

## Мы добавили толику света

– Наша беседа проходит в кулуарах форума российских и зарубежных онкологов, у основания которого стоит НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова. Одной научной площадкой по ежегодному обмену мнениями между врачами, причастными к диагностике и лечению рака молочной железы, стало больше 10 лет назад. Не хотите ли подвести черту под «форумным» десятилетием?

**А.Беляев:** Можно было бы отрапортовать: за 10 лет с трибуны конференции прочитано более 400 лекций и докладов, состоялось свыше 20 мини-симпозиумов, прошло 6 мастер-классов. Но язык статистики сколь красноречив, столь и эмоционально скуден. Поэтому отвечу, что называется, чувствами: «Белые ночи Санкт-Петербурга» добавили толику света в тот полумрак научной неизведанности, которым окутаны истинные причины и механизмы развития рака молочной железы.

Для выполнения этой миссии – быть светочем – форум последовательно призывает под свои знамена наилучших отечественных и зарубежных специалистов. Я пришёл на директорство, когда авторитет петербургских онкологических форумов был уже высок, что напрямую заслуга моего предшественника на посту директора института. Владимир Фёдорович Семиглазов – создатель школы клиницистов-онкологов, в течение целой исторической вехи он возглавлял отделение опухоли репродуктивной системы, а сегодня является его научным руководителем. Это подразделение НИИ – крупнейший в нашем городе научно-практический центр, но не по количеству коек, а по своей технологической мощи, по достижениям в фундаментальных исследованиях. Конечно, промежуточным итогом большой исследовательской работы требовался регулярный релиз с демонстрацией профессиональному сообществу. Трибуной для него и была выбрана ежегодная онкологическая конференция «Белые ночи Санкт-Петербурга».

**В.Семиглазов:** Вообще-то самая оптимальная периодичность деловых встреч, на которых обсуждаются нюансы лечения такого грозного заболевания, как рак молочной железы, – один раз в квартал. Именно с интервалом в 3 месяца собираются многие наши зарубежные коллеги, у которых такая возможность имеется. И это правильно. Ведь, несмотря на массивное наступление науки на РМЖ, обозначение ключевых подходов к профилактике заболевания, в целом проблема остаётся нерешённой.

По данным ВОЗ, в мире ежегодно выявляется около 1,3 млн случаев РМЖ. Годовой прирост новых случаев в России – около 50 тыс. Тенденции к снижению нет, напротив – заболеваемость неуклонно растёт. Кроме того, РМЖ «молодеет». Каждый час от рака молочной железы в нашей стране погибает одна женщина. Вряд ли нужно кому-то доказывать, что даже микроскопический прогресс в поиске новых рычагов профилактической защиты, новых «формул» излечения способен сформировать новый статус-кво. Вот почему частота научных обменов – категория архиважная.

Потери  
неоправданно велики

– Затрагивая тему эффективности РМЖ, современные клиницисты единодушно упирают на правильный выбор вида современного лечения в качестве принципиально не-

## Наши интервью

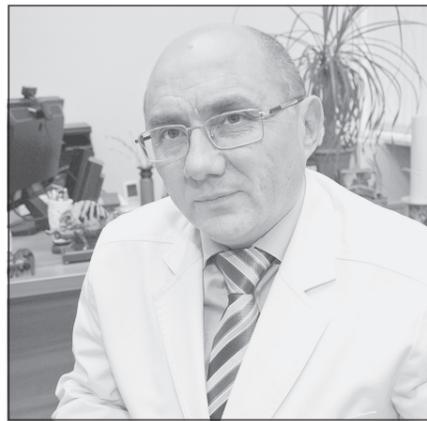
За твёрдость бьют,  
за слабость –  
демонизируют

Пока национальный маммографический скрининг буксует, каждый час в России от рака молочной железы погибает по одной женщине

Для современного общества рак молочной железы (РМЖ) – без всякой эмоциональной натяжки безжалостный хлыст, гипотетическая сила которого заставляет содрогаться миллионы предстательниц прекрасного пола. Расположенность опухолевых клеток к агрессивному росту и метастазированию, главенство по распространённости над остальными злокачественными новообразованиями у женщин наделили РМЖ демоническими качествами, отрицать которые – всё равно что пренебрегать опытом человечества со времён Гераклита и Платона о непостижимости сверхъестественных разрушительных величин.

