



«Уважаемые коллеги!

Огромная благодарность профессору Заридзе Д.Г. за проведённые лекции по эпидемиологии рака. Всё очень своевременно и полно. Будем ждать следующих лекций по этой тематике.

Заведующая организационно-методическим отделением с группой канцер-регистра Г.Л. Грабарёва (Гомельский областной клинический онкологический диспансер)»

"НОВАЯ ПАРАДИГМА СКРИНИНГА РАКА: ОЦЕНКА ПОЛЬЗЫ И ВРЕДА"

ВОПРОС

«Есть ли тенденция к наблюдению, а не лечению "латентных" форм рака, раз известно какие именно морфологические формы можно считать "латентными"?»

ОТВЕТ

«В этом и дело, что у нас нет точных критериев клинического течения латентных раков. Это предстоит изучить, скорее всего, на молекулярном уровне. Пока нам нужно держаться практики активного наблюдения за пациентами, что и рекомендовано большинством профессиональных организаций»

ВОПРОС

«У нас есть молекулярные инструменты определения мутационной нагрузки спорадической опухоли. Я понимаю, что мутационная нагрузка – это динамическое состояние, оно изменится по мере прогрессирования опухоли. Но коль уж скоро при скрининге найдена форма, не обнаруживающая себя клинически, то имеет смысл взять биопсию и проверить на наличие "драйверных мутаций" и/или их количество?! Возможно ли инициировать подобного рода исследование?»

ОТВЕТ

«Как исследовательский проект возможно и нужно. Но в рамках скрининга – нет. Скрининг предполагает использование простых, доступных, дешевых методов обследования, а самое главное, чувствительность и специфичность метода должна быть доказана, практическому применению метода должны предшествовать клинические исследования»

ВОПРОС

«Вы не коснулись скрининга рака шейки матки. Индолентных форм РШМ нет, или отсутствует (недостаточна для анализа) мировая литература по этому вопросу?»

ОТВЕТ

«При цитологическом скрининге рака шейки матки мы диагностируем предраковые изменения CIN 1, 2,3 и Ca in situ, патологические изменения, которые имеют четкие гистологические характеристики. У нас есть данные о рисках их прогрессии в инвазивный рак, что исключает гипердиагностику и, соответственно, четкие показания их лечения, что, в свою очередь, исключает применение чрезмерно агрессивных подходов. Кроме того, использование для скрининга тестирования на ВПЧ (метод, который широко применяется в мире и о котором я расскажу в своей лекции в 16.00), внесет свой вклад в "уточнение" диагноза»

ВОПРОС

«И, все же, надо ли проводить скрининг, если нет четких критериев "злокачественного" течения выявленных фокальных раков? Тратить большие государственные деньги на диспансеризацию? Может быть, будем ждать клинической манифестации?»

ОТВЕТ

«От скрининга рака простаты отказались во всем мире. Скрининг рака щитовидной железы применяется, точнее применялся только в регионах повышенного риска, в частности, в регионах, которые пострадали от последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Проблема гипердиагностики рака молочной железы может быть решена при высокой квалификации врачей и медицинского персонала участников программы скрининга и систематическим контролем качества всех процедур. Что касается скрининга в рамках диспансеризации населения, то он представляет огромную опасность с точки зрения гипердиагностики. Вообще "скрининг" в рамках диспансеризации не отвечает никаким стандартам и рекомендациям ВОЗ и других международных и национальных организаций»

ВОПРОС

«Как Вы относитесь к такому положению, которое было написано очень давно в одном из учебников по онкологии под ред. профессора Напалкова? В нем говорится, что увеличение онкологической заболеваемости по отдельным видам злокачественных новообразований, не связанное с ухудшением эпид. ситуации и других агрессивных факторов, не должно превышать 5% ежегодно. Эти 5% приходятся на совершенствование методов диагностики, и если превышает 5% - это гипердиагностика. Спасибо»

ОТВЕТ

«С высказыванием профессора Напалкова согласен. Однако, когда писался этот учебник, многих современных высокочувствительных методов диагностики не было. Поэтому его оценка гипердиагностики занижена. Ее доля значительно выше. Вернитесь к моей презентации. Гипердиагностика РЦЖ в некоторых странах достигает 80-90%»

"ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ ЭФФЕКТИВНА: УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ РОССИИ"

ВОПРОС

«В лекции приводятся данные исследований 2006-2007 годов, есть ли более поздние исследования?»

