

Онкологічні захворювання молочної залози: від профілактики до раннього виявлення та ефективного лікування

Третього лютого у м. Буковель у рамках конференції з міжнародною участю «Роль хірургічного лікування на сучасному етапі розвитку онкології» та за підтримки загальноосвітньої ініціативи «Онкодозор» відбувся науково-практичний семінар «Онкологія молочної залози. Від профілактики до раннього виявлення і ефективного лікування». На семінарі зібралися акушери-гінекологи, онкологи, мамологи та інші фахівці, щоб обговорити сучасні підходи до профілактики передракових захворювань молочної залози і раннього виявлення онкологічних процесів у ній. Учасники наголосили на цінності міждисциплінарного підходу, що дає змогу сформулювати в лікарів об'ємне бачення проблеми: основні зусилля експертів були спрямовані на інформування лікарів первинної ланки.



Відкриваючи засідання, учасників привітав головний позаштатний акушер-гінеколог Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології та репродуктології НМАПО

ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор В'ячеслав Володимирович Камінський. Він наголосив, що нинішнє засідання відбуватиметься у традиційному форматі багатофункціональності при одночасному збереженні єдності поглядів та зусиль для того, щоб досягти найліпших результатів, і закликав присутніх до активної дискусії.

Член-кореспондент НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувач відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут ПАГ НАМН України», доктор медичних наук, професор Тетяна Феофанівна Татарчук акцентувала увагу на актуальності окресленої теми, адже акушер-гінеколог є лікарем першого контакту. Освіченість,



адекватна інформованість, колегіальність сьогодні вкрай важливі, адже саме акушер-гінеколог відіграє важливу роль у ранньому виявленні й правильному подальшому скеруванні жінок з онкологічною патологією.

За її словами, наразі залишається чимало проблем, пов'язаних з раком молочної залози (РМЗ), і в їх розв'язанні важлива роль належить гінекологу. З одного боку, це проблема ранньої діагностики, з другого — ведення пацієнток з РМЗ, який діагностовано під час вагітності.

«Необхідно розуміти, що саме ми можемо виявити захворювання. І ми маємо знати, що з цим робити далі», — зазначила Т.Ф. Татарчук.

Наразі у хворих на РМЗ переривають близько 30% вагітностей. Розроблено тактику ведення таких пацієнток, і з нею ознайомлено більшість онкомамологів України. Необхідно обов'язково розповідати

пацієнткам про можливості новітніх технологій, і якщо РМЗ виявлено в молодій жінки, яка ще не народжувала, вкрай важливо поінформувати її про сучасні допоміжні репродуктивні технології. Наприклад, до початку лікування може бути проведено кріоконсервацію тканин яєчника. РМЗ наразі не вирок і не обов'язково передбачає видалення молочної залози, проте все залежить від правильного скерування пацієнток.



Головний позаштатний онкохірург МОЗ України, керівник науково-дослідного відділення пухлин грудної залози та її реконструктивної хірургії Національного інституту раку, доктор медичних наук, професор Іван Іванович Смоланка

нагадав, що РМЗ — це найбільш поширене захворювання серед жіночого населення в Україні і в цілому у світі. За даними Національного канцер-реєстру України за 2015 р., за винятком даних із Криму, Донецької та Луганської областей, уперше зареєстровано понад 14 200 випадків РМЗ, а рівень смертності сягнув понад 5 тис. осіб. Більше чверті жінок звертаються за допомогою до фахівців уже при поширеній стадії захворювання. Щорічне зростання захворюваності на РМЗ сягає 2%. В Україні, порівняно з європейськими країнами, за відносно невеликої захворюваності на РМЗ фіксується доволі висока летальність.

За даними EuroCare, окрім таких причин, як брак коштів, відсутність національних програм, децентралізація лікування, обмежений доступ до стандартних методів терапії, основною причиною високої летальності від РМЗ зазначають відсутність або неповну реалізацію скринінгових програм.