У такого мнения немало сторонников. В самом деле, несмотря на легкодоступность этого органа для осмотра врачом и самообследования, простую и эффективную методологию ранней диагностики, опухоли молочной железы приводят чаще, нежели прочие виды рака, к смертельным исходам даже у молодых пациенток. А непреходящий научный интерес озадаченных специалистов, ищущих ответ на вопрос «почему?» пока что не перетекает в логическое объяснение.

Но так ли уж правы и правы ли вообще те, кто демонизирует в



обходимого условия: химиотерапии, эндокринотерапии, таргетной терапии. Возможно ли только с помощью хирургического лечения заставить рак отступить абсолютно исчерпаны?

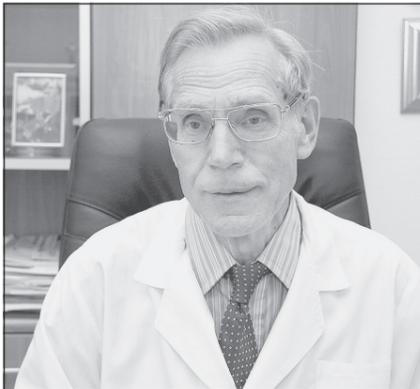
**В.С.:** Дальнейшее расширение объёма хирургического вмешательства, вплоть до удаления вместе с молочной железой подмышечных, над- и подключичных, а также парастернальных лимфоузлов не приводит к увеличению 5-летней выживаемости выше 55%. По этой причине хирургия развивается в сторону органосохраняющего лечения, реконструкции и пластики. Лишь проведение системных мероприятий улучшает показатели безрецидивной и общей выживаемости, а главное, снижает смертность.

Сегодня лечебно-профилактическая и исследовательская работа – у нас и за рубежом – строится, во-первых, на представлении о молекулярно-генетическом многообразии РМЖ, а во-вторых, с учётом знаний о существовании не менее 5 подтипов заболевания, которые различаются по своему прогнозу и чувствительности к эндокринотерапии, химиотерапии и таргетной терапии.

**А.Б.:** По общей оценке, на пике реализации новых стратегий можно ожидать ощутимые сдвиги как в первичной профилактике, так и в сфере лечения.

**В.С.:** Тем не менее нельзя сказать, что проблема вот-вот будет решена. Слишком сложен ребус. Возьмите Соединённые Штаты, Канаду или Европейский союз, где в течение уже 30 лет проводится маммографический скрининг, благодаря чему достигнута хорошая выявляемость рака на ранних стадиях. Так вот даже там не все опухоли менее 2 см контролируются современными методами лечения. Пятая часть от числа всех женщин, у кого на скрининговом осмотре был обнаружен рак молочной железы, погибает. Несмотря на своевременную операцию, проведение лучевой терапии, всех курсов химиотерапии. Почему? Никто не знает.

Многофакторность генеза



большинства опухолей и возможность того, что многие случаи их возникновения могут быть результатом комбинации множественных воздействий в малых дозах, усложняют изучение причинно-следственных связей. Неудивительно, что потери, как говорится, неоправданно велики.

– Пока причины и сам механизм развития доброкачественных и злокачественных опухолей окончательно не выяснены, любые разговоры о полной и гарантированной вторичной профилактике рака молочной железы кажутся утопичными...

своих глазах онкологическое заболевание «номер один», настаивая на предопределённости? В руках государства неоспоримые доказательства того, что успехи маммографического скрининга, дополняемого физикальным обследованием, могли бы привести к почти полному отказу от калечащих обширных вмешательств и победе над высокими цифрами смертности. Однако когда в национальные скрининговые программы и раннюю диагностику РМЖ цивилизованный мир не жалеет вкладывать огромные средства, Россия, как всегда, идёт своим, особым путём.

