнез (в данном случае скрининг необходимо начинать на 10 лет раньше, чем была выявлена опухоль у родственника);
- наличие в кишечнике полипов;
- воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона);
- несбалансированное питание (недостаток фруктов и овощей, избыток красного мяса, сладкого, мучного и т.д.);
- физическая пассивность;
- высокий индекс массы тела (избыточный вес и ожирение повышают риск развития колоректального рака);
- токсины (злоупотребление алкоголем, курение).

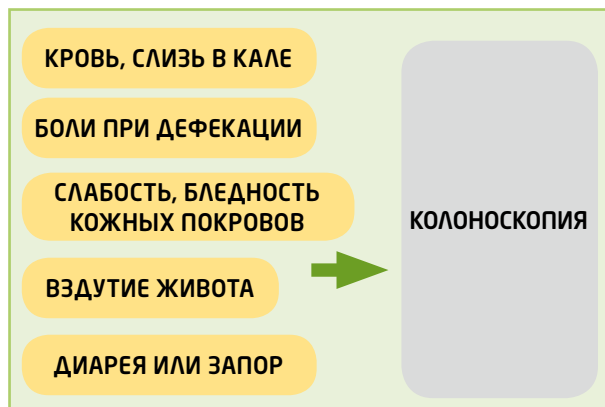


**КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК – ОДНО ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. ОСНОВНОЙ ПРОБЛЕМОЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ ПОЗДНЕЕ ОБРАЩЕНИЕ К ВРАЧУ И, КАК СЛЕДСТВИЕ, ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЗАПУЩЕННЫХ СТАДИЯХ, КОГДА РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЖЕ НЕВОЗМОЖНО. ПОЯВЛЕНИЕ ЖАЛОБ ЗАЧАСТУЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДОСТАТОЧНО ЗАПУЩЕННОЙ БОЛЕЗНИ. В 70% СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ, ИЗМЕНЕНИЕМ ХАРАКТЕРА И КОНСИСТЕНЦИИ СТУЛА. В 90% СЛУЧАЕВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ БОЛЬНОЙ БУДЕТ ОТМЕЧАТЬ ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ ИЛИ СЛИЗИ ПРИ ДЕФЕКАЦИИ. СЛЕДУЕТ ТАКЖЕ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА ОБЩИЕ ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ РАКОВОЙ БОЛЕЗНИ НА ОРГАНИЗМ (СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, АНЕМИЯ, ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА И Т.Д.). ПОЭТОМУ МЫ ПРОСТО ОБЯЗАНЫ ПРИСЛУШИВАТЬСЯ К ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТОВ И СВОЕВРЕМЕННО СТАВИТЬ ДИАГНОЗ**

## **Рекомендации**

Скрининговые мероприятия достаточно эффективны в отношении «профилактики» колоректального рака и позволяют в 80% случаев предупредить его развитие. Это значит, что даже при отсутствии жалоб каждому пациенту при достижении возраста 45–50 лет надо назначать анализ кала на скрытую кровь и колоноскопию.

Дальнейшая тактика зависит от результатов исследований: при отсутствии органических патологических изменений при колоноскопии пациенту показано динамическое наблюдение, а именно анализ кала на скрытую кровь 1 раз в год; при отрицательном результате – повторная колоноскопия каждые 5 лет. Если при колоноскопии выявляются 1–2 полипа размером меньше 1 см (аденомы), то повторная колоноскопия – через 3 года, но каждый год – анализ на скрытую кровь. Эти пациенты составляют



группу низкого риска. Группа среднего риска: при колоноскопии выявлено 3–10 полипов не более 1 см (при гистологическом исследовании – аденомы), тогда колоноскопия проводится каждые 2 года, а анализ кала на скрытую кровь – каждый год. Пациентам из группы высокого риска (при колоноскопии выявлены множественные либо крупные полипы, при гистологическом исследовании имеющие высокую степень дисплазии) назначается индивидуальная программа обследования.

Необходимо также помнить: у пациентов с диагностированным язвенным колитом надо проводить колоноскопию каждые 2 года и обязательно сопровождать ее лестничной биопсией (не менее 30 фрагментов слизистой толстой кишки).

Что можно рекомендовать людям для профилактики онкологических заболеваний толстой кишки? Своевременный скрининг (даже при отсутствии каких-либо жалоб), правильное питание (овощи, фрукты, морепродукты, меньше копченостей), умеренную физическую нагрузку, контроль массы тела, а также сезонный прием поливитаминов.

Полностью предотвратить развитие онкологического заболевания пока невозможно, но своевременное его выявление позволяет в 98% случаев привести к излечению больных.

## ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА



**Максим Зингеренко,**  
Д. м. н, доцент, заведующий  
отделением урологии ГБУЗ  
«МКНЦ им. А.С. Логинова  
Департамента здравоохранения  
г. Москвы»

### Статистика

Прирост заболеваемости раком предстательной железы в мире за 10 лет составил 122%. Впервые установленный диагноз рака предстательной железы при профилактическом осмотре – 15,4%. За 10 лет доля рака предстательной железы в общей заболеваемости и смертности мужчин от онкологических заболеваний возросла вдвое. В России до 40% случаев этого рака диагностируется на поздних стадиях, что приводит к высокой смертности.

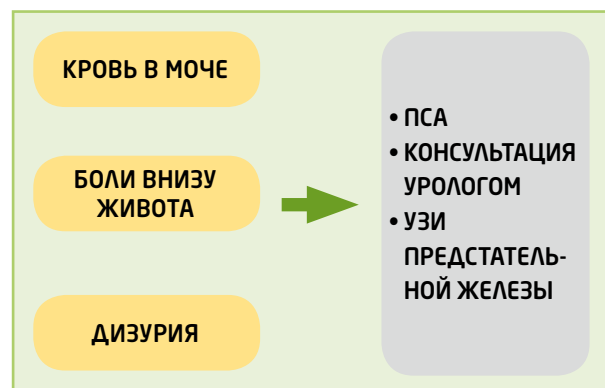
### Факторы риска

Хотя это самая распространенная форма рака среди мужчин, каких-то специфических факторов риска на сегодняшний день так и не выявлено.

- Основной фактор развития заболевания – возраст старше 50 лет. Риск повышается с увеличением возраста мужчины.
- Наследственная предрасположенность.
- Потребление пищи с высоким содержанием жиров, нерациональное питание (недостаточное употребление свежих овощей и фруктов).
- Расовая принадлежность: наиболее подвержены раку предстательной железы мужчины африканского происхождения. Достоверно можно сказать, что фактор риска – возраст, поэтому все мужчины старше 50 лет должны раз в год сдавать анализ на простатический специфический антиген (ПСА). Другие, казалось бы, очевидные факторы, такие как курение и даже заболевания мочеполовой системы, не повышают этого риска. Можно утверждать, что в определенном смысле это возрастные изменения. К 80 годам в структуре онкологических заболеваний рак предстательной железы занимает до 70% от общего количества мужчин, имеющих онкозаболевание. Разумеется, семейная история рака предстательной железы повышает риск его развития. В таком случае необходим скрининг уже с 45 лет.

### Рекомендации

Трудность для врача состоит в том, что симптоматики рака предстательной железы как таковой не существует. Чаще всего пациенты жалуются на нарушения мочеиспускания (учащение и затруднение и т.п.). Поэтому особенно важен скрининг заболевания, причем не только анализ крови на ПСА. Скрининг рака предстательной железы – это триада: ПСА, ТРУЗИ (трансректальное ультразвуковое исследование), пальцевое ректальное исследование. При этом далеко не всегда высокий уровень ПСА означает наличие рака предстательной железы. ПСА может повышаться при других заболеваниях предстательной железы – при хроническом



и остром простатите, аденоме (доброкачественной гиперплазии) простаты.

Достаточно распространено заблуждение, что у пожилых мужчин уровень ПСА может (или должен) быть повышен. Но даже если у пациента нет рака предстательной железы, мы должны разобраться в причинах повышения ПСА в каждом конкретном случае. Если нет возможности сделать это в поликлинике, в наш центр можно направлять любого гражданина РФ, даже если он не москвич. Задача врачей первичного звена – вовремя направить. Причем направление может выдать не только уролог, но и терапевт, и хирург. При этом важно, чтобы пациент приходил уже с результатами проведенного ему скрининга.

Для профилактики рака предстательной железы пациентам необходимо рекомендовать диету с большим количеством фруктов и овощей (особенно томатов), морепродуктов. Считается, что такая диета и ее состав особенно благотворно влияют на здоровье мужчины. Необходимо также рекомендовать ограничение употребления красного мяса и жирных молочных продуктов. Считается, что чрезмерное употребление этих продуктов повышает риск развития рака предстательной железы. Вести здоровый образ жизни и питаться здоровой пищей нужно начинать со средних лет.

## ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ



**Юлия Пономарева,**  
Д. М. Н, зав. отделением  
гинекологии ГБУЗ «МКНЦ  
им. А.С. Логинова Департамента  
здравоохранения г. Москвы»

### Статистика

11 млн новых случаев злокачественных новообразований женских половых органов ежегодно, включая до 550 тыс. случаев рака шейки матки, до 400 тыс. случаев рака яичников.

### Факторы риска

- Наследственность.
- Инфекции, передающиеся половым путем.



**РАК ШЕЙКИ МАТКИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ У ЖЕНЩИН ЛЮБОГО ВОЗРАСТА. ФАКТОРЫ РИСКА – ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, А ТАКЖЕ РАННЕЕ НАЧАЛО ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ, ОТСУТСТВИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ, ТРАВМАТИЧНЫЕ РОДЫ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВЫСКАБЛИВАНИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ, АБОРТЫ**

- Отсутствие контрацепции.
- Ранние первые роды.
- Отсутствие родов и кормления грудью.
- Нарушения менструального цикла, бесплодие, кисты яичников.
- Ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, болезни щитовидной железы.

### Рекомендации

Гинекологическое обследование должно проводиться ежегодно. Обследование включает в себя осмотр, взятие соскоба с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование. Исследование мазков может указать на наличие злокачественных изменений эпителия шейки матки и/или цервикального канала. Если возникло подозрение на злокачественное заболевание, следующий этап диагностики – расширенное кольпоскопическое исследование. Оно также проводится амбулаторно и не требует обезболивания: специальным образом проводится окрашивание шейки матки, что позволяет установить наличие измененных ее участков. Если при этом выявлены патологические изменения, то следующий этап уже выполняется под наркозом. Выполняется выскабливание цервикального канала и широкая биопсия шейки матки, что позволяет исследовать

**БОЛЬ  
В НИЖНИХ  
ОТДЕЛАХ  
ЖИВОТА**

**КРОВЯНИСТЫЕ  
ВЫДЕЛЕНИЯ**

**ЧАСТОЕ  
МОЧЕИСПУСКА-  
НИЕ**



- ОСМОТР  
ГИНЕКОЛОГОМ
- МАЗОК ШЕЙКИ  
МАТКИ И ЦЕР-  
ВИКАЛЬНОГО  
КАНАЛА  
НА ЦИТОЛОГИЮ
- КОЛЬПОСКОПИЯ

полностью ее клеточный состав и наиболее точно поставить диагноз, определить конкретные патологические изменения. В зависимости от результатов пациентка направляется либо под дальнейшее наблюдение, либо на оперативное лечение. Если диагностируется злокачественное поражение шейки матки, то обязательно проводится дополнительное обследование, которое позволяет максимально точно оценить степень распространения опухолевого процесса и определить комплекс наиболее адекватных лечебных мероприятий. Ежегодно необходимо выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза и брюшной полости. При выявлении при УЗИ изменений в полости матки обязательным является выполнение гистероскопии с выскабливанием полости матки, особенно у женщин пожилого и старческого возраста. Ранняя диагностика опухолей яичника также возможна при проведении УЗИ. В сомнительных случаях возможно выполнение магнитно-резонансной томографии, в идеале – с контрастированием. Все опухоли яичника подлежат оперативному лечению, поскольку определение рака возможно только в удаленной опухоли. В диагностике рака яичника широко используются определяемые в крови онкологические биомаркеры – СА-125, HE4, индекс ROMA, РЭА. Однако при определенных вариантах рака они могут быть неизмененными. Помимо обследования органов малого таза, при любых опухолях яичника требуется проведение гастро- и колоноскопии, что необходимо для исключения метастатического поражения яичников из первичной опухоли, локализованной в желудке или толстой кишке. Диагностика любого заболевания должна быть комплексной и включать в себя особенности клинического течения заболевания, результаты лабораторной и инструментальной диагностики. Центры женского здоровья готовы принимать женщин с любыми выявленными патологическими изменениями в половых органах – как по направлениям гинеколога, так и терапевта или как дополнительная консультация квалифицированных специалистов, весьма полезная для постановки точного диагноза и выработки адекватной лечебной тактики



## Статистика

За последние годы заболеваемость РМЖ опередила рак желудка и рак шейки матки и заняла 1-ю строку в перечне онкологических заболеваний у женщин. Ежегодно в мире, по данным Всемирной организации здравоохранения, выявляют около 1 млн новых случаев РМЖ. По разным данным, риск развития РМЖ составляет 1 к 10. Иначе говоря, в мире РМЖ заболевает каждая 10-я женщина. В то же самое время РМЖ является самым изученным и излечимым злокачественным заболеванием человека.

## Факторы риска

- Пол (на 135 заболевших женщин заболевает 1 мужчина).
- Возраст (пик заболеваемости РМЖ приходится на возраст 50–65 лет; примерно у 10% женщин заболевание появляется до 30 лет).
- Менструальный статус. Риск возникновения РМЖ возрастает при раннем наступлении менархе (первая менструация) – до 13 лет, при поздней менопаузе – после 55 лет.
- Генетический фактор (носительство генов BRCA I и BRCA II).
- Гинекологические заболевания в анамнезе (миома и полип матки, эндометриоз, кисты яичников, бесплодие и пр.).
- Отсутствие родов.
- Первые роды в возрасте старше 30 лет.
- Ожирение.
- Гипотиреоз.
- Курение и злоупотребление алкоголем.

## Рекомендации

Недостаточно ранняя диагностика РМЖ обусловлена главным образом запоздалым обращением женщин за медицинской помощью. Это связано с недостаточным знанием женщинами сущности проблемы и признаков заболевания молочной железы.

Единственным путем успешного излечения и снижения смертности от РМЖ в настоящее время является улучшение ранней диагностики.

Для того чтобы быть осведомленной о состоянии молочных желез, необходимо:

- знать, как выглядят молочные железы в норме;
- знать, как выглядят отклонения от нормы и какие ощущения они вызывают;
- регулярно проводить самообследование;

## РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



### Адхамжон Абдураимов,

д. м. н, профессор, руководитель филиала «Маммологический центр» (Клиника женского здоровья), заместитель директора по образовательной деятельности ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы»

- сразу обращаться к врачу в случае выявления изменений;
- не отказываться от предложения участвовать в массовом профилактическом обследовании молочных желез (скрининге).

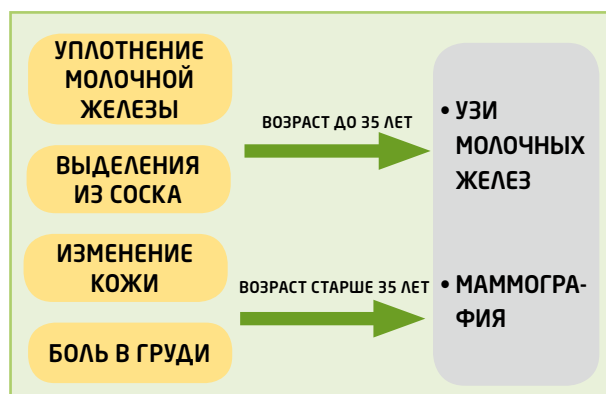
Самообследование молочных желез следует проводить на 5–14 день от начала менструального цикла, а женщинам в менопаузе – в любой день месяца. Оно включает в себя 4 простых шага:

1. Разденьтесь и встаньте перед зеркалом, руки опустите вдоль тела. Осмотрите молочные железы, обращая внимание на любые складки, ямки, изменения размера, формы или симметрии.
2. Поднимите руки над головой и обратите внимание на те же признаки.
3. Исследуйте молочные железы и подмышечные впадины на присутствие припухлостей или утолщения тканей.
4. Проверьте, имеются ли выделения из сосков. Особое внимание следует обратить на прозрачные, «янтарные» и кровянистые выделения.

Появление любого из описанных изменений требует обязательного обращения к врачу.

Современные особенности развития онкологических заболеваний, и в частности РМЖ, диктуют новые требования к диагностике в маммологии. На данном этапе развития лучевой диагностики наиболее эффективным признается так называемый мультимодальный подход. Он заключается в проведении комплексной диагностики РМЖ. Используются все доступные методы лучевой диагностики – ведущего направления в ранней доклинической диагностике РМЖ, направления, сделавшего РМЖ одним из наиболее легко выявляемых, а значит, и излечимых видов злокачественных заболеваний.

Первыми используются маммография и УЗИ молочных желез. Эти методы не столько конкурируют, сколько дополняют друг друга, лишь меняясь местами в разных возрастных группах. Так, у девушек и молодых женщин в возрасте до 35 лет на 1-е место выходит ультразвуковой метод исследования, а в старшем возрасте – маммография.



## РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ) В НАШЕЙ СТРАНЕ, КАК И ВО МНОГИХ РАЗВИТЫХ СТРАНАХ МИРА, ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Однако это вовсе не означает, что маммография не проводится молодым женщинам: исследование показано при выявленном во время УЗИ новообразовании в молочной железе. Подобная ситуация имеет место и у женщин в возрасте старше 35 лет, но УЗИ выполняется сразу за маммографией, имеет целью уточнение характера кровотока в новообразовании и дает возможность выполнить целый ряд лечебно-диагностических вмешательств. Может возникнуть вопрос, откуда берется такое соотношение. Ответ на него выходит из особенностей каждого метода: УЗИ позволяет исследовать плотные молочные железы, которые имеются у молодых женщин, и точно визуализировать полостные образования, то есть кисты. Кроме того, УЗИ не имеет лучевой нагрузки, поэтому возможен многократный контроль за состоянием молочной железы и даже исследование молочные железы у беременных женщин. Однако ультразвуковой метод несовершенен ввиду его субъективности и возникновения трудностей при визуализации образований на фоне жировой ткани, которая составляет основу строения молочной железы у женщин зрелого возраста. Тогда на помощь приходит основной метод ранней диагностики РМЖ – маммография. Несмотря на наличие лучевой нагрузки (кстати, весьма незначительной), маммография имеет важнейшее преимущество: метод позволяет диагностировать РМЖ на самой ранней стадии – непальпируемый РМЖ. Этот факт, в свою очередь, позволяет провести максимально раннее, а значит, щадящее и высокоэффективное лечение. Кроме того, маммография высокочувствительна в диагностике так называемого инвазивного РМЖ. С помощью маммографии реализуется наиболее эффективный вид профилактики рака молочной железы – скрининг.

Здоровый образ жизни: физическая активность, правильное питание, контроль веса и т.д. – все это имеет важное значение и в профилактике РМЖ, и в его раннем выявлении, когда пациентам можно с уверенностью сказать, что все будет хорошо.

Текст подготовила: Алина Дмитриева

По материалам «Школы онкологов» ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы».

# САМОДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Синдром профессионального выгорания развивается на фоне хронического стресса и ведет к эмоциональному и физическому истощению. Выгорание не является заболеванием, но пренебрежение к проявляющемуся процессу может привести к тяжелым психоэмоциональным последствиям, невозможности продолжения профессиональной деятельности. Пройдя тест, предназначенный для медиков, вы сможете самостоятельно оценить степень своего профессионального выгорания и в случае необходимости принять меры по профилактике этого состояния.

## Как проявляется и возникает эмоциональное выгорание?

Существует ряд признаков, по которым можно определить наличие профессионального (эмоционального) выгорания. Основные – это нежелание работать, отсутствие или сильное снижение удовлетворенности от результатов работы, повышенная утомляемость от выполняемой работы.

Эмоциональное выгорание не возникает внезапно, это постепенный процесс, в котором человек проходит через ряд стадий:

- для начальной стадии характерны хроническая усталость, эмоциональное истощение и опустошенность. Рекомендации: чередование видов деятельности, обогащение внепрофессиональной жизни, отдых;
- на второй стадии симптомы первой стадии усиливаются, а также появляется неудовлетворенность своей деятельностью. Рекомендации: обращение за эмоциональной поддержкой к близким, коллегам, обращение за профессиональной психологической помощью;
- третья стадия: ощущение себя неудачником, общая дисфункциональность, отсутствие энергии, признаки депрессии, невозможность сосредоточиться, злоупотребление алкоголем. Рекомендации: комплексное медико-психологическое сопровождение, долговременный отпуск.

## Почему стрессы средней интенсивности являются самыми опасными?

Стрессы высокой интенсивности человек замечает и, как правило, реагирует на стрессовый фактор. К стрессам средней интенсивности человек может быстро адаптироваться, научиться не обращать на них внимание. Отсутствие психологической реакции и разрядки

способствует накоплению стрессового состояния, которое приводит к профессиональному выгоранию.

## Почему врачи подвержены эмоциональному выгоранию в большей степени, чем работники других профессий?

Специалисты помогающих профессий в целом подвержены большему риску, чем другие специалисты. Для врачей этот риск усугубляется постоянным взаимодействием с большим количеством людей, которые находятся в стрессовой ситуации из-за болезни. По статистике, врачи-реаниматологи и врачи-онкологи наиболее подвержены профессиональному выгоранию в связи с высокой смертностью их пациентов.

## Опросник выгорания Маслач

Вам предлагается 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с работой. Пожалуйста, прочитайте внимательно каждое утверждение и оцените, как вы ощущаете себя на своей работе. (Опросник выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory, сокр. MBI) – тестовая методика, предназначенная для диагностики профессионального выгорания. Создана в 1986 г. К. Маслач и С. Джексон, в России адаптирована Н. Водопьяновой, дополнена математической моделью НИПНИ им. В.М. Бехтерева.) Если у вас никогда не было такого чувства, поставьте 0. Если у вас было такое чувство, укажите, как часто вы его испытывали по шкале от 1 до 6.

Отвечайте как можно быстрее, не задумываясь долго над выбором ответа.

«Никогда» – 0. «Очень редко» – 1.

«Редко» – 2. «Иногда» – 3.

«Часто» – 4. «Очень часто» – 5. «Каждый день» – 6.

№	Утверждение	Ваш балл
1	Я чувствую себя эмоционально опустошенным.	
2	К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон.	
3	Я чувствую себя усталым, когда встаю утром и должен идти на работу.	
4	Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты, и использую это для более успешного лечения.	
5	Я общаюсь с моими пациентами (больными) только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними до минимума.	
6	Я чувствую себя энергичным и эмоционально приподнятым.	
7	Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях с больными и их родственниками.	
8	Я чувствую угнетенность и апатию.	
9	Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение больных (пациентов).	
10	В последнее время я стал более черствым, бесчувственным по отношению к больным.	
11	Как правило, окружающие люди слишком многого требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня.	
12	У меня много планов на будущее, я верю в их осуществление.	
13	Я испытываю все больше жизненных разочарований.	
14	Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше.	
15	Бывает, мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими больными.	
16	Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех.	
17	Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с коллегами и в отношениях с моими больными.	
18	Я легко общаюсь с больными и их родственниками независимо от их социального статуса и характера.	
19	Я многое успеваю сделать за день.	
20	Я чувствую себя на пределе возможностей.	
21	Я многого еще смогу достичь в своей жизни.	
22	Больные – как правило, неблагодарные люди.	

Ключ		
Шкала	Сложите баллы по следующим вопросам	Ваша сумма баллов
Эмоциональное истощение	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	
Деперсонализация	5, 10, 11, 15, 22	
Редукция профессиональных достижений	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	

Оценка уровней выгорания			
Шкала	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Эмоциональное истощение	0–15	16–24	25 и больше
Деперсонализация	0–5	6–10	11 и больше
Редукция профессиональных достижений	37 и больше	31–36	30 и меньше

*Эмоциональное истощение.* Проявляется в переживаниях сниженного эмоционального тонуса, повышенной психической истощаемости и аффективной лабильности, утрате интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущении пресыщенности работой, неудовлетворенности жизнью в целом.

*Деперсонализация.* Проявляется в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – в негативизме и циничном отношении. На поведенческом уровне деперсонализация проявляется в высоком поведении, использовании профессионального сленга, юмора, ярлыков.