Відомо, що пік цього захворювання у жінок спостерігається після 50 років. Великі рандомізовані дослідження показали, що проведення скринінгу у жінок віком <20 років знижує рівень смертності менш ніж на 3%, 40-50 років — на 15-18%, після 50 років — більш ніж на 32%. Основна стратегія проекту програми мамологічного скринінгу в Україні передбачає його проведення у жінок віком 50-70 років, оптимальним методом для скринінгу є мамографія обох залоз у двох проекціях, інтервал між дослідженнями має становити 2 роки. На жаль, через брак коштів та інші причини ця програма наразі не реалізується.

«Основним симптомом фіброзно-кістозної хвороби є масталгія, не слід забувати про нетипову нециклічну масталгію, яка має насторожити лікаря первинної ланки щодо можливої онкології. У разі виявлення циклічної масталгії, а також для профілактики новоутворень молочної залози ефективний індол-3-карбінол, який, окрім протизапальної дії, чинить сприятливий вплив на залозисто-стромальний компонент матки й молочної залози, має виражений антиангіогенний ефект», — зазначив І.І. Смоланка.

Останні дослідження продемонстрували, що речовина рослинного походження індол-3-карбінол діє на ген-супресор

пухлинного росту *BRCA1*, що робить доцільним його використання з профілактичною метою в жінок з мутацією в цьому гені.



Головний позаштатний онколог МОЗ України, завідувач кафедри онкології Запорізької медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор Олексій Олексійович Ковальов

наголосив, що заходи профілактики вкрай важливі для вирішення проблеми захворюваності на РМЗ і нагадав про профілактичну спрямованість нової Національної програми «Онкологія», на затвердження якої українська медична спільнота чекає з нетерпінням. Суспільне здоров'я має бути абсолютним пріоритетом для України.

«Як кажуть у народі, «є будинки, в яких живе рак». Мабуть, найвідомішою родиною, члени якої помирали від раку, була родина Наполеона Бонапарта. Сьогодні відомо, що Наполеон помер не від отруєння, а від раку шлунка — так само, як і його батько та сестра. Про сімейний РМЗ почали говорити в середині XIX століття, і це змусило світ визнати, що і в онкології існують спадкові синдроми», — пояснив О.О. Ковальов.

У США в разі верифікації діагнозу РМЗ першим кроком є медико-генетичне консультування: жінка має знати, чи хворіє вона на спадковий рак. Справді, мутація генів-онкосупресорів *BRCA1* і *BRCA2* впливає на перебіг захворювання та особливості лікування. Пацієнтки з такими мутаціями чутливі до препаратів платини, тоді як зазвичай препаратами платини РМЗ лікують рідко. При мутаціях *BRCA1* і *BRCA2* не бажано виконувати органозбережні операції, оскільки існує великий ризик рецидиву захворювання або ураження протилежної молочної залози. На сьогодні в разі визначення *BRCA*-мутації зберігається тенденція до проведення профілактичної мастектомії. При сімейному анамнезі важливим є виявлення носійства мутантного гена в дітей, оскільки ризик виникнення в них РМЗ збільшується до 25% (порівняно з 12,4% у загальній популяції). Ризик розвитку раку яєчника в загальній популяції невеликий і становить 1,4%, проте при мутації генів зростає в кілька разів.

Жінкам, які є носіями *BRCA*-мутацій, бажано виконувати магнітно-резонансну томографію. Цей метод не використовують як скринінговий у загальній популяції, проте як індивідуальне обстеження носіїв мутантного гена він не має альтернативи, бо вважається дуже чутливим і дає змогу виявити пухлину на ранній стадії.

