

## СКРИНІНГ РАКУ В УКРАЇНІ. ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії (зав. – проф. Р.В.Сенютович)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** Розроблені пропозиції щодо покращання скринінгу раку в Україні – створення сучасної інфраструктури скринінгу, обласних центрів раннього виявлення злоякісних пухлин, стандартів, нових інформа-

ційних носіїв та комп'ютерних програм оперативного контролю за скринінгом.

**Ключові слова:** рак, скринінг.

**Вступ.** Виявлення раку – найбільш актуальна проблема онкології. Чутливість (рак при позитивному тесті) та специфічність (відсутність пухлини при негативному тесті) існуючих методів

скринінгу раку коливається в межах 70-80%. Наукові докази щодо ефективності раннього виявлення раку на основі рандомізованих епідеміологічних досліджень існують для трьох основних

захворювань: рак шийки матки, молочної залози і товстої кишки (в Україні за даними 2000 року – це 36,1% всіх онкологічних захворювань у жінок) [2].

Хоча в багатьох країнах успішно діють програми скринінгу раку легенів, передміхурової залози, шлунка, щитоподібної залози тощо.

Сьогодні віддалені результати лікування (5-річне виживання хворих) основних онкологічних захворювань у США, Західній Європі, Японії на 30-40% вищі, ніж в Україні. Це насамперед пов'язане з виявленням раку в ранніх стадіях (I-II) [3,4,6].

Однак було б помилкою пов'язувати таке зниження смертності тільки з добре організованим скринінгом. Має значення високий соціально-економічний рівень життя суспільства, культура людей, бажання громадян жити без хворобливих симптомів, з почуттям повного «благополуччя». Мабуть, сьогодні це основний чинник, який спонукає жителів західного світу йти до лікаря при найменших проявах хвороби. Не переоцінюючи роль соціального дарвінізму, ми не відкидаємо ще одної важливої складової – в умовах капіталістичної конкуренції виживають тільки здорові особи.

Сьогодні скринінг в Україні проводиться в основному трьох захворювань.

Це скринінг на рак шийки матки за класичною PAP – методикою; масові флюорографічні обстеження для виявлення раку легень, та скринінг на рак молочної залози, в основному фізикальним обстеженням. Розпочате формування системи мамографічного скринінгу. В окремих областях та медичних установах проводиться скринінг інших локалізацій раку.

Однак стан раннього виявлення раку в Україні бажає кращого.

У 2000 році запущені форми раку – III-IV стадії у громадян нашої держави виявлені в 30-40%, до року після встановлення діагнозу померло 68,8% хворих на рак легень, 76,2% - на рак стравоходу і навіть при раку молочної залози і шийки матки, які не тільки можна своєчасно виявляти, але й успішно запобігати скринінгом, до року від виявлення хвороби загинуло від 15 до 20% осіб. Це дуже тривожні цифри. Додамо до цього, що за прогнозами онкоепідеміологів МОЗ України 34% жителів України (а чоловіків 43,2%) протягом свого життя захворіють на рак [2]. Ситуація серйозна і без перебільшення критична.

Сьогодні п'ятирічне виживання навіть таких простих для діагностики захворювань, як рак молочної залози і шийки матки в Україні в 1,5 раза менше, ніж у США. І це не тому, що в Україні недостатньо ефективно лікують рак, далеко ні. Сьогодні в нашій державі застосовуються найбільш сучасні технології лікування онкологічних захворювань, 30-40% хворих звертаються до лікаря в III – IV стадії. Це пізно, дуже пізно. Кожен день ми свідки того, коли ще зовсім не старі люди гинуть від раку тільки тому, що вони не своє-

часно звернулися до лікаря або лікарем не була виявлена початкова стадія захворювання.

**Рак шийки матки.** Добрий скринінг – це виявлення та лікування в першу чергу передракових захворювань. Це єдиний метод скринінгу, який знижує захворюваність.

У 1988 році в Україні на рак шийки матки захворіло 16,7 осіб на 100000 населення, у 1995 році – 17,2, у 2000 році – 17,8, у 2003 році – 18,3 [2]. У Чернівецькій області захворіло (абсолютні цифри): 1995 рік – 78 жінок, 2005 – 87 жінок. І це при тому, що скринінг на рак шийки матки започаткований ще в колишньому Радянському Союзі в 1964 році (Ленінградська область), а з 1977 року включений до системи масових профілактичних оглядів.

Із сумом доводиться констатувати, що нинішня система онкопрофоглядів застаріла, неефективна, не відповідає сучасному «ринковому етапу» нашого життя. І наслідки – з 150000 осіб, що захворіли на рак в Україні щорічно, 90000 хворих помирають від цієї хвороби.