*Редукция профессиональных достижений.* Проявляется в негативном оценивании себя, результатов своего труда и возможностей для профессионального развития. Высокое значение этого показателя отражает тенденцию к негативной оценке своей компетентности и продуктивности и, как следствие, к снижению профессиональной мотивации, нарастанию негативизма в отношении служебных обязанностей, лимитированию своей вовлеченности в профессию за счет перекалывания обязанностей и ответственности на других людей, к изоляции от окружающих, отстраненности и неучастию, избеганию работы сначала психологически, а затем физически.

Материал предоставлен Службой помощи онкологическим больным «Ясное утро».

# ОСОБЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБРАЩЕНИЯ РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



### **Аннотация**

Развитие методик диагностики и лечения с использованием радионуклидов невозможно без налаживания полномасштабного производства радиофармпрепаратов, в том числе на базе медицинских учреждений. Между тем в российском законодательстве есть ряд нюансов, замедляющих полноценное развитие этого направления. В статье изложены обоснования для внесения изменений в существующую нормативно-правовую базу в сфере обращения радиофармацевтических препаратов.

**Ключевые слова:** радиофармацевтика, ядерная медицина, государственное регулирование.

### **Введение**

До начала 80-х гг. в СССР широко использовались технологии мирного атома в медицине. Применение радионуклидных методов в диагностике позволяло выявлять функциональные нарушения органов и их систем, а использование радионуклидов в лечении пациентов с целым рядом заболеваний приводило к устранению патологических процессов без оперативного вмешательства. Интерес к использованию радионуклидов для диагностики и лечения в России вновь появился в конце 2000-х гг. Широкое использование радиоактивных изотопов в медицине наблюдается в последние два десятка лет и в странах Европы, США. Это послужило основой для зарождения отдельной медицинской дисциплины – ядерной медицины. Радиоактивные вещества, используемые ядерной медициной, являются радиофармацевтическими лекарственными средствами, которые содержат в готовой для использования форме один или несколько радионуклидов (радиоактивных изотопов).

Уникальность методик ядерной медицины определяется применением специального медицинского оборудования, которое способно фиксировать ионизирующее излучение, исходящее от пациента, и обрабатывать полученную информацию, преобразуя ее в томографическое изображение. Исключительность им также придают радиофармацевтические лекарственные препараты, способные накапливаться в определенных морфологических структурах и патологических очагах или отражать динамику протекающих в органе физиологических, биохимических процессов.

В последние годы наблюдается активная государственная поддержка развития ядерной медицины. В целях освоения российскими производителями ключевых технологий производства компонентов

для современного высокотехнологического диагностического оборудования с высокой степенью визуализации, а также для проведения доклинических исследований, организации клинических исследований инновационных лекарственных препаратов (в том числе для нужд ядерной медицины) в 2010 г. была создана и реализуется федеральная целевая программа «Развитие медицинской и фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу» [1]. Пятью годами позднее в рамках поддержки развития ядерной медицины Правительство РФ утвердило дорожную карту «Развитие центров ядерной медицины» [2]. Несмотря на поддержку государства в разработке и проведении необходимых для регистрации исследований, новых отечественных радиофармацевтических лекарственных препаратов, доступных для оказания медицинской помощи с использованием технологий ядерной медицины, в России не появилось. Возможно, данное обстоятельство связано с особенностями государственного регулирования обращения радиофармацевтических лекарственных препаратов.

### **Актуальное состояние регулирования обращения радиофармацевтических препаратов**

В Российской Федерации отношения, возникающие в связи с обращением: разработкой, доклиническими и клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, стандартизацией и контролем качества, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом в страну и вывозом, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением – лекарственных средств,

регулируются Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее – Закон 61-ФЗ) [3]. Этот закон распространяется и на обращение радиофармацевтических лекарственных средств с учетом особенностей, установленных законодательством Российской Федерации в области обеспечения радиационной безопасности.

Текущая редакция Закона 61-ФЗ позволяет радиофармацевтические лекарственные препараты разделить на две условные группы:

- радиофармацевтические лекарственные препараты, подлежащие государственной регистрации;
- радиофармацевтические лекарственные препараты, не подлежащие государственной регистрации.

Первая группа подразумевает серийное производство препарата в условиях соблюдения правил надлежащей производственной практики организацией-производителем, имеющей лицензию на производство лекарственных средств. Вторая группа характеризуется необходимостью изготовления препарата непосредственно в медицинской организации.

Следует обратить внимание, что деятельность как по производству, так и по изготовлению лекарственных средств в соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» подлежит лицензированию [4]. Экспертиза радиофармацевтического лекарственного препарата для государственной регистрации проводится комиссией экспертов федерального государственного бюджетного учреждения соответствующего уполномоченного федерального органа исполнительной власти, созданного для обеспечения исполнения полномочий этого федерального органа по выдаче разрешений на проведение клинических исследований лекарственных препаратов и/или по государственной регистрации лекарственных препаратов (далее – экспертное учреждение). Эксперт обязан провести полное исследование представленных ему объектов, материалов, дать обоснованное и объективное заключение [3]. Результаты экспертизы лекарственного средства оформляются заключением комиссии экспертов, содержащим выводы о качестве, эффективности и безопасности лекарственного препарата. По результатам проведенной экспертизы лекарственного препарата уполномоченный федеральный орган исполнительной власти принимает решение о возможности государственной регистрации лекарственного препарата и внесении его в государственный реестр лекарственных средств.

Однако в соответствии с пунктом 6 части 5 статьи

13 Закона 61-ФЗ государственной регистрации не подлежат радиофармацевтические лекарственные препараты, изготовленные непосредственно в медицинских организациях. Порядок изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов непосредственно в медицинских организациях утвержден приказом Минздрава России от 27 апреля 2015 г. №211н (далее – Порядок изготовления) [5].

В соответствии с частью 4 Порядка изготовления медицинской организация утверждает документацию по изготовлению и обеспечению качества радиофармацевтических лекарственных препаратов. В ней с учетом требований соответствующих фармакопейных статей и общих фармакопейных статей последовательно (поэтапно) подробно представляется технология изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов, устанавливаются предельные значения изменений характеристик радиофармацевтических лекарственных препаратов, требования к сроку их хранения, упаковке и маркировке, контролю качества, а также описываются требования к проведению операций, связанных с очисткой, дезактивацией, дезинфекцией (стерилизацией) оборудования.

Общие фармакопейные статьи и фармакопейные статьи разрабатываются в соответствии с документом «Порядок разработки общих фармакопейных статей и фармакопейных статей и включения их в Государственную фармакопею, а также размещения на официальном сайте в сети Интернет данных о Государственной фармакопее», утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 августа 2010 г. №756н (ред. от 1 июня 2017 г.) [6], федеральным государственным бюджетным учреждением, созданным для обеспечения исполнения полномочий Министерства здравоохранения Российской Федерации по выдаче разрешений на проведение клинических исследований лекарственных препаратов и/или по государственной регистрации лекарственных препаратов в соответствии со статьей 15 Закона 61-ФЗ, в том числе на основании предложений, поступивших от субъектов обращения лекарственных средств. Общие фармакопейные статьи и фармакопейные статьи утверждаются Министерством здравоохранения РФ и составляют Государственную фармакопею.

Следует отметить, что в настоящее время Государственная фармакопея РФ содержит только общую фармакопейную статью ОФС.1.11.0001.15 «Радиофармацевтические лекарственные препараты» и не содержит фармакопейных статей, содержащих перечень показателей качества и методов контроля

качества конкретных радиофармацевтических лекарственных средств.

## **Обоснование необходимости изменений в сфере государственного регулирования обращения радиофармацевтических препаратов**

Все вышесказанное не только затрудняет деятельность медицинской организации по формированию фармацевтической системы качества при изготовлении радиофармацевтического лекарственного препарата, но и не позволяет осуществлять государственный контроль и надзор за его качеством. Одновременно следует отметить, что Законом 61-ФЗ не оговариваются правила разработки, доклинических и клинических исследований радиофармацевтических лекарственных препаратов, предназначенных для изготовления непосредственно в медицинской организации.

Следовательно, данные, позволяющие оценить эффективность и безопасность изготовленных радиофармацевтических лекарственных препаратов, отсутствуют. Указанные факты не позволяют однозначно оценить диагностическую значимость исследования с использованием радиофармацевтического лекарственного препарата, а в случае применения препаратов этой группы в целях лечения – спрогнозировать безопасность и эффективность его проведения. Таким образом, отсутствие нормативного правового регулирования в данной сфере ставит под вопрос соблюдение приоритетов государственного регулирования обращения лекарственных средств – соблюдение безопасности и эффективности при их обращении.

Важно отметить, что в соответствии с приложением 3 Правил надлежащей производственной практики, утвержденных приказом Министерства промышленности и торговли Российской Федерации от 14 июня 2013 г. №916 (далее – Приложение) [7], областью применения Приложения является деятельность промышленных производств, ядерных центров, институтов и ПЭТ-центров по производству и контролю качества следующих типов продукции:

- радиофармацевтических лекарственных средств;
- радиофармацевтических лекарственных средств для ПЭТ (позитронно-эмиссионной томографии);
- радиоактивных предшественников для производства радиофармацевтических лекарственных средств;
- радионуклидных генераторов.

Минпромторг России отнес деятельность промышленных производств, ядерных центров, институтов и ПЭТ-центров по производству и контролю качества радиофармацевтических лекарственных средств к лицензируемому виду деятельности – производство лекарственных средств. Необходимо обратить внимание и на формулировку, использованную в Приложении, а именно: «приготовление – подготовка набора в медицинской организации путем внесения в него радионуклида, элюированного из генератора, или с помощью радиоактивных предшественников». Минпромторг указывает также, что наборы, генераторы и радиоактивные предшественники должны быть зарегистрированы в установленном порядке. В этом контексте эффективность, безопасность и качество изготовленных радиофармацевтических лекарственных препаратов могут быть доказаны в процессе государственной регистрации компонентов, необходимых для изготовления.

Нельзя не обратить внимание и на то, что отсутствие государственной регистрации радиофармацевтических лекарственных средств, изготавливаемых непосредственно в медицинской организации в соответствии с требованиями Закона 61-ФЗ, противоречит обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Отношения, возникающие в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации предусмотренных Конституцией Российской Федерации прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду, регулируются Федеральным законом от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (далее – Закон 52-ФЗ) [8]. Частью 1 статьи 2 Закона 52-ФЗ установлено, что санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством государственной регистрации потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ и т.д. Следовательно, радиофармацевтические лекарственные препараты в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения подлежат государственной регистрации. Закон 52-ФЗ не делает исключений для радиоактивных веществ, изготовленных непосредственно в медицинских организациях.

Поскольку медицинская организация, занимающаяся изготовлением радиофармацевтических лекарственных препаратов, реализует в процессе своей деятельности не лекарственный препарат,

а медицинскую услугу, то ее действия подпадают под норму, закрепленную статьей 11 Закона 52-ФЗ, а именно: обязанность индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в соответствии с осуществляемой ими деятельностью – обеспечивать безопасность для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг, а также продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов и товаров для личных и бытовых нужд при их производстве, транспортировке, хранении, реализации населению.

Использование же при оказании медицинской помощи медицинскими организациями изготовленных радиофармацевтических лекарственных препаратов в рамках действующего законодательства может привести к нарушению реализации прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Аналогичный вывод можно сделать, рассмотрев часть 2 статьи 18 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [9] (далее – Закон 323-ФЗ), в которой установлено, что право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей

среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи.

## Заключение

В связи с изложенными выше рисками в целях совершенствования законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан и обращения лекарственных средств, устранения возможных нарушений конституционных прав и свобод граждан на охрану здоровья полагаем целесообразным устранить возникшие нормативные правовые коллизии и включить в сферу государственного регулирования радиофармацевтические препараты, изготовленные непосредственно в медицинских организациях.

## Конфликт интересов

Т.И. Курносова и М.Г. Гринин подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

## Список литературы

1. Распоряжение Правительства РФ от 1 октября 2010 г. №1660-р «Об утверждении Концепции федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу». [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_105529](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_105529).
2. Распоряжение Правительства РФ от 23 октября 2015 г. №2144-р «Об утверждении плана мероприятий «Развитие центров ядерной медицины». [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_188022](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_188022).
3. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». <http://base.garant.ru/12174909>.
4. Федеральный закон от 4 мая 2011 г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». <http://base.garant.ru/77663429>.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 апреля 2015 г. №211н «Об утверждении Порядка изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов непосредственно в медицинских организациях». <http://base.garant.ru/71060080>.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. №756н «Об утверждении порядка разработки общих фармакопейных статей и фармакопейных статей и включения их в Государственную фармакопею, а также размещения на официальном сайте в сети Интернет данных о Государственной фармакопеи» (ред. от 1 июня 2017 г.). [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_104355](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104355).
7. Приказ Министерства промышленности и торговли РФ от 14 июня 2013 г. №916 «Об утверждении правил надлежащей производственной практики». [http://minpromtorg.gov.ru/docs/#!/prikaz\\_minpromtorga\\_rossii\\_ot\\_14062013\\_\\_916\\_red\\_ot\\_18122015\\_ob\\_utverzhdenii\\_pravil\\_nadlezhashhey\\_proizvodstvennoy\\_praktiki](http://minpromtorg.gov.ru/docs/#!/prikaz_minpromtorga_rossii_ot_14062013__916_red_ot_18122015_ob_utverzhdenii_pravil_nadlezhashhey_proizvodstvennoy_praktiki).
8. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_22481](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481).
9. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895).

# РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОРОДЕ МОСКВЕ: ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА

Л.А. Ходырева<sup>1</sup>, С.А. Тимонин<sup>2</sup>, Е.К. Папанова<sup>3</sup>, А.А. Дударева<sup>4</sup>, С.Н. Минаков<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Заместитель директора по науке ГБУ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>2</sup>Руководитель отдела демографии ГБУ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>3</sup>Аналитик отдела демографии ГБУ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>4</sup>Заведующая отделом организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>5</sup>Заведующий организационно-методическим отделом по онкологии ГБУ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы»

## Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год в мире рак диагностируется более чем у 14 млн человек. В 2015 г. от рака умерло 8,8 млн человек, при этом каждая 6-я смерть в мире происходит вследствие онкологических заболеваний. Число смертей, обусловленных раком, в странах с низким и средним уровнем дохода превышает количество случаев смерти от ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, вместе взятых [1]. В совокупности рак печени, рак шейки матки, рак молочной железы, рак легкого, рак предстательной железы (РПЖ) и колоректальный рак составляют более половины (50,6%) от общего числа смертей от злокачественных новообразований в мире. Одной из основных причин смерти от рака среди мужского населения является РПЖ. По данным Международного агентства по изучению рака, злокачественные новообразования предстательной железы занимают 4-е место среди основных причин смерти от рака для всего населения и 2-е место в структуре онкологической смертности мужского населения в мире [2]. В 2017 г. в России было выявлено 617 тыс. новых случаев рака, отмечается прирост онкологической заболеваемости по сравнению с 2016 г. на 3% [3]. Адекватное лечение рака на I стадии в 80–95% случаев позволяет предотвратить смерть и приводит к полному выздоровлению.

Многочисленные эпидемиологические исследования показали, что в возрасте до 50 лет РПЖ развивается нечасто, однако после 50 лет риск заболевания им увеличивается в несколько раз. В силу этого РПЖ в основном встречается у мужского населения среднего и пожилого возраста, поэтому данное заболевание преобладает в развитых странах, имеющих высокую продолжительность жизни. Данная ситуация характеризуется эффектом

вестернизации, когда сокращается смертность от рака, имеющего по большей части инфекционные причины, и увеличивается смертность от рака, связанного с репродуктивной системой, гормональным фоном и образом жизни человека.

Встречаемость РПЖ широко варьирует в зависимости от географической зоны, с наиболее высокими показателями в Австралии / Новой Зеландии и Северной Америке (стандартизированный по возрасту показатель составляет 111,6 и 97,2 случая на 100 тыс. человек), Западной и Восточной Европе (94,9 и 85 на 100 тыс. человек), преимущественно вследствие скрининга путем определения простатоспецифического антигена (ПСА) и стареющей популяции [5]. Уровень заболеваемости РПЖ имеет средние показатели в менее развитых регионах, а именно на Карибских островах (79,8), в Южной Африке (61,8), Южной Америке (60,1), и низкие – в Азиатском регионе, составляя около 10,5 и 4,5 случая на 100 тыс. человек в Восточной и Центральной Азии соответственно [2].

По данным канцер-регистра, в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) в структуре по распространенности на 1-м месте стоит рак молочной железы (14%), на 2-м – рак кожи, кроме меланомы (10%), на 3-м месте – РПЖ (9%) [4].

Заболеваемость РПЖ в 2017 г. в Москве составила 62 случая на 100 тыс. населения [6]. По данным канцер-регистра, в медицинских организациях ДЗМ с 2012 по 2017 г. количество пациентов с РПЖ, находящихся на диспансерном наблюдении, возросло до 13,2%, при этом число пациентов, находящихся под наблюдением в течение 5 лет, увеличилось в 2 раза. Впервые РПЖ выявлен в III и IV стадиях в 33% случаев в 2012 г. и в 30% – в 2017 г. Впервые РПЖ выявлен в IV стадии в 11,5% в 2012 г. и в 13,2% – в 2017 г. [4].

Среди всех локализаций РПЖ составляет наибольшую долю от общего числа впервые выявленных злокачественных новообразований у мужчин по Москве (22,7%), а также является одной из основных причин летальности москвичей в структуре общей летальности (8,4%) от злокачественных новообразований (ЗНО) [4].

По различным данным, наследственностью обусловлены от 7% до 10% случаев злокачественных опухолей. РПЖ у отца или брата увеличивает риск заболевания вдвое. У больных наследственным РПЖ, как правило, диагноз устанавливается на 16 лет раньше, чем в среднем, но клиническое течение заболевания не отличается по другим параметрам [5]. РПЖ может длительное время протекать бессимптомно, в большинстве случаев появление симптомов отмечается на поздних стадиях. По результатам московского исследования под руководством главного специалиста по урологии ДЗМ и МЗ РФ, член-корреспондента РАН, профессора Д.Ю. Пушкаря, у пациентов, поступивших в стационар с острой задержкой мочеиспускания (ОЗМ), РПЖ был диагностирован в 24,2% случаев. Средний уровень ПСА в этой группе пациентов составил 5,2 нг/мл, и они были моложе, чем больные ДГПЖ, у которых возникла ОЗМ [7].

Противораковая борьба является сложной задачей, и успеха с ней можно достичь, когда она является приоритетной для национальной системы здравоохранения. Комплексные меры борьбы с раком включают в себя профилактику, раннюю диагностику и скрининг, паллиативную помощь и контрольное наблюдение за излеченными больными. В медицинских организациях ДЗМ утверждается План мероприятий, направленных на повышение уровня онкологической настороженности у населения и работников государственной системы здравоохранения Москвы [1, 8].

Наиболее эффективным стратегическим методом борьбы с онкологическими заболеваниями является скрининг. Скрининг проводится с использованием дешевых, простых, неинвазивных диагностических процедур, имеющих высокую чувствительность. По определению ВОЗ, скрининг ориентирован на выявление бессимптомного рака или предраковых состояний в практически здоровой целевой популяции без каких-либо симптомов и включает в себя: информирование и приглашение целевого контингента населения на скрининг, проведение скринингового теста и контроль его результатов, направление на дополнительное обследование людей с положительным результатом теста для патоморфологической диагностики и установления стадии заболевания, обеспечение доступности эффективного лечения [1].

Частота ложноотрицательных и ложноположительных результатов ПСА достигает 20–40% и 15–25% соответственно [9]. По этой причине в мировой литературе отношение к скринингу ПСА неоднозначное, однако последствия его отсутствия очевидны – это поздняя обращаемость и диагностика РПЖ на поздних стадиях, когда стоимость лечения и сохранения жизни одного пациента возрастает многократно.

### Особенности смертности от рака предстательной железы в Москве

Важным индикатором эффективности выявления и лечения онкологических заболеваний является уровень смертности. Для сравнения уровня смертности в Москве с другими странами и регионами нами используются стандартизованные коэффициенты смертности, позволяющие корректно сравнивать уровень смертности среди населения с разной возрастной структурой [10].

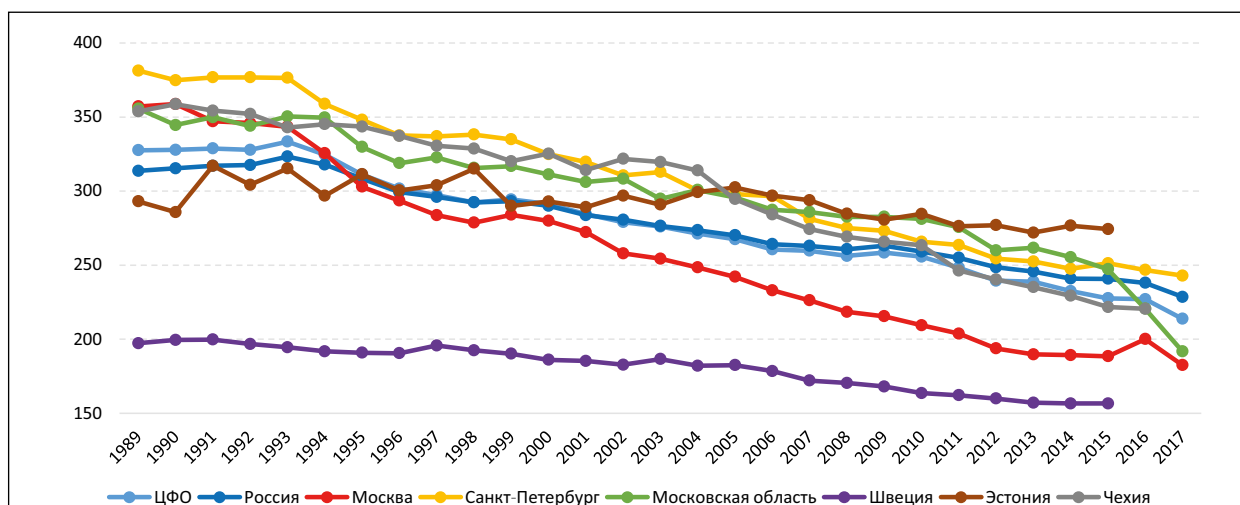


Рис. 1. Стандартизированный коэффициент смертности от злокачественных новообразований, мужчины, 1989-2017 гг., на 100 тыс. населения

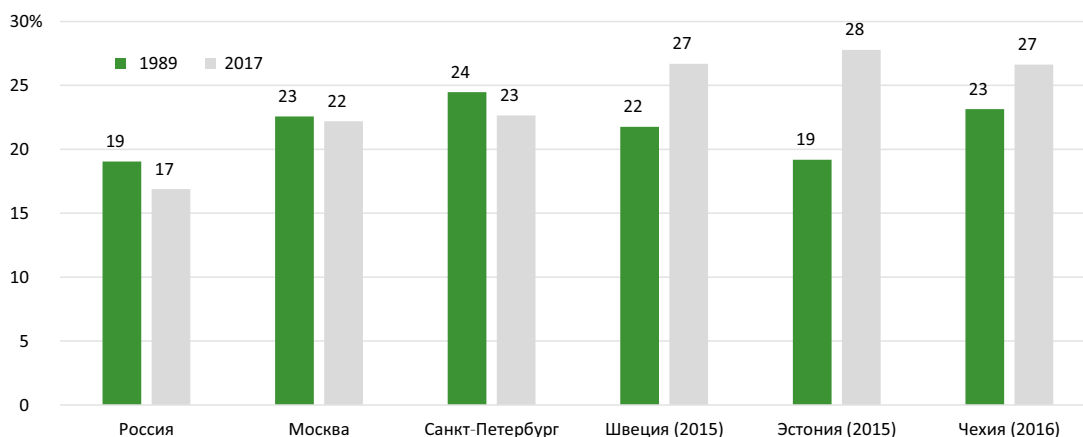


Рис. 2. Доля СКС от злокачественных новообразований в структуре смертности от всех причин, мужчины, 1989 и 2017 гг., %

Нами были использованы данные Федеральной службы государственной статистики (Росстат) по причинам смерти, с распределением населения по полу, 5-летним возрастным группам, краткой номенклатуре причин смерти, и рассчитанные на их основе коэффициенты смертности, представленные в Российской базе данных по рождаемости и смертности [11]. Для международных сравнений также были использованы данные базы данных по смертности ВОЗ WHO Mortality Database [12].

Стандартизованные коэффициенты смертности (СКС) рассчитаны по методу прямой стандартизации с использованием европейского стандарта возрастной структуры населения 1976 г. Таким образом, полученные значения СКС сопоставимы с данными базы данных Health for All (HFA-DB) Европейского бюро ВОЗ [13].