ОТВЕТ

«Если Вы имеете ввиду рандомизированные клинические исследования, в которых изучалась эффективность вакцин, то они доказали их эффективность и нужды в новых "более поздних исследованиях" нет.

А если Вы имеете ввиду национальные программы вакцинации в Австралии, Шотландии и других странах, они подтвердили эффективность вакцинации на популяционном уровне и, как пишут многие ученые "превзошли ожидания". Теперь нужно ждать результатов их тех стран, в которых вакцинация еще не начиналась (например, из России) и посмотреть насколько в этих странах будут такие же положительные результаты»

ВОПРОС

«На основании каких данных сделан вывод о возможности удлинения межскринингового интервала до 10 лет при первом отрицательном ВПЧ тестировании?»

ОТВЕТ

«Вернитесь, пожалуйста, к моей презентации и пересмотрите раздел вторичной профилактики - скрининга. Там есть слайд с графиком, который описывает результаты долгосрочного наблюдения за женщинами, которые в качестве первичного скрининга, прошли:

1.цитологическое исследование (тест Папаниколау) и 2.ВПЧ тестирование.

В первой группе у женщин с отрицательным цитологическим тестом заболеваемость CIN 3+ быстро растет и достигает 100/10 000 в конце 6-летнего наблюдения. В группе 2 у женщин с отрицательным ВПЧ тестом длительное наблюдение показало лишь небольшой рост CIN3 +, заболеваемость которым в конце срока наблюдения была около 20/10000. На основании этого и некоторых других аналогичных исследований, которые показали, что риск CIN3 и рака шейки матки у ВПЧ отрицательных женщин в течение, как минимум 7-8 лет низкий, рекомендуется проводить скрининг с ВПЧ тестированием с интервалом в 10 лет»

ВОПРОС

Большое спасибо за лекции на самые актуальные темы и быстрые ответы на вопросы. Не хватает дискуссии после лекции, думаю, у многих слушателей есть вопросы, может быть, они повторяются. Вопросы скрининга и вакцинации против ВПЧ последние несколько лет обсуждаются на различных конференциях и форумах, но никогда не бывают главными и не находят дальнейшего решения (государственного, законодательного, финансового, нормативного и т.д.), хотя имеют наиважнейшее значение как для граждан страны, так и для практических врачей и, не только онкологов.

ОТВЕТ

«Я делаю все возможное для того, чтобы преодолеть ригидность власти в этой области. В июне 2019 года мы провели 2-х дневную конференцию в Москве по этой проблеме с участием наиболее авторитетных международных экспертов. Ссылка на мероприятие - <http://conference.prog.ru>

Мы добились, что Минздрав признал ВПЧ вакцинацию эффективной и поговаривает о ее внесении в национальный календарь прививок.

Также 4 марта 2020 года состоялся Круглый стол и вебинар по теме: Всемирный День борьбы с ВПЧ «ГЛОБАЛЬНАЯ РОССИЙСКАЯ АКЦИЯ ПО ЭЛИМИНАЦИИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ», к которому подключались слушатели по всей стране.

Что касается формата проведения лекции, мы учтем Ваши замечания в будущем и создадим ZUM.conference ссылку, на которой после лекции можно будет выступить и обсуждать лекцию»

"ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С КУРЕНИЕМ: КОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА"

ВОПРОС

«Вы коснулись темы COVID 19? пандемия которой, на мой взгляд, является своеобразной базой для оценки эффективности КТ-скрининга рака легкого. Имеются ли данные о выявленных случаях ЗНО легкого при КТ инфицированных пациентов или пациентов с подозрением на COVID? Ваше отношение к низкодозной КТ как скрининговому методу на РЛ?»

