

Недавно в «МГ» (№ 59 от 15.08.2012) было опубликовано сообщение о том, что Совет Федерации выступил с предложением о принятии целевой федеральной программы по выявлению и лечению рака молочной железы (РМЖ). По нашему мнению, как сама новость, так и комментарии, данные по этому поводу главным онкологом Минздрава Новосибирской области профессором В.Войцицким, требуют дополнительного обсуждения.

Прежде всего, у человека, знакомого с демографической статистикой, может возникнуть вопрос – с какой стати? РМЖ, хотя и действительно занимает первое место среди злокачественных новообразований у женщин, является далеко не главной угрозой их жизни и здоровью. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди них превышает смертность от РМЖ более чем в 28 раз, в 2 с лишним раза больше женщин погибает от внешних причин. Да и среди онкологических заболеваний смертность от рака толстой и прямой кишки у них примерно такая же, как от РМЖ. В 2008 г. число женщин, умерших в России от РМЖ и колоректального рака составило 22 948 и 21 101, соответственно (17,4 и 16% в структуре смертности от рака). Однако профилактика рака толстой и прямой кишки, похоже, никого у нас не интересует, она не предусмотрена даже программами диспансеризации, перегруженными ненужными тестами и осмотрами специалистов. При этом в странах Запада, среди тех, кто регулярно проходит скрининг на рак толстой кишки, смертность от него на 15-30% меньше, чем среди тех, кто не проходит. Скринингу на РМЖ очень далеко до такой эффективности. Может быть, такие предпочтения законодателей объясняются тем, что для них женская грудь более привлекательна, чем прямая кишка?

Или взять статистику онкологической смертности среди мужчин – от рака желудка их умирает примерно столько же, сколько женщин – от РМЖ, а от рака легких – почти вдвое больше. Но никаких предложений о целевых программах по этим видам рака что-то не слышно. Таким образом, объективных причин для выделения РМЖ в особый приоритет нет. В то же время известно, что повышенное внимание общественности и СМИ к теме РМЖ, а также использование ее в политических целях характерно не только для России. Это связано с искаженными представлениями большинства женщин о главных угрозах их жизни и здоровью – ведь многие из них видят себя беззащитными жертвами, которых страшное проклятие РМЖ рано или поздно неминуемо настигнет.

Несмотря на это, в странах с развитой системой здравоохранения никому не приходит в голову вырывать программу профилактики РМЖ из национальной профилактической программы и ничто не препятствует научному подходу к маммографии. Так, например, в последней редакции Рекомендаций рабочей группы профилактических программ США (USPSTF) по скринингу на РМЖ возраст, с которого рекомендуется начинать

Продолжаем разговор

## Опять «ямочный ремонт»...

### Нужен ли нам маммографический скрининг на рак молочной железы?

регулярный маммографический скрининг, повышен с 40 до 50 лет, причем проходить маммографию рекомендуется не чаще 1 раза в 2 года.

Что касается целевой программы, то, несмотря на похвальность намерения Совета Федерации найти дополнительные средства на профилактику РМЖ, эта инициатива выглядит довольно сомнительной. Прежде всего, это связано с тем, что одним из главных условий эффективности программ профилактики рака является их долгосрочность, чего целевые программы лишены по определению, да и эффективность таких кампаний

гноз РМЖ и проведено его лечение. Такие результаты связаны с тем, что около 50% опухолей успевают развиться между маммографиями, около 75% образований, выявленных в результате скрининга, в дальнейшем, по данным биопсии, оказываются доброкачественными, а 20% опухолей данным методом не выявляет.

Именно такую информацию следует предоставлять пациентам для получения предусмотренного законом добровольного информированного согласия перед маммографией. И знать об этом должны не только женщины, которым предлагается скрининг, но и главные онкологи.



обычно проявляется только в успешном освоении средств. Вполне возможно, что через пару лет окажется, что дальнейшее финансирование этой программы невозможно. И что тогда – возвращаемся к разбитому корыту с неремонтированными маммографами, потеряв драгоценное время на комплексное развитие онкологической помощи?

Говоря о комментариях В.Войцицкого, следует в первую очередь обратиться к его странному призывам к принудительной маммографии («Не прошла женщина вовремя профосмотр на рак молочной железы – не получит доступ к работе»). Как известно, маммографический скрининг, принося сравнительно небольшую пользу, способен причинять и некоторый вред. В доступной форме этот баланс можно выразить следующим образом. Если взять две группы по тысяче здоровых 50-летних женщин и на протяжении 10 лет в одной ежегодно всем проводить маммографию, а в другой не делать ничего, то в группе, проходящих маммографию, за эти 10 лет от РМЖ умрет 4 женщины, а в группе без маммографии – 5. При этом в первой группе примерно 50-200 женщинам будет сделана биопсия из-за ложноположительных результатов, а 2-10 участницам будет поставлен ошибочный диа-

гностический диагноз. Трудно также пройти мимо предложения В.Войцицкого о том, чтобы осмотр женщин на РМЖ проводили все специалисты первичного звена. Ему как онкологу следовало бы знать о том, что бесполезность врачебного осмотра для раннего выявления РМЖ уже давно доказана.

Во всех развитых странах доклиническая диагностика РМЖ осуществляется, как правило, без всякого предварительного обследования врачом путем личного приглашения женщин к участию в маммографических скринингах. По данным Международного агентства по изучению рака, в 2007 г. программы скрининга на РМЖ действовали в 26 странах Евросоюза с общей целевой популяцией в 59 млн женщин. В 2006 г. в 17 странах ЕС для участия в скрининге было приглашено более 14 млн женщин, из которых более 9 млн приняли в нем участие. В Канаде в 2003 г. около 61% женщин сообщили о прохождении маммографии в предшествующие 2 года. Как в Европе, где эти программы действуют с конца 80-х – начала 90-х годов, так и в других странах (Канада, Австралия), скрининг осуществляется бесплатно для женщин и оплачивается в зависимости от устройства системы финансирования здравоохранения.