Уровень смертности от новообразований в Москве ближе к уровню европейских стран. При этом среди мужчин СКС к концу периода на треть ниже, чем в Эстонии. СКС от злокачественных новообразований в целом в Москве снижается более заметными темпами по сравнению с Россией и Центральным федеральным округом. До середины 1990-х гг. показатель СКС для мужчин в Москве был на 16% выше, к 2017 г. в Москве он стал ниже на 20%, и до 2015 г. по этому показателю Москва существенно опережала также и Московскую область (рис. 1). Кроме того, за 1989–2017 гг. значительно увеличился разрыв по показателю СКС между Москвой и Санкт-Петербургом.

Доля новообразований в СКС от всех причин в Москве с 1989 по 2017 г. среди мужчин почти не изменилась. Тем не менее в Москве доля умерших от новообразований выше, чем в России в целом, и более близка к уровню европейских стран. Однако за указанный период в европейских странах доля СКС от новообразований заметно увеличилась (рис. 2), что

связано, вероятно, с более быстрым снижением смертности от других причин смерти по сравнению с новообразованиями. В структуре смертности от ЗНО доля СКС от РПЖ в Москве и России имеет тенденцию к увеличению: с 1990 по 2017 г. эта доля увеличилась в России с 3% до 8%, а в Москве – с 5% до 9%.

В Швеции, как стране с одним из наиболее низких уровней смертности от ЗНО, показатель более высокий – 18–20%, и он значительно не изменился за 1990–2015 гг. (рис. 3). При этом для Швеции, к примеру, характерна гораздо более низкая доля смертей от рака желудка.

СКС от ЗНО предстательной железы в Швеции и Чехии с 2003–2004 гг. имеет четкую тенденцию к снижению, тогда как в России в целом и в ЦФО этот показатель увеличивается на протяжении всего рассматриваемого периода. В Москве он несколько снизился в 2007 и 2013 гг., однако в целом устойчивого его снижения не наблюдается.

В начале 1990-х гг. СКС от ЗНО предстательной железы в Москве был выше, чем в целом по России, но к 2010 г. показатели сблизились. При этом СКС в Москве и регионах России ниже уровня, наблюдаемого в европейских странах, за исключением Чехии в 2011–2016 гг. (рис. 4). Подобная закономерность может быть связана с особенностями выбора первоначальной причины смерти в наиболее старших возрастных группах.

В целом изменение возрастных коэффициентов смертности от ЗНО в России заметно отличается от зарубежных [14]. Притом что в европейских странах СКС от ЗНО с возрастом интенсивно увеличивается, в России этот показатель почти не изменяется или даже снижается после 80 лет, что связано с особенностями выбора первоначальной причины смерти, а именно частого использования вместо определенных причин смерти причины «старость».

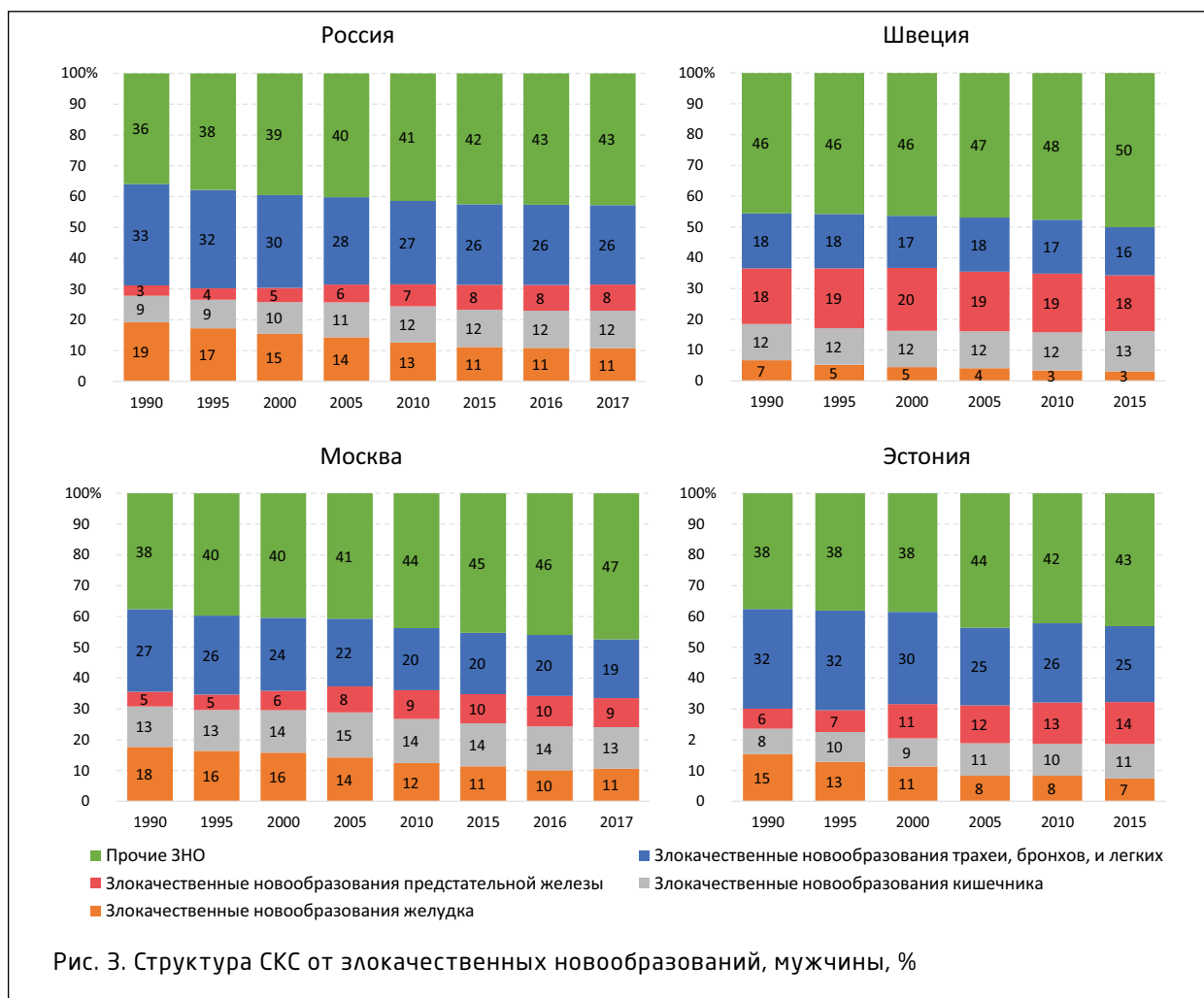


Рис. 3. Структура СКС от злокачественных новообразований, мужчины, %

Эти особенности также характерны и для Москвы: показатели смертности от ЗНО в возрасте до 75–80 лет выше по сравнению с европейскими странами, при этом в более старшем возрасте показатели заметно ниже, чем в Швеции и Эстонии. Однако существуют и заметные отличия от российской возрастной модели смертности от ЗНО: так, в России в возрасте старше 70 лет смертность от ЗНО снижается среди мужчин, тогда как в Москве с возрастом более заметна тенденция к росту смертности от ЗНО (рис. 5). Учитывая, что причина смерти «старость» не используется в Москве, причиной низких показателей смертности для Москвы является, вероятнее всего, завышение численности населения Москвы в пожилом возрасте, наиболее заметно проявляющееся среди мужчин [15]. Тем не менее даже с учетом фактора вероятного занижения возрастных коэффициентов смертности от рака следует отметить, что наибольший уровень смертности от РПЖ в Москве приходится на наиболее старшие возрастные группы и закономерно увеличивается с возрастом (рис. 6).

### Результаты скрининга на выявление заболеваний предстательной железы в Москве

В 2018 г. в медицинских организациях ДЗМ проведен массовый скрининг на выявление заболеваний предстательной железы, молочной железы и яичников.

Скрининг заболеваний предстательной железы проводился в популяции мужчин в возрасте 40 лет и старше, добровольно желающих сдать кровь на определение ПСА.

Анализ результатов скрининга проводился по отчетам медицинских организаций ДЗМ. Всего исследовано 26 717 образцов крови. Перед забором крови на исследование все мужчины подписывали информированное согласие и заполняли анкету, которая была представлена 3 вопросами: 1) «В течение жизни проходили ли Вы лечение по поводу рака предстательной железы, рака поджелудочной железы, рака толстой кишки?»; 2) «Были ли Вы на приеме у врача-уролога в марте 2018 г.?»; 3) «В течение жизни проходили ли Ваши

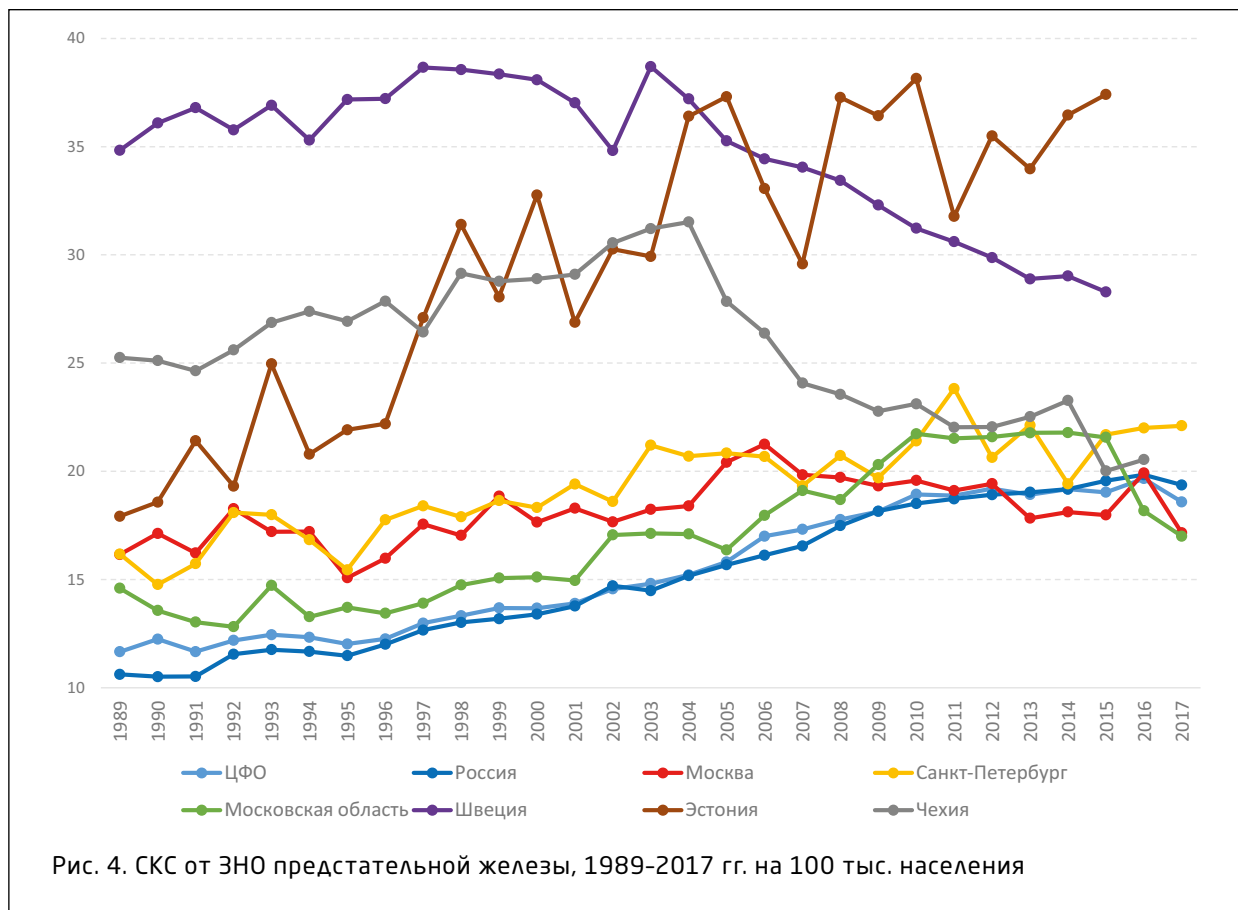


Рис. 4. СКС от ЗНО предстательной железы, 1989-2017 гг. на 100 тыс. населения

родственники лечение по поводу рака предстательной железы, рака поджелудочной железы, рака толстой кишки? Если да, укажите, кто именно».

Статистический анализ 3075 анкет выявил, что ранее проходили лечение по поводу онкологических заболеваний 72 человека, из них по поводу РПЖ – 49, рака поджелудочной железы – 6, рака толстой кишки – 17 пациентов. Наследственность по онкологическим заболеваниям была отягощена у 385 человек. Рак предстательной железы встречался у 132 близких родственников, рак поджелудочной железы – у 101, рак толстой кишки – у 152. Полученные данные показали, что у 12,5% пациентов имелись наследственные факторы риска развития онкологических заболеваний (в том числе РПЖ – у 4,3%).

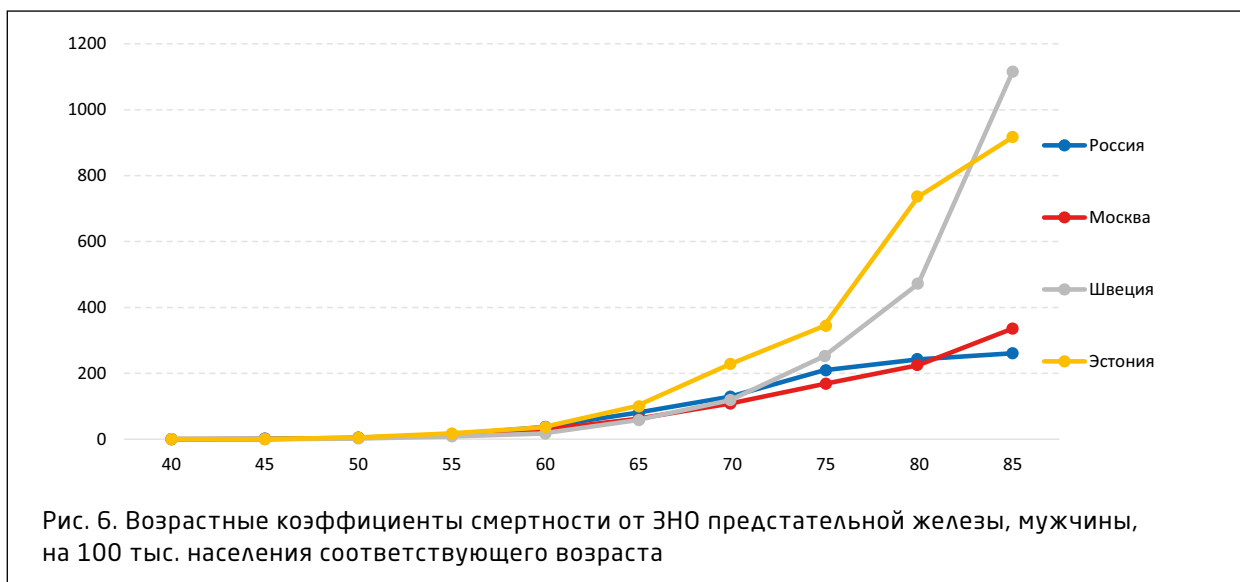
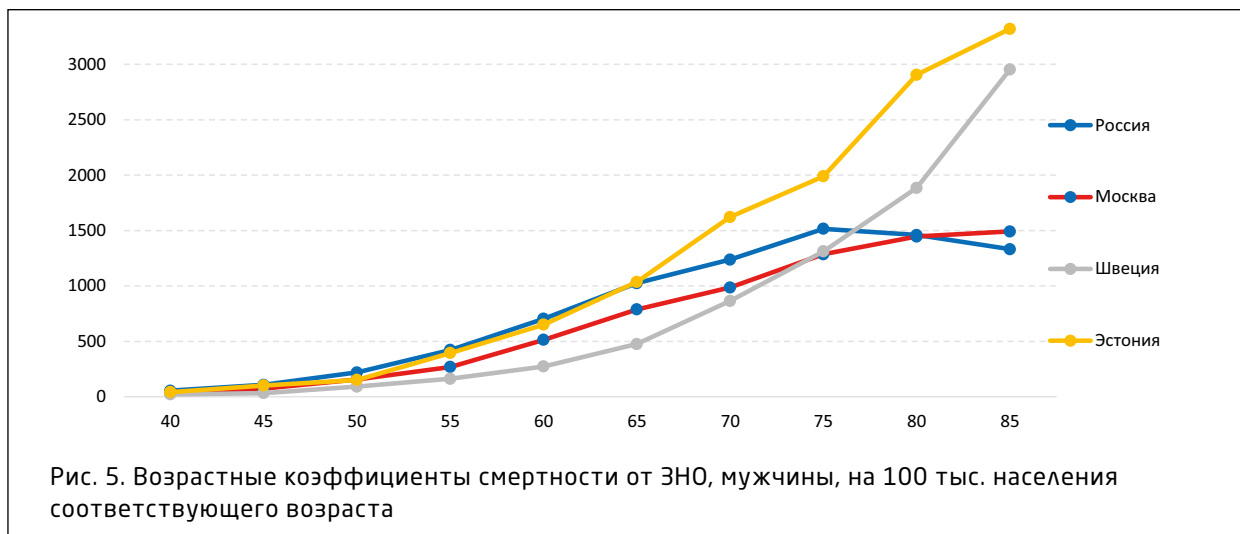
Повышенный уровень ПСА в крови обнаружен у 1816 мужчин. Пациентам было предложено дополнительное обследование, включающее в себя анкетирование по опроснику оценки симптомов при заболеваниях простаты (IPSS), осмотр урологом и пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы, урофлоуметрию с определением количества остаточной мочи. Биопсия предстательной железы выполнена

543 пациентам, заболевание в I–II стадиях выявлено у 84,8% мужчин, в III–IV стадиях – у 15,2%.

## Обсуждение

Одной из характеристик смертности в России является высокая смертность от внешних причин и сердечно-сосудистых заболеваний, при этом особенно большие различия в смертности между Россией и странами с высокой продолжительностью жизни наблюдаются в трудоспособном возрасте. Таким образом, вследствие высокой преждевременной смертности в России ниже и доля населения, доживающего до возраста, в котором наиболее высока смертность от ЗНО, в частности от РПЖ. Кроме того, особенности выбора первоначальной причины смерти в России способствуют занижению уровня смертности от ЗНО в наиболее старших возрастах (старше 80 лет).

По сравнению с США и Европой в России отстает уровень медицинского обслуживания и информированности населения [16]. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия получила распространение в 90% клиник США, во Франции – в 25%, тогда как в России лишь несколько центров оснащены данной аппаратурой [17].



Важную роль в процессе раннего выявления ЗНО в мире сыграло улучшение их диагностики с появлением ультразвуковых методов исследования, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и др. [18].

Одним из успешных методов борьбы с высоким уровнем смертности от рака были мероприятия по популяризации здорового образа жизни. Отказ от курения, качество питания населения и потребление в большем количестве свежих овощей и фруктов и т.д. Благодаря развитию медицины, появлению эффективной химиотерапии и таргетных препаратов, развитию лучевой терапии и внедрению в клиническую практику малоинвазивных видеодоскопических технологий в развитых странах увеличивается уровень выживаемости пациентов после диагностирования онкологического заболевания [16]. В 2004–2005 гг. суммарные глобальные расходы на

проведение фундаментальных и клинических исследований в области онкологии составили 14,03 млн евро. В Европе расходы на исследования раковых заболеваний находятся в одинаковых пропорциях между государственными и частными источниками финансирования. В США помощь благотворительных организаций составляет около 2% от ВВП, в Англии – 0,8%, в Нидерландах – 0,5%, во Франции – 0,3% [19]. Однако периоды увеличения случаев выявляемости и смертности от РПЖ во многих странах были связаны с внедрением в клиническую практику ПСА, определение которого в сыворотке крови привело к кардинальным изменениям в 1980-х гг. и позволило считать его основным инструментом в ранней диагностике и скрининге РПЖ.

Южная Корея относится к странам с наименьшим уровнем смертности от РПЖ в мире, что связывают с национальной

диетой, богатой изофлавонами, морепродуктами и употреблением натуральной сои, популярностью активного образа жизни и широким применением робот-ассистированной хирургии. В период с 2002 по 2008 г. число выявленных случаев РПЖ в Южной Корее увеличилось в 4 раза, среди причин выделяли увеличение средней продолжительности жизни и кампании по скринингу РПЖ путем определения уровня ПСА в крови [20]. Пик стандартизированного коэффициента смертности от ЗНО предстательной железы в Канаде и США приходился на начало 1990-х гг. и на 2003 г., что является следствием проведения активных скрининговых программ по их выявлению. ПСА-тест получил широкое распространение в Канаде с 1988 г., в США – с 1986 г. Смертность от РПЖ постепенно увеличивалась с 1986 г. до середины 1990-х, затем с 2000 г. началось ее снижение, которое было связано с улучшением качества лечения, введением гормональной терапии как на ранних, так и на поздних стадиях заболевания и повышением уровня информированности населения о данном заболевании [16].

Эстония – лидер по уровню смертности от РПЖ среди анализируемых стран. Канцер-регистр в Эстонии был создан в 1968 г., в нем отражены данные по ЗНО начиная с 15-летнего возраста. Отсутствие системы скрининга, выявления раковых заболеваний на ранних стадиях отражено в высоком уровне смертности от РПЖ. Похожая ситуация наблюдается в Дании, где также отсутствует система регулярного обследования населения [21].

## Выводы

1. Проведение комплексных мероприятий, включающих в себя скрининг и раннюю диагностику онкологических заболеваний, интеграция всех медицинских работников в процесс борьбы с раком являются наиболее приоритетными задачами системы здравоохранения.
2. Инвестиции в развитие скрининга и программ раннего выявления онкологических заболеваний особенно важны в условиях мегаполиса Москвы.

## Список литературы

1. Руководство по ранней диагностике рака [Guide to cancer early diagnosis]. Женева. Всемирная организация здравоохранения. 2018. С. 37.
2. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin D.M., Forman D., Bray F. GLOBOCAN. 2012. V. 1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase. №11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842>.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2018. С. 4.
4. Московский городской канцер-регистр, 2017.
5. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов. Рекомендации по раку предстательной железы, 2018.
6. Сборник. Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы. ГБУ «НИИ ОЗММ» ДЗМ, 2018.
7. Пушкарь Д.Ю., Малхасян В.А., Ходырева Л.А. и др. Анализ и оптимизация медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания, поступающим в стационары г. Москвы. Экспериментальная и клиническая урология. 2016. №2. С. 4.
8. Приказ ДЗМ №144 от 22 февраля 2018 г. «Об утверждении Плана мероприятий, направленных на повышение уровня онкологической настороженности у населения и работников государственной системы здравоохранения г. Москвы».
9. Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В., Сидоренков А.В. и др. Ранняя диагностика рака предстательной железы. Методические рекомендации ДЗМ, 2015. С. 40.
10. Папанова Е.К., Тимонин С.А. Демографические показатели в системе медицинской статистики. Московская медицина. 2017. №1 (16). С. 50–58.
11. РосБРИС (2018). Российская база данных по рождаемости и смертности Центра демографических исследований Российской экономической школы. URL: [http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr\\_indicat/data](http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data) (дата обращения: 05.07.2018).
12. WHO MD (2016). World Health Organization Mortality Database. WHO. URL: [http://www.who.int/healthinfo/mortality\\_data/en/](http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/) (accessed 10.06.2018).
13. European Health for All database (HFA-DB). WHO Regional Office for Europe (2018). URL: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/> (accessed 15.09.2018).
14. Данилова И.А. Проблемы качества российской статистики причин смерти в старческом возрасте. Успехи геронтологии. 2015. Т. 28. №3. С. 409–414.
15. Папанова Е.К., Школьников В.М., Андреев Е.М., Тимонин С.А. Высокая продолжительность жизни москвичей после 80 лет – реальность или статистический артефакт? Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. №6. С. 826–835.
16. McDavid K., Lee J., Fulton J.P., Tonita J., Thompson T.D. Prostate cancer incidence and mortality rates and trends in the United States and Canada. Public Health Rep. 2004. V. 119 (2). P. 174–186. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497609/pdf/15192905.pdf>.
17. Колонтарев К.Б., Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Обучение робот-ассистированной хирургии. Методические рекомендации ДЗМ. М.: «АБВ-пресс», 2015. С. 10.
18. Akulapalli Sudhakar History of Cancer, Ancient and Modern Treatment Methods. J Cancer Sci Ther. 2009. V. 1 (2). P. 1–4. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927383>.
19. Eckhouse S., Lewison B., Sullivan R. Trends in the global funding and activity of cancer research. Molecular Oncology. 2008. V. 2 (1). P. 20–32. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574789108000409>.
20. Lee D.H., Jung H.B., Chung M.S., Lee S.H., Chung B.H. The Change of Prostate Cancer Treatment in Korea: 5 Year Analysis of a Single Institution Yonsei. Med J. 2013. V. 54 (1). P. 87–91. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521261>.
21. Innos K., Lang K., Pärna K., Aareleid T. Age-specific cancer survival in Estonia: recent trends and data quality Clin Epidemiol. 2015. V. 7. P. 355–362. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524267/pdf/clep-7-355.pdf>.

