

**ТРУДЫ**

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

**Summary:****PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY (№ #606, February 20, 2014)****SCREENING FOR CANCER**

**Report:** SCREENING FOR CANCER. CURRENT STATUS AND THE PERSPECTIVES. By Prof. M.I.Davydov, Prof. D.G.Zaridze (The N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center /RCRC/).

Screening for cancer turned to be effective in cases of cervix uteri' carcinoma (diagnostic cervical cytology and HPV test), mammary carcinoma (mammography), colorectal cancer (gFOVT and sigmoidoscopy), lung cancer – NSCLC and SCLC (annual CT).

Screening for prostate cancer is doubtful, and PSA-test hasn't proved it's efficacy.

Screening is recommended in specialized centers with highly qualified staff and quality control concerning the procedures of screening. Thorough instructions for medical personal and information for patients – are also of importance.

**Key words:** Cancer screening, cervix uteri, mammary, colorectal, prostate carcinoma, lung cancer (NSCLC SCLC).

**Discussion:**

Specialists of the Moscow cancer society, who have their experience in screening, are invited to participate in discussion on the presented problem. Successful results of long-term Moscow screening programmes for mammary and cervix utery cancer were presented on two special society' proceedings in 2012 (by Prof. A.Maxson, Prof. A.Sdvijkov, Dr. V.Evtiagin et al (Moscow City Oncology Dispensary #1, Moscow City Cancer Hospital #62).The experience of mammary cancer' screening with the use of movable mammography stations (on vehicles) in remote Russian regions was obtained by Prof. G.Korjenkova, Prof.B.Dolgushin. (The N.N.Blokhin Cancer Research Center). The impact of screening for lung, colorectal and prostate cancer on current clinical practice will be discussed with leading Moscow oncologists. A reports by Prof. I.Tyurin, Prof. A.Rasulov, Prof. V.Matveev are expected.

**Доклад:****СКРИНИНГ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ:  
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ \*)**

*Давыдов М.И., Заридзе Д.Г. (РОНЦ им.Н.Н.Блохина)*

**Реферат.** Целью скрининга является раннее выявление бессимптомного рака... Скрининг должен приводить к снижению смертности. Планируемая для скрининга форма рака должна быть важной проблемой здравоохранения... Скрининговый тест часто дает ложноположительные результаты, что требует неоправданного дополнительного обследования, включая взятия биопсий, что в свою очередь сопряжено с возможностью осложнений. Кроме того, выявляемые на скрининге интраэпителиальные (*in situ*) опухоли часто клинически незначимы и не нуждаются в лечении... Прежде всего это касается ПСА-скрининга.

Метод лечения выявленных при скрининге бессимптомных образований должен быть обоснован общепризнанными клиническими рекомендациями. Опыт показал, что тактика лечения выявленных при скрининге новообразований иногда чрезмерно радикальна и, зачастую, наносит ущерб здоровью.

**В результате рандомизированных исследований эффективными признаны скрининг рака шейки матки (цитологическое исследование и тестирование на ВПЧ), маммографический скрининг рака молочной железы, скрининг рака толстой кишки (тест на скрытую кровь и сигмоидоскопия), скрининг рака легкого (низко-дозовая спиральная компьютерная томография). Рентгенография (флюорография) грудной клетки и ПСА тестирование не являются эффективными методами скрининга.**

Скрининг рекомендуется проводить в специализированных центрах, с высококвалифицированным персоналом. На всех этапах скрининговой программы врачи, медицинский и технический персонал должны строго следовать разработанному регламенту (инструкциям, методическим рекомендациям).

**Ключевые слова:** злокачественные опухоли скрининг, рак шейки матки, молочной железы, толстой кишки, легкого, НМРЛ, МРЛ, рак предстательной железы.

**Сведения об авторах**

1. Давыдов Михаил Иванович, академик РАН и РАМН, профессор, д.м.н, директор ФГБУ «Российский онкологический научный центр (РОНЦ) им. Н.Н.Блохина», главный внештатный онколог Министерства здравоохранения РФ.

2. Заридзе Давид Георгиевич, профессор, д.м.н., зам. директора ФГБУ «Российский онкологический научный центр (РОНЦ) им.Н.Н.Блохина», заведующий отделом эпидемиологии и профилактики ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина».

\*) Текст публикуется в авторской редакции.

