



Онкология Сегодня

ИЗДАНИЕ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ

МАРТ 2023 № 1 (52)

слово редактора



Николай Владимирович ЖУКОВ

Д.м.н., профессор, руководитель отдела междисциплинарной онкологии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России

Уважаемые коллеги!

Может показаться, что новый номер газеты посвящен в большей степени социальным и общественным вопросам — профилактике, борьбе с осложнениями, а не тому, чем обычный онколог занимается в реальной жизни. Однако — лишь на первый взгляд, ведь многие из этих статей позволяют посмотреть на нашу обычную жизнь под непривычным углом. Например, оценить важность борьбы с курением среди уже заболевших. Казалось бы, все плохое у такого пациента уже случилось, и его будущее зависит лишь от эффективности противоопухолевой терапии. Ан нет, оказывается, вредная привычка может испортить результаты лечения, приводя к повторному развитию опухоли или смерти от неопухолевых причин. Выходит, борьба с курением важна и после установления диагноза, если мы не хотим, чтобы результаты нашего труда свелись на нет.

Выяснилось также, что горячая для нас тема обеспеченности онкологической службы кадрами (о чем мы не раз уже писали) — не такая уж и большая проблема. Раз мы хорошо справляемся меньшим составом (хотя точно посчитать активно работающих онкологов до сих пор так и не смогли), то и дефицит — не дефицит. Это утверждение оспорил медицинский юрист, но он представляет взгляд со стороны, а нам было бы интересно узнать и ваше мнение.

Впрочем, не очень объяснимые «чудеса» случаются везде. Чтобы получить многотысячный счет за лечение в городе, где проходят конгрессы ASCO и который по этой причине считается у нас столицей онкологии, не нужно лечиться суперсовременными препаратами — достаточно пары инъекций лекарства из 1980-х. В общем, наш мир полон чудес. Остается лишь пожелать, чтобы они были позитивными.

ФАКТОР РИСКА

Курение как фактор риска развития онкологических заболеваний

«Когда вы научитесь лечить рак?» — сакраментальный вопрос, который продолжают задавать в течение всех 50 лет моей научной карьеры друзья, знакомые и журналисты. Как ни странно, грандиозный прогресс в лечении рака, особенно за последнее десятилетие, остался незамеченным в обществе.

Давид Георгиевич ЗАРИДЗЕ

Д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, президент Противоракового общества России, зав. отделом клинической эпидемиологии НИИ клинической онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России



15 ФОРМ РАКА

Еще более странно звучит вопрос: действительно ли курение является причиной рака? Об этом меня спросила пару дней назад журналистка популярной и вроде бы серьезной газеты. Конечно, в этой неинформированности общества хочется, как всегда, винить журналистов и СМИ. Однако боюсь, что вину придется взять на себя, а также переложить ее на медицинское сообщество и, конечно же, онкологов, которые не информируют своих пациентов о наиболее важных угрозах для их здоровья — в первую очередь о курении.

Тот факт, что курение — основная причина развития пятнадцати форм рака и ряда других наиболее распространенных заболеваний (сердца и сосудов, легких, сахарного диабета и т.д.), давно уже научно доказан. Отказ от сигареты в любом возрасте приводит к достоверному снижению веро-

ятности развития рака и иной перечисленной выше патологии. Об этом написаны многие сотни тысяч страниц в научных и популярных изданиях. Лично я внес значительный вклад в исследования и популяризацию этой важнейшей для здоровья нации проблемы, за что нам с академиками

И.С. Стилиди и А.Г. Румянцевым в 2021 г. была присуждена Государственная премия Российской Федерации в области науки и технологий.

В данной же статье, посвященной Международному дню борьбы с онкологическими заболеваниями, который отмечается Всемирной организацией здравоохранения 4 февраля, хочу обратить внимание на наше относительно недавнее открытие, продемонстрировавшее, что курение онкологических больных отрицательно влияет на эффективность противоопухолевой терапии и прогноз заболевания. Больные с онкологическим диагнозом, которые бросили курить, живут на 2–3 года дольше сохранивших пристрастие к сигарете.

