

Є тільки один шлях до досягнення майстерності — щоденне навчання

Знання – це книги, які припадають пилом на полиці в бібліотеці.
Я обираю не знання, я обираю навчання.
Девіз ASCO

У 2021 р. було створено проєкт «Як я лікую», що передбачав серію практичних вебінарів для лікарів-онкологів України. Його мета – обговорення найбільш актуальних питань сучасної онкології. Проєкт було започатковано за підтримки компанії «Серв'є». У рамках проєкту провідні українські експерти галузі діляться власним досвідом ведення пацієнтів онкологічного профілю. Від старту проєкту минуло вже майже два роки, і сьогодні можна констатувати, що він здобув загальне визнання серед онкологів. Про шлях до визнання та перспективи розвитку проєкту нашій редакції розповіли експерт МОЗ України за спеціальністю «Онкологія», завідувач кафедри онкології ДУ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», доктор медичних наук, професор Олексій Олексійович Ковальов і співзасновник Української спілки клінічних онкологів, головний лікар Національного інституту раку (м. Київ), кандидат медичних наук Андрій Петрович Безносенко.



О.О. Ковальов



А.П. Безносенко

? Олексію Олексійовичу, вже майже два роки минуло з того моменту, як стартував проєкт «Як я лікую», який Ви започаткували з компанією «Серв'є». Цей бренд став популярним серед онкологів України. Чим пояснюєте успішність і стабільність проєкту – незвичайним форматом чи темами вебінарів?

О.О. Ковальов: «Я думаю, нашим колегам сподобалися мета й концепція проєкту – навчання шляхом участі у медичному консиліумі, який об'єднує провідних експертів у галузі онкології.

Інтерактивні вебінари проводяться онлайн і містять всебічний аналіз різноманітних складних клінічних випадків, запропонованих лікарями-практиками. Це реальні пацієнти з реальними історіями хвороби, які лікувалися у тій чи іншій онкологічній клініці України. Формат вебінарів передбачає активну участь аудиторії, яка не лише ставить запитання членам онкологічного консиліуму, а й сама відповідає на них, захищаючи власну думку.

Питання вибираються та модеруються, а презентації та дискусії записуються й після завершення консиліуму розміщуються на вебсайті. Таким чином, якщо хтось пропустив засідання консиліуму – будь-якої миті його можна дістати з архіву та переглянути онлайн.

Ці регулярні зустрічі допомагають молодим фахівцям на початку своєї кар'єри зробити якнайменше помилок, а онкологам з багаторічним стажем – зіставити свої погляди на лікування хворих з думкою колег з інших медичних центрів.

Незважаючи на те що сучасні стандарти та рекомендації чітко прописують наші дії в кожній конкретній ситуації, онкологи, які щодня працюють із пацієнтами, знають, наскільки складними можуть бути рішення біля ліжка хворого.

Тільки на письмовому екзамені буває єдино правильна відповідь. У житті та в медичній практиці все набагато складніше. Робити те, що правильно, – не проблема. Проблема знати, що правильно. Рішення лікаря залежить від його знань, ерудиції та досвіду.

Ще Вільям Ослер казав: «Перевага досвіду полягає не в тому, щоб лікувати як усі, а в тому, щоб лікувати мудро».

Наші вебінари саме і допомагають набутти цього досвіду й стати мудрим лікарем, не наражаючи пацієнта на ризик лікарської помилки.»

? І все-таки чому темою обговорення на вебінарах було обрано гастроінтестинальний і панкреатичний рак? У чому актуальність цієї проблеми?

О.О. Ковальов: «Гастроінтестинальний рак характеризується високим рівнем захворюваності та смертності. У країнах Євро-союзу з більш ніж 3,5 млн усіх нових випадків раку пухлини шлунково-кишкового тракту щорічно виявляють у 900 тис. пацієнтів, що становить близько чверті всіх видів онкологічних захворювань, діагностованих у Європі. 50% складає колоректальний рак, за ним ідуть рак шлунка та підшлункової залози (по 14% кожен) і далі рак печінки та стравоходу. В останні роки спостерігається тривожне зростання захворюваності серед людей молодших 50 років.

У середньому по Європі протягом останнього десятиліття п'ятирічна виживаність при колоректальному раку збільшилася приблизно на 5%, що є певним досягненням. Проте для інших пухлин шлунково-кишкового тракту за той же період вона покращилася лише на 1,0-1,5%. Однак слід визнати, що певні успіхи у лікуванні раку цих локалізацій все ж таки є.