МОЗ України, головний онколог України докладають чимало зусиль для покращання раннього виявлення раку. Проблема, скажемо відверто, пекуча і знаходиться під постійною увагою профільного міністерства. МОЗ України виділяє кошти на наукові дослідження з практичного реформування системи онкопрофоглядів. Проведені цікаві пілотні дослідження із скринінгу раку шийки матки. Над проблемою працюють чимало кафедр онкології (в т.ч. і наша), підрозділи інституту онкології АМН України (І.О. Пономарев) [1].

В організації скринінгу в Україні є певні здобутки, витрачено багато зусиль. Проте будь-які реформи скринінгу не повинні руйнувати існуючої системи. Реформування скринінгу повинно здійснюватися поступово, разом із перебудовою охорони здоров'я в цілому. Кроки повинні бути виваженими та узгодженими із соціально-економічним станом держави [3,6]. Слід визнати, що сьогодні неможливо забезпечити безкоштовної мамографії і жінка вимушена оплачувати скринінгові знімки з власної кишені (а це щонайменше 30 грн.). Держава не може сьогодні забезпечити безкоштовне визначення ПСА (вартість біля 50 грн.), біопсію передміхурової залози одноразовими пристосуваннями (вартість понад 200 USD) і тощо. Держава повинна бути готовою взяти на себе низку суттєвих витрат з організації скринінгу. У Чернівецькій області 2006 року від раку молочної залози померло 123 жінки (захворіло 221 особа). Скринінгом можна зменшити смертність від раку молочної залози на 25-30% (30-35 жінок). Для цього щорічно 100000 жінок віком 50-70 років повинні пройти скринінгові мамографії (вартість останньої 30 грн., загалом – 3 млн. грн.). Вартість такого обстеження оплачують самі пацієнтки. Вартість одного врятованого життя жінки приблизно становить 100 000 гривень або 20.000 USD. Це набагато менше, ніж у США. Однак для мамографіч-

ного скринінгу в області необхідно придбати ще 7 мамографів (по одному в кожному районний центр). В області сьогодні функціонує 3 стаціонарних і 2 пересувних мамографи. Ми вважаємо, що підвищення ефективності скринінгу слід розпочинати з удосконалення існуючої системи інформації про проведені обстеження. Треба ввести єдиний інформаційний документ (ним можуть бути карти фізикального огляду молочних залоз, шийки матки тощо), що передбачає юридичну відповідальність лікаря. Необхідно зберігати зазначений документ у централізованому архіві, обов'язкове введення документів у базу даних комп'ютера. Треба усунути зайву документацію та неефективний контроль. На нашу думку, єдиною особою, відповідальною за скринінг жіночих статевих органів, повинен стати лікар-гінеколог. Найбільш важливим елементом скринінгу (і в нас, і за кордоном) залишається підвищення мотивації жінок до огляду. У кожній поліклініці слід ввести посаду оператора комп'ютера, що достатньо для забезпечення обміну інформацією, контролю та активного виклику жінки на скринінг. Вважаємо, що слід змінити адміністративні впливи на лікарів. Слід усунути умови, коли виникає спокуса «підгону» показників скринінгу до якогось «усередненого» рівня, потрібна істинна картина стану раннього виявлення раку. Цифри запущеності на рак молочної залози і шийки матки в окремих областях України серед сільського населення (дані 2005 року) різнилися в 4-5 разів. У той же час «найкращі» області мали високу однорічну летальність і смертність. Зрозумілий несправжній характер представлених статистичних даних. У подібних ситуаціях варто проводити наради та обмін досвідом саме в «передових» областях.

Дуже важливими є наукові дослідження в царині скринінгу. На нашу думку, по кожній соціально важливій локалізації раку було б добре провести 2-3 незалежних наукових досліджень із проблем організації скринінгу. Це дасть змогу визначити різні підходи. Необхідні щорічні консенсусні наради, конференції.

Сьогодні в Україні дефіцит посібників із скринінгу раку. А потрібні ґрунтовні монографії, у т.ч. для організаторів охорони здоров'я.

Ще 5 років тому ми видали монографію „Скринінг раку грудної залози“, невеликим тиражем - 200 екземплярів. У 2004 році опубліковано ґрунтовну працю – понад 1000 сторінок „Генетика для онколога“. Тут містяться практичні настанови, як простими сучасними методами, виявляти схильність до раку, формувати групи ризику.

Треба перекладати і доносити до широкого загалу українських лікарів найбільш значущі роботи зарубіжних учених. Тільки на сайті американської публічної бібліотеки (Pubmed) знаходиться 37000 робіт з раку шийки матки, кожна десята - скринінг цієї патології. В інтернеті можна знайти різноманітні стандарти з раннього виявлення раку.