К откровенному разговору о существующих в нашей стране проблемных зонах в борьбе с РМЖ корреспондент «Медицинской газеты» пригласил директора Научно-исследовательского института онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России профессора Алексея БЕЛЯЕВА и руководителя отдела опухолей репродуктивной системы НИИ, председателя Общества онкологов С.-Петербурга и Ленинградской области, члена-корреспондента РАМН Владимира СЕМИГЛАЗОВА. Формальным поводом для встречи стало проведение юбилейной международной конференции «Белые ночи Санкт-Петербурга» на берегах Невы.

**В.С.:** Безусловно. Вместе с тем в развивающихся странах и странах с переходной экономической преобладают запущенные стадии как раз из-за отсутствия тотального маммографического скрининга, относимого ВОЗ к вторичной профилактике РМЖ. При этом соотношение смертности и заболеваемости в развитых государствах равняется 25-29%, в развивающихся же государствах – 43-50%. Другими словами, там, где в национальном масштабе организованы профилактические обследования и проводится современное лечение, от РМЖ погибает третья-четвёртая часть заболевших, а там, где этого нет, или почти нет, потери составляют почти половину.

Если оценивать ситуацию в России, то мы порядком отстаём от стран с хорошим охватом женского населения профилактическими осмотрами. Не надо думать, что у нас маммографических аппаратов не хватает. Лечебные учреждения ими наполнены. Но вот результатов пока не видно. В странах, на территориях которых массовые скрининги с целью раннего предупреждения излечимых форм рака молочной железы возводятся в ранг государственной политики, смертность снижается уже через несколько лет на 5-25%.

«Показательное»  
шулерство

– В чём же, собственно, дело? В отсутствии самого «дела»?

**В.С.:** Это не совсем так! Источником бед – организационные проблемы. В 2006 г. из недр тогда ещё зурбовского Минздравсоцразвития вышел очень хороший приказ № 154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы». Документом был чётко регламентирован порядок организации скрининга, определён примерный перечень оборудования и медицинского инструментария рентгеномаммографического кабинета. Но по большому счёту приказ работает

на «холостых оборотах». Когда главный врач уверяет, что в его поликлинике выполняется очень много маммографий, счёт идёт, мол, на тысячи, можно не сомневаться – это действительно так. Однако начинаешь уточнять с пристрастием, каких именно маммографий, часто выясняется картина: женщина, занимаясь самообследованием, сама нащупала опухоль, а специалисты из поликлиники лишь подтвердили познания пациентки.

В отчёте «наверх» главный врач откозыряет: проведено столько-то сеансов маммографии, I-II стадия рака молочной железы в структуре выявленной заболеваемости составила 52%. Половина диагностированных случаев – относительно ранние стадии. Да разве ж плохо?

Но давайте разбираться. Идея массового скрининга состоит в том, чтобы выявлять доклинические, как правило, не пальпируемые формы РМЖ. А ведь к контингенту больных со II стадией относится большая группа пациенток, у которых опухоль уже поражены подмышечные лимфатические узлы. Вот вам и шулерство высоких количественных показателей скринингового охвата, покрывающих огрехи организации!

Отчасти проблема упирается в отсутствие подчинённости главных врачей поликлиник онкологическим диспансерам. Функции диспансеров – а у нас их в России более 100 – не является осуществление скрининга. Они формируют идеологию, в том числе по профилактике РМЖ, и должны взаимодействовать с поликлиниками. Но на практике связь между ними слабая.

Зачастую руководители амбулаторного звена варятся в собственном соку и рассуждают примерно так: «В нашем городе подлежат маммографическому обследованию 100 тыс. женщин. Мы можем рассчитывать на 100 случаев впервые выявленного рака. Ну, пускай обнаружим 300 новых случаев, что маловероятно. Значит, у остальных 99 тыс. женщин ни сейчас, ни на следующий год, ни через десятилетие

рак найден не будет!» Взвешенная на весах целесообразности необходимость обследовать всех отталкивает управленцев. Да и радиологи против: мол, ежегодное воздействие рентгеновским излучением – маленькое, но зло.