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИХ СИСТЕМ В РАБОТЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

С.Н. Минаков<sup>1</sup>, М.Ю. Простов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Заведующий организационно-методическим отделом по онкологии ГБУ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы», к. м. н.

<sup>2</sup> Аналитик организационно-методического отдела по онкологии ГБУ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы»

## Аннотация

В работе изложены принципы и инструменты формирования канцер-регистра на примере Московского городского канцер-регистра (МГКР), обсуждается его значение для улучшения качества и результатов медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями, а также для повышения эффективности работы онкологической службы.

**Ключевые слова:** канцер-регистр, раковый регистр, информационно-аналитические системы в здравоохранении, онкологическая служба.

## Введение

В настоящее время системы персонализированного учета получают все большее распространение в различных отраслях. Система здравоохранения – одна из актуальных отраслей, где необходимо систематизировать массивы потоков информации, соединяя все звенья оказания медицинской помощи – от амбулаторно-поликлинического звена до получения специализированного лечения. Общеизвестным является факт, что ведение персонализированного учета пациентов (по различным профилям заболеваний) позволяет в значительной мере улучшить качество медицинского обслуживания, обеспечить своевременность оказания медицинской помощи и вести постоянный контроль полноты оказания медицинской помощи. В конечном итоге система персонализированного учета в работе онкологической службы – это значительный вклад в решение стратегической задачи по снижению смертности от онкологических заболеваний.

## Текущее состояние систем учета онкологических больных в России и мировая практика

Для учета пациентов со злокачественными новообразованиями разработано различное программное обеспечение, целью которого является отражение

объективной ситуации с распространенностью злокачественных новообразований и оценка состояния онкологической помощи населению в разных субъектах РФ.

Фиксирование случаев злокачественных новообразований – это организация (в настоящее время – в электронном виде) оперативного сбора, хранения, анализа и представления информации о пациентах с онкологическими заболеваниями.

В мировой практике организация регистров по контролю злокачественных новообразований началась с 1942 г. Первый популяционный регистр рака был учрежден Датским раковым обществом. Этот старейший регистр обслуживает население Дании, включая пожизненное наблюдение за больными. В публикации МАИР «Рак на пяти континентах» (т. 10, 2012) представлены 290 регистров из 68 стран мира.

В настоящее время в мире функционирует более 300 раковых регистров. Они покрывают примерно 5–7% мировой популяции. В развитых странах доля покрытия популяции гораздо выше, чем в развивающихся.

В МНИОИ им. П.А. Герцена (филиал ФГБУ «НМИРЦ») для проведения качественного учета онкологических заболеваний в РФ была внедрена методическая платформа формирования регистра онкологических

больных, на основе которой в 1999 г. была создана 1-я версия информационно-аналитической системы (далее – ИАС) ракового регистра – ИАС «Канцер-регистр». ИАС «Канцер-регистр» (свидетельство о государственной регистрации №2011617156) обеспечена системой проверки информации и мерами по защите и охране конфиденциальности информации, соответствующими Федеральному закону от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», рекомендациям МАИР (Международное агентство по изучению рака) и МАРР (Международная ассоциация раковых регистров).

Для детального анализа данных из ИАС «Канцер-регистр» реализована подсистема OLAP (Online analytical processing), которая позволяет выполнить:

- построение произвольной выборки пациентов с помощью произвольных запросов, которые могут быть объединены в формулы;
- построение хранилища данных в режиме реального времени, содержащее произвольный набор полей (система позволяет анализировать весь набор собираемых полей, число которых превосходит 180, а также оперировать вычислимыми полями);
- расчет любого показателя по произвольному срезу хранилища данных;
- включение актуальных данных по численности населения субъектов РФ в обновление программы при выпуске любой версии;
- расчет «грубых» (интенсивных) показателей (по заболеваемости и смертности) для произвольных возрастных групп;
- расчет стандартизованных показателей (по мировому стандарту возрастного распределения населения);
- расчет кумулятивных показателей для произвольных возрастных групп;
- расчет кумулятивных рисков для произвольных возрастных групп;
- расчет медиан и арифметических средних возрастов;
- расчет статических ошибок показателей;
- расчет доверительных интервалов показателей;
- расчет показателя выживаемости прямым методом, методом Каплана – Мейера. Возможен расчет скорректированной и нескорректированной выживаемости. Возможен расчет относительной выживаемости.

В Российской Федерации в настоящий момент реализован проект популяционного федерального ракового регистра на базе ИАС «Канцер-регистр 6RF», который осуществляет сбор информации по всем 85 регионам РФ. На уровне субъекта РФ ведется персонализированный учет больных злокачественными

новообразованиями. В более чем 60 регионах для этой цели применяется ИАС «Канцер-регистр 6FB/S». На федеральный уровень передается только обезличенная информация в соответствии с требованиями Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных».

## **Госпитальные и популяционные раковые регистры, необходимость интеграции баз данных**

Существует 2 типа раковых регистров: госпитальные и популяционные. Госпитальные регистры ведут учет информации о пациентах со злокачественными новообразованиями, наблюдаемых в конкретной медицинской организации. Основной целью таких регистров является обеспечение оперативной и достоверной информации о больных злокачественными новообразованиями, их лечении и исходах. Эти данные используются для оценки качества и объема лечения на различных этапах оказания медицинской помощи в пределах медицинской организации. В определенной степени эти данные могут использоваться для оценки эпидемиологической ситуации (особенно в случаях централизации оказания медицинской помощи по профилю «онкология»). Но в целом данные госпитальных регистров не могут быть использованы для оценки онкологической ситуации, поскольку охватывают лишь выборочную часть от общего контингента онкологических пациентов на территории обслуживания конкретной медицинской организации. Таким образом, при идеальной модели учета онкологических пациентов госпитальные раковые регистры должны быть интегрированы в популяционные регистры или иметь возможность обмена данными.

Задачей популяционных раковых регистров является сбор данных обо всех новых случаях злокачественных новообразований, которые выявлены на определенной территории (город, область, республика, край). В этом случае появляется недоступная в госпитальном регистре возможность проведения статистического анализа с последующей оценкой показателей заболеваемости, распространенности, смертности, выживаемости и т.д. на данной территории. Кроме того, данный анализ обеспечивает оценку региональных особенностей и позволяет выявить характерные тенденции эпидемиологии онкологических заболеваний. В популяционном раковом регистре подлежат учету больные с диагнозами, укладываемыми в рубрики C00-D09 Международной классификации болезней 10-го пересмотра (ICD-10), вне зависимости от генеза опухоли, пола и возраста заболевших. Заболевания,

кодирующиеся другими рубриками МКБ-10, могут быть внесены в регистр только как сопутствующие онкологическому заболеванию.

Функциональные возможности раковых регистров практически неограниченны и зависят от задач, которые поставлены перед онкологической службой. Но в то же время существует необходимый минимум функционала, который должен быть предусмотрен разработчиками раковых регистров, а именно возможность анализа распространенности и вида злокачественных новообразований в целом и по отдельным нозологиям, что позволит правильно определить приоритеты в разработке мероприятий, направленных на снижение смертности от злокачественных новообразований, а также оценить эффективность проводимых мероприятий.

Выполнение определенных функций может быть обеспечено путем использования данных о случаях смерти по данным ЗАГСа или по информации из территориальных отделов ФОМС. В случае корректировки данных раковых регистров в соответствии со сведениями из указанных источников конечная информация будет значительно достовернее и будет представлять более детальную характеристику больного и болезни, чем та, которая содержится в свидетельстве о смерти.

Своевременность и достоверность данных о вновь выявленных случаях злокачественных новообразований, актуальное обновление информации о пациентах, включая полную информацию о сроках обследования, назначенном и проведенном лечении, информирование о смерти пациентов, позволит проанализировать все эти данные и даст возможность оперативно управлять организацией оказания медицинской помощи по профилю «онкология», что, в свою очередь, повысит качество медицинской помощи.

Практика использования дополнительных данных из других баз данных (так называемый линкидж) широко применяется в ведущих западных странах. Такими базами могут быть госпитальные регистры, база системы социального страхования, аптечной информатизации и др. Для такого совмещения требуется уникальный и универсальный для нескольких баз данных идентификатор. В повседневной практике для этого применяется сочетание Ф.И.О., пола и даты рождения. Реже – номер паспорта, СНИЛС, номер страхового полиса и др. Но в этом случае возможны ошибки идентификации. Наиболее эффективным решением является введение единого национального идентификационного номера.

## Организация работы и статус Московского городского канцер-регистра

В Москве учет пациентов со злокачественными новообразованиями осуществляется при помощи Московского городского канцер-регистра (МГКР), который является региональным сегментом федеральной системы популяционного ракового регистра.

МГКР функционирует с 1994 г. В результате внедрения в работу онкологической службы Москвы комплекса мероприятий по сбору, передаче, обработке и анализу данных о больных злокачественными новообразованиями значительно увеличился объем собираемых сведений, вследствие чего улучшились качество и достоверность информации.

Основными задачами МГКР являются:

- персональный учет больных злокачественными новообразованиями;
- совершенствование и развитие автоматизированной системы персонального учета больных злокачественными новообразованиями;
- подготовка статистической государственной отчетности о больных злокачественными новообразованиями среди населения Москвы;
- формирование системы оперативного динамического наблюдения за объемом и качеством лечения онкологических больных на уровне каждого административного округа города;
- подготовка справочно-информационных материалов для Департамента здравоохранения Москвы;
- оценка эффективности лечения и выживаемости больных злокачественными новообразованиями.

В 2013 г. начался процесс перехода на ИАС «Канцер-регистр 6S», успешно закончившийся в конце 2014 г. В настоящее время данная система полностью соответствует действующей нормативно-правовой базе. Под руководством главного внештатного специалиста-онколога Департамента здравоохранения Москвы И.Е. Хатькова ведется активная работа по объединению децентрализованных баз данных (в частности, МИС стационаров), ведущихся в отдельных учреждениях. Данный процесс сопровождается выверкой базы с обязательным исключением дублирования данных. В 2017–2018 гг. была произведена их интеграция с базой данных ТФОМС, позволяющая отследить жизненный статус всех состоящих на учете пациентов и их миграцию. Кроме того, в 2018 г. был внедрен модуль, обеспечивающий электронный документооборот со специализированными стационарами, оказывающими медицинскую помощь по профилю «онкология». Реализован сбор протоколов в цифровом виде на случай выявления у больного запущенной формы

злокачественного новообразования (приложение 8 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 апреля 1999 г. №135). Реализована возможность формирования утвержденной государственной отчетности по профилю «онкология» (отчетная форма №7 и №35) и иных отчетов в произвольной форме и формате. Кроме того, в программном продукте предоставлен инструментарий для визуализации данных из аналитических таблиц в виде диаграмм и графиков, картографического анализа.

Нормативно-правовой основой функционирования МГКР являются:

1. Приказ МЗ РФ №420 от 23 декабря 1996 г. «О создании государственного ракового регистра».
2. Приказ МЗ РФ №204 от 14 июля 1997 г. «Об организации центра информационных технологий в составе МНИОИ им. П.А. Герцена (РЦИТЭО)».
3. Приказ МЗ РФ №135 от 19 апреля 1999 г. «О совершенствовании системы государственного ракового регистра».
4. Приказ МЗ РФ №915н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «онкология».
5. Информационное письмо Минздрава России №17-7/10/2-1317 от 9 марта 2016 г. «Об обеспечении ведения регионального сегмента системы мониторинга оказания медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями с применением деперсонифицированной информационной системы мониторинга «Раковый регистр».

Область компетенции МГКР – Москва как отдельный субъект Российской Федерации. МГКР содержит информацию о более 300 тыс. пациентов и является структурным подразделением организационно-методического отдела

по онкологии ГБУ «НИИОЗММ» Департамента здравоохранения Москвы. МГКР позволяет собирать демографические данные о пациентах, информацию о каждом диагнозе, в том числе стадирование по системе TNM, обстоятельства его установления, пути маршрутизации и сроки обследования пациента на амбулаторном этапе и проводимом специализированном лечении. Реализована функция ввода информации о морфологическом типе опухоли, о результатах проведения иммуногистохимического анализа (ИГХ) и выявленных мутациях. Для каждого диагноза собирается полная информация о виде проводимого лечения: оперативном, лекарственном, лучевом и т.п. Данные по каждому оперативному вмешательству, циклу лекарственной или лучевой терапии фиксируются в регистрационной карте пациента. В ней же отражается информация о динамическом наблюдении, ответе на терапию, изменении в морфологии опухоли. Вся информация собирается в структурированном виде, заполняемые поля поддерживаются справочниками-кодификаторами, которые обеспечивают единые стандарты сбора информации по всей РФ.

## **Заключение**

Работа МГКР была высоко оценена экспертами миссии ВОЗ/МАИР в ходе рабочего визита в Российскую Федерацию в ноябре 2018 г.

В настоящее время работа по совершенствованию МГКР продолжается, в том числе и по интеграции МГКР в систему ЕМИАС.

## **Конфликт интересов**

С.Н. Минаков и М.Ю. Простов подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

## **Список литературы**

1. Вальков М.Ю., Карпунов А.А., Коулман М.П., Аллемани К., Панкратьева А.Ю., Потехина Е.Ф., Валькова Л.Е., Гржибовский А.М. Популяционный раковый регистр как ресурс для науки и практического здравоохранения. Экология человека. 2017. №5. С. 54–62.
2. Воробьев П.А. Клинико-экономический анализ в медицинской организации (практическое руководство для лиц, принимающих решения). Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2004. №7. С. 83–114.
3. Воробьев П.А., Вялков А.П., Якимов О.С. Фармакоэкономика в России. Первый опыт. М.: Ронк-Пуленк-Рорер, 1998. С. 7–9.
4. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. СПб, 2011. 407 с.
5. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 г. М., 2015. 236 с.
6. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): руководство для врачей. Часть II. СПб, 2015. 248 с.
7. Злокачественные новообразования в России в 2016 г. (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. 250 с.

# СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Д.Ю. Пушкарь<sup>1,6</sup>, А.В. Говоров<sup>2,6</sup>, А.О. Васильев<sup>3,6</sup>, А.В. Окишев<sup>4</sup>, А.А. Ширяев<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Профессор, заведующий кафедрой урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России

<sup>2</sup>Профессор кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России

<sup>3</sup>Ассистент кафедры Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России

<sup>4</sup>Аспирант кафедры Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России

<sup>5</sup>Аспирант кафедры Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России

<sup>6</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения г. Москвы»

Стремительный и неуклонный рост заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) ставит вопрос диагностики на первый план. В результате активного внедрения в повседневную урологическую практику определения уровня простат-специфического антигена, проведения биопсии предстательной железы и новых методов диагностики отмечена тенденция к улучшению результатов раннего выявления и лечения РПЖ. Как и прежде, диагноз рака устанавливается по данным патоморфологического исследования биоптатов, полученных при биопсии предстательной железы трансректальным или трансперинеальным доступом, в то время как ультразвуковые и лучевые методы (а также их комбинация) выполняют вспомогательную роль. Вместе с тем появление новых неинвазивных методов визуализации показало немалый потенциал в диагностике РПЖ, выборе метода лечения, планировании хода операции и последующем наблюдении за пациентами. Модернизация имеющегося в арсенале московских урологов оборудования позволила выполнять прицельную трансректальную биопсию предстательной железы в режиме реального времени под визуальным контролем с меньшим количеством вколов и более высокой диагностической точностью.

**Ключевые слова:** диагностика, рак предстательной железы, скрининг, трансректальное ультразвуковое исследование, патоморфологическое исследование, неинвазивные методы визуализации, биопсия предстательной железы.

## CURRENT ASPECTS OF EARLY PROSTATE CANCER DIAGNOSIS

**D.Y. Pushkar, A.V. Govorov, A.O. Vasilyev, A.V. Okishev, A.A. Shiryaev**

Department of Urology Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A.I. Evdokimov, Russian Federation Ministry of Health

Moscow State Clinical Hospital n.a. S.I. Spasokukockiy

The rapid and steady increase of prostate cancer (PCa) incidence make the problem of diagnostics very important. As a result of the active introduction of prostate-specific antigen level determination, prostate biopsy and new diagnostic methods into everyday urological practice, there is a tendency of prostate cancer early detection and treatment improvement. As before, the diagnosis of cancer is established according to a pathological morphological study of biopsy specimens obtained by prostate biopsy (transrectal or transperineal approaches), while ultrasound and radiation methods (as well as their combination) perform an auxiliary role. However, the appearance of new non-invasive imaging methods showed considerable potential in the diagnosis of prostate cancer, the treatment method choice, planning the surgery course and the ongoing patient's observation. Modernization of the available Moscow urologist's equipment allowed performing real-time targeted transrectal prostate biopsy under visual control with fewer needle injections and higher diagnostic accuracy.

**Keywords:** diagnostics, prostate cancer, screening, transrectal ultrasound, pathological examination, non-invasive imaging methods, prostate biopsy.

## Введение

На протяжении многих лет проблема ранней диагностики рака предстательной железы (РПЖ) является предметом активного изучения и дискуссии специалистов всего мира. Наметившаяся положительная тенденция по снижению смертности от РПЖ (примерно на 1–1,5 % в год [1]) объясняется как прогрессом в изучении, профилактике, лечении, так и в выявлении рака. В определенной степени увеличению числа вновь выявленных случаев РПЖ способствует общая осведомленность и информированность населения.

С момента открытия в 1987 г. и по сегодняшний день простат-специфический антиген (ПСА) остается самым часто используемым маркером в диагностике, стадировании, а также послеоперационном мониторинге состояния пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу РПЖ. Однако ПСА не является совершенным ввиду наличия большого количества ложноотрицательных результатов, неопределенных рамок референсных значений и отсутствия возможности достоверной оценки эффективности проведенного лечения. Повышение уровня ПСА может происходить как при наличии РПЖ, так и при других патологических состояниях, таких как доброкачественная гиперплазия предстательной железы, острая задержка мочеиспускания, а также после ряда различных манипуляций и оперативных вмешательств [2].

Ранняя диагностика РПЖ дает возможность провести пациенту радикальное лечение на ранних стадиях развития заболевания: радикальную простатэктомию открытым или лапароскопическим (робот-ассистированным) доступом, дистанционную лучевую терапию, брахитерапию, а также ряд альтернативных методов лечения – криоабляцию, HIFU-терапию (высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук), фотодинамическую терапию, лазерную абляцию и др. [3].

На данный момент ПСА является наиболее ценным маркером РПЖ. До внедрения определения в сыворотке крови уровня ПСА поступательный рост выявляемости РПЖ связывали с увеличением количества выполняемых трансуретральных резекций простаты. Сейчас параллельно и равноправно существуют 2 стандарта калибровки ПСА, что вносит дополнительные сложности в интерпретацию результатов. Для лаборатории важно определить, с каким стандартом и с какими пороговыми значениями она работает. Так, для лабораторий, использующих метод Access Hybritech Total PSA, было рекомендовано пороговое значение ПСА 4 нг/мл или 3,1 нг/мл для калибровки ВОЗ [4]. ПСА существует в нескольких изоформах, которые также имеют диагностическую ценность. В основном ПСА присутствует в крови в связанном виде (сПСА). Около 5–35% от оПСА не связано с белками – свПСА [5]. Доказано, что

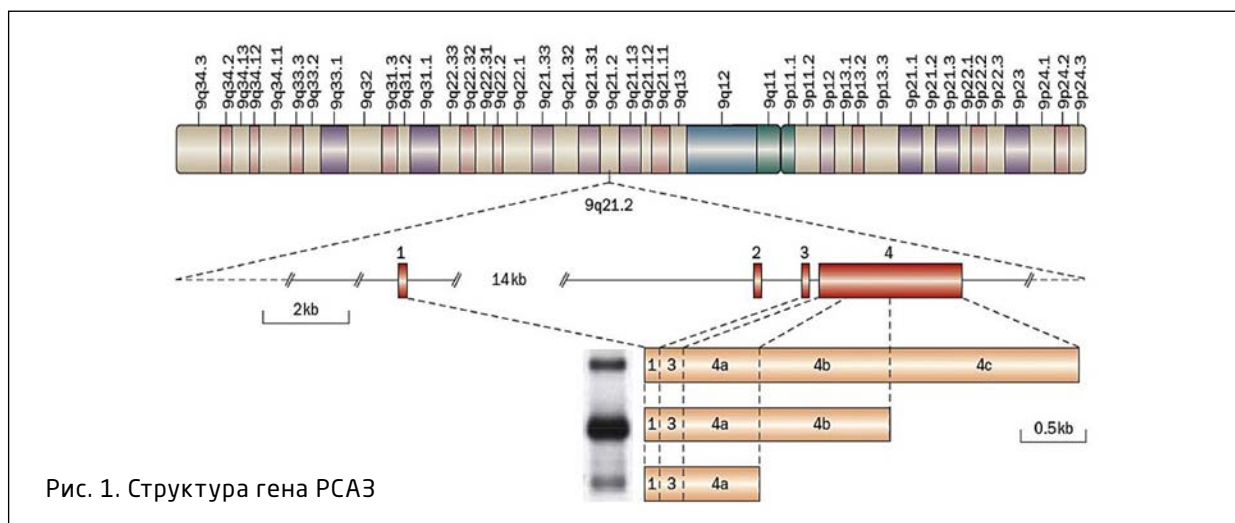
соотношение свПСА/оПСА может снижаться у больных РПЖ, а определение доли (в процентах) свПСА может повысить специфичность оПСА и позволит избежать так называемых «ненужных биопсий» простаты [6].

Ежегодно появляются новые маркеры РПЖ. Данный факт обусловлен развитием нанотехнологий, молекулярной биологии и генетики, а также науки в целом. Активно изучаются PCA3 (специфический антиген рака простаты 3), -2проПСА (незрелая форма ПСА или предшественник), TMPRESS2:ERG (химерный белок, образующийся при хромосомной мутации со слиянием генов TMPRESS2 и ERG), uPA/uPAR (рецепторы активатора плазминогена урокиназы), PSCA (антиген простатических стволовых клеток), PSP 94 (секретируемый белок предстательной железы 94), ECPA и ECPA-2 (ранние антигены рака простаты), GSTP1 (глутатион-S-трансфераза P1). Данная статья посвящена наиболее перспективным и изученным биомаркерам РПЖ – PCA3, уровень которого исследуется в моче, -2проПСА, определяемому в сыворотке крови, а также другим современным методам ранней диагностики этого заболевания [7].

## Генетический биомаркер рака простаты – PCA3

Ген PCA3 (рис. 1) сверхэкспрессируется в тканях злокачественных опухолей предстательной железы, а РНК-продукт этого гена может присутствовать в моче и эякуляте. В этой связи количественный анализ РНК PCA3 в этих биологических жидкостях может быть использован для неинвазивной диагностики РПЖ [2, 8]. PCA3 показал способность быть независимым предиктором РПЖ, использование которого возможно в комплексе с другими факторами риска РПЖ (возраст, уровень оПСА, данные пальцевого ректального исследования (ПРИ), объем простаты и т.д.) [9].

В настоящее время индекс PCA3, равный 35, является установленным пороговым значением современных тест-систем PCA3 [9]. Haese A. и соавт. в 2008 г. опубликовали результаты большого популяционного исследования, проведенного в Европе на когорте больных, перенесших повторную биопсию простаты [10]. В этом исследовании у 39% пациентов с индексом PCA3  $\geq 35$  был выявлен РПЖ по данным гистологического заключения, и только у 22% – с индексом PCA3  $< 35$  ( $p=0,001$ ). Galasso F. и соавт. в 2010 г. опубликовали результаты итальянского мультицентрового исследования, в котором у 445 пациентов были выявлены значения индекса PCA3  $\geq 35$  (48,2%), у 472 пациентов –  $< 35$  (51,58%) [11]. Из 443 больных 105 пациентам была выполнена биопсия простаты или повторная биопсия предстательной железы. У 27 пациентов (25,71%) РПЖ отсутствовал, у 37 (35,24%) выявлена



ASAP (атипическая мелкоацинарная пролиферация) либо простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) высокой степени, а у 41 больного (39,05%) – аденокарцинома простаты.