Є спеціальні сайти, на яких згруповані найбільш важливі стандарти (U.S.V. Preventive Services Task Force (USPSTF) [www.preventiveservices.ahrq.gov](http://www.preventiveservices.ahrq.gov)) Український читач повинен бути ознайомлений з перекладом цих стандартів. У Німеччині стандарти з раннього виявлення раку молочної залози викладені на 230 сторінках. У розробці цих стандартів брали участь більше як 90 учених. Ми підготували огляд цих стандартів для українського читача, маючи низку ґрунтовних Наказів МОЗ України зі скринінгу раку, методичні рекомендації, але стандартів, зроблених за типом вказаних вище, немає. Вважаємо доцільним, щоб МОЗ України замовило написання ґрунтовних монографій із скринінгу раку різних локалізацій і безкоштовно направило ці книги в кожне відділення онкодиспансерів, у кожную поліклініку. Це невеликі кошти.

Для виведення з «глухого кута» проблеми ранньої діагностики раку в Україні і тим самим покращання результатів лікування онкологічної патології слід зробити ще кілька кроків.

Перш за все треба використати могутній кадровий потенціал охорони здоров'я. Сьогодні Україна має чи не найбільше лікарів у світі на 10000 населення. Ми маємо їх у два рази більше, ніж Німеччина та Англія.

Сьогодні в районних центрах України не вистачає мамографів, хоча вітчизняна промисловість випускає цифрові мамографічні апарати. Але у великих містах є достатня кількість мамографічних установок. Чи завантажені вони в повному об'ємі? Крім мамографії є інші методи ранньої діагностики раку молочної залози, наприклад, пальпація – цим методом можна виявити пухлину розміром 1-2 см. Це достатньо ефективний метод. До речі, фізикальне обстеження молочної залози в Німеччині законодавчо обов'язкове для кожного лікаря.

Ми цілком згодні з думкою МОЗ України, головного онколога України професора І.Б.Щепотіна, що сьогодні раннє виявлення раку в Україні загалом організаційна проблема. Треба шукати і впроваджувати нові організаційні технології скринінгу в контексті загального реформування всієї нашої системи профілактичної роботи.

Сьогодні завдання - перебудувати і створити організаційну інфраструктуру скринінгу, аналогічну до тієї, яка діє в європейських країнах, врахувавши особливості нашої охорони здоров'я.

Створення інфраструктури скринінгу постійний процес, він вимагає періодичного критичного осмислення, створення і впровадження нових організаційних технологій. Німеччина тільки до 2010 року планує остаточно сформулювати стандарти скринінгу, створити необхідну кількість мамографічних центрів (понад 1000 шт.) і зменшити смертність від раку молочної залози на 50% [5].

В оцінці програм скринінгу за кордоном надають особливого значення громадським організаціям. Без їх схвалення навряд чи можлива імплементація стандартів.

З 2005 року за завданням МОЗ України ми працюємо над пошуком нових організаційних технологій раннього виявлення раку і подали в МОЗ України свої рекомендації з покращання системи скринінгу раку.

На нашу думку є нагальна потреба створити загальнонаціональний Інститут скринінгу раку під керівництвом АМН України. У 1995 році в Англії був заснований національний комітет скринінгу. До цього часу в Англії діяла велика кількість скринінгових програм із різними концепціями і практикою, без певних національних стандартів, без забезпечення оцінки якості лікування, недостатніми тренувальними програмами і складною інформаційною політикою. Через 10 років ситуація змінилася. Скринінг проводиться по 68 захворюваннях (не тільки онкологічних), для 22 скринінгових програм встановлені національні стандарти. Створено спеціальні підприємства для технічного забезпечення скринінгу (наприклад, на рак товстої кишки тощо).

Україні потрібне законодавче обґрунтування скринінгу раку.

Кожний громадянин повинен шанувати і права спільноти, серед якої він живе, і яка буде оплачувати його лікування. І ця відповідальність громадян перед суспільством повинна одержати юридичне обґрунтування.

Вважаємо за необхідне, на базах обласних онкодиспансерів існуючих там організаційно-методичних відділень, створити обласні центри скринінгу раку. У диспансерах сьогодні «надлишок» хірургів та гінекологів. Організація центрів скринінгу в диспансерах може бути проведена в контексті майбутніх структурних кадрових перебудов всієї охорони здоров'я. У деяких диспансерах навантаження на лікаря зменшене на 50%, половину часу лікарі повинні займатися організаційною роботою. Кожен онколог має працювати із сімейними лікарями, терапевтами. Практично цього не відбувається.