Эти результаты получены в проводимом нами совместно с Международным агентством по изучению



Окончание на с. 2 ▶

НОВОСТИ

Ужасы ненашего городка

Мы нередко (а наши пациенты еще чаще) и небезосновательно сетуем на организаторов отечественного здравоохранения. Но, как оказалось, проблемы есть не только у нас, хотя и другие. Большой раком предстательной железы (РПЖ) получил из клиники Медицинского университета Чикаго счет на 73 812 долларов за две инъекции лейпрорелина, изобретенного в 1973 и запатентованного в 1989 году, то есть полвека назад. Анализ причин произошедшего вскрыл трудно объяснимую с медицинской точки зрения, но при этом весьма прибыльную схему ценообразования на препараты и медицинские услуги.

ЦЕНОВОЙ ШОК

В 2017 году у 55-летнего специалиста по кибербезопасности из Чикаго был выявлен РПЖ и была проведена ультразвуковая абляция опухоли. Исходный материал не содержал оснований причин такого выбора, так как метод обычно (да и то не часто) применяется при невозможности радикальной простатэктомии или рецидивах РПЖ после других

способов лечения. У пациента возник рецидив, поэтому летом 2019-го была выполнена радикальная простатэктомия, но в начале 2021 года был отмечен рост простатспецифического антигена (ПСА), обнаружены отдаленные метастазы и назначена андроген-депривационная терапия (АДТ) лейпрорелином (Лупрон Депо). Этот хорошо известный онкологам РФ препарат, давно вышедший в ти-

раж, применяется рутинно и широко, имеет вполне вменяемую цену. В общем, лекарство без сюрпризов.

В мае 2021 года пациент получил первую внутримышечную инъекцию лейпрорелина, подавляющего продукцию тестостерона в течение трех месяцев. В августе инъекцию повторили. А потом пришли счета за медицинские услуги, неприятно удивив-

шие больного. Общая сумма за две инъекции составила 73 812 долларов (35 414 за первую и 38 398 за вторую), включая расходы на услуги врача и медсестры, которая вводила препарат. United Health Group (крупнейшая страховая компания США, обслуживающая более 100 млн клиентов) оплатила лишь 19 567 долларов



Окончание на с. 10 ▶

Курение как фактор риска развития онкологических заболеваний

◀ Окончание, начало на с. 1

рака проспективном когортном исследовании курящих пациентов с мелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) и раком почки (РП), находившихся на лечении в период с 2007 по 2016 г. в клиниках НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина и ГКОБ № 1 (рис. 1а и б, 2а и б). Все участники исследования подвергались ежегодному активному наблюдению в среднем в течение 7 лет. За это время было зарегистрировано 325 случаев смерти (64 % от НМРЛ и 100 (47 %) — от РП). Медиана выживаемости без прогрессирования оказалась выше на 21,6 месяца (5,7 против 3,9 года, $p = 0,004$) и на 36 месяцев (10 против 7 лет, $p = 0,002$) у пациентов с диагнозом НМРЛ и РП соответственно, которые отказались от курения, по сравнению с продолжающими курить больными. Скорректированный показатель 5-летней общей выживаемости был достоверно выше среди отказавшихся от курения пациентов с диагнозом НМРЛ (61 % против 49 %, $p = 0,001$) и РП (88 % против 73 %, $p = 0,009$) по сравнению с продолжающими курить. Отказ от курения статистически достоверно снижает на 33 % риск смерти от всех причин больных с НМРЛ и на 50 % — с РП, на 25 % — специфическую смертность от данных заболеваний и на 28 % и 44 % — риск прогрессирования при раке легкого и раке почки соответственно. Эффективность отказа от курения как минимум сопоставима с таковой у современных инновационных противоопухолевых препаратов.

О том, что курение значительно ухудшает шансы излечиться и выжить, онкологические больные, увы, не знают. Им об этом не говорят. Не то чтобы врачи скрывали информацию, а просто одни не осведомлены о ней, а другим недосуг поговорить на эту тему с пациентом. По данным, полученным в США, об отрицательном воздействии курения на исход болезни своим подопечным сообщают 20–40 % врачей. Думаю, что ситуация в нашей стране в этом плане не лучше. В итоге значительный прогресс в лекарственной терапии рака, в частности рака легкого, практически обнуляется курением.

ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ

Курение ухудшает прогноз пациентов и с другими тяжелыми, а порой и неизлечимыми заболеваниями. Наиболее впечатляющий пример — это ВИЧ-инфицированные больные. Применение современной антиретровирусной терапии (АРВТ) существенно продлевает отпущенные им годы. Продолжительность их жизни не ниже, чем у практически здоровых людей, но, увы, многие из них умирают от рака легкого и других ассоциированных с курением злокачественных опухолей, а также от сердечно-сосудистых и легочных заболеваний.

Распространенность курения среди ВИЧ-положительных лиц в США как минимум в два раза выше, чем в общей популяции, соответственно и заболеваемость раком легкого среди них также значительно выше. Это самая частая онкологическая причина смерти ВИЧ-инфицированных пациентов, включая ВИЧ-ассоциированные злокачественные опухоли (AIDS-defining malignancies), такие как саркома Капоши, неходжкинские лимфомы и рак шейки матки.

Исследование когорты ВИЧ-инфицированных больных с течением болезни, эффективно контролируемым АРВТ, показало, что у мужчин и женщин, которые никогда не курили, продолжительность жизни составляет в среднем

РИСУНОК 1а. Общая выживаемость и выживаемость без прогрессирования больных НМРЛ в зависимости от статуса курения после установления онкологического диагноза

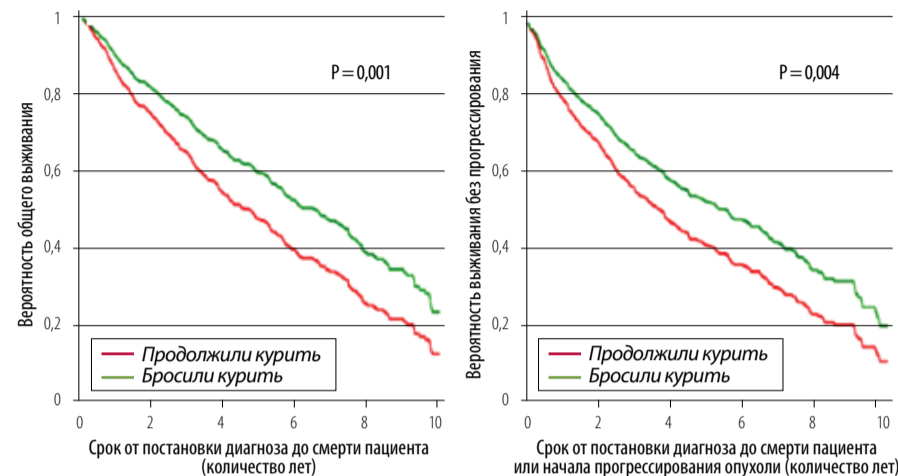


РИСУНОК 2а. Общая выживаемость и выживаемость без прогрессирования больных раком почки в зависимости от статуса курения после установления онкологического диагноза

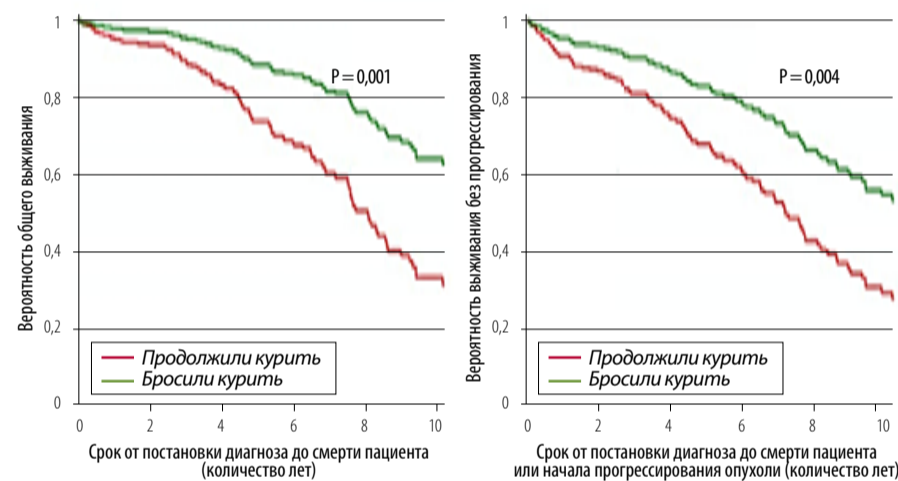


РИСУНОК 1б. Смертность от НМРЛ (специфическая для НМРЛ смертность) в зависимости от статуса курения после установления онкологического диагноза