Під егідою Європейського товариства медичної онкології та Американського товариства клінічної онкології у світі щорічно відбуваються численні конференції та конгреси, присвячені методам лікування гастроінтестинального раку. В Україні ці завдання частково взяли на себе вебінари компанії «Серв'є», яка сьогодні є безперечним лідером у цьому напрямі.»

? Які нові перспективи в лікуванні гастроінтестинального раку, зокрема колоректального, на вашу думку, варті уваги онкологів?

А.П. Безносенко: «В останні два десятиліття відзначається тенденція до покращення результатів лікування колоректального раку (КРР), включаючи успіхи в хірургічному, медикаментозному лікуванні та променевої терапії. У 2012 р. було оприлюднено результати метааналізу D. Miskovic та співавт., у який включено дані про 4852 випадки лапароскопічних операцій [1]. Результати цього аналізу продемонстрували, що частота локальних рецидивів утрічі нижча у групі пролікованих хірургами-онкоколопроктологами – 13%, тоді як у групі загальних хірургів цей показник становить 34%. І хоча на сьогодні лапароскопічна хірургія не вважається стандартом лікування КРР, у більшості хірургічних стаціонарів, які спеціалізуються на онкологічній колоректальній хірургії,

лапароскопія визнана золотим стандартом через переваги для пацієнта, включно з коротшим перебуванням у лікарні, швидшим відновленням і можливістю почати ад'ювантну терапію. У Національному інституті раку з 2015 р. виконано понад 1350 лапароскопічних колоректальних резекцій.

Також нещодавно були опубліковані результати дослідження K. Boudjema та співавт. (2021) щодо оцінки різних підходів до лікування синхронного метастатичного КРР [2]. Результати цього дослідження продемонстрували, що одночасна резекція сприяла вищій дворічній виживаності без прогресування (ВВП) та загальній виживаності (ЗВ) із зівставною частотою ускладнень. Враховуючи, що початкове лікування синхронного метастатичного КРР представлене хіміотерапією, отримані дані змінюють парадигму лікування. При цьому найкращим підходом сьогодні вважається індивідуальний, який враховує характеристики пацієнта та самої пухлини.

В останні роки значна кількість дискусій медичної спільноти стосувалася доцільності застосування неоад'ювантної хіміотерапії при поширеному раку ободової кишки. У 2020 р. були оприлюднені результати дослідження J.-M. de Gooyer та співавт., відповідно до яких у пацієнтів, котрі отримували неоад'ювантну хіміотерапію, R0-статус був меншим і становив 77%, тоді як у групі резекції цей же показник становив 86% [3]. Сьогодні неоад'ювантна хіміотерапія вважається стандартом лікування рецидивного раку товстої кишки III стадії і II стадії високого ризику, проте частота рецидивів захворювання продовжує залишатися високою. Результати дослідження OPTICAL (2022 р.), у якому оцінювали ефективність періопераційної хіміотерапії, продемонстрували, що у групі досліджуваного лікування застосування mFOLFOX6/CAPOX у неоад'ювантному режимі сприяло підвищенню імовірності патологічного зниження стадії захворювання, проте не покращувало ВВП порівняно зі стандартною терапією [4].

Таким чином, сучасний розвиток медицини дозволив розглядати застосування неоад'ювантної терапії для деяких пацієнтів, що також відображено в клінічних настановах міжнародних товариств, зокрема Національної онкологічної мережі США. Ця рекомендація ґрунтується на результатах дослідження OPRA, у якому визначено, що неоад'ювантна терапія в деяких випадках не поступається за ефективністю радикальній резекції [5, 6]. Сучасні дані підтверджують, що впровадження неоад'ювантної

терапії у пацієнтів онкологічного профілю збільшує частоту повного клінічного регресування, трирічну ВВП, але не впливає на частоту ЗВ [7].

Наразі в 3-й лінії лікування згідно з міжнародними рекомендаціями онкологи вибирають для лікування трифлуридин/типірацил (Лансурф®)* або регорафеніб. У той же час активно триває вивчення нових підходів до лікування пацієнтів з метастатичним КРР, зокрема, пошук ефективних комбінацій вже добре відомих препаратів, які могли б продовжити тривалість життя пацієнтів. Одним з таких досліджень є SUNLIGHT – рандомізоване дослідження III фази, яке порівнює трифлуридин/типірацил у поєднанні з бевацизумабом і монотерапією трифлуридином/типірацилом у пацієнтів із рефрактерним метастатичним колоректальним раком (більш детальна інформація за посиланням: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04737187>).