Вважаємо корисним ввести в штат кожної великої лікарні та поліклініки посаду лікаря-онколога, який буде займатися організацією скринінгу.

Ми розробили систему оперативного контролю за скринінгом раку. Лікарі (сімейний, дільничний терапевт, гінеколог) повинні мати дійовий інструмент раннього виявлення раку (хто сьогодні повинен бути на прийомі, до кого послати медсестру, чи надійшов аналіз з центру тощо). Подібні комп'ютерні системи, що полегшують контроль за скринінгом, розроблені іншими центрами, давно існують не тільки за кордоном, але і в нашій державі. Мова аж ніяк не йде про «суцільну» комп'ютеризацію, достатньо одного апарату на поліклініку.

У кожній районній лікарні, можливо і в окремих сімейних амбулаторіях повинні виконуватися цитологічні дослідження. Взятий мазок у пацієнтки через 2-3 години повинен завершитися отриманням результату.

В ідеалі кожний сімейний лікар, дільничний терапевт, гінеколог жіночої консультації повинен створити групи генетичного та мультифакторного ризику. Кожна людина повинна знати (у певних відсотках), які шанси на виникнення в неї раку. Це внутрішній постійний сигнал тривоги. Треба йти до лікаря, треба перевірятись. До речі, такі дослідження в Німеччині регламентуються законом.

Ми повинні більш відкрито обговорювати проблеми злоякісних захворювань.

Треба підняти рівень пропаганди скринінгу серед населення. У США неможливо сьогодні прочитати газету або журнал, проїхати в загальному транспорті, щоб не почути закликів взяти участь у скринінгу. У країні панує ейфорія скринінгу.

Треба шукати методів зворотного зв'язку між лікарем і здоровою людиною. Це не легке завдання. Законодавча програма раннього виявлення раку в Німеччині розпочата в 1971 році. Сьогодні тільки 15% чоловіків і 30% жінок беруть участь у програмах раннього виявлення раку [6], в США – 45% жінок.

Значною мірою стан вторинної профілактики раку (так ще називають скринінг) пов'язаний з низькою кількістю сімейних лікарів в Україні.

Увагу до скринінгу раку в жодному разі не слід нехтувати, навіть у межах вже існуючої і відверто недосконалої системи.

Україна стоїть на порозі рішучих і радикальних змін в охороні здоров'я. Вони торкаються і скринінгу раку.

#### Висновки

1. Стан раннього виявлення раку в Україні незадовільний.

2. Необхідне створення сучасної організаційної інфраструктури скринінгу раку.

#### Література

1. Пономарев И.О. Использование информационных ресурсов селективного скрининга для анализа факторов риска предрака и рака молочной железы // Онкология. – 2003. – Т.5, №33. – С.233-236.
2. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Е.Л. Рак в Україні, 2002-2003 // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. - Київ, 2004. – 156 с.
3. Berkowitz N., Gupta S., Silberman G. Estimates of the lifetime direct costs of treatment for metastatic breast cancer // Value Health. – 2000.-№3.- P.23-30.
4. Gaisser A. Screening-Fragen, Evaluation von Testverfahren und Publikationsethos. Internationales IQWiG – Herbst symposium, Bonn, 18.-19.11.05 // Der Onkologe.-2006.-№12.-P.263-267.
5. Holzel D., Engel I., Kunath H. Früherkennung. Definitionen und Anforderungen für die Gratwanderung zwischen Nutzen und Schaden // Krebsfrüherkennung.-2002.-Vol.8,№10.-P.1030-1039.
6. Rodice D., Redaelli. Qualitie of life and cost considerations // Pharmacoeconomist.-2003.-№21. - P.383-396.

## СКРИНИНГ РАКА В УКРАИНЕ. ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

*В.П.Пишак, Р.В.Сенютович, А.П.Пересунько*

**Резюме.** Разработаны предложения относительно улучшения скрининга рака в Украине - создание современной инфраструктуры скрининга, областных центров раннего выявления злокачественных опухолей, стандартов, новых информационных носителей и компьютерных программ оперативного контроля за скринингом.

**Ключевые слова:** рак, скрининг.

## CANCER SCREENING IN UKRAINE, WAYS OF SOLVING THE PROBLEMS

*V.P.Pishak, R.V.Seniutovych, O.P.Peresun'ko*

**Abstract.** The authors have worked out propositions as to updating cancer screening in Ukraine – the creation of modern screening infrastructure, regional centres of early detecting malignant tumors, standards, new information carriers and computer programs of on-line monitoring over screening.

**Key words:** cancer, screening.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.В.Кравченко

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2.- P.139-143

Надійшла до редакції 28.02.2007 року

---