ОТВЕТ

«К КТ скринингу рака легкого отношусь положительно, учитывая, что его эффективность доказана в рандомизированном клиническом исследовании в Нидерландах (Коперникус). Однако успех скрининга может быть достигнут при очень строгом следовании протоколу исследования и контролю качества на каждом этапе программы. Требуется особое внимание и очень высокой квалификации, применения на практике критериев положительного теста.

Если мне не изменяет память, объем узла должен быть >3 мм и время удвоения его объема - 2 мес. Тем не менее, несмотря на строгое соблюдение протокола в исследовании Коперникус имела место гипердиагностика. Все это указывает на то, что в программу диспансеризации этот метод включать категорически нельзя.

Эффективность скрининга может быть доказана только в рандомизированных клинических исследованиях на основании снижения смертности от рака легкого в группе скрининга.

Не вижу связи между применением КТ для диагностики COVID19 пневмонии и доказательством эффективности КТ скрининга рака легкого.

Данных о связи рака легкого с COVID19, насколько мне известно, нет или еще нет»

ВОПРОС 1

«Спасибо, интересна информация о снижении риска смерти онкологических больных, в случае прекращения курения после постановки диагноза. В докладе главного хирурга США, посвященном курению за 2018 год, убедительно доказывается об отсутствии преимуществ "электронных" сигарет перед традиционными: и в плане меньшего содержания вредных веществ и в плане промежуточного этапа перед отказом от курения. В отношении развития КОВИД у курильщиков - вопрос дискуссионный - много сообщений о возможной протекции курильщиков от заражения и тяжелого течения КОВИД»

ОТВЕТ

«Согласен, что вопрос о связи курения с COVID19 дискуссионный. Я, собственно, так его и представил. Можете вернуться к лекции и еще раз ее пересмотреть. Аэрозоль как электронных сигарет, так и систем нагревания табака содержит значительно меньше канцерогенных и токсических веществ и, соответственно, экспозиция потребителей к этим веществам значительно ниже, чем у курильщиков традиционных сигарет. Это доказано как за рубежом, так и в нашей стране и подтверждается FDA и, представьте себе, ВОЗ (см. отчет Европейского бюро ВОЗ за 2020г). Другое дело, что мы не имеем долгосрочных исследований (15-20 летних когортных исследований), которые могли бы дать окончательный ответ на этот вопрос. Однако, представленные в моей лекции не прямые доказательства в пользу "снижения вреда" в случае перехода на ЭСДН, по сравнению с продолжением традиционного курения, дают основание рекомендовать переход на ЭСДН курильщикам с выраженной табачной зависимостью. Дополнительный аргумент в пользу ЭСДН, что они эффективны для отказа от курения и, кстати, значительно более эффективны, чем НЗТ (Hajack et al, 2019)

И еще, Вы не очень внимательно прочитали доклад главного хирурга США.

Смотрите, что он пишет. Именно то, что я предлагаю.

For adults, e-cigarettes may have the potential to reduce risk for current smokers if they completely transition from cigarettes to e-cigarettes»

ВОПРОС 2 (тот же слушатель)

Спасибо за возможность не один раз и не одному врачу послушать замечательные лекции Давида Георгиевича на сайте Противоракового общества.

Для меня они содержат сильные аргументы для обсуждения и включения мероприятий по первичной и вторичной профилактике рака в региональную программу «Борьба с онкологическими заболеваниями. Волгоградская область».

Снижение смертности от рака легких (вследствие уменьшения количества смол в сигарете в 2 с лишним раза) при кратном увеличении продажи сигарет — это просто гражданский подвиг Давида Георгиевича! Колоссальный успех науки! Очень жаль, что об этом просто нет доступной всем информации. Мы обязательно используем этот факт при подготовке материалов для сайтов онкодиспансера, областного центра профилактики, выступлений и лекций врачей онкологов и первичного звена.

