

ОНКОЛОГІЧНА СЛУЖБА ПОЧИНАЄТЬСЯ З ПРОФІЛАКТИКИ

Онкологічна допомога в Каталонії вважається однією з найсильніших у світі. Безумовно, величезна роль у цьому належить відомим спеціалістам-онкологам та їх дослідженням, результати котрих впроваджуються у процес лікування. Але не останню скрипку зіграла держава з її безкоштовними регулярними програмами, які допомогли суттєво зменшити кількість занедбаних випадків і виявляти рак тоді, коли медичні ресурси ще дозволяють людині вижити або значно подовжити відведений їй термін життя.



Рафаель РОСЕЛЬ,
директор Інституту
онкології у госпіталі
Quiron, «Найкращий
спеціаліст світу по раку
легенів» за версією
Lancet

Рафаель Росель:

У лікуванні раку легенів особливі надії покладаються на імунотерапію

Раку легенів — одне з найскладніших онкологічних захворювань, яке надзвичайно поширене по всьому світові. В Іспанії щороку виявляють 20 тис. його нових випадків. Це великі цифри, адже приблизно таку ж кількість мають весвітні «лідери» — пухлини молочної та передміхурової залоз та дещо меншу — колоректальний рак. Але якщо в лікуванні останніх 3-х видів раку медицина досягла гарних результатів, то рак легенів досі має найвищу летальність і дуже погано піддається терапії. Найбільша проблема у тому, що даний тип пухлин прогресує безсимптомно. Пацієнти потрапляють до лікаря, як правило, вже коли є поширене метастазування (у 80% всіх випадків раку легенів). Найчастіше це IV стадія раку. Виявити онкологію легенів раніше дуже складно, адже не існує жодної діагностичної методики, ефективність якої була б науково доведена. Єдине виключення — специфічна томографія із наднизьким опроміненням. Хоча цей метод виявлення раку не входить до загальних скринінгів для всього населення Іспанії, ми рекомендуємо його для перевірки людей із груп ризику (курців або членів родини, в якій був випадок раку легенів). Флюорографія, дуже популярна у пострадянських країнах, жодного разу не довела свою доречність і ефективність, тому ми від неї давно відмовилися. Втім це не значить, що ми склали руки і не проводи-

мо профілактичної роботи щодо раку легенів. Навпаки! Ми зосередилися на основному провокаторові — палінні, адже цигарки провокують 80% випадків раку легенів (аденокарцином легенів).

Останнім часом з'явився новий вид раку легенів, який виникає у людей, що ніколи не палили. Ці пухлини характерні для молодих жінок. Вони також є підтипом аденокарцином, але мають зовсім іншу структуру. Звичайно, цей вид захворювання вимагає кардинально відмінної терапії, і що нас дуже тішить — ліки діють набагато ефективніше, і, відповідно, прогноз також кращий. Ми почали досліджувати причини виникнення нового раку і виявили кілька закономірностей, підтверджених статистично. З'ясувалося, що появі нових пухлин легенів сприяють забруднення оточуючого середовища та деякі вірусні захворювання.

Вживаність при пухлинах легенів невисока: за наявності метастазів такі пацієнти живуть максимум рік. Тому надзвичайно важливо досліджувати ці типи пухлин і шосили шукати перспективні методи діагностики та лікування. Наша команда може похизуватися одними з найкращих результатів у світі. Коли ми виявляємо рак легенів із метастазами, то останні можуть бути або скрізь, або зосередженими лише в одному органі — як правило, у головному мозку або наднирниках. У другому випадку вже є змога повністювилікувати пацієнта комбінацією хіміотерапії та опромінення. Якщо метастазування поширилося на весь організм, практикуємо 3 терапевтичні підходи.

Перший — класична хіміотерапія, але її ефективність не надто висока. Другий — біологічні (прицільні) препарати, які використовуємо при генетичній характеристиці пухлини. Для хіміотерапії при раку легенів протягом 50 років застосовували лише 1 препарат. У 2003-му дослідницькі групи із Бостона і Нью-Йорка вперше ви-