**Целью скрининга** является раннее выявление бессимптомного рака и его лечение. Скрининг должен приводить к снижению смертности. Для оценки эффективности скрининга необходимо проведение рандомизированных контролируемых исследований. Планируемая для скрининга форма рака должна быть важной проблемой здравоохранения для страны или региона, в которой проводится скрининг, т.е. заболеваемость и смертность от нее должна быть высокой. Скрининг должен быть направлен на выявление образований, которые в отсутствие скрининга прогрессируют и дают метастазы. В то же время, скрининг, направленный на выявление образований, которые в отсутствие скрининга никогда себя не проявляют и, соответственно, не могут быть причиной заболевания и смерти, являются лишней тратой времени и ресурсов, но что самое главное, зачастую наносит вред здоровью.

Скрининговый тест часто дает ложноположительные результаты. Это сопряжено с назначением неоправданного дополнительного обследования, включая выполнение биопсий, что в свою очередь, может привести к осложнениям. Кроме того, выявляемые при скрининге интраэпителиальные (*in situ*) опухоли часто клинически незначимы и не нуждаются в лечении, т.е. имеет место гипердиагностика. К сожалению, в настоящее время в нашем арсенале нет методов, позволяющих прогнозировать клиническое течение, так называемых, клинически незначимых опухолей. Однако об этой проблеме должны знать врачи, которые участвуют в скрининге, последующем обследовании и лечении пациентов, у которых был выявлен рак *in situ*.

Метод лечения выявленных при скрининге преклинических образований должен быть обоснован соответствующими клиническими исследованиями и общепризнан. Опыт показал, что тактика лечения выявленных при скрининге образований иногда чрезмерно радикальна и зачастую наносит ущерб здоровью.

**Скрининг рака молочной железы.** Данные рандомизированных исследований и опыт их применения на практике легли в основу рекомендаций по маммографическому скринингу. Следуя рекомендациям Европейской Комиссии в большинстве стран Европы, организованный массовый популяционный скрининг РМЖ проводится среди женщин 50-59 лет, с интервалом в 2 года. Специальная комиссия США по профилактике также рекомендует проводить маммографический скрининг среди женщин 50-69 лет раз в два года. Рекомендации Американского противоракового общества несколько отличаются от предыдущих: они рекомендуют проводить маммографический скрининг ежегодно с 40 лет.

В популяциях, в которых проводится массовый маммографический скрининг, растет заболеваемость внутрипротоковым раком *in situ* и за счет этого – общая заболеваемость раком молочной железы. Эти выявляемые на скрининге интраэпителиальные опухоли часто – клинически незначимы и не нуждаются в лечении, т.е. имеет место гипердиагностика. Последние, по мнению некоторых исследователей, в отсутствие скрининга никогда не проявились бы клинически или, по мнению других (что подтверждается результатами длительного наблюдения за когортой женщин, которые участвовали в маммографическом скрининге в Швеции), проявились бы через годы, а то и через десятки лет, в зависимости от длины периода «латентности».

Является ли выявление и лечение РМЖ на «латентной» стадии благом для женщины, даже если учесть, что через определенный промежуток времени, который может исчисляться годами, а иногда и десятилетиями, этот рак начнет прогрессировать? На этот вопрос простого ответа дать на данном этапе наших знаний невозможно. Однако очевидно, что гипердиагностика часто приводит к ненужным, иногда чрезмерным вмешательствам и, кроме того, является источником неоправданно позитивной статистики 5-летней выживаемости больных раком молочной железы, выявленных на скрининге у значительной части которых, фактически, не было злокачественной опухоли.

**Скрининг рака предстательной железы.** Несмотря на то, что тест на выявление в сыворотке крови простат специфического антигена (ПСА) повсеместно применяется для скрининга рака предстательной железы, эффективность этого метода не доказана. В США начало эры скрининга рака простаты в 80-х годах прошлого столетия сопровождалось стремительным ростом заболеваемости с дальнейшим таким же стремительным падением. Эти тенденции, характерные для США и других стран с активным ПСА-скринингом, не сопровождались аналогичным ростом смертности.

Рост заболеваемости раком простаты можно объяснить выявлением в результате скрининга клинически незначимого, латентного, интраэпителиального (*in situ*) рака, который в отсутствие скрининга клинически не проявляется, не дает симптомов, не прогрессирует и никогда не приводит к смерти. На продолжительность и качество жизни мужчин этот рак не влияет. Показатели могут, скорее, ухудшаться в результате агрессивного лечения клинически незначимого рака.