### Индекс здоровья простаты (PHI) и -2проПСА

ПроПСА является естественным предшественником активного ПСА и быстро расщепляется с образованием активной формы ПСА в нормальных физиологических условиях. ПроПСА представляет собой белок, состоящий из аминокислот различной длины, которые могут присутствовать в сыворотке, в том числе и -2проПСА, стабильно устойчивой к активации созревания ПСА [12]. Наибольший интерес для онкоурологии представляет -2проПСА, так как данная форма проПСА является наиболее устойчивой в сыворотке крови.

Индекс здоровья простаты (PHI) – предиктор наличия РПЖ, представляет собой комбинацию значений 3 тестов: общего ПСА, свободного ПСА и -2проПСА – и рассчитывается автоматически по формуле:

$$\text{PHI} = (-2\text{проПСА} / \text{свПСА}) \times \sqrt{\text{оПСА}}.$$

Присутствие в формуле результатов 3 независимых сывороточных тестов ведет к необходимости соблюдения более жестких требований для преаналитического этапа сбора биоматериала: в течение 3 часов сыворотка должна быть отделена от сгустка и перенесена во вторичную пробирку [13].

В своем исследовании Catalonia W.J. и соавт. продемонстрировали, что чувствительность и специфичность %проПСА выше, чем у свПСА и сПСА. Они особо отметили, что при значении оПСА 2–4 нг/мл специфичность достигает

90%, а при значении оПСА 4–10 нг/мл чувствительность %проПСА может достигать 89–90%. В 2011 г. авторы опубликовали результаты крупного мультицентрового исследования, в которое было включено 892 пациента. Критериями включения были первичные пациенты с уровнем оПСА 2–10 нг/мл, отсутствием подозрительных данных пальцевого ректального исследования (ПРИ), которым затем выполнялась трансректальная биопсия простаты [14]. Авторы смогли сделать выводы, что специфичность и чувствительность PHI (на основании площади ROC-кривых) превышает значения оПСА, свПСА, -2проПСА и %свПСА. -2проПСА и индекс PHI требуют дальнейшего изучения, очевидна необходимость создания альтернативной номограммы с учетом возраста, данных ПРИ и анамнеза (предшествующих биопсий простаты). Не изучена возможность использования PCA3 вместе с индивидуальными данными обследования пациента, с индексом PHI или %-2проПСА (ввиду наибольшей изученности и доступности этих маркеров), а также многие другие нюансы.

Несмотря на высокие темпы развития методов лабораторной диагностики РПЖ, по-прежнему одной из самых актуальных проблем при выявлении рака остается сложность визуализации опухолевых очагов. Как следствие, биопсия предстательной железы выполняется часто лишь на основании повышенного уровня ПСА и данных пальцевого ректального исследования, что далеко не всегда позволяет четко дифференцировать суспенциозные участки, и забор материала производится из стандартных зон.

### Биопсия предстательной железы

В настоящее время ни одна из предложенных методик визуализации РПЖ не обладает чувствительностью, специфичностью, положительной и отрицательной прогностической ценностью, достаточной, чтобы стать альтернативой

биопсии предстательной железы (БПЖ). На сегодняшний день БПЖ принято выполнять трансректально или трансперинеально под контролем ультразвукового датчика. Согласно метаанализу, вышедшему в 2017 г. [15], в котором сравнивались эти две методики, в отношении вероятности обнаружения клинически значимого РПЖ существенных различий между техниками не отмечалось, а частота осложнений в обоих случаях не превышала 2%.

В настоящее время золотым стандартом диагностики РПЖ считается трансректальная мультифокальная БПЖ из 12 точек под контролем ТРУЗИ (рис. 2, 3). Вероятность обнаружения РПЖ при 12-точечной биопсии составляет 38,7% [16], а количество осложнений сопоставимо с таковым при секстантной методике выполнения биопсии [17]. Основными недостатками стандартной БПЖ принято считать получение ложноотрицательных результатов, недооценку морфологической дифференцировки РПЖ, выявление клинически незначимого РПЖ, а также пропуск части клинически значимых опухолей.

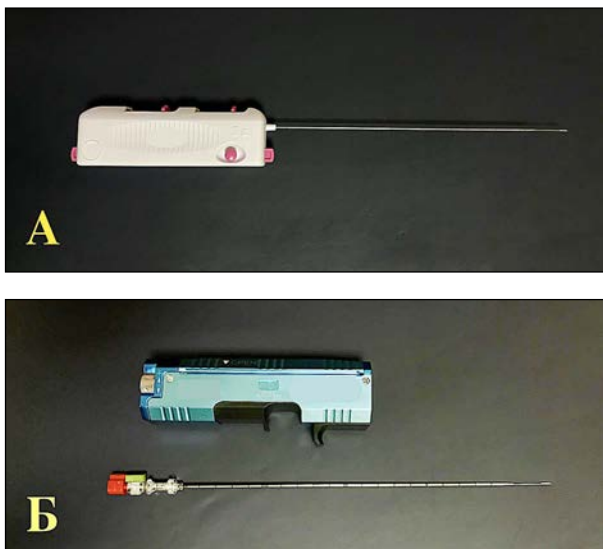


Рис. 2. Пример высокоскоростного автоматического устройства для пункционной биопсии - одноразовый (А) и многоразовый биопсийный пистолет с одноразовой биопсийной иглой типа True-cut 18G (Б)

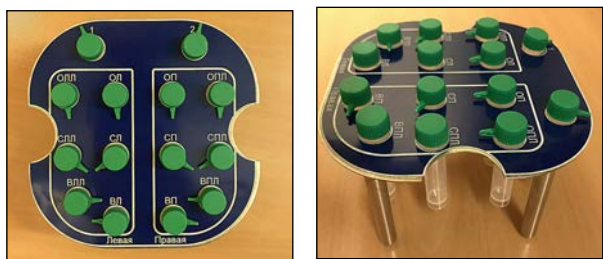


Рис. 3. Контейнер для гистологического материала

Тактика ведения больных, у которых первичная биопсия была отрицательной, по-прежнему остается предметом дискуссии. Золотым стандартом диагностики РПЖ при повторной биопсии является сатурационная биопсия (трансректальным или трансперинеальным доступом). Сатурационная биопсия предстательной железы (ПЖ) не показана как первичная процедура, обычно она используется у мужчин с отрицательным результатом биопсии в анамнезе, но с сохраняющимся подозрением на РПЖ, у пациентов с мультифокальной ПИН и наличием ASAP. Сатурационная биопсия позволяет более точно прогнозировать объем опухоли и степень ее злокачественности. В зависимости от клинических характеристик пациента возможно применение индивидуальной схемы сатурационной биопсии, при которой достигается максимальная выявляемость РПЖ с наименьшим количеством точек. Используя блокаду парапростатических нервов, процедуру сатурационной биопсии ПЖ можно выполнять амбулаторно с минимальным дискомфортом для пациента [18]. В настоящее время сатурационная биопсия ПЖ показана пациентам [19]:

- с отрицательными биопсиями в анамнезе, но стойким подозрением на РПЖ;
- с предраковыми состояниями (ASAP, ПИН);
- выбравшим тактику активного наблюдения до принятия окончательного решения о лечении;
- которым предстоит фокальная терапия.

Промежностная сатурационная биопсия ПЖ характеризуется высокой выявляемостью РПЖ среди пациентов с сохраняющимся подозрением на РПЖ после отрицательных результатов трансректальных биопсий, не связана с увеличением диагностики клинически незначимого рака и частоты осложнений, однако требует больших временных и финансовых затрат. Использование решетки для картирования ПЖ в ходе трансперинеальной биопсии становится все более популярным, поскольку позволяет верифицировать рак, локализующийся в апикальной и передней частях железы.

## Визуализация рака предстательной железы

Основной целью визуализации является более точное описание характеристик РПЖ. Из общей массы предложенных методов визуализации каждый метод имеет преимущества, недостатки и показания в зависимости от той или иной клинической ситуации.

Прогрессивное развитие медицинских технологий привело к совместному использованию трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) и доплеровского картирования, контрастной эхографии с методом flash-replenishment, контрастного усиления,

спектроскопии, соноэластографии и пр. [20]. Данный факт привел к значительному повышению чувствительности и специфичности стандартного ТРУЗИ. Однако отсутствие доказательной базы ограничивает рутинное применение вышеуказанных методов в клинической практике.

Сравнительно недавно в клиническую практику был внедрен новый неинвазивный метод визуализации – гистосканирование предстательной железы (рис. 4). Основанный на анализе обратного рассеивания ультразвука, метод не только позволяет оценивать наличие и/или отсутствие опухоли, но и способен с высокой степенью достоверности определять ее локализацию и занимаемый объем в ткани ПЖ. Возможность проведения прицельной трансректальной биопсии ПЖ в режиме реального времени под контролем гистосканирования позволяет значительно повысить чувствительность, специфичность, положительную и отрицательную прогностическую ценность метода в диагностике РПЖ [21]. Для каждого конкретного пациента проведенное гистосканирование ПЖ позволяет создать персонализированный план лечения, помогая определиться с выбором лечебной тактики (возможностью применения фокальных методов лечения), спланировать ход операции (возможность сохранения сосудисто-нервных пучков), создать план дальнейшего наблюдения за пациентами после биопсии ПЖ или оперативного лечения [22].

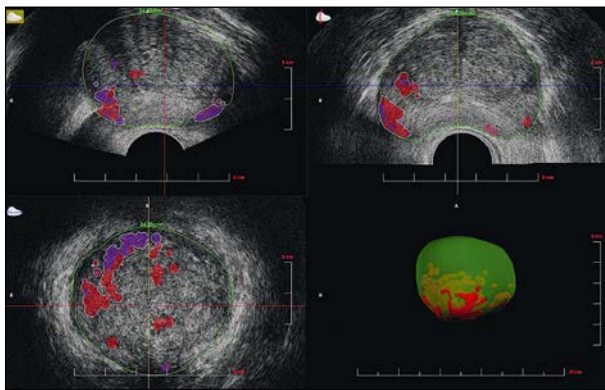


Рис. 4. Пример изображения ткани предстательной железы пациента с РПЖ в сагиттальной, поперечной и корональной проекциях, полученного при помощи компьютер-ассистированной ультразвукографической системы HistoScanning. Объем ПЖ составляет 54,05 см<sup>3</sup>. Участки, подозрительные на опухоль, определяются в апикальном и базальном отделах ПЖ, преимущественно с правой стороны. Общий объем suspicious участков составляет 5,23 см<sup>3</sup>.

В настоящее время гистосканирование ПЖ рекомендуется проводить [23]:

- всем пациентам с РПЖ перед оперативным лечением в объеме радикальной позадилоной и робот-ассистированной простатэктомии, брахитерапии, криоабляции (в том числе фокальной);
- пациентам с верифицированным РПЖ в 1–2 фрагментах из одной доли ПЖ перед выполнением трансперинеальной сатурационной биопсии;
- пациентам с отрицательными результатами биопсии в анамнезе и/или с сохраняющимся подозрением на РПЖ;
- пациентам с ранее установленным диагнозом клинически незначимого РПЖ.

Модернизация имеющегося оборудования позволила выполнять прицельную БПЖ под контролем гистосканирования с меньшим количеством вколов и более высокой диагностической ценностью (рис. 5) [23].

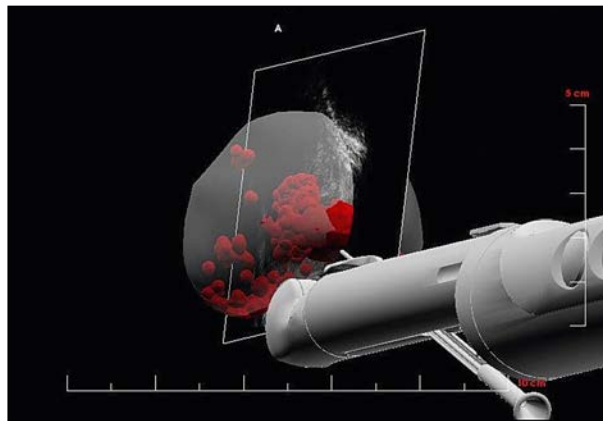


Рис. 5. Прицельная (таргетная) БПЖ под контролем компьютер-ассистированной ультразвукографической системы HistoScanning и специального программного обеспечения True Targeting

По данным исследования, проведенного Schiffmann J. и соавт. [24], чувствительность таргетной биопсии ПЖ под контролем гистосканирования составила 84%, а специфичность – 28%. В отечественном исследовании [25], включившем 611 пациентов, применение гистосканирования позволило выявить suspicious участки объемом  $\geq 0,5$  см<sup>3</sup> у 312 пациентов (51%). В последующем при стандартной биопсии РПЖ обнаруживался в 59% случаев, а при таргетной биопсии – в 87% ( $p < 0,001$ ). Вероятность обнаружения РПЖ при таргетной биопсии под контролем гистосканирования составила 68%, в то время как при стандартной биопсии – 25% ( $p < 0,001$ ). Степени дифференцировки опухоли по системе градации Глисона 7 и 8 при таргетной биопсии определялись в 42,3% и

20,8% случаев соответственно ( $p < 0,001$ ). Более того, по данным литературы [26], двустороннее поражение ПЖ чаще диагностировалось при таргетной биопсии: чувствительность, специфичность, а также отрицательная и положительная прогностическая ценность составили 87,9%, 72,7%, 50% и 96,8% соответственно. Сравнительно неплохие результаты таргетной биопсии под контролем гистосканирования позволяют считать целесообразным использование метода в дополнение к стандартной биопсии, в частности для увеличения количества выявляемых клинически значимых случаев РПЖ (рис. 6).

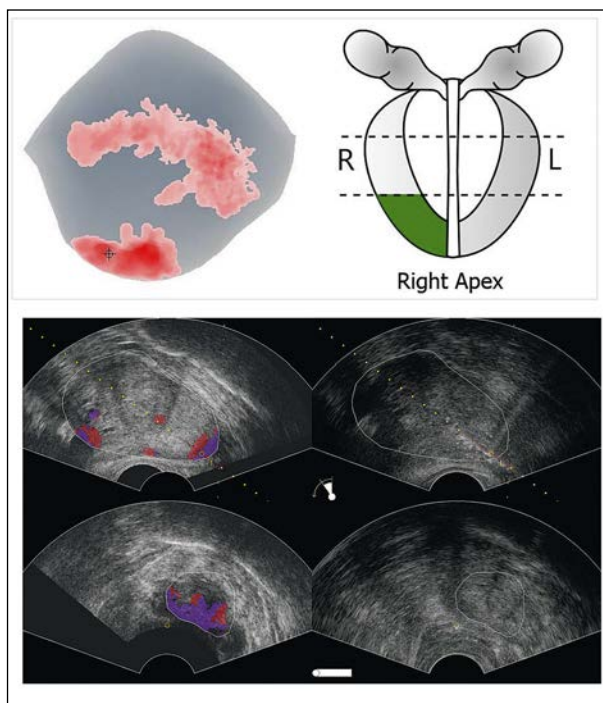


Рис. 6. Пример прицельной (таргетной) БПЖ у пациента с подозрением на РПЖ

В сравнительном исследовании PICTURE, проведенном Simmons L. и соавт. [27], оценена точность МР-фьюжн-биопсии и биопсии под контролем гистосканинга с промежностной БПЖ. Изначально целью исследования было определение отрицательной прогностической ценности МР-фьюжн-биопсии и биопсии под контролем гистосканирования. В результате были проанализированы данные 524 пациентов, из которых у 230 пациентов (44%) выявлен клинически значимый РПЖ. При выявлении подозрительных на рак участков простаты для выполнения МР-фьюжн-биопсии чувствительность, специфичность, положительное и отрицательное прогностические значения метода составили 97,14 (95%CI: 92–99), 21,9% (95%CI: 15,5–29,5), 46,7% (95%CI:

35,2–47,8) и 91,4% (95%CI: 76,9–98,1) соответственно. При выполнении фьюжн-биопсии под контролем гистосканирования, принимая объем подозрительного участка 0,5 см<sup>3</sup> и более в качестве значимого, чувствительность, специфичность, положительное и отрицательное прогностические значения метода составили 93,4% (95%CI: 86,2–97,5), 0,8% (95%CI: 0–4,2), 39,9% (95%CI: 33,3–46,8) и 91,4% (95%CI: 76,9–98,1) соответственно. Namann M. и соавт. [28] исследовали выявление РПЖ путем применения технологии гистосканирования при промежностной БПЖ. В результате у 104 пациентов (средний возраст – 69 лет; средний уровень общего ПСА – 9,9 нг/мл) в 42% случаев выявили РПЖ. Частота выявления для каждой области была значительно выше при наведении с помощью гистосканирования в сравнении со стандартной биопсией простаты. По данным исследования клиники урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова на базе ГКБ им. С.И. Спасокоцкого Департамента здравоохранения города Москвы [29], продемонстрировано, что частота выявления РПЖ при выполнении стандартной трансректальной БПЖ с дополнительными вколами под контролем гистосканирования увеличилась на 12% (с 73,8% до 85,7%;  $p < 0,01$ ); дополнительные вколы под контролем когнитивной МР-фьюжн-биопсии улучшили выявляемость РПЖ на 19% (с 73,8% до 92,9%;  $p = 0,04$ ). Среди перспективных методов компьютерной диагностики РПЖ в настоящее время рассматривают позитронно-эмиссионную компьютерную томографию (ПЭТ/КТ) и мультипараметрическую магнитно-резонансную томографию (МРТ). Большинство авторов рассматривается биопсия под контролем МРТ как альтернатива стандартной БПЖ, однако присущие временные и финансовые затраты накладывают существенные ограничения на широкое использование данной методики.

## Заключение

Внедрение новых биомаркеров позволяет создать персонализированный подход к диагностике, лечению и прогнозированию течения РПЖ у каждого конкретного пациента. Несмотря на существующее многообразие новых неинвазивных методов ранней диагностики РПЖ, на протяжении долгих лет стандартным диагностическим подходом при ведении пациентов с подозрением на РПЖ по-прежнему остается трансректальная БПЖ под ультразвуковым контролем. Наиболее перспективными биомаркерами РПЖ из всего многообразия существующих являются ПСА3, -2проПСА и индекс РН1. Применение ПСА3 и индекса РН1 в повседневной практике может существенно облегчить диагностику РПЖ и уменьшить количество «ненужных» БПЖ.

В настоящий момент усилиями сотрудников клиники урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, расположенной на базе ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы, создается регистр гистосканирования ПЖ, а также выполнения БПЖ под контролем

гистосканинга. Московские специалисты-урологи получают в свои руки уникальный по характеристикам диагностический инструмент, позволяющий стандартизировать одно из наиболее часто выполняемых в амбулаторной практике исследований – биопсию предстательной железы.

## Список литературы

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. 236 с.
2. Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В., Сидоренков А.В., Прилепская Е.А., Ковылина М.В. Ранняя диагностика рака предстательной железы. Методические рекомендации №19. М.: ИД «АБВ-пресс», 2015. 52 с.
3. Mottet N., van den Bergh R.C.N., Briers E. et al. Prostate cancer: guidelines. Netherlands: European Association of Urology. 2018. 145 p.
4. Сидоренков А.В., Говоров А.В., Садченко А.В., Пушкарь Д.Ю. Диагностическая значимость [-2]proPSA и PHI (обзор литературы). Онкоурология. 2014. №4. С. 87–95.
5. Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В. Маркеры рака предстательной железы. Экспериментальная и клиническая урология. 2011. №2. С. 19–21.
6. Bangma C.N., Kranse R., Blijenberg B.G., Schroder F.H. The free-to-total serum prostate specific antigen ratio for staging prostatic carcinoma. J. Urol. 1997. №157. P. 544–547.
7. Говоров А.В., Васильев А.О., Ширяев А.А., Сухих С.О., Сидоренков А.В., Пушкарев А.В., Цыганов Д.И., Пушкарь Д.Ю. Актуальные методы ранней диагностики рака предстательной железы. Урология. 2017. №6. С. 101–106.
8. Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В., Сидоренков А.В., Васильев А.О. Специфический антиген рака предстательной железы 3 (PCA3). Методические рекомендации №66. М.: ИД «АБВ-пресс», 2015. 34 с.
9. Chun F.K., de la Taille A., van Poppel H., Marberger M., Stenzl A., Mulders P.F., Huland H., Abbou C.C., Stillebroer A.B., van Gils M.P. Prostate cancer gene 3 (PCA3): Development and internal validation of a novel biopsy nomogram. Eur. Urol. 2009. №56 (4). P. 659–668.
10. Haese A., de la Taille A., van Poppel H., Marberger M., Stenzl A., Mulders P.F., Huland H., Abbou C.C., Remzi M., Tinzl M., Feyerabend S., Stillebroer A.B., van Gils M.P., Schalken J.A. Clinical utility of the PCA3 urine assay in European men scheduled for repeat biopsy. Eur. Urol. 2008. №54 (5). P. 1081–1088.
11. Galasso F., Giannella R., Bruni P., Giulivo R., Barbini V.R., Disanto V., Leonardi R., Pansadoro V., Sepe G. PCA3: a new tool to diagnose prostate cancer (PCa) and a guidance in biopsy decisions. Preliminary report of the UrOP study. Arch. Ital. Urol. Androl. 2010. №82 (1). P. 5–9.
12. Mikolajczyk S.D., Marker K.M., Millar L.S., Kumar A., Saedi M.S., Payne J.K., Evans C.L., Gasior C.L., Linton H.J., Carpenter P., Rittenhouse H.G. A truncated precursor form of prostate-specific antigen is a more specific serum marker of prostate cancer. Cancer Res. 2001. №61. P. 6958–6963.
13. Говоров А.В., Пушкарь Д.Ю., Васильев А.О., Гордиенко Н.Г., Рябко Е.Н., Blanshet J.-S., Ружанская А.В., Мазов Н.В., Евгина С.А. Преаналитический этап сбора биоматериала в дальнейшем исследовании индекса здоровья простаты (PHI). Материалы V Российского конгресса по эндоурологии и новым технологиям. Ростов-на-Дону, 2016. С. 42–43.
14. Catalona W.J., Partin A.W., Sanda M.G., Wei J.T., Klee G.G., Bangma C.H., Slawin K.M., Marks L.S., Loeb S., Broyles D.L., Shin S.S., Cruz A.B., Chan D.W., Sokoll L.J., Roberts W.L., van Schaik R.H., Mizrahi I.A. A Multi-Center Study of [-2]Pro-Prostate-Specific Antigen (PSA) in Combination with PSA and Free PSA for Prostate Cancer Detection in the 2.0 to 10.0 ng/mL PSA Range. J. Urol. 2011. №185. P. 1650–1655.
15. Xue J., Qin Z., Cai H. et al. Comparison between transrectal and transperineal prostate biopsy for detection of prostate cancer: a meta-analysis and trial sequential analysis. Oncotarget. 2017. №8 (14). P. 23322–23336.
16. Guichard G., Larrer S., Gallina A. et al. Extended 21-sample needle biopsy protocol for diagnosis of prostate cancer in 1000 consecutive patients. Eur Urol. 2007. №52. P. 430–435.

17. Berger A.P., Gozzi C., Steiner H. et al. Complication rate of transrectal ultrasound guided prostate biopsy: a comparison among 3 protocols with 6, 10 and 15 cores. *J Urol*. 2004. №171. P. 1478–1480.
18. Lane B.R., Zippe C.D., Abouassaly A. Saturation technique does not decrease cancer detection during follow-up after initial prostate biopsy. *J Urol*. 2008. №179. P. 1749–1750.
19. Maccagnano C., Gallina A., Scattoni V. Prostate saturation biopsy following a first negative biopsy: state of the art. *Urol. Int*. 2012. №89. P. 126–135.
20. Linden R.A., Halpern E.J. Advances in transrectal ultrasound imaging of the prostate. *Semin Ultrasound CT MR*. 2007. №28. P. 249–257.
21. Braeckman J., Autier P., Zátura F. Evaluation of HistoScanning™ for the detection, location and volume estimation of prostate cancer: Results of the open phase of the PHS-02 study. *J. Clin. Oncol*. 2011. №29 (7). Abstr. 55.
22. Демин А.А., Говоров А.В., Васильев А.О., Окишев А.В., Ким Ю.А., Пушкарь Д.Ю. Современный взгляд на биопсию предстательной железы. *Consilium medicum*. 2018. №20 (7). С. 11–14.
23. Говоров А.В., Васильев А.О., Садченко А.В., Прилепская Е.А., Ковылина М.В., Пушкарь Д.Ю. Роль гистосканирования предстательной железы в выявлении рака простаты. *Consilium medicum*. 2015. №17 (7). С. 8–11.
24. Schiffmann J., Tennstedt P., Fischer J. et al. Does HistoScanning™ predict positive results in prostate biopsy? A retrospective analysis of 1,188 sextants of the prostate. *World J Urol*. 2014. №32. P. 925–930.
25. Glybochko P.V., Alyaev Y.G., Amosov A.V. Evaluation of Prostate HistoScanning as a Method for Targeted Biopsy in Routine Practice. *Eur Urol Focus*. 2017. №19. S2405–4569(17)30172-4.
26. Hamann M.F., Meyer D., Knüpfer S. Application of ultrasound imaging biomarkers (HistoScanning™) improves staging reliability of prostate biopsies. *BMC Res Notes*. 2017. №10 (1). P. 579.
27. Simmons L., Kanthabalan A., Hu Y. et al. The UCL PICTURE trial: A prospective cohort validating study evaluating the accuracy of multi-parametric MRI and prostate HistoScanning compared to transperineal template mapping biopsies in patients requiring risk stratification after prior transrectal prostate biopsy. *Eur. Urol. Suppl*. 2016. №15 (3). P. 498.
28. Hamann M.F., Hamann C., Olzem D. et al. Value of perineal HistoScanning™ template-guided prostate biopsy. *Urologe A*. 2015. №54 (11). P. 1596.
29. Govorov A.V., Vasilyev A.O., Prilepskaya E.A. Prospective comparison of random TRUS biopsy versus Prostate Histoscanning-guided and random biopsy versus MRI-guided and random biopsy: which technique is optimal for prostate cancer detection and its Grade group detection? abstract book of annual congress AUA. 2018.