явили мутацію гена, яка обумовлює виникнення цього захворювання. Тоді почали пошуки «прицільних» ліків, але результату не було. Ми з командою стали досліджувати ці мутації, і виявилось, що їх принаймні 8. Мені стали зрозумілими невдачі колег, які прагнули знайти універсальні біологічні ліки. Команда пішла іншим шляхом: на величезній виборці шукали ліки проти всіх 8 мутацій. І це поки найкращі результати, які є у світовій медичній спільноті. Поступово ми дізналися, які з цих мутацій більш або менш агресивні, і виявилось, що у деяких випадках можливо досягти повного одужання. Я очолював масивне дослідження, в якому брали участь пацієнти зі всієї Європи із раком легень із генетичною схильністю. Усіх пацієнтів розділили на 2 групи: одна отримувала «хімію», інша проходила біологічну терапію препаратами, що були створені в залежності від типу пухлин і діяли тільки на ракові клітини. Ефективність хіміотерапії становила майже 40%, тоді як біологічної терапії — понад 70%. Ще важливий фактор, який ми оцінювали, — тривалість ремісії. У випадку з «хімією» ефект тривав лише 7-8 місяців, тоді як біологічні препарати гальмували прогресування раку на 14-15 місяців. Більш того, другий курс хіміотерапії при раку легенів виявляється вже неефективним, а біологічну терапію можна використовувати роками, і вона діє. Отже поява цього методу лікування дозволила нам принаймні подовжити тривалість життя хворих. Третій — інноваційний вид лікування раку легенів — імунотерапія. Це препарати, що стимулюють власну імунну систему пацієнта задля того, щоб вона сама руйнувала пухлину. Імунотерапія добре зарекомендувала себе у лікуванні багатьох форм раку, але у нашому випадку на неї покладаються особливі сподівання. Цей тип лікування не має жодних побічних ефектів, але, на жаль, тільки 30%

пацієнтів позитивно відповідають на дане лікування. В них рак легенів зникає повністю через 3-4 роки. Але для інших 70% пацієнтів ми шукаємо ефективні комбінації біологічної терапії з імунною, уникаючи у більшості випадків «хімії», яка дуже травмує організм, а також погано переноситься хворими. Звичайно, інколи без радикальної хіміотерапії неможливо: на початку маємо з її допомогою зруйнувати осередок пухлини, але потім естафету приймають кардинально інші методи. Ми досі у пошуках істини: у стінах нашого госпіталю одночасно співпрацюють дослідники і практики. Якщо у більшості клінік світу є правило, що між винаходом інновації та запровадженням у практику має пройти 5 років, то ми не зволікаємо. Рак — надшвидка хвороба, і коли ми бачимо, що нові ліки можуть допомогти пацієнтові або хоча б дати нам додатковий час для пошуку, то ризикуємо. Майбутнє у лікуванні раку, безумовно, за імунотерапією. Але імунна система людини дуже складна, а пухлини часто «ховаються» від неї. Зараз, коли ми краще уявляємо, як працювати з імунною системою, обов'язково спробуємо «навчити» її власними силами боротися з усіма типами пухлин.



Тереза МАКАРУЙА,
провідний лікар-онколог відділення пухлин ШКТ, дослідник нових молекул проти раку, член Американської спільноти клінічної онкології

Тереза Макаруйа:

План лікування будь-якого онкозахворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) складається онкологом і хірургом

Колі мова йде про онкологічні захворювання шлунково-кишкового тракту, то найчастіше згадується

колоректальний рак, який завжди замикає трійку лідерів серед усіх видів раку. Зазвичай ми спостерігаємо 5 тис. нових випадків цієї онкопатології на рік. Середня виживаність залежить від стадії захворювання: на I стадії це 90% протягом перших 5 років, на II-III стадіях — 75%, при поширеному ж метастазуванні пацієнти не живуть довше 3 років. Але завдяки медичному прогресу й ефективній системі профілактики остання група пацієнтів скоротилася в кілька разів. Серед інших пухлин, що уражують ШКТ, найпоширенішими є новоутворення шлунку, підшлункової залози та стравоходу. Величезна увага, як я вже й казала, приділяється питанням профілактики — адже чим раніше ми знайдемо пухлину, тим кращими будуть результати лікування. Усім жителям Каталонії, яким виповнилося 50, щороку приходять нагадування про необхідність зробити копрограму. Всім без виключення, чий результат насторожив лікарів, роблять колоноскопію. Звичайно, лише колоноскопія вважається методом діагностики колоректального раку, але робити це дослідження щороку всім літнім людям каталонська система охорони здоров'я не в змозі, адже середня тривалість життя з кожним роком зростає. Пацієнтам із групи ризику це дослідження роблять щороку за державний кошт. Те ж стосується пацієнтів, які вже мали сумнівний результат. За власний кошт кожен може пройти обстеження, але якщо поліпи не виявлять, наступну колоноскопію зроблять тільки через 5 років — це типовий проміжок часу, за який можуть вирости нові поліпи.

