

Дожить до...рака?



Врач-онкохирург высшей квалификационной категории, заместитель главного врача (по онкологической помощи) Гродненской университетской клиники, главный внештатный специалист ГУЗО облисполкома по онкологии Владимир Кеда в ежегодном областном профессиональном смотре-конкурсе победил в номинации «Лучший главный внештатный специалист главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета» по итогам 2019 года. В статусе главного внештатного специалиста он уже 15 лет.

Владимир Владимирович, и во время пандемии не прекращалась борьба с онкологическими заболеваниями. Почти тридцать лет вы на передовой. Как изменилась ситуация за последние годы?

«Перемены кардинальные. Увеличилось количество пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете в Гродненском канцер-регистре, более чем в 2,5 раза.

Если, скажем, в 1990 году на учете состояло 13 тысяч человек, то сегодня более 32 тысяч, т. е. каждый 32-й житель области.

Выросла не только общая численность заболеваний, но и поменялась их структура. Раньше первые места, без учета рака кожи, удерживали рак желудка, легкого и толстой кишки, а с началом скрининговых программ по раку предстательной, молочной желез, частично по колоректальному (пилотный проект) в «лидерах» оказался рак толстой кишки, рядом — рак молочной железы, предстательной железы, легкого. Эти 4 локализации в общей структуре заболеваемости составляют 35 %.

Вместе с тем появилась возможность максимально быстро и качественно обследовать пациентов на догоспитальном этапе на уровне районов, чтобы диагностировать злокачественное новообразование и его распространенность. Наше подспорье — Островецкая, Сморгонская, Лидская, Волковысская, Слонимская и другие ЦРБ, где хорошее диагностическое оборудование (РКТ, МРТ, эндоскопическое). Радует активный рост лапароскопической хирургии, что дает возможность пациенту быстро пройти этап стационарной помощи и вернуться домой, к работе».

Какой, на ваш взгляд, самый уязвимый контингент трудоспособного возраста?

«Если рассматривать отдельно трудоспособное женское население Гродненской области, в структуре заболеваемости (по данным за 2019 год) рак молочной железы составлял 17,8 %, толстой кишки — 9,8 %. В структуре смертности эти локализации меняются местами: рак толстой кишки — 16,7 %, молочной железы — 16,4 %. У мужчин трудоспособного возраста на первом месте рак предстательной железы — 16,5 %, затем рак легкого — 12,6 %, толстой кишки — 10,8 %. В структуре смертности рак легкого — 24,6 %, толстой кишки — 11,2 %, полости рта и глотки — 9,6 %.

В этом году вы начинаете пилотный проект по скринингу рака легкого...

Уже подписан приказ, подобраны группы населения — более тысячи человек. Это мужчины 50–70 лет, стаж курения которых 20 лет и не менее пачки сигарет в день. Такой контингент, как правило, наиболее уязвим: к сожалению, находим злокачественную опухоль тогда, когда уже трудно помочь. Доказано, что отказ от курения позволяет снизить развитие рака легкого у людей до 30 % в течение десяти последующих лет. Курение провоцирует развитие и других злокачественных образований: полости рта и глотки, пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря. А если человек и алкоголем злоупотребляет, проблем еще больше».

Всегда ли складываются партнерские отношения с пациентами на диспансерном этапе?

«Периодически встречаем отказ от обследования при наличии хронических, предопухолевых заболеваний. Когда начинали скрининг рака молочной железы, у женщин была настороженность. Когда стали выявлять рак на ранней стадии, что позволяет выполнять органосохраняющие операции на молочной железе, они идут на обследование без прежних страхов.

Очень непросто было обследовать мужчин на выявление рака предстательной железы. Они сначала не понимали, зачем сдавать анализ крови, а потом еще дополнительно проводить какие-то обследования. Сейчас ситуация поменялась. Если до начала скрининга (2011–2012) III–IV стадии рака предстательной железы составляли 75–80 %, то сейчас I–II стадии в группе скрининга 80 %. Это позволяет выполнять радикальную простатэктомию или брахитерапию предстательной железы. За 2019 год в области проведены 91 простатэктомия и 117 брахитерапий.

Кардинально изменилось лечение рака молочной железы. Десять-пятнадцать лет назад это были калечащие оперативные вмешательства с удалением молочной железы, мышц грудной клетки, сейчас — выполнение резекции молочной железы с протезированием, дополнительной маммопластикой. Такая группа пациенток составляет более 60 %. Здесь есть прогресс.