**Автор для связи:** А.О. Васильев – к.м.н., ассистент кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; e-mail: alexvasilyev@me.com; 8-910-424-08-47.  
Corresponding author: A.O. Vasilyev – PhD, assistant of department of urology Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov; e-mail: alexvasilyev@me.com; 8-910-424-08-47.

## Сведения об авторах

Кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Россия, Москва

**Пушкарь Д.Ю.** – д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, заведующий кафедрой урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; e-mail: pushkardm@mail.ru; 8-499-760-70-08

**Говоров А.В.** – д.м.н., профессор кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; e-mail: dr.govorov@gmail.com; 8-916-671-74-69

**Васильев А.О.** – к.м.н., ассистент кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; e-mail: alexvasilyev@me.com; 8-910-424-08-47

**Окишев А.В.** – аспирант кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; e-mail: okishev.art@gmail.com; 8-906-067-21-79

**Ширяев А.А.** – аспирант кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; e-mail: eschief2@gmail.com; 8-977-381-40-52

# ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

XVII ЗДОРОВЬЕ  
АССАМБЛЕЯ МОСКВЫ



## АССАМБЛЕИ «ЗДОРОВЬЕ МОСКВЫ»

### Результаты выживаемости пациентов, перенесших открытую радикальную цистэктомию, в сравнении с лапароскопической радикальной цистэктомией

С.Н. Переходов<sup>1</sup>, М.И. Васильченко<sup>1</sup>, Д.А. Зеленин<sup>1</sup>,  
И.В. Семенякин<sup>2</sup>, М.В. Забелин<sup>3</sup>, Р.И. Алиев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.П. Демикова Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>2</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>3</sup> ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России

**Актуальность:** по данным литературы, послеоперационная смертность пациентов, перенесших цистэктомию с кишечной пластикой, составляет от 2,3% до 26,9%. Послеоперационная летальность больных, перенесших цистэктомию, в последние годы снижается во многом благодаря усовершенствованию хирургической техники цистэктомии и улучшению качества интра- и послеоперационного обеспечения. Так, по данным зарубежных авторов, летальность после радикальной цистэктомии составляет 1,4–5%.

**Материалы и методы:** изучение выживаемости явилось одним из основных параметров оценки эффективности лечения в нашем исследовании. Для этого наблюдали за исходами заболевания в течение максимально возможного периода времени. Период наблюдения составил от 1 года до 16 лет. Наиболее часто он занимал 2–3 (15,8–15,5%) года. Для решения поставленной задачи мы провели оценку общей выживаемости у 310 пациентов, которые входили

в исследование и перенесли цистэктомию различными методами: открытая радикальная цистэктомия (ОРЦ), лапароскопическая радикальная цистэктомия (ЛРЦЭ), робот-ассистированная радикальная цистэктомия (РАРЦ). Далее из всех пациентов была выделена группа со злокачественными новообразованиями мочевого пузыря, составившая 285 пациентов, которым была проведена оценка онкоспецифической выживаемости и оценка безрецидивной выживаемости. Анализ результатов выживаемости проводился с использованием метода Каплана – Мейера.

**Результаты:** общая выживаемость у пациентов после цистэктомии составила 70,5%. При анализе результатов лечения в зависимости от вида операции было определено, что медиана продолжительности жизни в группе пациентов после лапароскопической цистэктомии составила 97,7%. Медиана продолжительности жизни в группе пациентов после открытой цистэктомии составила 80,6%. Для сравнения результатов открытой и лапароскопической цистэктомий была выбрана однолетняя выживаемость (так как медиана продолжительности жизни в группе с лапароскопической цистэктомией составляет 1 год), за этот период выживаемость составила 95%. За данный период наблюдения статистически значимых отличий выявлено не было. Онкоспецифическая выживаемость выше общей, так как при подсчете онкоспецифической выживаемости умерший от сопутствующих заболеваний (не от онкологической причины) является оставшимся под наблюдением, то есть наблюдение является цензурированным. Необходимо отметить, что онкоспецифическая выживаемость после робот-ассистированной и лапароскопической цистэктомий составляла 100%; после открытой цистэктомии однолетняя выживаемость составляет 96,7%, трехлетняя – 82,4%, за весь период наблюдения – 74,4%. Безрецидивная выживаемость пациентов в нашем исследовании составляет 81,2%. Медиана продолжительности жизни у пациентов, умерших от рецидива опухоли, составила 3 года

после операции и 1 год после рецидива новообразования. Медиана продолжительности жизни пациентов после операции без рецидива достигала 4 лет (что на 33,3% больше, чем с рецидивом;  $p=0,077$ ).

Таким образом, в нашем исследовании общая выживаемость составила 70,5%, онкоспецифическая – 76,5%, безрецидивная – 81,2%. Полученные данные в целом схожи с результатами других авторов.

**Выводы:** результативность минимально инвазивных методик, применяющихся в проведении радикальной цистэктомии в настоящее время, хотя они и не являются признанными стандартами в лечении, схожа, а в некоторых случаях превышает открытую хирургию. Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах лапароскопических и робот-ассистированных операций перед другими техниками и требуют дальнейшего накопления данных для оценки отдаленных эффектов лечения.

## Анализ лечения больных с острой кишечной непроходимостью на фоне злокачественного диссеминированного поражения органов брюшной полости

**А.В. Шабунин, З.А. Багателия, Д.Н. Греков, И.Ю. Коржева, А.В. Гугнин, В.А. Афанасьева**  
ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»

**Актуальность проблемы:** кишечная непроходимость является частым осложнением диссеминированных злокачественных новообразований и встречается, по данным разных авторов, в 3–43% всех случаев, чаще всего при раке яичников (5–51%) и колоректальном раке (10–28%). Несмотря на то что оперативные методы на сегодняшний день находятся на 1-м месте в лечении кишечной непроходимости при злокачественных заболеваниях, подобная тактика связана с высокой частотой осложнений (7–90%), а также обуславливает снижение качества жизни пациентов. В последнее время в литературе появились данные о декомпрессионной чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ) как альтернативном методе лечения данного заболевания при отсутствии положительного эффекта от консервативного медикаментозного лечения и невозможности установки стента.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) при

злокачественном диссеминированном поражении органов брюшной полости путем чрескожной эндоскопической гастростомии.

**Материалы и методы:** нами изучены результаты лечения 21 больного, поступившего в хирургическую клинику Боткинской больницы с острой кишечной непроходимостью в период с 2015 г. по август 2018 г. Причиной кишечной непроходимости явился распространенный диссеминированный процесс в брюшной полости различной локализации: рак ободочной кишки – 16 больных (76,1%); рак матки – 3 (14,3%); рак яичников – 1 (4,8%); рак желудка – 1 (4,8%). Средний возраст больных составил  $67,4 \pm 2,2$  года (от 52 до 84 лет). Преимущественно большее число больных было лицами женского пола – 15 (71,4%), число мужчин – 6 (28,6%). Этим больным были выполнены следующие экстренные оперативные вмешательства: формирование двуствольной илеостомы – 9 (42,9%); формирование обходного кишечного анастомоза – 6 (28,7%); резекция тонкой кишки – 2 (9,6%); расширенная правосторонняя гемиколэктомия с формированием двуствольной илеостомы – 1 (4,7%); резекция поперечно-ободочной кишки с формированием двуствольной илеостомы – 1 (4,7%); двуствольная трансверзостомия – 1 (4,7%). Впервые была выполнена ЧЭГ ( $n=1$ ; 4,7%) у пациентки 71 года с раком восходящей ободочной кишки T4N1M1. Оценка качества жизни проводилась по шкале EORTC QLQ-C30.

**Результаты:** послеоперационная летальность в группе оперативного лечения составила 6 (29%) больных. Смерть больных наступила в результате прогрессирования онкопроцесса в 5 случаях (83,3%), ТЭЛА – в 1 (16,7%). Продолжительность операции составила в среднем  $185 \pm 12,5$  мин. (от 78 до 292). Послеоперационные осложнения возникли в 7 (33,3%) случаях: перитонит – в 2 (28,6%); раневые инфекционные осложнения – в 5 (71,4%). Длительность пребывания в стационаре в среднем составила 12,75 койко-дня. Продолжительность проведения ЧЭГ составила 15 мин. Развития послеоперационных осложнений не было. Длительность пребывания в стационаре – 3 койко-дня. Оценка качества жизни по шкале EORTC QLQ-C30 продемонстрировала более высокие результаты после проведения ЧЭГ, чем после оперативных методов лечения.

**Выводы:** оперативные методы лечения больных острой кишечной непроходимостью на фоне диссеминированного поражения органов брюшной полости ассоциированы с высокой частотой осложнений и значительным ухудшением качества жизни пациентов в сравнении с ЧЭГ, проведение которой имеет ряд преимуществ. Наш

первый опыт лечения больных ОКН при распространенных онкологических заболеваниях органов брюшной полости путем ЧЭГ позволяет ожидать улучшения результатов лечения при ее дальнейшем применении в клинической практике.

## Тактика эндоскопического лечения больных механической желтухой опухолевого генеза

**А.Е. Котовский<sup>1</sup>, К.Г. Глебов<sup>2</sup>, М.А. Хоконов<sup>2</sup>, И.Х. Дурдыклычев<sup>3</sup>, Т.А. Сюмарева<sup>2</sup>, Б.М. Магомедова<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Сеченовский университет, г. Москва

<sup>2</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>3</sup> ФГБУ «Российский онкологический научный центр РАМН им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

**Цель исследования:** разработка эффективных тактических подходов к эндоскопическому стентированию желчных протоков (ЖП) у больных механической желтухой (МЖ) опухолевого генеза.

**Материалы и методы:** эндоскопическое стентирование ЖП было выполнено у 213 больных – при злокачественных опухолевых поражениях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), осложненных МЖ, из них рак поджелудочной железы – 38,5%, рак гепатикохоледоха – 27,2%, опухоль Клацкина – 14,6%, рак БСДК – 10,7%.

Мы являемся сторонниками комплексного подхода к эндоскопическим лечебно-диагностическим вмешательствам при лечении больных МЖ, поэтому всем больным сразу после ретроградной эндоскопической холангиографии стремились выполнить весь возможный спектр эндоскопических ретроградных манипуляций, направленных на восстановление желчеоттока. У всех больных с целью декомпрессии ЖП на 1-м этапе была выполнена эндоскопическая папиллотомия, которая у 190 больных произведена в качестве доступа к магистральным ЖП. У 30% больных потребовалось вначале проведение реканализации и бужирования опухолевой стриктуры, а у 58% – последовательная этапная баллонная дилатация области сужения.

**Результаты:** у 175 пациентов мы использовали двухэтапную лечебную тактику декомпрессии желчных протоков (1-й этап – назобилиарное дренирование (НБД); 2-й этап – стентирование ЖП), а у 38 больных стенты устанавливались сразу после доступа к ЖП. Подобный

подход был обусловлен прежде всего характером заболевания органов ГПДЗ, а также накопленным на момент вмешательства опытом оценки клинической ситуации. При выборе тактики эндоскопического лечения мы ориентировались на наличие или отсутствие холангита, клинических признаков печеночно-почечной недостаточности и исходный уровень билирубина сыворотки крови. Все эти показатели определяли последующий алгоритм вмешательства, направленный на восстановление нарушенного желчеоттока.

Одноэтапная тактика стентирования ЖП применялась у пациентов с невысоким уровнем билирубина крови, без признаков холангита и печеночно-почечной недостаточности.

При анализе группы больных МЖ с высокими цифрами билирубина (более 140 мкмоль/л) мы пришли к выводу, что наилучших результатов эндоскопического лечения по восстановлению желчеоттока можно добиться только при двухэтапном выполнении лечебных мероприятий. На 1-м этапе – НБД, а затем – стентирование. Пластиковый эндопротез был установлен 146 больным, а металлический самораскрывающийся стент – 76 пациентам. У 94% больных удалось добиться стойкой нормализации билирубина крови, ликвидации желтухи и гнойного холангита. Наибольшее число осложнений отмечено в группе пациентов с одноэтапной тактикой стентирования.

**Выводы:** у пациентов с высокими цифрами билирубина крови (более 140 мкмоль/л) следует использовать двухэтапное вмешательство (1-й этап – НБД; 2-й этап – эндоскопическое протезирование ЖП). Декомпрессия ЖП с использованием на 1-м этапе НБД значительно уменьшает риск развития постдекомпрессионного синдрома и послеоперационных осложнений эндоскопического стентирования ЖП. У больных с онкологическими заболеваниями ГПДЗ предпочтение следует отдавать металлическим конструкциям эндопротезов.

## Опыт лечения больных с бисфосфонатными некрозами челюстей во 2-м отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ им. Ф.И. Иноземцева

**А.И. Оразвалиев, О.Н. Вагнер**

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»

**Актуальность:** бисфосфонатные некрозы челюстей – тяжелые осложнения, оказывающие значительное негативное влияние на качество жизни, наиболее часто проявляющиеся у больных, получающих бисфосфонаты.

**Материалы и методы:** во 2-м отделении челюстно-лицевой хирургии было обследовано и проведено лечение 37 больных. Из них мужчин – 14, женщин – 23, в возрасте от 35 до 84 лет.

Обследование больных проводили по стандартной схеме, включающей в себя клинический осмотр, рентгенологические методы (ортопантомограмма, КТ). В ряде случаев была выполнена остеосцинтиграфия.

**Результаты:** оперативное лечение было выполнено у 28 больных, консервативное – у 9. Консервативное лечение проводилось в основном пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и запущенным онкопроцессом, тяжесть состояния которых не позволяла провести оперативное лечение.

**Выводы:**

1. Больные должны наблюдаться онкологом и челюстно-лицевым хирургом, хирургом-стоматологом.
2. Перед проведением курса бисфосфонатной терапии с целью профилактики и уменьшения риска развития осложнений необходимо проведение санации полости рта, коррекции имеющихся протезов, соблюдение тщательной гигиены полости рта. Больные должны быть информированы о возможных осложнениях и методах профилактики.
3. Необходимо проведение мероприятий для улучшения информированности врачей-стоматологов.
4. При наличии ограниченных участков поражения костной ткани челюстей рекомендована резекция пораженных участков ткани с последующей пластикой местными тканями. При наличии сообщения с гайморовой пазухой на верхней челюсти обязательна ревизия пазухи с последующей пластикой.
5. При лечении осложненных форм, особенно с наличием патологического перелома, рекомендовано проводить резекцию челюстей с одномоментным остеосинтезом.
6. Консервативная терапия, по нашему мнению, показана у пациентов со стадией процесса 0, а также у пациентов с тяжелыми соматическими сопутствующими заболеваниями, наличием метастазов и т.д.
7. При проведении консервативной терапии не отмечен эффект от применения ГБО. Эффект ГБО был отмечен только при проведении оперативного лечения (до и после).

## Анализ работы кабинета патологии шейки матки в женской консультации ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения г. Москвы», филиал №3

**А.С. Чернышов, С.Г. Исмаилова, И.Ю. Кокая**

ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Актуальность:** с целью повышения эффективности профилактики онкологических заболеваний шейки матки в женской консультации филиала №3 был создан кабинет патологии шейки матки.

**Цель исследования:** изучить эффективность работы кабинета патологии шейки матки женской консультации филиала №3.

За последние 6 месяцев 2018 г. в кабинете патологии шейки матки проведено 2356 расширенных кольпоскопий, из них 1245 – контрольных, после лечения. В кабинете используется комплексный подход к обследованию: кольпоскопия, забор мазков на флору, соскоб на онкоцитологию с эндо- и экзоцервикса, соскоб из цервикального канала, ВПЧ-скрининг. В случаях подозрения на тяжелую дисплазию или рак шейки матки производится прицельная биопсия шейки матки под контролем кольпоскопии. При подтверждении диагноза пациентки направляются в онкодиспансер.

**Результаты:** после комплексного обследования у 934 женщин выявлены следующие заболевания шейки матки: эктопия шейки матки – 532 (57%); цервицит – 127 (13,6%); полипы цервикального канала – 95 (10,1%); дисплазии шейки матки – 68 (7,3%); кисты шейки матки – 62 (6,6%); лейкоплакия шейки матки – 43 (4,6%) и рак шейки матки – 7 (0,8%). В результате обследования были выявлены следующие дисплазии шейки матки (CIN): CIN I – 46 (67,6%), CIN II – 17 (25%), CIN III – 5 (7,4%). Все цитологические мазки с CIN II, CIN III были ВПЧ-ассоциированы по результатам ПЦР-скрининга. Верифицированные раки шейки матки были на начальных стадиях. Случаев запущенного рака шейки матки в анализируемом периоде не было. Все пациентки прошли лечение. Из них: этиотропную терапию – 577 (61,8%), деструктивное воздействие – радиоволновую терапию аппаратом «ФОТЕК» – 132 (14,1%), радиоволновую конусовидную эксцизию шейки матки – 130 (14%), полипэктомию – 95 (10,1%) пациенток. По итогам работы кабинета патологии шейки

матки за 6 месяцев 2018 г. снято с диспансерного учета по выздоровлению 210 женщин.

**Выводы:** для снижения заболеваемости раком шейки матки необходим организованный популяционный скрининг, своевременное лечение заболеваний шейки матки и влагалища, пропаганда здорового образа жизни среди молодежи.

## Анализ случаев инфекции *Clostridium difficile* в многопрофильном стационаре

**Б.А. Родионов<sup>1,2</sup>, М.А. Лысенко<sup>1,2</sup>, Н.Г. Потешкина<sup>1,2</sup>, С.С. Андреев<sup>1</sup>, Н.Н. Илюхина<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы»  
<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

**Актуальность:** рост количества случаев актуальной госпитальной инфекции *Clostridium difficile* (CDI) обусловлен высокой устойчивостью спор во внешней среде, а увеличение риска неблагоприятных исходов – распространением гипервирулентных штаммов. В ГКБ №52 проводится эпидемиологическое исследование случаев тяжелой CDI, требующих назначения ванкомицина перорально.

**Цель исследования:** изучение распространенности CDI в отделениях ГКБ №52 и определение факторов риска инфекции и неблагоприятного исхода CDI.

**Результаты исследования:** в 2017 г. CDI тяжелого течения диагностирована у 436 пациентов – 8,2 случая / 1000 пролеченных (в 2016 г. у 339 – 6,3/1000 пролеченных). Средний возраст пациентов: 63±16,9 года; распределение по профилям: отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – 137 (31,4%) случаев, нефрологии – 121 (27,8%), терапии – 80 (18,3%), хирургии – 54 (12,4%), онкогематологии – 44 (10,1%).

**Факторы риска:** применение цефалоспоринов III и/или фторхинолонов в предшествующие 90 дней – у 79%; контакт с ОРИТ >48 часов – у 64,6%; применение ингибиторов протонной помпы (ИПП) – у 89,7%; коморбидность – у 51,7% пациентов с тяжелой CDI. Длительность госпитализации пациентов с тяжелой CDI: 24,3±17,4 койко-дня (в среднем в ГКБ №52 за 2017 г. – 6 койко-дня). Смерть от всех причин составила 28,9% (126 из 436), наибольшая смертность была у пациентов в ОРИТ – 56,9% (78 из 137).

**Выводы:**

1. Тяжелая CDI приводит к росту летальности и длительности госпитализации пациентов.

2. Основные факторы риска тяжелой CDI: контакт с ОРИТ, коморбидные заболевания, применение цефалоспоринов III и фторхинолонов, применение ИПП.

3. Для уменьшения числа случаев гипердиагностики CDI рекомендовано усовершенствовать лабораторную диагностику – определять глутаматдегидрогеназу в кале.

4. С целью своевременной диагностики, дифференциальной диагностики госпитальной диареи и ограничения распространения CDI регулярно проводятся образовательные мероприятия для врачей, разработан и внедрен алгоритм диагностики и лечения CDI; внедрены протоколы по рациональной антимикробной терапии с ограничением применения цефалоспоринов III поколения с заменой их на антимикробные препараты с меньшим риском селекции полирезистентных бактерий, в том числе CDI; разработан протокол персонализированного назначения ИПП.

## Экспрессия раково-тестикулярного гена PRAME в контексте иммунофенотипа острых миелоидных лейкозов

**В.А. Мисюрин<sup>1</sup>, А.Е. Мисюрина<sup>2</sup>, Д.В. Калениченко<sup>2</sup>, А.А. Рудакова<sup>1</sup>, В.В. Тихонова<sup>1</sup>, Ю.П. Финашутина<sup>1</sup>, Н.А. Лыжко<sup>1</sup>, О.В. Солопова<sup>1</sup>, Е.Н. Мисюрина<sup>3</sup>, Е.И. Желнова<sup>3</sup>, К.В. Яцков<sup>3</sup>, Т.Л. Платонова<sup>3</sup>, И.В. Самсонова<sup>3</sup>, М.А. Лысенко<sup>3</sup>, М.А. Барышникова<sup>1</sup>, А.В. Мисюрин<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»

Минздрава России

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Московская государственная академия ветеринарной медицины и биотехнологии – МВА им. К.И. Скрябина»

<sup>3</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Введение:** взаимосвязь уровня экспрессии раково-тестикулярного гена PRAME с различными особенностями иммунофенотипа лейкозных клеток неизвестна. Не решен вопрос и о причинах экспрессии PRAME у данных больных. Активаторами экспрессии могут быть факторы PNF8 и NFkB2, так как в промоторе PRAME находятся сайты связывания данных транскрипционных факторов.

**Цель работы:** сопоставить экспрессию гена PRAME с иммунофенотипическими характеристиками ОМЛ и активностью генов PNF8 и NFkB2.

**Материалы и методы:** в исследование был включен 41 первичный ОМЛ (мужчины/женщины: 20/21; медиана возраста – 56 лет (39–67)). Из бластных клеток

была выделена мРНК для оценки уровня экспрессии генов PRAME, PNF8 и NFkB2. Для исследования связи экспрессии гена PRAME с активностью поверхностных маркеров и генов PNF8 и NFkB2 применялся регрессионный анализ.

**Результаты:** метод пошаговой селекции установил признаки, с которыми уровень экспрессии PRAME имел наибольшую связь. Гиперэкспрессия PRAME связана с меньшим количеством blastov ( $p=0,0021$ ), меньшим уровнем экспрессии CD5 ( $p=0,0001$ ) и CD13 ( $p=0,0122$ ) и большим уровнем экспрессии CD117 ( $p=0,029$ ) и CD33 ( $p=0,0048$ ). Уровень экспрессии CD56, CD2, CD11c и CD19 имел тенденцию к большим значениям в случае экспрессии PRAME ( $p>0,05$ ). Активность PRAME была связана с меньшим количеством blastov ( $p=0,0006$ ). Уровень экспрессии NFkB2 прямо коррелировал с уровнем экспрессии PRAME ( $p=0,0369$ ). Уровень экспрессии PNF8 был незначимо увеличен у PRAME-экспрессирующих больных ( $p=0,27$ ).

**Выводы:** установлено, что активность PRAME у больных не зависела от степени зрелости лейкозных клеток. У PRAME-экспрессирующих больных наблюдалось меньшее количество blastov. Это может объяснить прогностически благоприятное влияние PRAME при ОМЛ. Корреляция экспрессии NFkB2 и PRAME подтвердила предположение о том, что активность сигнального пути NFkB может быть причиной экспрессии PRAME.