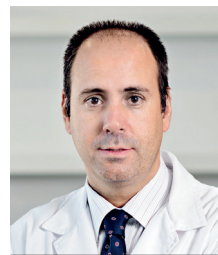
У випадку, коли рак діагностований, ми маємо зробити комп'ютерну томографію і впевнитися, що пухлина ще не метастазувала. Першим етапом лікування завжди є хірургічне втручання: потрібно визначити тип пухлини, ступінь її занурення у тканини і кількість лімфатичних вузлів, уражених процесом. Якщо злякисне утворення розміщується

на ніжці — достатньо його радикального видалення. У випадку інвазії ми завжди рекомендуємо хімотерапію. Коли ж на КТ ми бачимо метастазування, план лікування кардинально інший. По-перше, треба оцінити ступінь метастазування: якщо метастазів багато — ми не можемо оперувати, якщо ж їх мало або вони чітко локалізовані, то обговорюється можливість операції. У першу чергу колоректальний рак метастазує в печінку: у випадку, коли вогнища лише там і їх мало, можна одночасно оперувати і прямую кишку, і печінку. Якщо таких вогнищ з десяток або вони поширилися за межі печінки, ми повинні оцінити, чи можлива операція взагалі (у перспективі), і тоді на початковому етапі застосовується хімотерапія. У будь-якому випадку рішення про план лікування приймає онколог разом із хірургом.

Найгірший прогноз серед усіх пухлин ШКТ для раку підшлункової залози. Із ним проблем найбільше, адже він гірше за інших відповідає на «хімію». Більш того, це найзагадковіший рак, який зовсім не болить, тому виявляється зазвичай на пізніх стадіях. Наразі з'явилося кілька препаратів для лікування пухлин підшлункової, з якими ми експериментуємо. Прогнози оптимістичні. Інший складний вид раку — гепатокарцинома печінки. Але, на щастя, саме при цьому захворюванні Європейським онкологічним співтовариством рекомендовано трансплантацію. Нас вважають кращим референтним центром для пересадки органів, в тому числі й печінки, тому по максимуму використовуємо цей шанс для наших пацієнтів. Порядок пацієнта у черзі на пересадку регламентують дуже жорсткі критерії. Якщо часу немає, і людина вмирає — її ставлять на початок списку. У випадку гепатокарциноми підходять як трупні, так і органи живих донорів.

Ще одне болюче питання в сфері онкології — пацієнти у терміналь-

ній стадії захворювання, від яких часто відмовляються в їх країнах. Ми для себе вирішили: не маємо права відмовляти у медичній допомозі нікому. У будь-якому випадку ми завжди можемо виграти трохи часу або покращити якість життя. Окрім цього, завжди беремо таких пацієнтів в експериментальні програми — їх наразі 5. Звичайно, поки ми не в змозі допомогти всім онкологічним хворим. В усіх госпіталях, де є онкологічне відділення, працює служба паліативної допомоги, яка складається з лікарів, психологів та медичних сестер. Коли прогнози невтішні, команда разом з онкологом працює з людиною із самого початку лікування і до кінця. 70% хворих помирають у стінах медзакладу, і це, звичайно, легше для родини. Окремо в Каталонії є поліклінічні паліативні служби, які допомагають тоді, коли пацієнта виписують додому. Всі ці послуги гарантовані державою.



Хав'єр КОРТЕС,
завідувач відділення
по лікуванню раку
молочної залози,
найцитованіший у своїй
спеціалізації онколог

Хав'єр Корте́с:
Найефективніший метод лікування раку молочної залози з метастазами — таргетна терапія

Рак молочної залози — лідер жіночих форм раку. Але й чоловіків ця проблема не оминула. Ми пишаємося тим, що сьогодні у 80% ми можемо сказати хворобі «Стоп!». Державна програма щодо виявлення цієї онкопатології, яка включає УЗД та маммографію, дозволила досягти раннього виявлення. При подальшому контактуванні з пацієнтом ми використовуємо й інші види діагностики: гістологічне обстеження

або біопсію для встановлення типу пухлини, аналіз крові на онкомаркери і гормони, генетичний аналіз на гени BRCA, який виявляє генетичну схильність до розвитку раку молочної залози та яєчників. У 5-10% випадків раку молочної залози присутня мутація генів BRCA — даний аналіз дозволяє підібрати індивідуальну програму лікування або профілактики раку. Щодо лікування, то хімотерапія призначається на основі біомолекулярних характеристик пухлини. Це ефективно й своєчасне лікування зменшує розмір пухлини або призводить до її зникнення. В Іспанії використовуються менш токсичні і більш ефективні сучасні препарати. Велика частина ліків для лікування раку молочної залози, апробованих Загальноєвропейським агентством, була розроблена каталонськими онкологами. Використовується також інтраопераційна радіотерапія і сучасні технології радіотерапії з модульованою інтенсивністю, що дозволяє зменшити поле опромінення, запобігти ураженню здорових органів і зменшити час опромінення. При оперативному лікуванні ми прагнемо зменшити негативний вплив хірургічного втручання, застосовуючи сучасні методики: збереження молочної залози, техніка «головного лімфовузла», що дозволяє запобігти лімфоектомії, та негайна реконструкція молочної залози після мастектомії.

