



## Диагностика рака: найти и обезвредить

6  
апреля

[Здоровье](#) [Из газеты](#)



Обследование на компьютерном томографе.

Лучевая диагностика, «видящая» человека изнутри, – огромное подспорье для лечащего врача.

Но только в том случае, если диагност видит то же, что и современное оборудование, которого, кстати, в области сейчас много. О качественных диагностических исследованиях мы говорили с заведующей отделом лучевой диагностики Архангельского онкодиспансера Ириной Жуковой.

### За каждое слово

– Ирина Владимировна, я сохранила в диктофоне слова вертебролога Сергея Григорьева о вашем докторе Валентине Николаевне Вальковой. С этой записи и предлагаю начать разговор: «Почему своих пациентов я отправляю к Вальковой (с которой, кстати, лично не знаком), а не на другие томографы, где работают, в том числе, и мои однокурсники? На других про человека с явной патологией пять строк напишут, да и те – немедицинской терминологией: «несколько выпятился межпозвоночный диск» или «чуть-чуть». Валькова же пишет целые «рассказы» на полтора листа. А мне как врачу важны именно нюансы, а не эти «чуть-чуть».

Лично для меня доктор из онкологии – икона стиля в МРТ-диагностике. Снимаю шляпу перед её работой. Когда от такого врача-исследователя пациент попадает к столь же добросовестному врачу-лечебнику, то и результат лечения будет». Ваш доктор – уникал?



Ирина Жукова.

— Скорее, Валентина Николаевна – просто доктор, отвечающий за каждое слово в заключении по каждому пациенту. Но, к сожалению, в любой специальности есть хорошо и плохо работающие. Конечно, недопустимо, чтобы врач писал в заключении «колбасовидное образование» или «нечто узлоподобное». Это что? Да, наша работа связана с огромной нагрузкой на глаза, и шестичасовой рабочий день у рентгенологов ещё и поэтому, а не только из-за вредности по ионизирующему излучению. Новичкам действительно бывает сложно разобраться – новообразование на «картинке» чёрно-белого изображения или что-то иное. Поэтому когда в районах только поставили томографы, мы были готовы к тому, что их заключения

придётся пересматривать. Это нормально. Затем врачи проучились на центральных базах. Не у всех, но стало получаться. Например, специалисты в Вельске или в Нарьян-Маре выросли буквально на глазах.

**– Тем не менее, вы пересматриваете заключения практически всех пациентов, поступающих в диспансер. Не доверяете коллегам?**

— Скажу больше: мы пересматриваем и заключения друг друга. Не ошибается тот, кто не работает. Онкологическое заболевание – серьёзный диагноз. Лечение – сложное и порой достаточно тяжёлое. И задача диагностов – максимально точно описать исследование, чтобы у врача-лечебника потом по «картинке» и тексту всё срослось. Именно поэтому в случае грубых ошибок в заключениях мы оцениваем и качество исследования, и качество описания. А дефектуры, которые направляем в лечебные учреждения, должны стать поводом не наказать доктора, а помочь ему провести работу над ошибками.

**– Вы пофамильно знаете тех, к чьим заключениям следует относиться осторожно?**

— Знаем. Но тут ещё такой нюанс. Диагносты любого лечебного учреждения подстраиваются под докторов, с которыми работают. Например, скорпомощной больнице в первую очередь важно не пропустить острые состояния, которые они и смотрят. Сказывается и профессиональная деформация. Когда к нам на работу пришёл доктор из тубдиспансера, первое время ему везде мерещился туберкулёз. У нас же глаз цепляет своё: когда хирург-онколог готовится к операции, я понимаю – он хочет знать не только размеры опухоли и её расположение, но и распространённость процесса, инвазию сосудов, ему важно представлять, не придётся ли делать резекции смежных органов, есть ли увеличенные лимфатические узлы...

**Видеть то, чего быть не должно**

**– Как вообще выглядит рак?**

— Он разный. Доброкачественная опухоль по мере роста раздвигает ткани вокруг себя и имеет чёткие границы. Рак же чаще всего сильно меняет структуру органа. Клетки делятся хаотично, неправильно строят себе сосудистую сеть, всё деформируя вокруг. То есть ты видишь то, чего быть не должно. Другое дело, что обнаруженное может оказаться не только раком, но и доброкачественным образованием. В печени, например, может быть и метастаз, и первичная опухоль, и гемангиома, и киста, и паразит. Важно уметь дифференцировать всё это.