## Затраты на коррекцию нежелательных лекарственных реакций при проведении лекарственной терапии. Обзор отечественных клинико-экономических исследований

**В.С. Крысанова<sup>1,2</sup>, М.В. Журавлева<sup>1</sup>, Т.Н. Ермолаева<sup>2</sup>, М.В. Давыдовская<sup>2</sup>, К.А. Кокушкин<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

<sup>2</sup> ГБУ «Научно-практический центр клинических исследований и оценки медицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы»

**Цель исследования:** экономическая оценка затрат на нежелательные лекарственные реакции (НЛР) при проведении лекарственной терапии на примере отечественных клинико-экономических исследований.

**Материалы и методы:** поиск клинико-экономических исследований проводился на основании базы данных elibrary.ru. Ключевыми словами поиска являлись: «побочный эффект», «нежелательная лекарственная реакция», «нежелательное явление», «затраты»,

«клинико-экономический анализ», «фармакоэкономическое исследование». Поиск опубликованных исследований осуществлялся за период с 2014 по 2018 г. Для первичного поискового запроса в базе научной электронной библиотеки elibrary.ru было найдено 318 публикаций.

**Результаты:** в ходе обзора литературы для дальнейшего анализа было отобрано 62 работы, соответствующие критериям поиска. При дальнейшем анализе было выявлено, что оценка затрат на побочные эффекты / нежелательные лекарственные реакции / нежелательные явления (далее – НЛР) в структуре прямых затрат на лекарственную терапию проводилась по следующим нозологиям: гастроэнтерология, инфекционные заболевания, кардиология, неврология, нефрология, онкогематология, онкология, оториноларингология, пульмонология, ревматология, трансплантология, хирургия, эндокринология.

Среди представленных нозологий 1-е место по количеству исследований заняла онкология (25 публикаций), 2-е место – ревматология (8 публикаций), 3-е место – кардиология (6 публикаций).

В структуре заболеваний онкологического профиля преобладает рак молочной железы: из 25 публикаций данной проблематике посвящено 7 работ. В структуре заболеваний ревматологического профиля преобладает ревматоидный артрит: из 8 публикаций данной проблеме посвящено 4 работы, и в одном исследовании данный вопрос рассматривается вместе с другим заболеванием (остеоартроз). В структуре заболеваний кардиологического профиля преобладает проблема проведения антиагрегантной терапии при сердечно-сосудистых заболеваниях: из 6 публикаций – 3.

При анализе затрат на коррекцию НЛР было выявлено, что общие затраты в течение 1 года:

- по профилю «онкология» составляют около 1,7 млн. руб. Самой затратной нозологией стал рак предстательной железы – около 567 тыс. руб. Для нозологии, по которой представлено наибольшее количество публикаций, рак молочной железы, затраты составляют около 238 тыс. руб. При этом затраты составляют 1–10% от курсовой стоимости лекарственных препаратов;

- по профилю «ревматология» составляют около 146 тыс. руб., максимальные затраты связаны с лечением ревматоидного артрита – 106,5 тыс. руб. При анализе структуры затрат наблюдается схожая с онкологическим профилем ситуация: затраты на коррекцию НЛР составляют 1–10% от общих затрат;

- по профилю «кардиология» составляют около 86 тыс. руб., при этом основные затраты связаны

с проведением антиагрегантной терапии при сердечно-сосудистых заболеваниях – около 50,6 тыс. руб.

**Заключение:** проведенный литературный обзор демонстрирует важность оценки затрат на коррекцию НЛР при проведении лекарственной терапии, так как они вносят значительный вклад в структуру прямых медицинских затрат на терапию различных заболеваний и являются важным этапом оценки экономической целесообразности применения той или иной медицинской технологии.

## Клинико-анатомический анализ острого почечного повреждения в кардиохирургии

*Г.А. Бердников, Л.Н. Зимица, С.И. Рей, В.В. Киселев, Н.В. Рубцов*

*ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»*

**Цель работы:** провести анализ летальных исходов больных, госпитализированных в кардиохирургическое отделение для оперативного лечения.

**Материал и методы исследования:** проведен клинико-анатомический анализ 27 умерших больных, находившихся на лечении с 2017–2018 гг. Средний возраст исследуемых – 65,25±8,5 года. Мужчин было 14 в возрасте от 52 до 75 лет, женщин – 13 в возрасте от 58 до 77 лет. Протезирование клапанов было выполнено 11 пациентам, протезирование аорты – 2, протезирование клапанов и аорты – 7, сочетанные операции – 7. Изучены карты стационарных больных, протоколы вскрытий, результаты гистологического исследования операционного и аутопсийного материала.

**Результаты:** все пациенты были госпитализированы в кардиохирургическое отделение. Продолжительность пребывания в стационаре составила 10,1±9,5 дня (от 1 до 39 суток), в реанимации – 6,8±6,7 дня. При обследовании выявлено наличие сопутствующих хронических заболеваний: сахарный диабет – у 12 больных, легочная гипертензия – в 10 случаях, гипертоническая болезнь – у 24 больных, онкологические заболевания – у 4 больных, хроническое заболевание почек – в 20 случаях. Фракция выброса левого желудочка составила в среднем 57%. Степень риска по шкале EuroSCORE составила 49,29±24,6%.

У 6 больных (22%) отмечено развитие острого почечного повреждения (ОПП) с повышением сывороточного креатинина (164,7±79,04 мкмоль/л)

в послеоперационном периоде, что потребовало проведения заместительной почечной терапии.

**Выводы:** на основании полученных данных пациенты возрастной группы при поступлении в кардиохирургическое отделение имели тяжелые сопутствующие заболевания (сахарный диабет, легочная гипертензия, гипертоническая болезнь, онкологические заболевания, хроническая болезнь почек), нарушения свертывающей системы, гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, снижение скорости клубочковой фильтрации, высокий риск летального исхода (по шкале EuroSCORE).

Структурной основой ОПП были предрасполагающие повреждения клубочков в виде гломеруллопатий различного генеза и нефросклероза, которые усугублялись острыми тубулоэпителиальными повреждениями, возникающими, как правило, в послеоперационном периоде (дистрофическими изменениями нефроцитов, очаговыми и распространенными некрозами нефроцитов), а также дисциркуляторными изменениями в почках вплоть до тромбозов сосудов разного калибра.

## Результаты первого этапа скрининга рака легкого с помощью низкодозной компьютерной томографии в Москве

*В.А. Гомболевский<sup>1</sup>, С.П. Морозов<sup>1</sup>, А.В. Владзимирский<sup>1</sup>, А.Ш. Лайпан<sup>1</sup>, П.В. Кононец<sup>2</sup>, П.А. Древаль<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы»*

*<sup>2</sup> ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62 Департамента здравоохранения города Москвы»*

**Актуальность:** эпидемиологическая ситуация со злокачественными новообразованиями (ЗНО) легких требует немедленного осуществления комплексных мер по приоритетному обеспечению своевременной диагностики и эффективной маршрутизации. С учетом мирового опыта наиболее системным решением проблемы раннего выявления рака легкого является селективный скрининг посредством низкодозной компьютерной томографии (НДКТ).

**Материалы и методы:** в 2017 г. в ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии» Департамента здравоохранения г. Москвы была проведена работа по организации и реализации проекта селективного скрининга рака легкого в амбулаторно-поликлиническом звене на основе НДКТ. Были разработаны методические

и административные документы, подготовлены и установлены низкодозные протоколы, проведено обучение персонала, выстроена система маршрутизации. Был также подготовлен проект нормативного документа, утвержденного приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 1 февраля 2017 г. №49.

Благодаря этой работе в Москве успешно осуществлен первичный (baseline) этап скрининга злокачественных новообразований легких посредством низкодозной компьютерной томографии. Проект проведен на базе 10 амбулаторно-поликлинических медицинских организаций.

**Результаты:** на 1-м этапе проведено 5310 НДКТ, в соответствии с критериями в исследование включены результаты 4762 (89,6%) из них. В исследуемой выборке выявлено: 291 (6,1%) лицо с очагами 3-й категории по LungRADS, 228 (4,8%) – с очагами категории 4a, 196 (4,1%) – с очагами категорий 4b, 4x. Все пациенты с очагами 4-й категории по LungRADS были маршрутизированы в соответствии с методологией проекта и приказом Департамента здравоохранения г. Москвы. У 371 (7,8%) обследованного пациента оказались случайные патологические находки, не связанные с очагами в легких, но подозрительными на рак (пневмония, саркоидоз и т.д.). Эти лица также были направлены на консультации врачей-специалистов.

Из 196 лиц с очагами 4-й категории на сегодня ЗНО верифицированы у 30 (0,63% от общего числа обследованных). На I стадии заболевание активно выявлено у 40% лиц с верифицированным ЗНО.

**Заключение:** впервые в Российской Федерации по результатам скрининговой программы определено необходимое количество (number needed to screen) НДКТ-исследований для выявления одного верифицированного случая рака легкого (159) и для выявления одного случая рака легкого I стадии (397). Данные результаты будут уточнены при получении дополнительной верификации среди пациентов, прошедших первичный скрининг.

## Ингибиторы тирозинкиназ в таргетной терапии немелкоклеточного рака легкого

**Д.А. Андреев<sup>1</sup>, А.А. Завьялов<sup>1</sup>, М.Ю. Бяхов<sup>2</sup>,  
К.А. Кокушкин<sup>1</sup>, М.В. Давыдовская<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУ «Научно-практический центр клинических исследований и оценки медицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>2</sup> ГБУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

**Введение:** рак легкого относится к категории социально значимых болезней, так как трудно поддается лечению и является наиболее частой причиной смерти от онкологических заболеваний. Во всем мире в 2015 г. от рака легкого умерло около 1,69 млн человек. Ежегодно в России регистрируется приблизительно 60 тыс. случаев злокачественных опухолей трахеи, бронхов и легкого. В 2016 г. в России стандартизованный показатель смертности от этой группы нозологий составил 19,94 на 100 тыс. населения. Соотношение умерших к заболевшим при раке легкого немногим меньше единицы. При этом наиболее часто встречаются плоскоклеточный рак (около 40% больных) и аденокарцинома (40–50%). Высокая смертность от этого заболевания объясняется отсутствием высокоэффективной терапии и поздней диагностикой. В последние годы, с развитием молекулярно-генетических методов, в клиническую практику стали внедряться высокоэффективные препараты, включающие в себя ингибиторы тирозинкиназы и ингибиторы контрольных точек PD-L1.

**Цель исследования:** сравнить обобщенные результаты клинических исследований эффективности и безопасности таргетных препаратов, относящихся к тирозинкиназным ингибиторам, используемым при лечении немелкоклеточного рака легкого, с результатами, полученными в реальной клинической практике.

**Методы исследования:** с помощью поисковых систем PubMed/Medline, Embase произведен анализ опубликованных результатов клинических исследований, посвященных применению тирозинкиназных ингибиторов в мире. Для сравнения результатов лечения в условиях г. Москвы использованы данные Московского канцер-регистра.

**Результаты:** при оценке результатов использования трех основных классов ингибиторов 1-го и 2-го поколения установлено, что выживаемость без прогрессирования, достигнутая в рамках исследований, составляет от 9,2 до 16,6 мес. В клинической практике этот показатель составляет в среднем около 12 мес. (от 4,5 до 18,3 мес.). Профиль токсичности и безопасности препаратов, используемых в клинической практике, полностью соответствует наблюдаемому в клинических исследованиях. При проведении химиотерапии с включением препаратов платины показатель выживаемости без прогрессирования составил 5,6–6,9 мес. Наличие молекулярно-генетических лабораторий экспертного уровня позволяет определить молекулярный профиль опухоли и выбрать оптимальный алгоритм терапии.

**Заключение:** преимуществом ингибиторов тирозинкиназ является меньшая токсичность и высокий контроль

заболевания по сравнению со стандартной химиотерапией. Дальнейшая разработка новых поколений ингибиторов тирозинкиназ приводит к появлению в арсенале врача дополнительных высокоэффективных лекарственных препаратов для лечения распространенного немелкоклеточного рака легкого.

## Поражение центральной нервной системы при лимфоме Беркитта

*Е.А. Барях, Ю.Ю. Поляков, О.Л. Кочнева, Т.Н. Толстых, Е.С. Маврина, Е.Ю. Гришина, Е.А. Каримова, Е.И. Желнова, Т.Л. Платонова, Е.Н. Мисюрина, И.В. Самсонова, М.А. Лысенко*

ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Введение:** лимфома Беркитта (ЛБ) – агрессивная В-клеточная лимфома с высокой фракцией пролиферирующих клеток и перестройкой гена с-МУС. Вовлечение центральной нервной системы (ЦНС) встречается в 13–34% случаев ЛБ.

**Материалы и методы:** с 1995 по 2018 г. в ГКБ №52, НМИЦ гематологии и НМИЦ онкологии наблюдалось 130 больных ЛБ. У 31 (24%) пациента с медианой возраста 29,4 года выявлено поражение ЦНС. Соотношение мужчин/женщин составило 4,2/1.

**Результаты:** у 14 больных диагностирована IV стадия заболевания, у 17 – лейкоз Беркитта. В-симптомы присутствовали у 30/31 (97%) пациента, повышение ЛДГ – у 100% больных. У 28 (90%) больных выявлено более 2 экстранодальных очагов поражения. Опухолевое поражение ЦНС у всех больных было представлено инфильтрацией оболочек головного мозга (нейролейкемией), в 2 случаях оно сочеталось с поражением черепно-мозговых нервов. У 6 больных диагностирована эпидуральная опухоль с компрессией спинного мозга, у 4 пациентов – в сочетании с вовлечением мозговых оболочек. Объемное образование головного мозга выявлено у 3 больных, у 1 пациентки – в сочетании с интратумором спинного мозга и нейролейкемией. Всем пациентам проводили интратекальные введения химиопрепаратов (цитарабина, метотрексата, дексаметазона) до достижения 3 нормальных анализов ликвора. Двум пациентам интратекально вводили ритуксимаб в дозе 25 мг. Основные различия наблюдались в используемых программах химиотерапии. Пять пациентов, в связи с неправильно установленным диагнозом, получали терапию СНОР-подобными курсами, наблюдалось бурное прогрессирование заболевания

и смерть больных. Двум пациентам проведено лечение по программе Hyper-CVAD, 3 – по протоколу NHL-BFM-90: 1 пациент жив в ремиссии заболевания, 4 погибли от прогрессирования заболевания. Лечение по протоколу ЛБ-М-04+/-R проведено 21 пациенту, 16 (76%) пациентов живы в ремиссии, 5 умерли (2 – ранний рецидив, 3 – осложнения в период индукции ремиссии).

**Заключение:** поражение ЦНС встречается в 24% случаев ЛБ, значительно чаще выявляется у мужчин. Нейролейкемия относится к факторам неблагоприятного прогноза, ассоциирована с экстранодальными поражениями, повышением ЛДГ. Прогноз заболевания напрямую зависит от адекватно проведенной химиотерапии с соблюдением доз и межкурсовых интервалов. Протоколы терапии ЛБ с вовлечением ЦНС должны включать в себя высокие дозы цитарабина и метотрексата с обязательными интратекальными введениями химиопрепаратов и, возможно, ритуксимаба.

## Оценка терапевтической ценности препарата ниволумаб в терапии немелкоклеточного рака легкого

*Д.Л. Клабукова, М.Э. Холвня-Волоскова, Т.Н. Ермолаева, М.В. Давыдовская, К.А. Кокушкин*  
ГБУ «НПЦ клинических исследований и оценки медицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы»

**Актуальность:** рак легкого – наиболее часто выявляемое онкологическое заболевание у мужчин и ведущая причина в структуре смертности от онкологических заболеваний в мире и в РФ. Примерно 80% случаев рака легкого составляет немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ). В настоящее время стандартом терапии у ранее получавших лечение пациентов с распространенным НМРЛ является доцетаксел, однако новым направлением стала иммунотерапия, в частности ингибиторы иммунных контрольных точек. Так, ниволумаб – полностью человеческое антитело (IgG4), блокирующее рецептор программируемой клеточной гибели 1 (PD-1) и прерывающее соответствующий сигнальный путь.

**Цель исследования:** оценка терапевтической ценности лекарственного препарата ниволумаб (Opdivo) в терапии НМРЛ.

**Материалы и методы:** проведен литературный обзор по ключевым словам «ниволумаб» и «рак легкого» в базах данных Pubmed, Cochrane и elibrary.ru. При

анализе публикаций оценен уровень убедительности представленных в них доказательств.

**Результаты:** у пациентов с гистологически плоскоклеточными опухолями ниволумаб обеспечивает лучшие показатели выживаемости и сопровождается более оптимальным профилем безопасности по сравнению с доцетакселом. У пациентов с опухолями неплюскоклеточной гистологии терапия ниволумабом ассоциируется со значительно более длительной общей выживаемостью и значительно большей частотой объективного ответа, чем доцетакселом, но не обеспечивает увеличения длительности выживаемости без прогрессирования. При этом годовая выживаемость без прогрессирования в группе ниволумаба составила 19%, а в группе доцетаксела – 8%, что отражает отсроченный положительный эффект, типичный для иммунотерапевтического лечения. Отмечается, что наблюдаемые результаты выживаемости без прогрессирования могут быть обусловлены различной эффективностью у определенных подгрупп пациентов. Профиль безопасности ниволумаба более благоприятный, чем профиль доцетаксела, и у большинства пациентов нежелательные реакции характеризуются легкой степенью тяжести. У малого числа пациентов в группе ниволумаба наблюдаются иммуноопосредованные нежелательные побочные действия, включая пневмонии, которые можно купировать с помощью стандартных мер.

Такие факторы, как мутации гена рецептора эпидермального фактора роста EGFR и транслокации гена киназы анапластической лимфомы ALK, не оказывают влияния на эффективность терапии ниволумабом, однако для пациентов с доказанным наличием данных генетических аномалий необходима дополнительная терапия ингибитором тирозинкиназы.

Экспрессия опухолевого белка PD-L1 рассматривалась в качестве биомаркера для ответа на терапию ниволумабом и оценки его преимущества перед стандартной терапией. При этом в различных исследованиях пороговые уровни составляли 1%, 5%, 10% и 50% и результаты несколько противоречивы. Однако в целом анализ показал, что пациенты с положительным PD-L1 имели большее количество ответов, чем PD-L1-негативные.

**Заключение:** ниволумаб продемонстрировал преимущества по сравнению со стандартной терапией с профилем риска, приемлемым относительно предлагаемой клинической выгоды. Терапия ниволумабом может являться альтернативой для популяции пациентов с распространенным или метастазирующим НМРЛ плоскоклеточной и неплюскоклеточной гистологии после предварительной химиотерапии и независимо от уровня экспрессии белка PD-L1.

## Метод стентирования в лечении опухолевых стриктур в ургентной хирургической клинике

*Е.Ю. Стручкова, Р.Р. Мударисов, И.Е. Могильницкий, Е.А. Шитиков*

*ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения реакции Москвы»*

**Актуальность:** ежегодно в России выявляется 7700–7800 больных раком пищевода. Доля больных с запущенной стадией рака пищевода составляет 60–70%. Средняя продолжительность жизни пациентов с тяжелой опухолевой дисфагией колеблется в пределах 90–173 суток.

**Цель работы:** улучшение качества и продолжительности жизни онкобольных со злокачественными стриктурами верхних отделов ЖКТ.

**Материалы и методы:** нами было проведено 246 стентирований, из них 172 (70%) – в плановом порядке и 74 (30%) – в срочном порядке. Все пациенты отмечали жалобы на невозможность принятия пищи и воды, боли за грудиной. Причинами дисфагии явились: рак пищевода у 124 пациентов, рак кардиоэзофагального перехода – 61, рецидив опухоли в области гастро-, эзофагоэнтероанастомоза – 7, сдавление извне опухолью средостения – 5, бронхо-пищеводный свищ – 12, несостоятельность анастомоза – 6, прорастание стента – 16, стенозирующая опухоль выходного отдела желудка – 15.

Применяли стенты как частично покрытые, так и полностью покрытые.

После установки стентов всем пациентам удалось наладить энтеральное питание, уменьшить водно-электролитные потери, значительно улучшить качество жизни. После стентирования во всех случаях устранялась дисфагия.

**Осложнения:** у 3 пациентов наблюдалась миграция стента, была проведена успешная репозиция стента; у 2 больных в раннем послеоперационном периоде было отмечено кровотечение в зоне стента, во всех случаях остановленное эндоскопически; в 1 случае во время стентирования опухоли средней трети пищевода возникли симптомы компрессии трахеи, купированные стентированием трахеи.

После стентирования больные нуждаются в регулярном динамическом контроле, изменение характера жалоб может указывать на развитие поздних осложнений.

**Выводы:** эндоскопическое стентирование является ведущим методом паллиативного лечения пациентов

с опухолевыми стриктурами верхних отделов ЖКТ, осложненных дисфагией. Частота развития осложнений не зависит от характера опухолевой обструкции, но вероятность возникновения осложнений была выше при использовании стентов сегментарного строения. По нашему мнению, применение пищеводных стентов может помочь в безвыходной ситуации и является спасительной процедурой.

## Заболевания кожи в многопрофильной клинической больнице – опыт междисциплинарных взаимодействий

**И.Г. Маймасов, Н.В. Горбачук**

ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Введение:** заболевания кожи и подкожной клетчатки по-прежнему широко распространены среди населения Российской Федерации. Заболевания кожи негативно влияют на течение других заболеваний, что выдвигает данную проблему в ряд достаточно актуальных. Многие аспекты организации дерматологической помощи пациентам стационаров остаются предметом обсуждения, в том числе в условиях многопрофильных стационаров.

**Цель исследования:** анализ частоты и структуры госпитальной заболеваемости дерматологического профиля за 2017 г. в ГБУЗ «ГКБ №52» ДЗМ.

**Результаты и обсуждение:** за период наблюдения в ГКБ №52 было пролечено 58 936 пациентов, из них с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки – 3412, что составило 5,7%. Наибольшее число пациентов (65%) имели кожный процесс в стадии компенсации. По нозологиям, с учетом основных направлений работы стационара, изученная выборка распределялась следующим образом: терапия – 38,5%; нефрология – 34,5%; гематология – 18%; хирургия – 9%. 56,8% пациентов ранее дерматологическую помощь не получали вообще, 24,3% – периодически наблюдались в территориальных специализированных учреждениях и 18,9% – в коммерческих структурах. Обращает на себя внимание, что лица трудоспособного возраста, в том числе учащиеся, составили 35,8%, пенсионеры – 64,2%. Наиболее распространенными нозологиями являются: аллергодерматозы (50,5%); различные варианты экзем (28%); псориаз (20%); остальные случаи – редкие нозологические формы (болезнь Бехчета, псевдокарциноидный папилломатоз Готтрона,

герпетиформный дерматит Дюринга, Т-клеточная лимфома кожи). У лиц моложе 50 лет преобладали воспалительно-аллергические заболевания кожи, старше 50 лет – дистрофические заболевания. Наиболее сложной в плане лечения и прогноза заболевания являлась группа пациентов с псориазом и его осложнениями в отделении ревматологии.

Маршрутизация пациентов с заболеваниями кожи в ГКБ №52 осуществляется следующим образом: пациенты направлялись к дерматологу сразу или через сутки с момента выявления заболевания или начала его обострения. Подавляющее большинство дерматологических больных получили специализированную помощь уже в развернутой стадии болезни. В 15% случаев кожные заболевания в стационаре были выявлены впервые, такие как болезнь Бехчета, псевдокарциноидный папилломатоз Готтрона, полиморфный дермальный ангиит.

В 2% случаев выявлялись онкологические и системные заболевания. Почти 25% пациентов не знали о наличии у них кожной болезни или думали, что она пройдет без лечения.

### **Выводы:**

1. Для обеспечения преемственности лечения пациентов с заболеваниями кожи, у которых диагноз был установлен в стационаре впервые, необходимо обеспечить горизонтальную маршрутизацию в территориальный филиал Научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии.
2. Около 2/3 пациентов (64,7%) длительно и многократно лечатся в больницах, в связи с чем не имеют должного внимания со стороны территориальных дерматологических служб, поэтому основным источником специализированной помощи для них является лечение дерматолога многопрофильного стационара.
3. Медицинская результативность лечения дерматологических больных связана не только с работой специалистов-дерматологов, но и с настороженностью лечащих врачей стационара, являющихся инициаторами направлений на консультацию к дерматологу.
4. Определенный уровень знаний по дерматологии, выработанный совместно врачами терапевтического и хирургического профилей с одной стороны и дерматологами – с другой, будет полезен для работы в режиме общих практик для многопрофильного стационара.
5. В неотложной дерматологической помощи нуждаются пациенты, являющиеся инвалидами по соматическим заболеваниям, особенно связанным с поражением опорно-двигательного аппарата, а также больные с длительно текущими хроническими болезнями кожи.