Мета-анализ всех рандомизированных исследований скрининга рака предстательной железы, который включает европейские и американские исследования, не выявил статистически достоверной разницы между группой скрининга и контрольной в смертности от рака простаты и в общей смертности. В рандомизированных исследованиях, проведенных в США, ПСА-скрининг не привел к снижению смертности от рака простаты. В то же время, аналогичное исследование в Европе выявило снижение смертности от рака предстательной железы у мужчин, которым проводилось ПСА-тестирование.

Несколько экспертных комиссий США проанализировали американский опыт ПСА-скрининга рака простаты, а также результаты исследований по оценке его эффективности и пришли к заключению, что вред, приносимый ПСА-тестированием, перевешивает пользу от него.

В частности, экспертная комиссия, назначенная конгрессом США отметила, что в исследованиях, в которых участники скрининга наблюдались 10-14 лет, количество «сохраненных жизней» крайне невелико. ПСА-тестирование часто дает ложноположительные результаты, что требует неоправданного дополнительного обследования, включая взятия биопсий, что в свою очередь сопряжено с возможностью осложнений.

В 50% случаев диагноз выявленного на скрининге «рака» не подтверждается. Кроме того, выявляемые на скрининге интраэпителиальные (*in situ*) раки являются клинически незначимыми и не нуждаются в лечении, т.е. имеет место гипердиагностика. В заявлении комиссии говорится, что мужчины, у которых нет симптомов, не должны участвовать в рутинном ПСА-тестировании для скрининга рака предстательной железы. Экспертная комиссия, тем не менее, считает, что некоторые мужчины будут заинтересованы в ПСА-тестировании и некоторые врачи будут продолжать рекомендовать своим больным ПСА-тестирование. В связи с этим комиссия рекомендует пациентам и врачам принимать информированное решение на основании понимания положительных и отрицательных сторон ПСА-тестирования.

Вопрос скрининга рака простаты будет решен лишь тогда, когда нам удастся дифференцировать клинически незначимые образования от тех, которые потенциально способны прогрессировать. А пока эффективность ПСА-скрининга рака простаты остается, как минимум, недоказанной, рекомендовать массовое его применение в рамках диспансеризации населения в России не только нецелесообразно, но и вредно. Следует рекомендовать ПСА-тестирование только при обращении пациента в ЛПУ, после получения больным подробной информации об этом диагностическом методе.

**Скрининг рака легкого.** Для скрининга рака легкого использовались следующие методы: рентгенография грудной клетки (РГГК) и цитологическое исследование мокроты (ЦИМ). Эти методы были апробированы в рандомизированных контролируемых исследованиях и оказались неэффективными. В результате скрининга рака легкого с применением РГГК растет выявляемость ранних форм рака легкого (I стадия). Однако это не сопровождается снижением количества опухолей, диагностированных на поздних стадиях, и снижением смертности. Кроме того, систематическое, в течение многих лет, применение флюорографии и РГГК повышает риск развития рака легкого. Эпидемиологическое исследование, проведенное под эгидой Международного агентства по изучению рака, в России и в странах бывшего социалистического лагеря, в которых, также как и в СССР, здоровому работающему населению ежегодно проводилась флюорография грудной клетки, показало, что риск рака легкого растет с ростом количества флюорографий.

В нескольких рандомизированных исследованиях была доказана эффективность применение низко-дозовой спиральной компьютерной томографии (НДСКТ) для скрининга рака легкого среди заядлых курильщиков т.е. в группе повышенного риска развития рака легкого. Однако НДСКТ имеет и свои отрицательные стороны. Высок процент ложноположительных результатов. Кроме того, важной проблемой НДСКТ скрининга рака легкого является гипердиагностика. Скрининговый тест выявляет образования, которые гистологически имеют строение рака, однако, являются клинически незначимыми. К таким часто выявляемым при КТ-скрининге образованиям относится бронхоальвеолярный рак *in situ*.