В отношении электронных сигарет мне представляется более приемлемой позиция отказа от курения, а не замена более вредного продукта на менее вредный, особенно в подростковой аудитории. На меня большое впечатление произвела следующая часть доклада главного хирурга США и не сложилось впечатление об эффективности замены традиционных сигарет на электронные:

«Электронная сигарета аэрозоль не безвредна. 2 Большинство электронных сигарет содержат никотин - наркотик, вызывающий привыкание в обычных сигаретах, сигарах и других табачных изделиях. 2 Воздействие никотина в подростковом возрасте может нанести вред развивающемуся мозгу, который продолжает развиваться примерно до 25

лет. 2 Воздействие никотина в подростковом возрасте может повлиять на обучение, память и внимание. 1,2 Использование никотина в подростковом возрасте может также увеличить риск будущей зависимости от других наркотиков. 1,2 В дополнение к никотину, аэрозоль, который пользователи вдыхают и выдыхают из электронных сигарет, потенциально может подвергать себя и других людей воздействию других вредных веществ, включая тяжелые металлы, летучие органические соединения и ультрадисперсные частицы, которые могут глубоко вдыхаться в легкие. , 2

Многие электронные сигареты также имеют приятный для детей вкус. В дополнение к тому, что электронные сигареты становятся более привлекательными для молодежи 5, некоторые из химических веществ, используемых для придания определенных вкусовых качеств, также могут быть опасны для здоровья. 2 Электронные сигареты также можно использовать для доставки других лекарств, включая марихуану. 2 В 2016 году треть учащихся средних и старших классов США, которые когда-либо использовали электронные сигареты, употребляли марихуану в электронных сигаретах. 6

Для взрослых электронные сигареты могут снизить риск для нынешних курильщиков, если они полностью перейдут от сигарет к электронным сигаретам; однако, большинство взрослых, которые используют электронные сигареты, также курят сигареты. 7 Для молодежи использование нескольких табачных изделий подвергает молодежь еще большему риску зависимости и вреда, связанного с табаком. 1,2 Кроме того, в докладе Национальной академии наук, инженерии и медицины 2018 года сделан вывод о том, что имеются умеренные доказательства того, что использование электронных сигарет увеличивает частоту и интенсивность курения сигарет в будущем. 7 Но любое использование электронных сигарет среди молодежи небезопасно, даже если они не переходят к будущему курению сигарет.»

Отчет Европейского бюро ВОЗ за 2020 г. я посмотрю обязательно, спасибо за отсылку.

ОТВЕТ

«Еще раз о докладе Главного хирурга США. Отчет 2018 г. посвящен молодым людям (Surgeon General's Advisory on E-cigarette use in Youth) и необходимости оберегать молодежь от возможной никотиновой зависимости. Я же говорю о том, что переход заядлых никотинзависимых курильщиков на потребление ЭСНД, которые содержат значительно меньше токсических и канцерогенных веществ, чем обычные сигареты, приведет к снижению риска заболевания и смерти от болезней, связанных с курением. Ровно то, что сказано в докладе относительно взрослых курильщиков, а именно: "Для взрослых электронные сигареты могут снизить риск нынешних курильщиков, если они полностью перейдут от сигарет к электронным сигаретам". И еще, никто не говорит, что ЭС безвредны. Аргумент в их пользу заключается в том, что они менее вредны, чем обычные сигареты (Концепция снижения вреда — Tobacco Harm Reduction). Полный отказ от курения - это абсолютный приоритет для профилактики болезней, связанных с курением, - аксиома и, соответственно, с этим никто не спорит и об этом вывод №1 моей лекции. Учитывая Ваш интерес к этому вопросу, я рекомендую расширить ассортимент чтения, прочитать оригинальные статьи. Спасибо за активное участие в дискуссии».

"РОССИЙСКИЙ ПУТЬ К ДОЛГОЛЕТИЮ: ОТКАЗ ОТ ОПАСНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ"

ВОПРОС

«Стоит ли отказаться от алкоголя вообще? Если нет, то какой алкоголь и в каком количестве рекомендуете? Благодарю»

ОТВЕТ

«Полный отказ от алкоголя не реален. Я показал последний слайд, в котором представлены Европейские рекомендации по потреблению алкоголя. Их можно и нужно принять во внимание!»

"ГИПЕРДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ"

ВОПРОС

«Спасибо! Очень интересно. Как идёт гипердиагностика РЩЖ по основным гистологическим формам рака (папиллярный, фолликулярный, медулярный и анапластический)?»