Что касается рака толстой кишки, то ситуация не поменялась. Учитывая то, что колоноскопия — инвазивная процедура, пациенты не так часто на нее идут. Пилотный проект, который проводился в четырех районах области и Гродно, показал, что выявляемость полипов толстой кишки достаточно высока — более 25 %. После закупки необходимого оборудования, подготовки специалистов продолжим скрининговую программу, чтобы проводить

диагностическо-лечебную колоноскопию за один раз и, удаляя полипы, предотвращать развитие рака толстой кишки.

Важно, чтобы наши пациенты своевременно обследовались, особенно те, у кого имеется генетическая предрасположенность. Необходима поддержка врачей общей практики».

Можно ли говорить о профилактике?

«И не только для этой группы! Нужно укреплять иммунитет — надежный щит против всех заболеваний: высыпаться, избегать стрессовых ситуаций, быть в хорошей физической форме и правильно питаться. Консерванты, красители, канцерогены, которые зачастую присутствуют в копченых и жареных продуктах, отрицательно воздействуют на слизистую желудка, кишечника и здоровья не прибавляют. На фоне измененной слизистой, воспалительных заболеваний ЖКТ идет клеточное перерождение. Несвоевременная диагностика дает запущенные формы. Вносят свою лепту и вредные производства, вызывающие профессиональные заболевания, на фоне которых могут развиваться злокачественные образования.

В большинстве случаев злокачественные новообразования — удел пожилых пациентов: чем дольше человек живет, тем больше генетических поломок возникает, иммунная система с ними уже не справляется. Важно своевременно проводить диспансеризацию, выявлять предраковые заболевания и состояния, которые подлежат санации. Это аденоматозные полипы желудка, толстой кишки, анацидные гастриты и т. д. Постоянное наблюдение за такими пациентами, своевременное хирургическое лечение — надежная защита от онкологии: рак может и не развиваться. Как говорят, у каждого человека свой рак, но многие до него не доживут, так как умрут от других болезней».

Каков прогноз?

«Количество пациентов, которые после проведенного лечения с установленным диагнозом «рак» прожили пять лет и более, с каждым годом увеличивается. Если раньше у нас было 45 % при 13 тысяч пациентов, то сейчас из состоящих на учете онкопациентов (32 тысячи) более пяти лет живут свыше 17 тысяч (53 %).

Прогноз выживаемости пациентов со злокачественными новообразованиями определяется прежде всего стадией заболевания, зависит от гистологической структуры и локализации опухоли, степени дифференцировки клеток, проведенного лечения.

Пятилетняя выживаемость пациентов, получивших лечение по радикальной программе при I стадии заболевания, составляет 95–96 %, при II — до 80 %, при III — до 60 %, при IV — 45 %. Чем раньше выявляется злокачественная опухоль, тем лучше результаты лечения и меньше материальные затраты.

Гродненская область единственная в республике, где не было своего онкодиспансера...

«Разговоры о его необходимости шли еще до 1990 года. В прошлом году началась реконструкция комплекса зданий Городской клинической больницы № 3 под Гродненский областной клинический онкодиспансер. На первом этапе возводится радиологический корпус, где помощь (лучевая терапия) жителям нашей области будет оказываться на современном уровне с использованием линейных ускорителей. Пока направляем пациентов в другие регионы. В новом хирургическом корпусе (второй этап строительства) будет открыто отделение опухолей головы и шеи.

В онкологических отделениях Гродненской университетской клиники лечение получают онкопациенты торакального, абдоминального, гинекологического, урологического, маммологического профиля, с опухолями кожи. Пациентов с опухолями позвоночника и головного мозга, саркомами мягких тканей, костей, а также со сложными случаями направляем в РНПЦ онкологии и медрадиологии имени Н. Н. Александрова».

Владимир Владимирович, какие оперативные вмешательства проводите вы сами?

«Я — абдоминальный хирург, оперирую при опухолях органов брюшной полости (ЖКТ), забрюшинных. Операций, когда приходится удалять несколько органов, достаточно много, что говорит о пока недостаточной диагностике злокачественных новообразований.

К примеру, в мае прошлого года у пациента диагностирован полипоз толстой кишки. Он очень боялся, что выведут кишку в бок, воздержался от оперативного лечения и не обращался за медицинской помощью до тех пор, пока в феврале нынешнего года не был диагностирован рак ободочной кишки. Пришлось выполнять субтотальную колэктомию. Оставили 25 см толстой кишки, наложили тонко-толстокишечный анастомоз. При гистологическом исследовании оказалось, что рак развился только в одной из множества аденом толстой кишки. Оперативное вмешательство прошло удачно. Каждый пациент, который идет на поправку, — радость для хирурга».

Виталий Гиль (фото), Светлана Хорсун