

Сообщение о XXI Всемирном противораковом конгрессе

Д.Ю. Качанов

Российский государственный медицинский университет, Москва

XXI WORLD CANCER CONGRESS. 18-21 AUGUST 2010, SHENZHEN (CHINA)

D. Yu. Kachanov

Russian State Medical University, Moscow

С 18 по 21 августа 2010 г. под эгидой Всемирного союза по борьбе с раком (International Union Against Cancer, UICC) в Шеньчжэне (Китай) прошел XXI Всемирный противораковый конгресс (World Cancer Congress). UICC является крупнейшей в мире неправительственной организацией, созданной в 1933 г., основной целью которой является борьба с онкологическими заболеваниями. Эта цель выражается в девизе UICC — «В направлении глобального противоракового контроля» (Towards the global cancer control). Для достижения этой цели UICC координирует работу более 370 организаций в 118 странах мира. Всемирный противораковый конгресс проводится один раз в два года. Важным достижением прошлого конгресса, который проходил в Женеве (Швейцария) в августе 2008 г., явилась разработка Всемирной противораковой декларации (World Cancer Declaration). В ней сформулированы основные задачи, которые необходимо реализовать мировому сообществу к 2020 г. с целью улучшения противоракового контроля в глобальном мире. Эти цели включают в себя повсеместную доступность систем противоракового контроля; разработку эффективной системы учета и мониторинга злокачественных новообразований (ЗН); борьбу с табакокурением, употреблением алкоголя и ожирением; внедрение повсеместной вакцинации против гепатита В и вируса папилломы человека; противодействие распространению мифов, окружающих онкологические заболевания; внедрение программ ранней диагностики ЗН; повышение доступности медицинской помощи для онкологических больных; повсеместную доступность паллиативной помощи и качественного обезболивания; создание условий для продолженного медицинского образования медицинских работников; уменьшение эмиграции специалистов, занимающихся лечением онкологических больных; значительное улучшение выживаемости пациентов во всем мире.

Программа XXI конгресса в Шеньчжэне была разработана с учетом вышеперечисленных целей. Девиз конгресса звучал как «Профилактировать то, что можно профилактировать, лечить то, что можно вылечить и создать систему, позволяющую это осуществить» (Preventing the preventable, Treating the treatable, Systems

to make it happens). В работе конгресса приняли участие 3222 делегатов из 92 стран мира. В рамках конгресса было проведено 104 сессии.

В докладе Д. Формана (D. Forman), являющегося одним из разработчиков международного эпидемиологического проекта GLOBOCAN 2008, осуществленного Международным агентством по исследованию рака (International Agency for Research on Cancer, IARC), были представлены данные о заболеваемости и смертности от ЗН в мире. По данным проекта в 2008 г. в мире заболело 12,7 млн человек, 7,6 млн погибло от ЗН, при этом 56% впервые зарегистрированных случаев заболевания и 63% смертей пришлось на развивающиеся страны. К сожалению, прогноз на ближайшие 20 лет остается неутешительным. Исследователи полагают, что в 2030 г. будет зарегистрировано уже более 21,4 млн случаев ЗН, при этом основной прирост заболеваемости придется на страны с низким уровнем жизни.

В докладе А. Ульриха (A. Ullrich) из Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) было подчеркнуто, что разработка, внедрение и, главное, оценка результатов любых мероприятий, направленных на контроль ЗН в популяции, возможны только при наличии точных и достоверных данных, предоставляемых канцер-регистрами. Доступность данных по заболеваемости и смертности от ЗН является одной из целей Всемирной противораковой декларации. Обобщая раздел, посвященный эпидемиологии ЗН, директор IARC К. Уальд (C. Wild) подчеркнул, что канцер-регистры остаются ключевыми элементами системы популяционного противоракового контроля. Собираемые канцер-регистрами данные позволяют планировать мероприятия, направленные на уменьшение влияния ЗН на популяцию, генерировать этиологические гипотезы возникновения различных форм ЗН, улучшать понимание этиологии ЗН, предоставляя данные о пациентах и исходах их терапии для различных эпидемиологических исследований, оценивать внедрение отдельных элементов противоракового контроля.

Было отмечено, что необходимо рассматривать онкологические заболевания совместно с другими неинфекционными заболеваниями, такими как сахарный диабет, хронические заболевания легких и сердечно-сосудистые заболевания, поскольку все перечисленные

группы болезней имеют общие факторы риска (табакокурение, употребления алкоголя, низкая физическая активность, ожирение) и, следовательно, мероприятия по их профилактике также во многом сходны. Расчеты показывают, что 30–40% онкологических заболеваний могут быть профилактированы путем элиминации указанных выше факторов риска. С целью улучшения мероприятий по привлечению общественности и политических структур к проблеме неинфекционных заболеваний был создан Альянс неинфекционных заболеваний (Non-Communicable Disease Alliance), объединивший UICC, Международную федерацию диабета (International Diabetes Federation), Всемирную федерацию заболеваний сердца (World Heart Federation), Всемирный союз по борьбе с туберкулезом и заболеваниями легких (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease). Значительным достижением Альянса явилось то, что проблема неинфекционных заболеваний будет рассмотрена на саммите ООН, который состоится в сентябре 2011 г.