**Скрининг рака толстой кишки.** Целью скрининга рака толстой кишки является выявление аденоматозных полипов и рака толстой кишки на ранней стадии его развития, и, соответственно, снижение заболеваемости и смертности от этой опухоли. Снижение заболеваемости раком толстой кишки достигается в результате выявления аденоматозных полипов, из которых развивается более 80% рака. Вероятность малигнизации аденоматозного полипа зависит от его размера. В связи с этим, удалению подлежат аденоматозные полипы диаметром более 10 мм. Для скрининга рака толстой кишки применяются следующие методы: тест на скрытую кровь (*gFOBT* – проба с гваяковой смолой или/и *iFOBT*- иммунохимический тест), сигмоидоскопия, колоноскопия и виртуальная колоноскопия.

**Тест на скрытую кровь.** Эффективность скрининга с помощью теста на скрытую кровь (*gFOBT*) с последующей колоноскопией или сигмоидоскопией при положительных результатах подтверждена в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях. Суммарный анализ исследований, посвященных изучению эффективности пероксидазного теста, т.е. пробы с гваяковой смолой (*gFOBT*), показал, что скрининг раз в два года или ежегодно снижает смертность от рака толстой кишки на 15-40%. Применение иммунохимического теста (*iFOBT*) значительно улучшает результаты скрининга. Чувствительность *iFOBT* для диагностики рака выше (61-91%), чем стандартного *gFOBT* (*Hemoccult II*). Специфичность *iFOBT*, по данным разных авторов, варьирует от 91 до 98%, что ниже, чем специфичность пероксидазных тестов (98-99%). Чувствительность *iFOBT* (*HemeSelect*) для диагностики аденоматозных полипов диаметром более 10 мм также в два раза выше, чем чувствительность *Hemoccult II*.

**Сигмоидоскопия.** В сигмовидной и прямой кишке локализованы две трети всех раков толстой кишки. Поэтому выявление и удаление полипов и локализованных форм рака в дистальных отделах толстой кишки, по определению, должны привести к снижению, как смертности, так и заболеваемости. В 2010 г. были опубликованы результаты первого рандомизированного контролируемого исследования об эффективности сигмоидоскопии для скрининга рака толстой кишки. В результате 11-летнего наблюдения заболеваемость раком толстой кишки в группе скрининга снизилась на 33%, смертность – на 43%. Заболеваемость раком дистальных отделов толстой кишки (сигмовидной и прямой) снизилась на 50%.

Однако данный скрининг не повлиял на заболеваемость и смертность от опухолей, локализованных в остальных отделах толстой кишки. Авторы исследования пришли к заключению, что сигмоидоскопия – эффективный метод скрининга рака толстой кишки и что ее достаточно проводить один раз в жизни у лиц в возрасте 55-64 лет.

Еще два рандомизированных исследования подтвердили эффективность одной сигмоидоскопии в возрасте 55-60 лет, что позволяет рекомендовать этот метод для скрининга рака толстой кишки.

**Колоноскопия.** В США и других западных странах растет смертность от рака проксимальных отделов толстой кишки, в то время, как заболеваемость и смертность от рака дистальных отделов толстой кишки снижается. Скорее всего, этот тренд частично связан с неэффективностью скрининга для рака проксимальных отделов толстой кишки. И, хотя данных о влиянии колоноскопии на заболеваемость и смертность от рака проксимальных отделов толстой кишки, основанных на рандомизированных исследованиях нет, по результатам некоторых эмпирических исследований можно заключить, что колоноскопия не снижает риска заболеваемости и смерти от проксимального рака толстой кишки.

Массовое применения колоноскопии не может быть рекомендовано как метод скрининга рака, в первую очередь, в связи с отсутствием эффекта на смертность от рака проксимального отдела толстой кишки, а также, возможными осложнениями. Частота перфорации даже в опытных руках составляет 4 случая на 10 000 исследований. Однако в некоторых европейских странах, например в Германии, колоноскопический метод рекомендован для скрининга. В США рекомендуется проводить колоноскопию один раз в 10 лет в возрасте 55-64 лет.

**Виртуальная колоноскопия или колонография.** Метод позволяет изучать компьютерное изображение просвета и слизистой оболочки толстой кишки, полученного с помощью метода компьютерной или магнитнорезонансной томографии (КТ или МРТ). Чувствительность этого метода в значительной степени зависит от размера новообразования в толстой кишке. Чувствительность колонографии сравнима с колоноскопией и равна 92% при полипах диаметром более 10 мм, 78% – при полипах размером 5-9 мм, 67% – когда размеры полипа не превышают 5мм. Специфичность метода также зависит от размера новообразования и равна 90% при аденомах диаметром 10 мм и более.