При этом в Петербурге и Москве много медицинских центров, которые действительно занимаются маммографическим скринингом. Вот только потоки пациентов крайне невелики. Даже главный онколог Департамента здравоохранения Москвы профессор А.Махсон как-то признался: «Понимаете, открыли бесплатные центры, а народ на обследование не приходит. Почему, не понятно...»

Да потому, что мало открыт центр и напиговать его аппаратами, предназначенными для неинвазивного исследования женской молочной железы. Должна быть чёткая мотивация на посещение. И безо всякого запугивания! Как добиться, чтобы на профилактические осмотры приходило хотя бы 70% женского населения, стоит поучиться на примере развитых европейских стран и США.

Допустим, в Финляндии вначале переписывают всех жительниц городской, полугородской или сельской общины старше 50 лет, направляют каждой из них по обычной или электронной почте приглашение с разъяснением сути предстоящей процедуры. Если женщина проигнорировала вызов в назначенный день, то его повторяют. Одновременно поставлять в известность работодателя о неявке работника на рентгеномаммографию. В инфраструктуру организации профилактического мероприятия встроены религиозные структуры, которые то и дело донимают соотечественниц вопросами: «А вы участвуете в скрининге?», «А вы пришли на очередное обследование?»

Над поднятием внутренней мотивации работают и многие институты американского общества, включая СМИ. Со страниц газет нередко исходит призывы: «Если вам 50 лет, а ваш семейный врач не направил вас на маммографию, меняйте врача!» И американки понимают: соотечественникам нужно убедиться в том, что они здоровы, а вовсе не отыскать у них болячку.

### Былого буфера нет

– Мы часто соизмеряем себя со Скандинавскими странами, Германией, США. А вот бывший Советский Союз в эту оптику почти не просматривается. Досадно! Масштабу и качеству предупредительных противораковых мероприятий в СССР была задана очень высокая планка...

**А.Б.:** Я склонен думать, что советская высота осталась непокорённой даже нашими зарубежными коллегами с их сегодняшними достижениями в национальных маммографических скринингах.

Если немного коснуться истории, то ещё до того, как в 1927 г. на базе онкологического отделения больницы им. И.И.Мечникова был создан наш НИИ, его родителем Николай Николаевич Петров настойчиво выдвигал убеждение: рак – болезнь социальная. Основоположник советской онкологии отводил первейшую роль вопросам организации противораковой борьбы в широком аспекте. С учреждением института научные сотрудники стали постоянными гостями ленинградского радио, выступая в эфире с сообщениями о симптомах и признаках РМЖ, по поводу которых больные могли бы сами обращаться за медицинской помощью. На ту же тему часто происходили беседы врачей с женскими коллективами производственных предприятий. Была в городе налажена и агитация «шершавым языком плаката»

за своевременное посещение онколога. Профилактические усилия специалистов, общественных организаций и самих ленинградцев консолидировал созданный в институте специальный отдел.

В постсоветской России потеряны тот буферный запас, включая онкологические смотровые кабинеты, работавшие в стране повсеместно. Сейчас есть попытки отраслевыми приказами их воссоздать, но пока что всё тщетно. Нельзя сказать, что



люди, принимающие судьбоносные для страны управленческие решения, не хотят вносить изменений. Послушать трибунные речи – совсем наоборот! Но когда ты приезжаешь в Минздрав, то убеждаешься, что тема профилактического скрининга и ранней диагностики РМЖ в приоритетах не значится.

– Тем не менее Совет Федерации пару лет назад пришёл к выводу о необходимости принятия федеральной целевой программы скрининга женского населения. Владимир Фёдорович, вас пригласили возглавить рабочую группу для анализа ситуации и подготовки проекта. В СМИ сообщалось, что предложения вы сформулировали. А что произошло потом? О дальнейшей участи проекта ровным счётом ничего не известно.