Борьба с табакокурением является неотъемлемым элементом противораковой борьбы. В нескольких докладах было убедительно продемонстрировано, как табачная индустрия противодействует принятию более жестких законов, регламентирующих употребление табака. Методы табачной индустрии включают спонсирование средств массовой информации и политических движений, лоббирование, корпоративные договоры и т. д. Была подчеркнута тесная связь производителей табака с правительственными организациями. В докладе М. Рауталаhti (M. Rautalahti) «Как маленькая Финляндия испугала большую табачную индустрию» было показано, как планомерно проводимая в этой стране работа по борьбе с курением привела к принятию в августе этого года беспрецедентного по жесткости закона, который, по мнению авторов, позволит к 2040 г. сделать Финляндию страной свободной от табака.

Во многих выступлениях прозвучала мысль о том, что необходимо сконцентрировать усилия мирового сообщества на борьбе с онкологическими заболеваниями в странах с низким и промежуточным уровнем доходов населения. Как уже отмечалось выше, основной рост заболеваемости отмечается в развивающихся странах, при этом многие компоненты системы противоопухолевого контроля, эффективно внедренные в развитых странах, остаются доступными только небольшой части населения. Это касается как лечебных мероприятий (лучевая терапия, паллиативная помощь), так и мероприятий, направленных на первичную и вторичную профилактику ЗН (вакцинация против вируса папилломы человека, скрининг рака шейки матки и т. д.). Было подчеркнуто, что доступность паллиативной помощи в развивающихся странах остается очень низкой. При этом две трети больных, получающих противоопухолевую терапию, страдают от болевого синдрома различной степени выраженности. Дж. Клери (J. Cleary) из Университета Висконсина (США) подчеркнул, что адекватное обезболивание с включением наркотических анальгетиков является одним из неотъемлемых прав человека. Он отметил, что

проблема обеспечения нуждающихся опиатами лежит не только в медицинской плоскости, но требует принятия политических решений.

Значимость проблемы паллиативной терапии подчеркивается тем фактом, что данному вопросу была посвящена единственная специализированная детская сессия на конгрессе. В докладах из 4 стран было подчеркнуто, что паллиативная помощь является обязательным элементом интегрального подхода к пациентам с жизнеугрожающими заболеваниями. При этом ее роль зачастую недооценивается не только организаторами здравоохранения, но и детскими врачами-онкологами. Одним из основных подходов для преодоления указанных противоречий служит обучение медицинского персонала принципам паллиативной медицины и расширение международного сотрудничества в указанной области. Первым шагом к объединению специалистов, занимающихся паллиативной терапией, явилось создание Международного сообщества специалистов, оказывающих такую помощь детям (International Children's Palliative Care Network, ICPCN).

Отдельная сессия была посвящена роли информационных технологий в мероприятиях системы противоракового контроля. Ю. Кинтана (Y. Quintana) из Детского исследовательского госпиталя Св. Иуды, Мемфис, США (St. Jude Children's Research Hospital) посвятил свой доклад сайту Cure4Kids, основной задачей которого является распространение знаний о новейших технологиях оказания медицинской помощи детям с онкологическими и другими жизнеугрожающими заболеваниями. Этот сайт, созданный в 2002 г., в настоящее время является крупнейшим в мире информационным порталом, посвященным детской онкологии и объединяет более 20 тыс. зарегистрированных пользователей в более чем 100 странах мира. Одним из разделов указанного интернет-портала является Oncopedia, в которой пользователи могут размещать и обсуждать интересные и сложные случаи онкологических заболеваний у детей. Также в докладах сессии были представлены и другие интернет-технологии, например, создание веб-портала, направленного на организацию интернациональных клинических исследований, его разрабатывают в США в Национальном институте рака (National Cancer Institute, NCI), и создание информационного сайта для лиц, излеченных от ЗН в Торонто (Канада).

Все вышесказанное свидетельствует о том, что сегодня противораковый контроль стал одной из составных частей общественного здоровья и пренебрегать вопросами создания системы популяционного контроля в области организации специализированной службы просто преступно. В рамках работы созданного в РФ Национального общества детских гематологов и онкологов (НОДГО) вопросам создания популяционных регистров планируется уделить особое внимание. Конгресс в Шеньчжэне поддержал девиз нашего общества «Общие усилия во благо детей», который подчеркивает значимость усилий врачей и гражданского общества в деле лечения ЗН у детей.