Українські онкологи є частиною великої міжнародної спільноти дослідників, які проводять цю важливу роботу, і ми очікуємо, що перші результати дослідження SUNLIGHT будуть представлені вже 21 січня 2023 року на конгресі ASCO GI. Ці дані, після їх вивчення й оцінки, в перспективі можуть допомогти запропонувати нашим пацієнтам з рефрактерним мКРР нові можливості лікування. Ключове питання для вітчизняної онкології полягає у можливості імплементації сучасних стратегій у нашій країні.»

О.О. Ковальов: «Говорячи про лікування нерезектабельного раку підшлункової залози (РПЗ), я хотів би згадати новий для України метод – електрохіміотерапію (електропорацию). Як неодноразово зазначалося, протягом 40 років результати лікування метастатичного РПЗ поліпшилися незначно. Монотерапія гемцитабіном сприяла підвищенню ЗВ до 6 місяців, а використання комбінації гемцитабіну з наб-паклітакселом або триплетом FOLFIRINOX не дозволило подолати однорічний бар'єр виживаності. На сьогодні досягнуто межі, а ймовірність радикальної зміни парадигми лікування протягом наступних п'яти років дуже мала.

Продовжується розроблення принципово нових терапевтичних підходів. Новий метод локальної абляції пухлини поєднує внутрішньовенне введення цитостатиків (наприклад, цисплатину або блеоміцину) з впливом на клітини пухлини постійного струму з надзвичайно короткими та інтенсивними імпульсами (8 наноімпульсів тривалістю

* Показання, протипоказання, спосіб застосування та дози, особливі групи пацієнтів, особливості застосування, побічні реакції та інше – повну інформацію див. Інструкцію для медичного застосування лікарського засобу Лансурф® 15 мг/6,14 мг, Лансурф® 20 мг/8,19 мг. Р/п №UA/16712/01/01-02 від 11.05.2018 № 906. Зміни внесені наказом МОЗ № 773 від 20.04.2021 р.

100 мікросекунд). Це не викликає некрозу тканин, а призводить до загибелі клітин шляхом апоптозу. На відміну від радіочастотної, мікрохвильової або лазерної абляції, при яких тканини руйнуються внаслідок високих температур з утворенням зони коагуляції, метод електропорації не пов'язаний із термічним впливом. Він є безпечнішим і його можна використовувати в різних клінічних ситуаціях, у тому числі при лікуванні РПЗ.

У деяких зарубіжних дослідженнях медіана часу до прогресування та ЗВ з моменту встановлення діагнозу у хворих на нерезектабельний РПЗ після проведення електрохіміотерапії складала від 22,8 до 30,7 місяця, що явно перевищило такі ж показники при використанні стандартних протоколів. Поки що ця технологія не є рекомендованим методом лікування панкреатичної карциноми, хоча вона з успіхом застосовується при метастатичній меланомі, пухлинах голови та шиї, нерезектабельній карциномі молочної залози та ін.

Метод електрохіміотерапії з використанням обладнання компанії Scandinavian ChemoTech AB зареєстрований в Україні. У нашій клініці ми маємо це обладнання і вже почали набувати досвіду лікування хворих, у тому числі на рак підшлункової залози. Не виключено, що електропорація, протипухлинний ефект якої був ретельно вивчений протягом останніх двох десятиліть у різних європейських клініках, знайде своє застосування і в нашій країні, у тому числі для лікування особливо важкої групи онкологічних пацієнтів, якими є хворі на РПЗ.

Певні сподівання ми пов'язуємо і з новим продуктом – Онівайд® – пегільованим ліпосомальним препаратом на основі іринотекану, спеціально розробленим для лікування РПЗ. У дослідженні III фази NAPOLI-1 комбінація Онівайд®+5-фторурацил/лейковорин продемонструвала значні переваги у всіх кінцевих точках ефективності (A. Wang-Gillam et al. 2016) і стала стандартом лікування дорослих пацієнтів із метастатичною аденокарциномою підшлункової залози та прогресуванням захворювання після терапії на основі гемцитабіну**.»

? Повернімося до ідеї проведення вебінарів «Як я лікую». Більшість онкологів вважають, що це одна з найбільш вдалих форм безперервного розвитку лікарів, яка навіть стала альтернативою застарілим лекціям та іншим стандартним методам навчання, до яких ми всі звикли. Олексію Олексійовичу, розкажіть, які зміни найближчим часом плануються в Україні у післядипломній освіті онкологів.