**В.С.:** На самом деле было две рабочие группы. Одной руководил я, а другой – профессор С.Тюляндин, заместитель директора Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина. Группе Сергея Алексеевича Комитет по социальной политике поручил вопросы системной терапии рака молочной железы. В положенный срок доложили свои соображения, которые мы представляли (хотите – верьте, а хотите – нет!) и 10 лет назад, правда, на уровень государственной исполнительной власти. Мы вновь высказались за строгое контролирование Минздравом исполнения собственных же приказов в регионах. Ну в самом деле, если на главного врача поликлиники де-юре возложена персональная ответственность за состояние диагностики сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а де-факто с него как с гуся вода, то отраслевой штаб попустительствует...

Ещё одно предложение касалось усиления контакта между амбулаторными учреждениями, где сосредоточена диагностическая техника, и онкодиспансерами. Специалистам диспансеров и общим врачам надлежит намного чаще встречаться.

Выполняя поручение, я ездил по регионам и лишний раз убедился, что в стране не

существует системы пошагового скринингового контроля. У нас организация работы маммографических кабинетов оценивается по медико-статистическим показателям заболеваемости и смертности прикрепленного контингента. Но это не проверка, это – профанация проверки.

В Германии, например, проводится помесный аудит. Проверяющие обязательно потребуют поименный список пациенток, прошедших исследование на маммографе. И зададут, если бу-

скрининга или нет, взят продолжительный тайм-аут. Хотя прозвучало предложение пойти коротким путём: сделать для начала выборочный демонстрационный проект. Пока ясности нет.

– А что, уже имеющегося за вашими плечами опыта реализации демонстрационных проектов маловато будет? В советское время о результатах скрининга рака молочной железы среди тружениц Октябрьской железной дороги с восторгом отзывались ваши коллеги за рубежом!

**В.С.:** Моё участие в том проекте инициировала главный онколог Врачебно-санитарной службы Октябрьской дороги К.Звонцова. Шёл 1975 г. Запущенность опухолевого заболевания среди женщин, работающих на ОЖД, тогда просто зашкаливала. А только на главном ходе ОЖД Ленинград – Москва трудилось 120 тыс. Клавдия Михайловна недавно перевели из Свердловска, и она попросила меня выдать предложения, которые бы могли переломить ситуацию. Ну, я расписал: закупить маммографы, бельгийцами тогда они производились, организовать забор биопсийного материала и пр. Главный онколог отправилась с финансовыми расчётами в Министерство путей сообщения, и там, как ни странно, их быстро утвердили.

Уже в следующем году мы добились того, что 40% первичных больных выявлялись с I стадией заболевания. Я сообщил об этом в научной статье. В Голландии специалисты почитали, пригласили меня в гости: мол, расскажите, как вы достигли 90-процентного охвата осмотрами? Даже мы, живя в маленькой стране, сделать это бессильны. Нужно было держать марку, и я отделился общей фразой: «Работали на всех уровнях!» Не скажу же я, что у нас в МПС порядок таков, что если женщина-железнодорожница не является на профессиональный медицинский осмотр, то её просто не пустят на смену.

Конечно, система общенационального систематического скрининга – это не презентативный проект. Совершенно другие масштабы! Но при этом подходы – одинаковые. Проектом федеральной целевой программы маммографического скрининга планировалось пригласить к участию в обследовании более 17,5 млн российских женщин в возрасте 50–69 лет. Как мы полагаем, уже за первым раундом скрининга могло бы последовать увеличение удельного веса выявления больных на ранних стадиях с 10–15% существующих сегодня до 60–70%. А показатели общей выживаемости могли бы вырасти до 80 и более процентов. В конечном итоге, через 5–7 лет от начала запуска программы общество вправе было ожидать снижения в стране смертности от рака молочной железы на 20–30%.