**– Метастазы внешне отличаются от опухоли?**

— По-разному. Бывает, метастаз похож на сам рак. Например, видишь в лёгких несколько узлов и гадаешь: где тут первичная опухоль? А она может быть совсем в другом месте, а все узлы – метастазами. Тогда приходится дообследовать пациента. Если же кроме очагов в лёгких ничего не находим, стараемся сделать пункцию из самого крупного. И тогда нам в помощь – цитологи и гистологи. Они скажут, опухоль это или метастаз и даже смогут предположить, какая это опухоль.

Или: у женщины метастазы в подмышечных лимфоузлах. В первую очередь, ищем опухоль в молочной железе. Нет. Смотрим шею, голову, брюшную полость... Тоже ничего не находим. У пациентки оказалась нейроэндокринная опухоль в поджелудочной железе, коварная тем, что, метастазируя куда-то, она сама может регрессировать. В результате метастазы мы находим, а её – нет.

**– Как на вашей памяти выглядел самый большой рак?**

— Хирурги убрали у молодого мужчины забрюшинную опухоль весом около 17 килограммов. Его ничего не беспокоило, считал, что это его жена так хорошо откормила. Скорее всего, изначально у него была липома, которая в основном состоит из жировой ткани. Со временем она переродилась в липосаркому. Это, кстати, распространённая история – перерождение доброкачественной опухоли в злокачественную. Например, если женщина не хочет сразу убрать выявленную фиброаденому, помнить о ней надо постоянно, наблюдаться у врача. То же самое – с полипами в кишечнике. Лучше убрать их от греха подальше. Это предрак.

**Каков вопрос – таков ответ**

**– Насколько я понимаю, чтобы вам легче «виделось», важно правильно провести исследование...**

— Врачи, начинавшие лаборантами, знают – как правильно, на каких режимах проводить сканирование. А у нас многие не делают КТ с контрастом даже пациентам с явной онкопатологией. Между тем, это – стандарт исследования, помогающий решить вопрос «опухоль – не опухоль» (а если опухоль, то какая?). Коллеги и руководство ЛПУ должны требовать это от диагностов. Сегодня не то время, чтобы экономить на контрасте. Несостоятелен аргумент и о возможных аллергических реакциях: современные препараты сводят возможность аллергии к минимуму. Просто в условиях стационара всё нужно делать правильно: нагреть контраст для исследования, подготовить пациента – поставить капельницу с хорошей водной нагрузкой, ввести антигистаминный препарат. Отмечаю аргумент и о нехватке медсестёр, владеющих этой процедурой. Если ничего не делать – откуда опыт возьмётся?

**– Вы говорили, ещё одна проблема в том, что диагносты недоописывают увиденное...**

— В одной из больниц разбирали ситуацию: у пациента болела спина, сделали сканирование позвоночника. Но, выбрав протокол сканирования «позвоночник», этой заданностью сузили поле исследования и увидели не всё тело – только позвоночник. Однако в том конкретном случае была видна и часть почки с опухолью, из-за которой и болела спина. Опухоль проглядели. Или – не описали.

То есть любое самое умное оборудование неспособно само смотреть вокруг, если ему не задана соответствующая программа. И в таких случаях хороши шаблоны, которыми почему-то не любят пользоваться некоторые доктора. Хотя если идёшь по шаблону, уже не забудешь посмотреть поджелудочную железу, селезёнку, надпочечники... Не зря ассоциация рентгенологов и радиологов вывешивает на сайте стандарты протоколов исследований. Этим надо пользоваться.

Другая проблема – увидеть патологию и не описать её. Например, смотришь грудную клетку – ты же не только лёгкие видишь. Средостение, позвоночник, сердце, сосуды, лимфоузлы, даже часть шеи. Мы регулярно описываем и верхний этаж брюшной полости – он тоже попадает в область исследования. Рак лёгкого может метастазировать в надпочечники. Как же их не посмотреть, если знаешь, что пациент с раком лёгкого?