6. Взаимодействие дерматологов и врачей других специальностей позволяет оптимизировать процесс лечения полиморбидных пациентов в условиях многопрофильного стационара.

## Применение лапароскопических технологий в лечении стенозирующего колоректального рака в условиях городской клинической больницы

*И.П. Марченко, А.В. Колыгин, И.В. Ермаков, Н.С. Глаголев*

*ГБУ «Городская клиническая больница №29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения города Москвы»*

**Актуальность:** частым осложнением колоректального рака левых отделов толстой кишки является острая обтурационная толстокишечная непроходимость (ООН). Экстренные оперативные вмешательства у пациентов с ООН могут отличаться низкой онкологической радикальностью и высокой послеоперационной летальностью (до 40%). Чаще всего по поводу «левого» рака толстой кишки выполняется обструктивная резекция с формированием одноствольной колостомы, что, по данным литературы, может увеличивать смертность в 5 раз по сравнению со стандартной колостомией. В качестве альтернативы рассматриваются как варианты имплантации саморасширяющихся стентов, так и методика лапароскопической колостомии. Однако в настоящее время хирургическая тактика при лечении острой обтурационной кишечной непроходимости остается предметом дискуссии.

**Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с осложненным колоректальным раком на базе ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана. За период с января 2016 г. по декабрь 2017 г. на лечении в клинике находилось 62 пациента с осложненным течением колоректального рака. По поводу колоректального рака левой половины ободочной и прямой кишки было выполнено 46 операций. Среди оперированных пациентов преобладали лица женского пола: 43 женщины, 19 мужчин. Средний возраст пациентов составил  $63,8 \pm 12$  лет.

**Результаты:** за указанный период были выполнены следующие оперативные вмешательства: левосторонняя гемиколэктомия – 5, обструктивная резекция сигмовидной кишки – 21, передняя резекция прямой кишки – 3, петлевая трансверзостомия – 5,

двуствольная сигмостомия – 7, лапароскопическая резекция сигмовидной кишки – 1. Кроме того, было выполнено 4 лапароскопически ассистированные колостомии. Показание к лапароскопической операции отличалось от открытого вмешательства лишь возможностью наложения карбоксиперитонеума. Отказ от выполнения радикального оперативного вмешательства был обусловлен тяжестью состояния пациентов, явлениями декомпенсированной кишечной непроходимости и наличием отдаленных метастазов. Признаки кишечной непроходимости купированы в течение первых 2 суток. Начиная со 2-х суток все пациенты получали энтеральное питание. Послеоперационных осложнений не отмечено. Средний койко-день составил 5,75 дня.

**Выводы:** малоинвазивная хирургия в лечении острой обтурационной кишечной непроходимости на фоне колоректального рака левых отделов ободочной и прямой кишки может быть альтернативой традиционной колостомии или более радикальным вмешательствам.

## Экспрессия гена BCR/ABL у больных хроническими миелопролиферативными заболеваниями с признаками их прогрессирования

*Л.А. Кесаева<sup>1</sup>, Е.Н. Мисюрина<sup>2</sup>, Д.С. Марьин<sup>2</sup>, Е.И. Желнова<sup>2</sup>, А.А. Крутов<sup>1</sup>, И.Н. Солдатова<sup>1</sup>, С.С. Зборовский<sup>1</sup>, В.А. Мисюрин<sup>1</sup>, В.В. Тихонова<sup>1</sup>, Ю.П. Финашутина<sup>1</sup>, Н.А. Лыжко<sup>1</sup>, А.Е. Беспалова<sup>1</sup>, Н.Н. Касаткина<sup>1</sup>, А.В. Пономарев<sup>1</sup>, И.В. Самсонова<sup>2</sup>, М.А. Лысенко<sup>2</sup>, А.В. Мисюрин<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ООО «ГеноТехнология», молекулярно-генетическая лаборатория

<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Актуальность:** мутация V617F гена JAK2 приводит к развитию Ph-негативных хронических миелопролиферативных заболеваний (ХМПЗ). Механизм их прогрессирования неизвестен. Мы предположили, что ген JAK2, несущий мутацию V617F, приводит к постоянной активации рекомбиназы V(D)J в миелоидных опухолевых клетках больных ХМПЗ. В результате aberrантной активности рекомбиназы V(D)J в опухолевых клетках больных ХМПЗ может осуществляться транслокация t(9;22).

**Цель исследования:** для проверки этой гипотезы изучить экспрессию гена *BCR-ABL1*, который является продуктом t(9;22), у больных ХМПЗ в стадии прогрессии.

**Методы:** экспрессию гена *BCR-ABL1* определяли в гранулоцитах периферической крови больных ХМПЗ при помощи ПЦР в реальном времени, мутацию *JAK2 V617F* – при помощи количественной аллель-специфичной ПЦР, мутацию 12-го экзона гена *JAK2* – методом прямого секвенирования ПЦР-продуктов по Сэнгеру.

**Результаты:** экспрессия *BCR-ABL1* была обнаружена у 29% больных ХМПЗ (43/151), в основном типа *p210*, только 2 случая были *p190*, ни у одного не был обнаружен вариант *p230*. *JAK2 V617F* наблюдали в 78% (117/151), *JAK2-ex12* – у 2 больных (1%). *BCR-ABL1*-положительные (BA+) и *BCR-ABL1*-отрицательные (BA-) группы пациентов очень отличались по числу лейкоцитов:  $19,4(2,5-280) \cdot 10^9/\text{л}$  для BA+ vs  $45(2,1-32,4) \cdot 10^9/\text{л}$  для BA- ( $p=0,017$ ) и гепатоспленомегалии (40% vs 28%,  $p=0,021$ ). Феномен высокой частоты встречаемости экспрессии гена *BCR-ABL1* у больных *JAK2+* ХМПЗ позволил сформулировать гипотезу: ген *BCR-ABL1* возникает в опухолевых клетках из-за активации рекомбиназного комплекса *V(D)J* в связи с перенапряжением *JAK2-Stat* регуляторного пути. Мутация *JAK2 V617F* способствует постоянной активации белка *JAK2*, являясь причиной развития ХМПЗ, а также приводит к прогрессированию и эволюции в ХМЛ из-за осуществления t(9;22) путем зависимого от *V(D)J*-рекомбиназы реципрокного обмена материала 9-й и 22-й хромосом и образования химерного онкогена *BCR-ABL*.

**Заключение:** у значительной доли больных ХМПЗ прогрессирование заболевания может быть связано с активацией экспрессии гена *BCR-ABL1*.

## Организация оказания паллиативной помощи детям в городе Москве: проблемы и пути решения

**Н.Н. Савва<sup>1</sup>, А.К. Федермессер<sup>2</sup>, Д.Н. Проценко<sup>3</sup>, С.Р. Ким<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Кафедра онкологии, гематологии и лучевой терапии (курс паллиативной помощи детям) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

<sup>2</sup> Центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы

<sup>3</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница им.

С.С. Юдина» Департамента здравоохранения города Москвы.

<sup>4</sup> Информационно-аналитический центр ГБУ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы»

**Актуальность:** паллиативная медицина впервые выделена в самостоятельную специальность в 1987 г. в Великобритании, а в 1990 г. Всемирная организация здравоохранения дала определение, в котором отражены ее основополагающие принципы: «паллиативная медицина – это активная всеобъемлющая помощь неизлечимым больным с целью уменьшения их страданий, достижения наилучшего качества жизни больного и его семьи, выполняемая группой профессионалов».

**Материалы:** в течение последних нескольких лет в Москве активно развивается паллиативная помощь как взрослому населению, так и детям. Паллиативная медицинская помощь детям оказывается в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при условии информированного добровольного согласия, соответственно оформленного (согласно ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. №193н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям»). Нуждающиеся в помощи пациенты получают ее в государственных медицинских учреждениях Москвы: ГБУЗ «Морозовская ДГКБ», ГБУЗ «НПЦ СМП детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого», ГБУЗ «ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова» – и в частных медицинских учреждениях: БМЧУ «Детский хоспис» и ЧУЗ «Марфо-Мариинский медицинский центр «Милосердие»».

**Результаты:** в настоящий момент «паллиативная перинатальная помощь» как самостоятельное понятие в законодательстве Российской Федерации отсутствует. Помощь оказывается узкопрофильными специалистами, как правило, не имеющими специальной подготовки в области оказания паллиативной помощи. Сама помощь оказывается вне единого алгоритма – консультации специалистов разрозненны, нет единой системы маршрутизации.

Законодательство построено таким образом, что объектом или получателем помощи в период беременности рассматривается только мать ребенка (плода), после рождения – сам ребенок. При этом в мировой практике (по стандартам ВОЗ) такая

помощь оказывается неизлечимо больному ребенку и близким членам его семьи во время беременности и родов, а также после рождения и до момента завершения периода горевания (после смерти ребенка). При этом помощь рассматривается как единый комплексный подход, включающий в себя медицинскую, психосоциальную и духовную помощь (по определению ВОЗ).

Сегодня развитию перинатальной паллиативной помощи препятствуют:

- низкий уровень информированности семей о прогнозах развития ситуации и возможностях получения социальной и медицинской паллиативной помощи в период до и после родов, а также в период горевания;
- отсутствие комплексной системы консультативной поддержки семей узкими специалистами (акушером-гинекологом, генетиком, психологом, специалистом по паллиативной медицинской помощи детям, неонатологом, анестезиологом-реаниматологом, представителем духовенства), имеющими профильную подготовку по паллиативной помощи детям и их семьям, работающими как единая команда (с учетом особых потребностей матери и ребенка);
- отсутствие системы поддержки членов семьи, в том числе работы с конфликтными ситуациями в семье, а также психологической поддержки в период принятия решения о прерывании беременности, во время беременности и после потери ребенка;
- отсутствие системы маршрутизации и сопровождения семей от момента выявления неизлечимого заболевания у ребенка (плода) до последующего сопровождения во время родов, в период после рождения и вплоть до горевания;
- отсутствие возможности реализации права семьи на проведение процедуры прощания с ребенком (плодом);
- отсутствие возможности отказа родителей от реанимационных манипуляций, направленных на искусственное продление жизни ребенка, не учитывающего продолжительность и уровень качества жизни ребенка.

Принимая во внимание сложность темы, планируется проведение пилотного проекта по построению единой комплексной системы оказания перинатальной помощи в Москве. Такая система может позволить в полном объеме реализовать право матери на получение исчерпывающей информации о возможных вариантах развития ситуации для принятия взвешенного решения о тактике ведения беременности (согласие на медицинское вмешательство и на отказ

от медицинского вмешательства; ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ). Кроме того, система позволит получить комплексную профессиональную поддержку от многопрофильной команды специалистов в пределах одного учреждения всей семье (в период беременности, родов и до момента завершения периода горевания).

**Заключение:** создание координационного центра паллиативной медицинской помощи в Москве может стать одним из важных инструментов в оказании паллиативной помощи детям.

Это позволит:

- направлять детей в медицинские организации для оказания паллиативной медицинской помощи;
- организовывать участие в заседании врачебной комиссии по ПМП в случае отсутствия в медицинской организации врача, прошедшего обучение по паллиативной медицинской помощи;
- организовывать транспортировку пациента в медицинскую организацию для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;
- направлять пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в условиях стационара, с учетом транспортной доступности и желания пациента или законных представителей.

## Использование комплексной гериатрической оценки в планировании лечения пациентов с колоректальным раком старшей возрастной группы

*П.В. Царьков, С.К. Ефетов, Ю.Е. Киценко,*

*В.М. Нековаль, А.В. Михайлов*

*Первый МГМУ им. И.М. Сеченова*

*Клиника колопроктологии и малоинвазивной хирургии*

**Актуальность:** чем старше пациент, тем выше у него риск развития колоректального рака (КРР) и, как ни парадоксально, тем ниже вероятность получить лечение в радикальном объеме. Однако хронологический возраст не всегда отражает функциональные резервы организма. Комплексная гериатрическая оценка (КГО) позволяет более системно оценить переносимость стрессовых нагрузок у пациентов

старческого возраста. Такой же подход может быть использован при оценке рисков оперативных вмешательств у коморбидных больных более молодой возрастной категории.

**Цель исследования:** изучить возможности КГО при планировании оперативного лечения больных КРР старшей возрастной группы.

**Материалы и методы:** в пилотное ретроспективно-проспективное исследование вошли пациенты старческого возраста с диагнозом КРР, проходившие лечение в период 2006–2018 гг. В 1-ю группу включены пациенты, оперированные по поводу КРР II–IV стадий, предоперационная оценка и подготовка которых проводилась согласно стандартному протоколу мультидисциплинарной оценки без акцента на функциональных возможностях.

Для улучшения результатов лечения с 2018 г. стандартизированный подход дополнен комплексной гериатрической оценкой, позволившей проводить периоперационную оценку исходя из проявлений и выраженности гериатрических синдромов. Длительность подготовки определялась полиморбидностью, выраженностью мальнутриции, саркопении и когнитивных нарушений. Мероприятия, направленные на коррекцию нарушений, включали в себя нутритивную поддержку, занятия лечебной физкультурой с нагрузочными тестами, нейропротективную терапию и психологический тренинг. В связи с пилотным характером исследования оценка качества подготовки выполнялась в ограниченном объеме. Во 2-ю группу включены пациенты КРР различных стадий с модернизированным подходом; дополнительно они разделены на подгруппы: преастения, астения легкой и умеренной степени.

Всем пациентам дополнительно был определен индекс коморбидности (CCI) и проведена предоперационная оценка по шкале ASA, прогнозируемая 30-дневная летальность рассчитана по шкале Cr-POSSUM. Выполнены радикальные, условно-радикальные и паллиативные резекционные операции.

**Результаты:** в 1-ю группу включено 122 пациента. Средний возраст составил  $81,84 \pm 3,57$  года, средний показатель CCI –  $7,6 \pm 2,4$ . Во 2-ю группу включен 41 пациент. Средний возраст составил  $80,1 \pm 2,7$  года. Преастения выявлена у 7 человек (18%), индекс коморбидности CCI составил  $8,1 \pm 1,2$ , астения легкой степени диагностирована у 23 пациентов (56%) с индексом CCI  $8,9 \pm 1,4$ ; в группе с умеренной астенией 11 пациентов (26%) индекс CCI составил  $9,6 \pm 1,27$ . Показатель Cr-POSSUM в 1-й и 2-й группах значительно не отличался и составил 12,4% и 13,1% соответственно

( $p=0,91$ ). Во 2-й группе после плановых операций летальных исходов не было, 30-дневная летальность в 1-й группе составила 4,9%.

**Вывод:** выявление синдромов старческой астении при КГО на догоспитальном этапе позволяет оценить функциональные возможности старческого организма и произвести мультидисциплинарную синдромальную коррекцию нарушений с последующим выполнением необходимого объема онкологической помощи при любой стадии КРР лицам старшей возрастной группы. Коррекция выявленных нарушений улучшила показатели 30-дневной послеоперационной летальности. Данная гипотеза требует дальнейшего подтверждения.

## Опыт лечения острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии

*С.Е. Ларичев, Б.Г. Завьялов, М.З. Тотиков, А.В. Шабрин*

*ГБУ «Городская клиническая больница №17» Департамента здравоохранения города Москвы*

**Актуальность проблемы:** летальность при опухолевой острой кишечной непроходимости (ОКН) остается высокой. По данным разных авторов, она достигает 10–37%. Нет единого мнения о тактике оперативного лечения пациентов с данным заболеванием.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, за счет использования этапного подхода и лапароскопических технологий.

**Материалы и методы:** в период с 2015 по 2018 г. в ГКБ №17 г. Москвы поступило 110 пациентов с раком толстой кишки, осложненным ОКН: женщин – 58 (52,7%); мужчин – 52 (47,2%). Средний возраст –  $65 \pm 12,2$  года.

Методы обследования: рентгенологический (110), УЗИ (110), МСКТ (92), колоноскопия (26). Компенсированная ОКН имела место у 22 (20%) пациентов, которые были оперированы в течение 6,8+4,3 суток от поступления. С субкомпенсированным стенозом оперировано 45 (40,9%) больных в течение 20,1+7,8 часа от поступления. Симптомы декомпенсированной формы ОКН явились показанием к экстренной операции у 13 (11,8%) больных.

**Результаты:** при правосторонней локализации опухоли первичные резекции с анастомозами выполнены у 14 (12,7%) из 24 пациентов. Средний возраст в

этой группе составил  $65 \pm 9,8$  года. У 10 пациентов с компенсированной ОКН выполнена лапароскопическая гемиколэктомия. У 2 (12%) пациентов при распространенном онкопроцессе выполнены обходные анастомозы, в 2 (12%) случаях выполнена операция Лохея в связи с наличием распространенного перитонита или декомпенсированного стеноза.

При левосторонней локализации опухоли независимо от выраженности непроходимости операция заканчивалась выведением колостомы. У 32 (29,1%) больных с компенсированной ОКН выполнена операция по типу Гартмана, в 22 случаях у молодых пациентов – в лапароскопическом варианте. Наличие декомпенсированной непроходимости или высокий операционно-анестезиологический риск у 27 больных явились показанием к наложению временной (18) или постоянной (9) декомпрессивной стомы, у 15 – с использованием лапароскопии.

Послеоперационные осложнения выявлены у 19 (17,3%) больных, в основном местные гнойно-воспалительные. Летальность составила 10 (9,1%) пациентов. После лапароскопических вмешательств летальный исход имел место в одном случае – 2,1%.

**Заключение:** разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволил оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты лечения больных с опухолевой ОКН. Лапароскопические методы оперативного пособия оправданы при компенсированной опухолевой кишечной непроходимости.

## Оценка частоты послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений по расходу антибактериальных препаратов резерва

*С.К. Яровой, Ш.Л. Восканян, Л.С. Гладкова*  
ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева Департамента здравоохранения города Москвы»

**Актуальность:** инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), принято анализировать по зарегистрированным случаям заболеваний, что не всегда отражает истинные значения. Оценить соответствие уровня гнойно-воспалительных осложнений по зарегистрированным случаям ее действительным значениям в лечебном учреждении представляется задачей сложной, трудоемкой и почти невыполнимой.

Нами предложена методика оценки частоты послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений по расходу антибактериальных препаратов резерва.

**Материалы и методы:** исследование выполнено на пациентах, получавших оперативную хирургическую, урологическую, онкохирургическую и гинекологическую помощь в многопрофильном стационаре в 2017 г.

Информация об инфекциях в области оперативного вмешательства была получена из медицинских карт стационарного больного (форма №003/у), журнала учета инфекционных заболеваний (форма №060/у), консультативных журналов клинического фармаколога. Проанализирована информация о расходе лекарственных средств, количестве оперативных вмешательств по отделениям.

**Результаты:** согласно анализу медицинской документации и консультативных журналов клинического фармаколога, средняя длительность курса антибиотиков I линии резерва определена в 6,5 суток. Это соответствует 13 флаконам цефтазидима, цефепима, цефоперазона/сульбактама (при назначении 2 фл./сут.), 19,5 флаконам тикарциллина/клавуланата, пиперациллина/тазобактама (при назначении 3 фл./сут.), 6,5 флаконам эртепанема (при назначении 1 фл./сут.). Проведен расчет количества израсходованных антибактериальных препаратов I линии резерва с учетом средней продолжительности курса терапии по каждому лечебному отделению по оригинальной методике. Согласно расходу антибактериальных препаратов I линии резерва, число инфекционно-воспалительных осложнений в стационаре оценено в 120 случаев. За 2017 г. было выполнено 11 204 оперативных вмешательства, следовательно, частота послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений составила 1,1 на 100 операций (1,1%). В системе АИС «ОРУИБ» зарегистрировано 76 послеоперационных нозокомиальных осложнений. Рассчитанное значение частоты послеоперационных ИСМП в 1,5 раза превысило частоту зарегистрированных осложнений.

**Выводы:** таким образом, предложен инструмент, позволяющий оценить адекватность регистрации послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в стационаре с уточнением конкретного подразделения. Оценка частоты осложнений ИСМП по расходу антибактериальных препаратов резерва будет иметь смысл только в тех стационарах, где лекарственная антибактериальная терапия упорядочена.

## Медико-экономический анализ открытой радикальной цистэктомии в сравнении с лапароскопической и робот-ассистированной цистэктомией при онкопатологии мочевого пузыря

**С.Н. Переходов<sup>1</sup>, М.И. Васильченко<sup>1</sup>, Д.А. Зеленин<sup>1</sup>,  
И.В. Семенякин<sup>2</sup>, М.В. Забелин<sup>3</sup>, Р.И. Алиев<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.П. Демихова» Департамента здравоохранения города Москвы

<sup>2</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы»

<sup>3</sup> ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России

**Актуальность:** методы минимально инвазивной хирургии (лапароскопические операции, робот-ассистированные операции) с момента их появления достаточно быстро и широко были внедрены в урологическую практику и используются для лечения доброкачественных и злокачественных заболеваний с перспективой уменьшения периоперационных осложнений и сокращением сроков послеоперационной реабилитации пациентов. Уменьшение количества осложнений, а также сокращение сроков лечения потенциально могут компенсировать затраты на дополнительные расходы клиник, связанные с использованием дорогостоящего оборудования, по сравнению с подобными операциями, которые выполняются открытым способом.

**Материалы и методы:** нами был проведен сравнительный медико-экономический анализ эффективности и медицинской результативности выполнения лапароскопической и робот-ассистированной радикальной цистэктомии в сравнении с цистэктомией открытым способом. Для достижения поставленной задачи была отобрана группа из 36 пациентов, прооперированных за период с 2013 по 2017 г. Средний возраст больных составил 65,7 года. По полу пациенты распределились следующим образом: 23 пациента – мужчины, 13 – женщины. У всех пациентов диагностировано онкологическое заболевание мочевого пузыря (верифицирован переходно-клеточный рак) в стадии заболевания T2-T3. Всем больным выполнялась одномоментно цистэктомия с формированием ортотопического мочевого пузыря либо гетеротопического мочевого пузыря, что зависело от стадии заболевания, характера опухолевого роста, соматического состояния пациента. Больные были

распределены соответственно на 3 группы в зависимости от вида выполняемой цистэктомии. Первая группа открытой радикальной цистэктомии (ОРЦ) составила 14 пациентов, вторая группа лапароскопической радикальной цистэктомии (ЛРЦЭ) составила 14 пациентов, и группа робот-ассистированной радикальной цистэктомии (РАРЦ) составила 8 пациентов.

В начале исследования был выполнен медико-экономический анализ медицинской и финансовой документации, в расчет которого входило: сравнение времени оперативного лечения, общее количество койко-дней в стационаре, количество койко-дней в реанимационном отделении, применяемые лекарственные препараты, препараты крови и частота послеоперационных осложнений. В результате при сравнении медицинская результативность при использовании различных методов практически сопоставима: группа ОРЦ – 93,3% (умеренная), ЛРЦЭ и РАРЦ группы – 100% (высокая).

**Результаты:** учитывая, что радикальная цистэктомия с реконструкцией нижних мочевыводящих путей – достаточно сложная и длительная операция, имеющая высокую частоту послеоперационных осложнений, следующим этапом были сделаны расчеты затрат на лечение осложнений после проведенных оперативных вмешательств. Так как количество осложнений при открытом способе выше на 10%, чем при проведении операций лапароскопическим и роботическим методами, частота применения дорогостоящих препаратов и крови в 2 раза чаще, сроки госпитализации на 30% длиннее, расчеты позволили сделать вывод, что, несмотря на длительность операции, наиболее экономически эффективна лапароскопическая цистэктомия с формированием ортотопического мочевого пузыря и экономическая эффективность увеличивается при выполнении этапа кишечной пластики мочевого пузыря открытым способом, а не интракорпоральным. Что касается группы РАРЦ, то данная методика имеет положительную экономическую эффективность только при формировании гетеротопического илеокондуита по Брикеру (за счет уменьшения времени операции), а также если в учет расчета затрат включается лечение осложнений.

**Выводы:** лапароскопическая методика выполнения радикальных цистэктомий имеет не только высокую медицинскую результативность, но и положительную экономическую эффективность по сравнению со стандартным лечением (ОРЦ). Таким образом, радикальная цистэктомия лапароскопическим методом более экономична во времени, менее травматична, безболезненна, не приводит к большому количеству осложнений и может наиболее широко применяться в профильных стационарах.

Из неопубликованных материалов 2018 г.

Образование



Статистика



Наука



Методология



Аналитика



Социологические  
исследования

115088 г. Москва  
ул. Шарикоподшипниковская д. 9

+7 (495) 530-12-89

niozmm@zdrav.mos.ru