

Колоректальний рак: говорити не соромно, мовчати небезпечно

30 квітня 2014 р. у Міністерстві охорони здоров'я України відбувся круглий стіл на тему: «Колоректальний рак: говорити не соромно, мовчати небезпечно», мета якого — привернути увагу громадськості та широкого кола фахівців до цієї проблеми, а також сприяти виробленню та впровадженню ефективної державної політики щодо подолання цього захворювання.



Відкриваючи засідання круглого столу, **Марія Романів**, спеціаліст відділу спеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, зазначила, що проблема онкологічної патології взагалі й колоректального раку (КР) зокрема є актуальною не лише в Україні, а й в цілому світі. Вона нагадала, що в Україні щорічно понад 15% випадків смертності спричинено саме онкологічними захворюваннями, і хоча держава робить певні кроки, але їх явно недостатньо. В Україні щорічно реєструється близько 160 випадків онкологічних захворювань та зберігається тенденція до зростання їх кількості. КР — 3-й за поширеністю вид онкологічної патології у всьому світі та 2-й — у Європі. За даними центру статистики МОЗ України, за 2013 р. в нашій державі зареєстровано 8995 випадків цього захворювання, що становить 19,8 на 100 тис. населення та 5,5% усієї онкологічної захворюваності. Отже зусилля, за словами М. Романів, мають бути спрямовані на покращання діагностики, раннє виявлення та своєчасне лікування хворих, що підвищить виживаність і якість їхнього життя.



Дмитро Коваль, голова правління Громадської організації «Рух за здоров'я нації», яка стала асоційованим членом Європейської пацієнтської організації «EuropaColop», сказав, що існує декілька точок зору на те, як саме необхідно долати цю проблему, і сьогодні ситуація потребує узгодженої спільної позиції та наступних злагоджених дій. На його думку, важливо, щоб ця позиція була орієнтованою на інтереси пацієнтів та базувалася на найкращих світових практиках, була моделлю, до якої необхідно рухатися.

Дмитро Осинський, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адмі-



ністрації за спеціальністю «Онкологія», заступник головного лікаря Київського міського клінічного онкологічного центру з амбулаторно-поліклінічної роботи, зазначив, що в структурі злоякісних новоутворень КР займає у чоловіків 4-те, у жінок — 5-те місце. При цьому на рак ободової кишки частіше хворіють жінки, прямої — жінки і чоловіки однаково. Різка зростання захворюваності в Україні фіксується у віковій категорії старше 50 років, пік — 75–79 років. У середньому виявляють до 19 тис. нових випадків на рік, серед них — близько 10 тис. раку ободової і біля 9 тис. — прямої кишки. Помирають у середньому 11–12 тис. пацієнтів на рік, практично однаково кількість від раку прямої та ободової кишки. Протягом 1-го року після виявлення помирають 30–37% хворих залежно від локалізації раку. При цьому біля 70% хворих отримують спеціальне лікування — оперативне чи хіміотерапевтичне. Найвищу захворюваність відзначають в індустріальних регіонах країни.



Олександр Пойда, виконуючий обов'язки завідувача кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, висловив думку, що для успішного вирішення проблеми

КР необхідно, перш за все, переорієнтуватися на лікування при передраковому стані. За світовою статистикою, правильно проведена профілактика цього захворювання ефективна у 96% випадків. Труднощі із ранньою діагностикою КР немає; проблема полягає у низькій кваліфікації лікарів, до яких звертається первинний хворий. Біля 60% хворих на КР потрапляють до лікарів з ускладненнями, близько 20% вже не можна допомогти. Все це пов'язане з несвоєчасною діагностикою захворювання. Аби змінити ситуацію на краще необхідна достатня обізнаність населення з цього питання, а щоб її досягти — потріб-

не активне залучення засобів масової інформації до інформаційно-просвітницької роботи.