Наразі існує декілька варіантів профілактики для жінок — носіїв мутацій. Перший — це самообстеження і використання новітніх діагностичних технологій. Другий — у жінок зі збільшеним ризиком виникнення РМЗ, до яких належать здорові носії мутантного гена, можна проводити хіміопрофілактику антиестрогенами (тамоксифен) або інгібіторами ароматази. Як не дивно, під час опитування американських жінок більшість із них відмовляються від хіміо-профілактики, оскільки тривала терапія тамоксифеном призводить до неприємних побічних ефектів. Жінки не бажать погіршувати якість свого життя за рахунок терапії антиестрогенами й обирають хірургічне видалення молочних залоз (підшкірну білатеральну мастектомію). Цей агресивний підхід також використовують для зниження ризику пухлин інших можливих локалізацій, наприклад, виконують аднексектомію

Природа проти раку

МУЛЬТИТАРГЕТНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ МАСТОПАТІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ*

ЕПІГАЛІН® БРЕСТ. Склад: 1 капсула містить: активні інгредієнти: 3,3'-диіндоліметан — 200 мг, екстракт прутника звичайного (*Vibex arvensis* L.) — 100 мг, екстракт зеленого чаю — 82 мг (що містить епігалогалатен-3-галлату — 45 мг). Функціональні властивості Епігалін® Брест обумовлені фізіологічною активністю 3,3'-диіндоліметану, епігалогалатен-3-галлату, а також комплексом біологічно активних речовин, що містяться у екстракті прутника звичайного (*Vibex arvensis* L.). Біологічно активні речовини, що входять до складу Епігалін® Брест, впливають на всі механізми проліферації, спричиняючи пригнічення гіперпластичних процесів у молочних залозах та репродуктивних органах жінок. Рекомендації щодо застосування: Епігалін® Брест рекомендується як додаткове джерело 3,3'-диіндоліметану (дімерної форми індол-3-карбінолу), епігалогалатен-3-галлату, а також комплексу біологічно активних речовин, що містяться у екстракті прутника звичайного (*Vibex arvensis* L.) з метою нормалізації функціонального стану молочних залоз та репродуктивних органів жінок при патологічних гіперпластичних процесах в молочних залозах при фіброзно-кістозній мастопатії, циклічній масталгії, передменструальному синдромі, а також для попередження розвитку гіперпластичних процесів у молочних залозах та репродуктивних органах жінок групи ризику. Спосіб застосування та рекомендації дозування: добова доза: 2 капсули (жінкам) по 1-2 капсули на добу під час прийому їжі. Курс застосування виконується лікарем індивідуально, проте зазначений становить не менше 3-х місяців. Перед застосуванням рекомендується консультація лікаря. Протипоказання: вагітність та період лактації, індивідуальна чутливість до будь-якого з компонентів. Найменування та місцезнаходження і номер телефону виробника: Біохел Інтернаціонал ГмбХ, Німеччина, Хайнріх-Верт-Штр., D-95213, Мюнхен / Bioheal International GmbH, Germany, Heinrich-Wert-Str. 13, D-95213 München, тел.: +49 9251 870 87 20. Тазалок™ — комбінований гормональний лікарський засіб, у вигляді мастонової суміші (1:10) корня лабіанки шестипелюсткової, савого корня петрушки куčerної, савого корня солоди, трави підмаренки справжнього, трави льону звичайного, каліт нагідок, Тазалок™ виявляє селективну антиестрогенну активність, призводить до ритмічного вироблення і нормалізації співвідношення гонадотропних гормонів, сприяє зниженню рівня пролактину та підвищенню рівня прогестерону, утворює дисбаланс між естрадіолом і прогестероном, нормалізує другу фазу менструального циклу, а також чинить антипроліферативну, протизапальну, розсмоктуючу, освітлюючу та загальнозміцнюючу дію. Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, період вагітності і годування груддю, дітський вік. РЛН UA/8498/01/01. Виробник лікарського засобу: Dr. Gustav Klein GmbH & Co. KG, Germany (Штайнфельд, 5, D-77738 Цельс А.Х., Німеччина).

1. Потапова В.А. Мультитаргетний підхід до лікування фіброзно-кістозної мастопатії та профілактика рака молочної залози. Здоров'я жінки №1 (107)/2016, с.70-81. Матеріал призначений лише для медичних фахівців і для розповсюдження під час спеціалізованих медичних заходів і для друку в спеціалізованих медичних журналах (виданнях). Перед призначенням будь-якого препарату, згаданого у цьому матеріалі, будь ласка, ознайомтеся з повним текстом інструкції виробника для медичного застосування препарату. © 2016 ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА». Всі права захищені. ТОВ «УНІВЕРСАЛЬНЕ АГЕНТСТВО «ПРО-ФАРМА». Україна, 03170, м. Київ, вул. Гетьманів, 9, оф. 20, тел.: (044) 422-90-70.