**Скрининг рака шейки матки.** Скрининг рака шейки матки направлен на выявления не только ранних форм рака, но и, в первую очередь, «предраковых» изменений, в частности интраэпителиальных неоплазий (*CIN I, II, III*) различной степени дисплазии и интраэпителиального рака *in situ*. Прогрессирования интраэпителиальной неоплазии в рак – процесс медленный. Обычно он длится более десяти лет.

Особенностью скрининга рака шейки матки является то, что его эффективность определяется снижением заболеваемости и смертности, а не только смертности. Наиболее широко используемым типом скрининга цервикального рака является цитологический скрининг (в зарубежной литературе тест по Папаниколау или *Pap smear*), который получил распространение в 60-х годах прошлого столетия. Его эффективность подтверждена в результате длительного наблюдения за динамикой заболеваемости и смертности в Скандинавских странах. На эффективность скрининга влияет длительность интервала между скрининговыми тестами. Исследования показали, что наиболее оптимальными являются интервалы в 3-5 лет. Скрининг женщин в возрасте 25-64 лет с интервалом в 5 лет приводит к снижению смертности на 84%, с интервалом в 3 года – на 91%, а ежегодный скрининг – на 93%.

В результате разработки новых технологий для выявления ДНК вирусов папилломы человека (ВПЧ) появилась возможность использования этих технологий для скрининга рака шейки матки. В разных программах ВПЧ-тестирование используется в совокупности с цитологическим исследованием в различной последовательности, или самостоятельно, с последующим генотипированием или без него. ПЦР выявляет ДНК ВПЧ в более 90% рака и 75-85% интраэпителиальной неоплазии (*CIN*) с выраженной дисплазией. ВОЗ (*IARC, 2005*) рекомендует проводить цитологический скрининг у женщин в возрасте от 25-30 до 60-65 лет с интервалами в 3-5 лет.

В странах Европейского союза скрининг рака шейки матки женщин в возрасте 20 до 65 лет проводится с интервалом раз в 3-5 лет. В США цитологический скрининг рекомендуется проводить в возрасте 21-65 лет (или через 3 года после начала половой жизни), с интервалами в 3 года. В возрасте 30-65 лет кроме цитологического исследования, 1 раз в 5 лет рекомендуют тестирование на инфицированность *HPV*. Пятилетний интервал между *HPV* тестированием обоснован его высокой чувствительностью. Опыт показывает, что *HPV*-инфицированность может быть транзитной. В связи с этим, анализ на *HPV* рекомендуется повторить через 12 месяцев и в том случае, если тест будет положительным, провести генотипирование для верификации типа *HPV*. Если генотипирование выявит наличие инфекции *HPV16* и *HPV18*, рекомендуется направлять женщину на дальнейшие диагностические и лечебные процедуры.

**Заключение.** В результате рандомизированных исследований эффективными признаны скрининг рака шейки матки (цитологическое исследование и тестирование на ВПЧ), маммографический скрининг рака молочной железы, скрининг рака толстой кишки (тест на скрытую кровь и сигмоидоскопия), скрининг рака легкого (низко-дозовая спиральная компьютерная томография). Рентгенография (флюорография) грудной клетки и ПСА тестирование не являются эффективными методами скрининга рака легкого и рака простаты.

Скрининг рекомендуется проводить в специализированных центрах, с высококвалифицированным персоналом. На всех этапах скрининговой программы врачи, медицинский и технический персонал должны строго следовать разработанному регламенту (инструкции, методическим рекомендациям). Скрининг может быть эффективным только при соблюдении всех требований по контролю его качества. Необходимо информировать участников скрининга о положительных и возможных отрицательных сторонах (осложнениях), которые могут возникнуть в результате уточняющей диагностики и лечения.

## Литература

Заридзе Д.Г. Профилактика рака. ИМАПРЕСС, Москва, 2009

**Скрининг рака молочной железы**

1. Breast Cancer Screening. IARC handbook for Cancer Prevention, IARC, WHO, IARC Pres. 2002,
2. European Commission, European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening, 2006
3. Independent UK Panel on Breast cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*, 380, 1778-86, 2012.