РИСУНОК 2б. Смертность от светлоклеточного рака почки в зависимости от статуса курения после установления онкологического диагноза



71,9 и 74,4 года, у ВИЧ-инфицированных, бросивших курить до 40 лет, — 70,9 и 72,7 года, а у продолжающих курить — 65,2 и 69,9 года соответственно. Таким образом, курение отнимает у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин с эффективно контролируемой АРВТ болезнь в среднем 6,7 и 4,5 года жизни соответственно. Пора признать, что эта вредная привычка — главный убийца больных с эффективно контролируемой АРВТ ВИЧ-инфекцией.

Онкологические больные, которые бросили курить, живут на 2–3 года дольше сохранивших пристрастие к сигарете. При этом о негативном влиянии курения на исход болезни сообщают пациентам лишь 20–40 % врачей

Эйфорию, вызванную успехом АРВТ у больных ВИЧ-инфекцией, в которую вложены огромные интеллектуальные и материальные ресурсы, омрачила высокая смертность от рака легкого среди этой категории пациентов. Как говорится, деньги, выброшенные на ветер! Отказ от курения должен быть одним из важнейших компонентов лечения ВИЧ-инфицированных больных. Однако опыт множества рандомизированных клинических исследований показал, что это практически невыполнимая задача среди подобных пациентов. Такова суровая реальность, и с ней нужно считаться. Учитывая, что курение является главным убийцей пациентов

с ВИЧ-инфекцией, необходим особый подход к решению этой проблемы, в частности применение концепции снижения вреда (harm reduction), а именно уменьшение количества сигарет, выкуриваемых больным в день, и переход на альтернативные источники доставки никотина, которые менее опасны для здоровья.

В России ежегодно диагностируется около 70 000 случаев ВИЧ-инфекции. По данным

академика В. В. Покровского, руководителя отдела эпидемиологии и профилактики СПИД ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, всего в нашей стране выявлено 1,56 млн случаев ВИЧ и на ее территории проживают 1,1 млн граждан с лабораторно подтвержденным диагнозом ВИЧ. Последняя цифра чуть ниже американской — 1,2 млн ВИЧ-инфицированных, притом что население США в полтора раза больше нашего! Эти цифры говорят о важности затронутой нами проблемы. К сожалению, данных о частоте курения и заболеваемости и смертности от рака легкого среди ВИЧ-инфицированных в России, как, впрочем, и в других странах, нет.

СТАТУС БОЛЕЗНИ

Курение — это диагноз, который фигурирует в Международной классификации болезней. Курильщикам нужно лечить! Причем лечить и «здоровых» курильщиков, и страдающих онкологическими и другими тяжелыми заболеваниями, на прогноз и исход которых курение оказывает губительное влияние.

Программа терапии должна включать научно обоснованные методы отказа от курения с учетом:

- применения никотинзаместительной терапии (НЗТ) + консультирования психотерапевтом;
- возможного перехода на использование электронных систем доставки никотина (ЭСДН) при отказе от традиционных табачных изделий для той категории больных, которым психологически сложно самостоятельно сделать этот шаг и которых не удовлетворяет эффект НЗТ.

Потребление ЭСДН не связано с повышенным риском развития рака, в связи с чем допустимо их использование в качестве альтернативы сигаретам. Лечение табакокурения экономически выгодно для системы здравоохранения, особенно по сравнению с другими методами терапии. И, наоборот, продолжение курения значительно увеличивает затраты на нее, в связи с чем предложение лечить никотиновую зависимость в рамках ОМС считаю экономически обоснованным.

Список литературы находится в редакции