**– Для этого врач должен знать, что куда метастазирует...**

— Может и не знать. Но посмотреть должен. И не делать вид, что чего-то не видел. Не понял, что увидел, – проконсультируйся с коллегами, отправь пациента на дообследование. Жалко времени на подробное описание? Тут уже вопрос: помнит ли диагност, что его подпись под исследованием – это не только гарантия дальнейшего правильного лечения, но и его репутация, поправить которую после двух-трёх недочётов будет крайне сложно.

**Видит оборудование, анализирует человек**

**– Но если вам приходится пересматривать заключения коллег, может, в онкологии сразу всех и смотреть?**

— Оборудования в области действительно много, но, к сожалению, за счёт этого выросла, а не уменьшилась наша нагрузка. На конгрессе радиологов на секции по административным вопросам в лучевой диагностике я специально посмотрела опыт коллег, тоже страдающих от нехватки специалистов. У них флюорографию и маммографию делают выездные бригады и через интернет отправляют на центральную базу на описание. Я бы схватилась за голову, если бы, например, Котлас стал всё отправлять на описание нам. Где взять столько врачей? У нас и сейчас недостаточно времени читать литературу, следить за новинками, по-хорошему анализировать ошибки.

**– Какова цена ошибки диагноста?**

— Пострадает пациент. Когда хирурги сообщают, что увидели другую (не ту, что мы «нарисовали») картину на операции, всегда разбираемся. Это мы недоглядели? Или, может быть, много времени после обследования прошло? Для агрессивных опухолей два месяца – много. Опухоль растёт, могут появиться метастазы.

Есть ещё термин «пределы метода»: на рентгене образования до сантиметра могут быть не видны. Зато на КТ и МРТ мы ищем метастазы размером в 1–2 мм. Это важно. А вот, например, один доктор пишет в заключении: «Опухолевый узел». Размеры не указывает. «Не резко увеличены лимфоузлы». «Не резко» оказалось – до пяти сантиметров.

Но когда я рассказываю об этом, не ставлю целью разнести в пух и прах всех подряд, а нас самих выставить белыми и пушистыми. Я тоже ошибаюсь. Например, в 2016-м мы получили исследование на консультацию из Котласа. Заключение врача: хронический холецистит органической патологии, метастазов органов брюшной полости нет. А пациент плох. Его потому и отправили к нам, что на месте не смогли разобраться, что у него не так с желудочно-кишечным трактом. Пересмотрела исследование на диске: рак желудка с инвазивным ростом, метастазы в лимфоузлы, опухоль левой почки.

Пациента, у которого нарастала клиника острого живота, госпитализировали прямо с приёма. Дополнительно сделали ФГДС. А на следующий день у него перфорировала язва желудка, воспалительный процесс в котором я приняла за рак (воспалительный процесс может имитировать опухолевый, лимфоузлы увеличиваются тоже; но мы оцениваем только их размер, а не характер изменения). Пациента прооперировали.

**– Как вам видится решение вопроса с кадрами?**

— В медицине последних лет произошло резкое расслоение по уровню зарплат. И стало заметно, что в профессию пришли люди, для которых заработок – во главе угла. Их можно понять – сама жизнь поменялась. Надежда – только на закручивание гаек сегодняшней системой образования. Когда учиться медицине придётся почти до 30 лет (6 лет – вуз, плюс три года отработки в первичном звене, плюс ординатура, если удастся туда поступить), случайные люди станут реже попадать в профессию.

Понимаю, что 11 лет обучения с отработкой – попытка минздрава закрыть проблемы в первичном звене, где реально работать некому. А его ослабленность тянет за собой и проблемы в онкослужбе: во-первых, стареет население области. А чем больше пожилых – тем больше онкопатологии. Во-вторых, остаётся недостаточной выявляемость злокачественных опухолей на ранних стадиях. К сожалению, нет прицела на это в первичном звене. Надеюсь, что-то изменится после того, как президент призвал вновь приблизить, а не отдалять медицинскую помощь людям и особое внимание уделить лечению онкозаболеваний.

*Елена МАЛЫШЕВА*