**Скрининг рака предстательной железы**

1. Early detection (screening) of prostate cancer: American AUA guidelines, 2013 ([www.aua.com](http://www.aua.com)).
2. [American Cancer Society Prostate Cancer Advisory Committee](#). American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. *CA Cancer J Clin.* 60, 70-98, 2010.
3. Screening for prostate cancer: The US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 157,120-34, 2012.

**Скрининг рака легкого**

1. Oken MM, Hocking WG, Kvale PA, et al. PLCO Project Team. [Screening by chest radiograph and lung cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian \(PLCO\) randomized trial](#). *JAMA.* 306, 1865-73, 2011
2. National Lung Screening [Trial Research Team](#), [Aberle DR](#), [Adams AM](#), [Berg CD](#), [Black WC](#), [Clapp JD](#), [Fagerstrom RM](#), [Gareen IF](#), [Gatsonis C](#), [Marcus PM](#), [Sicks JD](#). Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med.* 365, 395-409, 2011
3. Mangura BT, Reichman LB. Periodic chest radiography: unnecessary, expensive, but still pervasive. *The Lancet* 353, 319-320, 1999.

**Скрининг рака толстой кишки**

1. Shaikat A, Mongin SJ, Geisser MS et al. Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med.* 369:1106-14, 2013
2. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, et al.; PLCO Project Team. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N Engl J Med.* 366,2345-57, 2012.
3. Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, et al.. UK Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet.* 375,1624-33, 2010

**Скрининг рака шейки матки**

1. Cervix cancer screening. IARC Handbooks for cancer Prevention, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, IARC Press, 2005
2. [Arbyn M](#), [Anttila A](#), [Jordan J](#) et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition--summary document. *Ann Oncol.* 21, 448-58, 2010
3. Cox JT, Castle PE, Berhens CM et al and Athena HPV study group. Comparison of cervical cancer screening strategies incorporating different combinations of cytology, HPV testing, and genotyping for HPV 16/18: results from the ATHENA HPV study. *Am J Obstetrics & Gynecology*, 208, 184.e1- 184 e.112013

**Выступление в прениях, дискуссия:****ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МОСКОВСКИХ ПРОГРАММ СКРИНИНГА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

Махсон А.Н.<sup>2</sup>, Сдвижков А.М.<sup>1</sup>, Васильева И.Д.<sup>1</sup>, Евтягин В.В.<sup>1</sup>, Кропачева Т.Д.<sup>1</sup>, Секундова М.А.<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Онкологический клинический диспансер №1, <sup>2</sup>Московская онкологическая клиническая больница №62)

Программы скрининга злокачественных новообразований внедрены в медицинскую практику развитых стран. Практика, результаты и возможности совершенствования скрининга активно изучаются отечественными исследователями [1-6]. В Российской Федерации первым регионом, в котором программы скрининга разработаны и внедрены в практику здравоохранения, стала Москва [5; 6]. Московские программы скрининга предусматривают (с 2002 г.) цитологический скрининг рака шейки матки и (с 2004 г.) – «полномасштабный» (по привлечению обследуемого контингента; т.е. – до 97,5% /!/) скрининг рака молочной железы. Опыт Московской онкологической службы представляет значительный интерес, поскольку может быть эффективно востребован в различных регионах РФ.

**Оценка результатов программы скрининга рака шейки матки (РШМ)**

Программой предусмотрен цитологический скрининг РШМ в возрастной группе 35-69 лет, 1 раз в 3 года. С 2011 г. скринингу подлежат 1.680.000 женщин; что составляет 75% возрастной группы, так как порядка 25% уже наблюдаются по поводу гинекологических заболеваний и поэтому не могут обследоваться в условиях скрининговой программы. Следует отметить, что в 2002-2004 гг. было обследовано лишь 68,7% от предусмотренного скринингом контингента, тогда как в 2013 г. – уже 104,1%, превысив запланированный показатель. За период 2002-2013 гг. число обследованных по программе скрининга составило 6.075.041.

Выявлен инвазивный рак шейки матки у 2.445 женщин (0,04% от прошедших скрининг). В этой группе частота I-II стадии составила 94,4%. Выявлен также рак *in situ* – у 1.538 (0,03%); дисплазия I степени – у 19.292 (0,3%), II-III степени – у 8.965 (0,1%) и 4.436 (0,07%) соответственно. Фоновые заболевания диагностированы у 505.651 (8,3%) пациенток.