З точки зору медичної тактики відокремлюють три групи населення:

- 1-ша — особам віком 40–50 років, у сімейному анамнезі яких немає онкологічних захворювань, необхідно пройти ендоскопічне дослідження шлунка і товстої кишки;
- 2-га — особам із наявністю в сімейному анамнезі будь-якої онкологічної патології або при вже перенесеній операції з цього приводу, або наявності захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) необхідний пожиттєвий ендоскопічний моніторинг 1 раз на 1–2 роки;
- 3-тя — особам із хронічними запальними захворюваннями ШКТ (виразковий коліт, хвороба Крона, сімейний поліпоз) з віку 13–14 років необхідний постійний пожиттєвий моніторинг.

За словами О. Пойди, необхідно вкладати кошти у моніторинг, раннє виявлення і лікування передракового стану. Також необхідно підвищувати рівень знань лікарів усіх спеціальностей щодо раннього виявлення КР.



Богдан Сорокін, професор кафедри онкології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, також акцентував увагу присутніх на необхідності профілактики КР.

Для цього, за його словами, необхідно проводити інформаційну кампанію у засобах масової інформації, зокрема інформувати про фактори, які підвищують ризик розвитку КР (регулярне вживання алкоголю, куріння, ожиріння, хронічні запальні захворювання ШКТ) та знижують його (фізичне навантаження (4 год швидкої ходи пішки на день), систематичний прийом ацетилсаліцилової кислоти).

Він також нагадав, що 5–6% випадків КР — спадкові. Для генетичного тестування необхідно відбирати тих осіб, у 2–3 родичів яких діагностовано рак і один із них — у родстві першого ступеня. Також показаннями для генетичного тестування є наявність раку товстої кишки не менше ніж

у двох поколіннях у сім'ї, не менше одного випадку раку в члена родини віком до 50 років.

Золотим стандартом виявлення передраку у всьому світі є колоноскопія. Б. Сорокін наголосив, що актуальність проблеми велика, і розвиток ендоскопічних технологій має стати наріжним каменем ранньої діагностики цих захворювань. Держава має зрозуміти, що фінансові потоки необхідно переорієнтувати на ранню діагностику цього захворювання, надавати допомогу у створенні скринінгових програм, програм раннього обстеження пацієнтів груп ризику, придбання ендоскопічної апаратури, зацікавленості та підготовки спеціалістів тощо.



Олена Колесник, співробітник відділення пухлин черевної порожнини і заочеревинного простору Національного інституту раку, поінформувала, що захворюваність на КР, починаючи з 1980 р., підви-

щилася у 3 рази, при цьому відзначається висока смертність пацієнтів. Проте КР I–II стадії діагностують у >50% хворих, і виживаність має становити 80–90%, тоді як захворюваність у деяких країнах набагато вища, ніж в Україні, а смертність зростає. Можливо, це залежить від якості лікування. Смертність хворих протягом першого року після встановлення діагнозу КР становить 40% — дуже високий показник. Спеціальне лікування включає не лише хірургічне втручання, але й хіміо-, променеви терапію, проте їх проходять не всі пацієнти. 40% хворих не отримують усього комплексу спеціального лікування. Достатньо велика кількість пацієнтів проходять лікування у неспеціалізованих відділеннях, і летальність протягом першого року після діагностування в них значно вища.

На думку О. Колесник, необхідно підвищувати кваліфікацію лікарів, на сьогодні наявне неповне обстеження хворих, відсутній стандартизований підхід до хірургічного лікування. Проводиться недостатня кількість сфінктерозберігаючих операцій, спостерігають більшу кількість стомованих хворих. Хіміотерапію в Україні мають отримувати 12 тис. пацієнтів на рік. Для покращення виживаності необхідно застосувати мультидисциплінарний підхід.