ОТВЕТ

1. Латентная микрокарцинома имеет папиллярное строение.
2. Неинвазивная фолликулярная неоплазия с папиллярным типом ядер имеет фолликулярное строение

ВОПРОС

- «1. Добрый день, как бы вы сами поступили бы с собой, если не дай Бог у вас диагностировали рак щитовидной железы? Просто наблюдали бы? Всегда очень трудно (в России особенно) людям сказать, что у них рак, но можно и наблюдать. Может надо искать просто биологические нюансы этих опухолей и либо их назвать зл. опухолями и лечить либо не назвать раком и - не лечить.
2. Я так и не поняла, откуда взята формулировка "гипердиагностика" так как оно у вас? Если в заключении морфологии стоит рак и это подтверждают 2 и более патологоанатомы, то это рак и нет тут гипердиагностики. Последняя имеет место быть когда нет рака, а диагноз стоит. А как себя ведет рак щитовидной железы - это уже другой вопрос, но это не гипердиагностика.
3. По поводу слайда о расчете гипердиагностированных (34:40), откуда взяты эти цифра? Что за ожидаемые значения? И исправьте слайд 12:02 (цифры не соответствуют истине). Спасибо! С уважением»

ОТВЕТ

«За замечание по поводу слайда 12:02 – спасибо. В нем, действительно, ошибка, а истинные значения указаны на следующем слайде в таблице, которая взята из оригинальной статьи Vaccarella et al. 2016.

Что касается Ваших комментариев – это то, о чем я говорил в своем вступлении: нежелание вникнуть в сущность проблемы. Я не буду пересказывать свою лекцию, рекомендую еще раз ее прослушать, если, конечно, есть желание ее понять, а также рекомендую почитать на эту тему соответствующую литературу, как русскую, так и иностранную.

Кроме того, советую прослушать мою лекцию от 30 мая «Новая парадигма скрининга рака: оценка пользы и вреда»

https://www.youtube.com/watch?v=zj21V0wLUE4&feature=emb_logo

Еще прошу обратить внимание на то, что ВОЗ признала вклад гипердиагностики в «эпидемию» РЩЖ, о чем сообщается на одном из слайдов (11:17).

В таблице указанного Вами слайда (34:40) в первой колонке представлены наблюдаемые количества диагнозов РЩЖ по годам. В следующей колонке – разница между наблюдаемыми и ожидаемыми количествами диагнозов РЩЖ. Ожидаемые числа рассчитаны на основании модели многостадийного канцерогенеза, согласно которой повозрастная кривая РЩЖ должна иметь экспоненциальный характер, как это показано для 1989-1991, 1995-97 и 2007-09 годов на том же графике (ожидаемая повозрастная заболеваемость). Форма (перевернутого U) повозрастных кривых РЩЖ, представленных на графике, не характерна для эпителиальных опухолей. Так что заболеваемость выше ожидаемых экспоненциальных повозрастных кривых, в значительной степени, является результатом гипердиагностики.

Вас удивил термин «ожидаемые значения». Странно, Вы должны были хоть раз в жизни с ним столкнуться, так как расчеты с использованием ожидаемых и наблюдаемых цифр и разницы между ними – принятый метод в статистике, в том числе, и онкологической.

Консервативная тактика ведения больных папиллярной микрокарциномой – давно признанная альтернатива агрессивного лечения, которая неоднократно подтверждалась в рекомендациях АТА (American thyroid association) и других международных и национальных профессиональных организаций и, в частности, рекомендациях ESMO. Поэтому врачу необходимо разъяснить больному преимущества консервативной тактики, т.е. преимущества активного наблюдения, по сравнению с немедленным хирургическим вмешательством.

Я согласен с тем, что очень трудно преодолеть сложившееся представление о необходимости незамедлительного удаления любой опухоли, которое многие десятилетия культивировали представители медицинской профессии и в которую до сих пор верят многие наши коллеги, включая онкологов.

Представленная лекция обращена не только к клиницистам, она затрагивает многие вопросы компетенции таких специализаций в области онкологии, как патоморфологии, диагностики, в том числе и ранней, а также организации здравоохранения, медицинской статистики»