Глубокоуважаемая редакция!

С неподдельным интересом прочел статью А.С. Рошик и соавторов «Коррекция гемостаза у детей с острым лимфобластным лейкозом». Статья читается как детектив, так как с каждым новым предложением и абзацем ее смысл становится все более и более загадочным.

Загадки начинаются сразу после совершенно логичных и хрестоматийных утверждений о том, что геморрагический синдром (ГС) и нарушения коагуляции являются частыми спутниками гемобластозов и их лечения, а для того, чтобы правильно лечить ГС (или предотвращать его) нужно знать его причину и патогенез развития. С этими утверждениями сложно поспорить, однако какой же путь предлагают авторы для выявления причины ГС и каким образом доказывают эффективность выбранного пути? К сожалению, до конца статьи это остается абсолютно непонятным, а выводы не совсем логично вытекают из проведенной работы.

После прочтения раздела «Материалы и методы» для меня так и осталось загадкой, что же послужило основой для выбора описываемых характеристик больных. Целую таблицу авторы посвятили возрасту и полу больных (правда, не включив в нее пациентов из контрольной группы), однако в дальнейшем (в результатах работы) влияние этих факторов на что-либо (нарушение гемостаза, ГС и эффективность его лечения и т. д.) даже не анализируется. Подробно описано, на каких приборах, и по каким методикам проводилось определение тех или иных показателей, однако нет ни слова о том, каковы были границы «принятия решения» об определении больного в ту или иную группу. Что понимали авторы под ДВС-синдромом и тромбофилией (каковы были их точные лабораторные и клинические показатели)? Считались ли ДВС и тромбофилией просто снижение или повышение одного показателя (пусть и на 1 единицу от нормы) или были установлены какие-то рамки? Что понимали авторы под «ДВС с явлениями дыхательной, почечной или печеночной недостаточности»: больных, у которых ДВС был вызван недостаточностью функции этих органов или больных, у которых ДВС вызвал эти виды органной недостаточности? Более того, совершенно непонятно, как удалось авторам «при исследовании системы гемостаза» выявить «явления дыхательной, печеночной и почечной недостаточности». Непонятным остается и то, были ли в исследовании больные, у которых ДВС был без «недостаточностей», а если были, то к какой группе их следует относить (к тем, кому рекомендуется свежзамороженная плазма, или к тем, кому нужно обязательно назначать ви-

тамин К)? К сожалению, это далеко не праздные вопросы, так как на основании своей статьи авторы дают однозначные рекомендации по лечению (назначение СЗП или витамина К) и обследованию (определение уровня факторов свертывания и т. д.). С учетом небезопасности любого дополнительного медицинского вмешательства (в т. ч. и инфузий СЗП и викасола), а также ограниченности ресурсов лабораторий, хотелось бы понимать кому конкретно, в каких дозах, с какого момента, с какой периодичностью и как долго авторы проводили обследование и лечение (и, соответственно, рекомендуют проводить и нам). Предложенная авторами система «стадирования» ГС весьма интересна, однако хотелось бы знать, на основании чего она создана. Насколько нам известно, большинство систем стадирования изначально опираются на различия исходов (и/или различие подходов к лечению) у больных, отнесенных к различным стадиям. Например, I стадия заболевания имеет лучший прогноз, чем IV, и требует совершенно другого лечения. Аналогично этому работают и общепринятые шкалы токсичности, используемые в клинических исследованиях (например, шкала токсичности CTCAE v.3) — чем больше степень токсичности, тем больше нарушается качество жизни пациента, тем больший риск она представляет и, соответственно, тем более агрессивных интервенций (или модификации лечения) требует. Проводили ли авторы исследования того, насколько ухудшается прогноз (выживаемость, потребность в пребывании в стационаре, жизнеугрожающие кровотечения и т. д.) у больных с единичными спонтанными петехиями, экхимозами и мелкими гематомами (2 балла согласно авторской классификации) по сравнению с больными, имеющими единичные петехии и экхимозы (1 балл)? И должно ли различаться лечение этих больных? В случае если подобных исследований не проводилось, то, боюсь, выбор снижения степени «тяжести» ГС по шкале, предложенной авторами, служит весьма сомнительной конечной целью лечения. Согласитесь, что и больному, и врачу не важно, сколько баллов было и сколько стало, если снижение балла не приводит к клинически значимым целям — снижению летальности, риска «больших» кровотечений, стоимости лечения и т. д. Правда, даже этой шкалой авторы пользуются весьма вольно. В результатах работы указано, что больные группы сравнения имели средний балл 2,1, что тут же описывается авторами как «кровотечения только на коже в виде небольшого количества экхимозов». Однако средний балл 2,1 подразумевает, что как минимум у 1 из этих боль-