Добре зарекомендувала себе таргетна терапія: моноклональні антитіла прикріплюються до рецепторів ракових клітин і блокують їх. Це найефективніший метод лікування раку молочної залози з метастазами. Але майбутнє за імунотерапією. Ми вже навчили нашу імунну систему боротися з деякими раковими клітинами. Приміром, якраз у лікуванні меланоми в останні 2-3 роки ми домоглися величезного прогресу. Впевнений, вдалося з меланою — вдасться і з раком грудей.

Тетяна ПРИХОДЬКО, «ВЗ»

РІЗНИЦЯ МІЖ ПРИВАТНОЮ ОНКОЛОГІЄЮ І ДЕРЖАВНОЮ — ЛИШЕ У СЕРВІСІ



Ольга СОЛОВЙОВА,
операційний
директор ВМА

Коли мова йде про організацію онкологічної служби у Каталонії, зазначається, що це одна з найсильніших сторін медицини Іспанії взагалі. Медичний керівник Інституту онкології Басельга лікар Жосеп Табарнеро є одночасно директором онкологічного відділення госпітально найвищого рівня складності і одним з 10 найкращих онкологів світу. А лікар Хосе Басельга, на честь якого названий Інститут, входить у трійку цих лідерів. І, окрім цих 2 корифеїв, у стінах онкологічного Інституту працюють не менш відомі онкологи — кожен у своїй спеціалізації. Цей медичний заклад приватний, але всі ці спеціалісти у першій по-

ловині свого робочого дня працюють у різних державних онкологічних госпіталях. Тобто різниця між приватною онкологічною структурою та державною — тільки у сервісі. Все лікування жорстко запроотоколоване! Наші лікарі використовують ідентичні протоколи як у приватному секторі, так і в державному. З медичної точки зору немає жодної різниці. Але деякі жителі Каталонії бажать кращого сервісу (хоча і в державних лікарнях ніхто не скаржиться на відсутність уваги персоналу).

У приватній клініці за пацієнтом закріплюється не тільки той лікар, консультації якого він оплатив, а й медсестра — вона щоранку йому телефонуватиме і справлятиметься про його самопочуття. Тут немає листа очікування, черг тощо. Пацієнт може у будь-який час приїхати й отримати консультацію чи лікування. Але на якість медичних послуг це жодним чином не впливає. У державних онкологічних лікарнях за пацієнтом закріплюється не лікар, а команда. На першому огляді консультувати може завідувач відділення, але ніхто не дасть гарантії, що під час усіх інших візитів

на прийомі буде саме він. Якщо в той день лікар не чергує — його спеціально ніхто не викликати. Тому у приватні клініки каталонці найчастіше звертаються саме до конкретних фахівців. У кожного «імені» різна вартість. Є лікарі, вартість послуг яких не покриває жодна страховка, але кожен каталонець може потрапити на прийом до такої зірки онкології у державному закладі, якщо складуться обставини.

Щодо діагностичних можливостей: у Барселоні є все, що існує в медичному світі на сьогодні (навіть у процесі випробувань). Ми використовуємо тільки прогресивні методики, наприклад, ПЕТ-КТ, молекулярну та генетичну діагностику. Але головна наша мета — знизити захворюваність або принаймні визначити рак на ранніх стадіях. Правління Каталонії робить для цього все можливе. Наприклад, кожна наша жінка щороку отримує листа з інформацією про основні симптоми раку молочної залози та запрошення на УЗД чи маммографію (в залежності від віку). В якості раннього скринінгу раку шийки матки

кожні 2 роки незалежно від віку жінки проходять цитологічне дослідження, а чоловіки щороку здають PSA для раннього виявлення раку передміхурової залози. Звичайно, за рахунок держави. До речі, PSA — єдиний онкомаркер, який використовується в Каталонії з діагностичною метою на початковому етапі. Ми знаємо, що такі дослідження популярні у деяких країнах, але вважаємо їх неефективними щодо всіх видів раку, окрім пухлин передміхурової залози — онкомаркери можуть бути позитивними навіть коли ніякого раку немає, і навпаки. В Каталонії відсутні самолікування й самодіагностика: тут не мають сили жодні пацієнтські забаганки. Людина не може просто прийти до лікарні і за власний кошт здати кров на онкомаркери, все вирішує тільки лікар. Так само в Барселоні ви не знайдете онкологічного Check-Up. Є базові програми обстеження стану здоров'я: в залежності від віку, статі та сімейного анамнезу. А вже виходячи з результатів обстеження, лікарі призначають додаткові методи діагностики, якщо вважають за потрібне.