В США, где как частные, так и государственные программы медицинского страхования (Medicare и Medicaid) включают оплату профилактического скрининга на РМЖ, в 2004-2005 гг. это обследование прошли 68% американских женщин в возрасте 40-64 лет.

Программы скрининга на РМЖ во всех этих странах, как правило, предусматривают маммографию у женщин от 50 до 69-73 лет с интервалом в 2 года. УЗИ молочной железы, которое в наших программах диспансеризации почему-то прописано как самостоятельный метод скрининга, допускается только в дополнение к маммографии из-за ряда существенных недостатков, в частности, в связи с очень большим числом (более 20%) ложноположительных результатов.

Эффективность скрининга зависит от уровня риска – он более эффективен у женщин с повышенным риском (их около 2%), приносит некоторую пользу, как это описано выше, у женщин 50-75 лет с обычным уровнем риска, и неэффективен у женщин моложе 50 лет ввиду очень низкого риска.

Что же у нас? Первое: следует решить, нужен ли в нашем бедном здравоохранении скрининг на РМЖ, очень неэффективный, как описано выше, по данным лучших исследований. Второе: если улучшить раннюю диагностику РМЖ, развивая скрининг, надо включить профилактическую маммографию в программу государственных гарантий медицинской помощи с оплатой через ОМС. Подчеркнем, не в рамках отдельной и временной целевой программы, а повседневно. В настоящее время ОМС оплачивает только диагностическую маммографию, то есть выполняемую по направлению врача при подозрении на РМЖ или для контроля у больных с этой патологией.

Вторая задача намного сложнее – нужно навести порядок в первичном звене и обеспечить доступность медицинской помощи, ведь это является главным условием профилактики онкологических заболеваний.

Что же будет организовывать профилактический скрининг здоровых женщин? Во всем мире это делают врачи общей практики. Они же, теоретически, должны заниматься этим и у нас, так как проведение почти всех скрининговых и профилактических мероприятий, в том числе и в отношении РМЖ, входит в квалификационную характеристику врача общей практики (приказ Минздрава России № 237 от 26.08.1992). Однако это абсолютно нереально, так как обеспеченность врачами общей практики в настоящее время составляет 0,71 на 10 тыс. населения (2,8% от всех врачей амбулаторно-поликлинического звена).

Сейчас очень много говорят

о дефиците узких специалистов амбулаторно-поликлинического звена, но при этом скромно упоминают о том, что этот дефицит, по сути, носит вторичный характер, так как эти врачи занимаются тем, чем должны заниматься врачи общей практики, то есть профилактикой, диагностикой и лечением наиболее распространенных заболеваний при их типичных проявлениях. В результате этого сохраняется главная проблема первичной помощи – тот самый «синдром семи нянек», порождающий коллективную безответственность перед пациентами и недостаточную доступность медицинской помощи. Тут не до здоровых и не до профилактики рака – больные-то стоят в нескончаемых очередях!

Для сравнения – в Великобритании врачи общей практики обеспечивают 86% потребностей в медицинской помощи без ущерба ее эффективности, и только 14% пациентов направляются к специалистам.

Тем не менее на всех уровнях нашего здравоохранения продолжают звучать призывы наращивать численность узких специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях, вплоть до диетологов. Похоже, что мы в очередной раз «пойдем другим путем».

Всем сторонникам «гонки узких специалистов» было бы неплохо обратиться к итогам конференции ВОЗ в Алма-Ате (1978), определившей первичную помощь как путь к построению полномасштабной, эффективной и справедливой системы здравоохранения. В странах, где эти идеи были реализованы, первичная помощь является основой здравоохранения, обеспечивающей рациональное инвестирование ресурсов и справедливость в их распределении. Она также выполняет основную роль в профилактике и лечении хронических заболеваний, удовлетворяя на своем уровне около 90% потребностей в медицинской помощи без ущерба ее эффективности.

Именно в такую модель должны гармонично встраиваться постоянно действующие программы профилактики РМЖ, которые не могут быть заменены никакими целевыми программами, до боли напоминающими шлепки свежего асфальта в старую раздолбанную дорожную яму.

Валерий АКСЕНОВ,  
кандидат медицинских наук.

Василий ВЛАСОВ,  
профессор.

Общество специалистов  
доказательной медицины.

НА СНИМКЕ: так нужен ли скрининг на РМЖ?

Фото Александра ХУДАСОВА.

## Профилактика

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 490н от 05.05.2012 «Об утверждении предупредительных надписей о вреде курения, сопровождаемых рисунками», на упаковку табачных изделий требуется наносить цветные изображения, иллюстрирующие вред курения.

Приказом утверждены графические изображения о вреде

## Минздрав запугает курильщиков

курения, которые будут размещаться на упаковках сигарет. Изготовителю и (или) импортеру дается один год для внесения изменений на потребительскую тару табачных изделий в соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона № 268-

ФЗ от 22.12.2008 «Технический регламент на табачную продукцию».

Международный опыт показывает, что появление на пачках сигарет шокирующих картинок ощутимо повлияло на изменение восприятия курения самими курильщиками.

В 2008 г. Россия присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Согласно ее положениям, на каждой пачке и упаковке табачных изделий должны содержаться «предупреждения о вреде для здоровья, описывающие пагуб-

ные последствия использования табака». Согласно документу, страны, ратифицировавшие конвенцию, обязаны осуществить эту норму в течение 3 лет.

Соб. инф.

Москва.