### Регионы, потяните одеяло на себя!

– Голливудская звезда, мать трёх мальчиков и трёх девочек Анджелина Джоли, осмелившаяся на превентивную двойную мастэктомию из-за генной предрасположенности к раку молочной железы, объяснилась перед поклонниками: «Я счастлива, что сделала это. Теперь риск развития рака упал с 87 до 5%. Я могу сказать своим детям, что им не нужно бояться потерять меня из-за болезни». Как вы думаете, имеют шансы вслед за американской кинодивой повторить эти слова российские женщины? Лично меня гнетут сомнения. Дело даже не в том, что очень многие живут небогато, и поэтому

### Кошка: вид сзади

– По-вашему, желанные всходы в ближайшее время возможны? Нет ощущения, что многомесячный аналитический труд обеих групп оказался напрасным и пошёл, извините, кошке под хвост?

**В.С.:** Мы не имеем права оценивать. Тем более что финиш проделанной работы совпал с периодом смены руководителей федерального министерства и головного института. Похоже, что до окончательного решения – быть национальной целевой программой маммографического

дорогостоящая профилактическая мастэктомию не про них. Важнее другое: живут они в стране, лидерам которой милее бизнес-проекты типа олимпийского Сочи, нежели медико-социальные программы по сбережению собственных людей.

**В.С.:** Никто в мире, включая американских онкологов, не располагает абсолютными доказательствами особых преимуществ радикальной мастэктомии перед органосохраняющими вмешательствами. Посему за выбором Анджелины Джоли стоят отдельные врачи-энтузиасты. Но работы у них хватает. Заболеваемость РМЖ в Соединённых Штатах в 3 раза выше, чем в Российской Федерации, а абсолютное число погибших в 2 раза больше. Ввиду многочисленности этнических групп за океаном там и внушительнее ареал носителей наследственной мутации.

Ну, это к слову. А на свой вопрос вы, по-моему, ответили сами.

**А.Б.:** Невозможно оспаривать тот факт, что в стране назрели необходимые предпосылки для введения системы общенационального систематического скрининга рака молочной железы. За последние годы окрепла оснащённость первичного звена здравоохранения, онкологических диспансеров и институтов, по линии Минздрава в регионы поступило более тысячи современных маммографических аппаратов.

Отсутствие государственной платформы, наверное, существует соблазн жить и работать по принципу «на нет и суда нет!». Ошибочно ему поддаваться. При нашем институте действует общественный фонд профилактики рака. Основа его – преданнейшие своему делу люди, бесребреники. За свою твёрдость в отстаивании интересов онкобольных они не единожды были словесно биты в кабинетах чванливых чинуш, но зачастую добивались своего. Громко будет называть маммографическим скринингом выездную работу друзей фонда на промышленных предприятиях, однако то, что они уже сделали в Псковской и Архангельской областях, – успешная и достойная уважения попытка ранней диагностики опухолевых заболеваний у достаточно больших групп людей.

А разве не в полномочиях отдельно взятого экономического устойчивого субъекта Федерации, «потянув одеяло на себя», разработать, утвердить и профинансировать региональную скрининговую программу? Этой идеей с нашей подачи озаботилась вице-губернатор Петербурга О.Казанская после участия в одном из международных форумов по профилактике злокачественных новообразований. Не так давно мы отправили в Смольный свои предложения.

Не только врачу, но и обществу, и государству не дозволительно расписываться в каком-либо бессилии перед раком. Расплата за слабину наступит, когда уже не единицы и десятки, а сотни и тысячи людей начнут, не сговариваясь, примерять к опасному, но в большинстве случаев излечимому заболеванию маску демона.

Беседу вёл  
Владимир КЛЫШНИКОВ,  
с.б. корр. «МГ».

С.-Петербург.

**НА СНИМКАХ:** А.Беляев; В.Семиглазов; с укомплектованием первичного амбулаторного звена современными маммографами сделан лишь первый шаг к систематическому скринингу рака молочной железы.

Фото  
Владимира КЛЫШНИКОВА.