Сергій Музика, член Європейського та Американського товариства ендоскопії, Асоціації ендоскопістів України, хірург, ендоскопіст, онколог, представив огляд скринінгових програм щодо КР. У США захворюваність завдяки використанню скринінгових програм за останні 10 років у чоловіків і жінок віком ≥50 років знизилася на ≈30%. Це одне з найбільших досягнень системи охорони здоров'я за зазначений період. Рекомендації Національного онкологічного реєстру США (National Comprehensive Cancer Network — NCCN) стосуються і скринінгу. Методом вибору є колоноскопія (у разі її доступності). Якщо ж забезпечити усе населення цим методом немає можливості, застосовується лабораторний скринінг, зокрема аналіз калу на приховану кров. Він зазначив, що в будь-якому разі популяційні програми скринінгу і профілактики КР дуже ефективні, суттєво знижують захворюваність і смертність, але їх впровадження має відбуватися із застосуванням механізмів жорсткого контролю за якістю скринінгових досліджень у спеціально акредитованих центрах МОЗ України.



Олена Ліщишина, директор департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», зазначила, що в жодній країні, яка серйозно ставиться до проблеми скринінгу, не обходиться без участі сімейних лікарів. Саме вони є зв'язуючою ланкою між ідеєю проведення скринінгу та її реалізацією серед населення. Саме сімейний лікар може повідомити пацієнту про необхідність його проведення.

Починаючи з 2012 р. в Україні реалізується за прикладом країн Європи та інших розвинених країн мультидисциплінарний підхід підготовки протоколів і стандартів медичної допомоги. До складу робочої групи входять сімейні лікарі, ендоскопісти,

онкологи, променеві терапевти, тобто всі ті, які на різних етапах мають якесь відношення до надання медичної допомоги пацієнтам із КР. Оскільки робоча група формувалася у 2011 р., до неї не включені представники пацієнтів, чого потребує методика 2012 р., але всі бажаючі можуть долучитися до участі в роботі над стандартами вже сьогодні: кількість розробників не обмежена. Розробка медико-технологічних документів щодо надання медичної допомоги хворим на КР має бути завершена до кінця 2014 р.

Підводячи підсумки круглого столу, учасники ухвалили рішення:

1. Необхідне переорієнтування на лікування захворювань, які передують КР, а також збільшення фінансування діагностики цих захворювань, тобто впровадження у широку медичну практику заходів профілактики КР.

2. Золотим стандартом діагностики КР та передракових захворювань є колоноскопія, але першим етапом має стати скринінгове обстеження населення віком старше 50 років на наявність прихованої крові у калі. Для цього розглянути можливість реалізації пілотного проекту перевірки калу на наявність прихованої крові у Дніпровському районі міста Києва.

3. Необхідно ініціювати розширення навчального курсу «Онкологія», який враховуватиме комплекс питань щодо КР, для студентів медичних вищих навчальних закладів та слухачів медичних академій післядипломної освіти.

4. Обізнаність населення про проблему недостатня. Необхідні системний підхід до інформування населення про проблеми, пов'язані з КР, фактори та групи ризику, можливості діагностики передракових станів, а також пропаганда проведення медичних оглядів.

5. Необхідно удосконалити нормативну документацію з боку МОЗ України щодо врахування у клінічному протоколі необхідності налагодження взаємодії між лікарями різних спеціальностей на різних етапах надання медичної допомоги — врахування міжсекторального підходу до вирішення проблем, пов'язаних із КР. Слід якнайшвидше затвердити нову редакцію наказу про проктологічну службу в Україні.

6. Під час розробки уніфікованого протоколу надання медичної допомоги на тему «Рак товстої кишки» окрему увагу необхідно приділити розділу «Реабілітація хворих», зокрема щодо їх забезпечення після проведеного стомування. Розглянути варіанти фінансового забезпечення цих пацієнтів за рахунок національного та місцевих бюджетів.

7. Враховуючи велику кількість і напрямки необхідних заходів для ефективної боротьби з КР доцільними є розроблення і фінансування державної цільової програми на тему «Колоректальний рак». Для цього слід створити робочу групу МОЗ України з розроблення програми.

Наразі це рішення — на затвердженні в МОЗ України.

*Олександр Устінюв,
фото Сергія Бека*