О.О. Ковальов: «Ці зміни вже відбуваються. Сьогодні всі ми є не просто свідками, а й активними учасниками освітньої реформи. Я абсолютно впевнений, що зміни в методах навчання потрібні, хоча відмовлятися від класичних лекцій все ж таки не можна.

У різні роки ХХ століття читання лекцій зазнавало критики. Наприклад, у 1930-х роках у деяких вищих навчальних закладах їх повністю заборонили як пережиток старого часу. Експеримент не виправдав себе – рівень знань у студентів різко знизився.

Лекція як спосіб навчання є не просто одним зі способів передачі інформації поряд з безліччю інших. Ентузіазм і харизма лектора, який глибоко знає та аналізує свій предмет, у поєднанні з художньою подачею матеріалу мотивує слухачів і стимулює у них бажання вчитися. Перевагою лекції є її індивідуальність, неповторність та ефемерність. Якщо під час лекції відбувається діалог зі слухачами, вона є яскравим прикладом не пасивного, а активного навчання. Хоча, як говорив Дж. Чалмерс Да Коста,

«інколи дуже вчена стаття чи лекція збільшують загальну суму людського невігластва». Впевнений, що про вебінари «Як я лікую» так сказати не можна.

Ми повинні завжди пам'ятати: поліпшення доступу до якісної онкологічної допомоги потребує не лише сучасних лікарів, ліків і спеціального обладнання, а й безпосередньо залежить від медичного персоналу, який займається лікуванням раку. Медичні працівники є найціннішим активом та основним інструментом для покращення результатів лікування хворих. Лікар є сполучною ланкою між наукою, знаннями та ефективними діями, необхідними для діагностики, лікування та догляду за пацієнтами. Тож не дивно, що підготовка

медичних кадрів є головним стратегічним компонентом системи охорони здоров'я більшості країн.

Давні проблеми у процесі післядипломної освіти в Україні вимагають зосередити увагу на підготовці кваліфікованих, знайомих та мотивованих лікарів нового покоління, які здатні до міждисциплінарної командної роботи у боротьбі з раком. Професійний розвиток – це безперервний процес здобуття, підтримки та документування професійних навичок.

У нашій країні необхідно створити всі можливості для отримання рівного доступу до безперервного навчання фахівців, які займаються лікуванням онкологічних хворих, щоб вони не відставали у професійному

розвитку від європейських колег. Поки що навчальні програми з онкології в Україні через різні причини доступні не для всіх.»

? Як Ви оцінюєте перспективи проекту «Як я лікую» та інших подібних освітніх медичних програм у нашій країні?

О.О. Ковальов: «Оцінюю дуже позитивно і разом із моїми колегами багато роблю для того, щоб наш професійний діалог розвивався.

Шановні колеги, ваш клінічний досвід – дуже важливий. Приєднуйтеся до нас – будемо вчитися один у одного!»

Список літератури знаходиться в редакції.

3

Онлайн проект для лікарів онкологів з обговорення актуальних питань лікування гастроінтестинального раку



рак шлунка

колоректальний рак

рак підшлункової залози

ЯК Я ЛІКУЮ



МОДЕРАТОР
Ковальов О.О.

д.м.н., професор, завідувач кафедри онкології
Запорізької медичної академії післядипломної освіти

«Є тільки один шлях до досягнення майстерності в нашій професії – це щоденне навчання»

В чому цінність проекту для Вас?

- 70% часу — обговорення клінічних випадків
- Власний досвід презентують онкологи України
- Можливість поставити питання і отримати відповіді онлайн

2023 р.



Ваш власний клінічний досвід – дуже важливий.
Приєднуйтеся до нас – будемо вчитись один у одного!



Зареєструватися і переглянути запис всіх вебінарів Ви зможете перейшовши за посиланням:

Організовано за промоційної підтримки ТОВ «Сервіс Україна»

www.gicancerexpert.com.ua

ТОВ «Сервіс Україна»: 04070, м. Київ, вул. Набережно-Хрещатицька, 41.
Тел. (044) 490-34-41, www.servier.ua. Copyright © 2022-2023,
ТОВ «Сервіс Україна». Всі права захищені. ONC-CI-2 (2022-2023)-9

** Повну інформацію про показання, протипоказання, спосіб застосування та дози, окремі групи пацієнтів, особливості використання, побічні реакції тощо дивіться в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу Онівайд® пегільований ліпосомальний. Р/П № UA/18775/01/01, наказ МОЗ України № 1768 від 20.08.2021. Зміни внесені наказом МОЗ України від 22.02.2022 р. № 355.