ных имелось более 2 баллов по предложенной шкале, а это уже, как минимум, «множественные спонтанные петехии, экхимозы, гематомы, необильное носовое кровотечение». Правда, на фоне путаницы с названиями групп, эти нестыковки практически незаметны: весьма непросто докопаться до смысла написанного, когда 1-ю группу сравнивают с группой сравнения, 2-ю с основной, и, что самое увлекательное, контрольную группу сравнивают с группой сравнения. К сожалению, для меня так и остался непонятным замысел авторов, использовавших «вразнобой» 6 названий для 3 групп больных (к сожалению, авторы даже не потрудились хотя бы в одном месте указать, что соответствует 1-й, 2-й и 3-й группам — основная, контрольная или группа сравнения).

Как ни жаль, но результаты как раз напрямую вытекают из предыдущего раздела («Материалы и методы»). Все, что было «недосказано» при описании групп, путает и авторов, и читателя, не давая им выявить настоящие «причинно-следственные» связи. Например, авторы пишут о прекрасном результате инфузий СЗП у больных 1-й группы (она же, судя по всему, основная). В тексте говорится о купировании ГС на первые же сутки терапии. Можно только поздравить коллектив со столь эффективным лечением! Однако при взгляде на рис. 1 оказывается, что это утверждение, мягко говоря, не совсем корректно. Согласно графику до начала лечения (исходно) ГС имели 80% больных, на первые сутки — 60%, и даже через 6–8 суток — около 40%. Даже с учетом «заветного» $p < 0,05$ вряд ли это можно назвать купированием ГС в первые сутки лечения. Кроме того, возникает закономерный вопрос — если в основную группу включали пациентов, у которых ГС проявлялся «спонтанными петехиями и экхимозами, гематомами и кровотечениями из слизистых ЖКТ» (об этом написано несколькими абзацами выше графика), то почему, согласно графику, ГС у больных в основной группе исходно отмечался лишь в 80%? На основании чего тогда в основную группу были включены 20% больных, ГС не имевших. Более того, развивая описание проводимого лечения (правда, почему-то в разделе «Результаты»), авторы упоминают о том, что ряду больных одновременно с назначением СЗП проводили и инфузии донорских тромбоцитов. Согласитесь, что после этого становится совсем непонятно — благодаря чему уменьшилось число больных с ГС (благодаря СЗП или тромбоцитам). Существует и третья причина, которая могла повлиять на интенсивность ГС — время. К сожалению, как мы уже писали выше, в разделе «Материалы и методы» авторы подробно описали возрастные и половые характери-

стики пациентов, но не дали информации о других признаках, с нашей точки зрения гораздо более активно влияющих на нарушение коагуляции и ГС. Например, нет данных о том, когда в процессе лечения (через сколько дней после последнего введения цитостатиков) развивались эти проблемы. А ведь чем больше интервал после проведенного лечения, тем больше вероятность «спонтанного» прекращения ГС и уменьшения нарушений коагуляции — просто вследствие восстановления гемопоэза, «стихания» инфекционных осложнений и мукозитов. И в таком случае «причинно-следственная» связь между проводимым лечением (как инфузиями СЗП, так и введением витамина К) становится все менее очевидной.

Дабы не утомлять читателя повторениями, отмечу, что аналогичные вопросы возникают и при анализе «доказательств» эффективности витамина К для предотвращения ГС у больных из группы сравнения (судя по всему, она же группа 2). Встречаются, правда, и «новые» логические несостыковки. Так, например, авторы говорят о достоверном снижении частоты кровоточивости к шестому дню терапии витамином К, что послужило поводом для его отмены. Однако, снижение частоты — это не исчезновение ГС (т. е. у ряда больных ГС сохранялся и на шестые сутки). Тогда почему же эффективный, по мнению авторов, препарат отменяется у всех больных (в т. ч. и у больных с сохраняющимся ГС)?

А вот выводы, которые делают авторы из проведенного исследования, по форме как раз не вызывают никаких нареканий. Предельно четко и понятно утверждается, что больным НЕОБХОДИМЫ и обследования, и лечение, которые авторы использовали в своем исследовании, так как они «дают отчетливый положительный клинический и лабораторный эффект у всех больных». Однако, рассматривая всю статью в целом, я бы не рекомендовал читателям немедленно внедрять разработанную методику, во всяком случае, до получения дополнительной информации, позволяющей однозначно охарактеризовать ее (методику) суть, границы принятия решений (о начале и прекращении лечения), оценки эффективности и, разумеется, получения более четкого доказательства связи между ее применением и достигнутыми результатами.

С уважением,

Жуков Николай Владимирович,
к.м.н., зав. отделением клинической
онкологии ФГУ ФНКЦ ДГОИ

E-mail: zhukov.nikolay@rambler.ru