PRO PHARMA

для зменшення ризику розвитку раку яєчника.

Отже, медико-генетичне консультування — важливий компонент у скринінгу РМЗ, особливо щодо наявності сімейного анамнезу захворювання. Хіміопрофілактика антиестрогенами ефективна для запобігання РМЗ у жінок із *BRCA*-мутаціями, проте не слід забувати про побічні ефекти цих препаратів.



Завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, доктор медичних наук, професор Володимир Іванович Паньків зауважив, що 6-8 млн осіб в Україні мають ті чи інші проблеми із щитоподібною залозою. Це пов'язано зі станом йододефіциту, наслідками аварії на ЧАЕС, а також дефіцитом вітаміну D. Під час проведення у 2010-2013 рр. у м. Дніпрі комплексного обстеження населення віком 20-65 років було виявлено, що середні показники маси тіла дорослого населення щороку збільшуються. Вражає також показник інсулінорезистентності: у дорослих жінок він становить 44%.

«Що таке інсулінорезистентність? Це пряма широка добре заасфальтована і не така вже й довга дорога до цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, полікістозу яєчників та онкологічних захворювань», — вважає В.І. Паньків.

Пік інсулінорезистентності припадає на 30 років, через 5-10 років розвивається порушена толерантність до глюкози. Виявлено, що у 35% чоловіків і 25% жінок організм не справляється з вуглеводним навантаженням. Цукровий діабет 2-го типу, на який хворіє 8% дорослого населення,

є фактором ризику патології молочної залози. На жаль, вилікувати захворювання щитоподібною залозі й цукровий діабет сьогодні неможливо, тож необхідно вчити людину, як жити з цими хворобами. Ретельний контроль іноді забезпечує навіть довше життя, аніж у середньому в популяції.

Обстеження пацієнтів слід розпочинати з рентгену грудної клітки, визначення рівня цукру в крові. Важливо знати функціональний стан щитоподібною залози — тиреотропний гормон є «диригентом усього цього ендокринного оркестру», бо чутливо реагує на різні порушення в роботі щитоподібною залози, навіть за нормальних показників тироксину і трийодтироніну. Загальнодоступний метод ультразвукової діагностики допомагає виявити порушення структури й розмірів щитоподібною залози, а також наявність збільшених лімфатичних вузлів ший. Практично в 70% населення після 60 років виявляються вузли щитоподібною залози.

Населення України в середньому споживає 50-75 мкг йоду на добу, натомість щоденна потреба становить 200 мкг і 250 мкг йоду для вагітних. Україна — єдина держава в Європі, яка досі не спромоглася ухвалити програму боротьби із захворюваннями, спричиненими нестачею йоду. Брак йоду — це, насамперед, зниження інтелектуального потенціалу суспільства: в умовах йодного дефіциту і субклінічного гіпотиреозу в дітей рівень IQ знижується на 10-15%.

Вітамін D — маркер загального благополуччя організму, це одночасно і вітамін, і гормон стероїдної будови. Встановлено, що 85-95% населення відчувають нестачу і дефіцит вітаміну D, що, своєю чергою, сприяє зростанню кількості аутоімунних захворювань. Існують такі закономірності: чим вищий рівень тиреотропного гормону при гіпотиреозі, тим нижчий рівень вітаміну D, чим більший титр антитіл проти щитовидної залози, тим рівень вітаміну D нижчий. І навпаки, на тлі прийому вітаміну D протягом трьох місяців титр антитіл при

аутоімунному тиреоїдиті знижується удвічі. Якщо в жінки виявлено полікістоз, то, перш ніж надавати їй медичну допомогу, обов'язково слід оцінити гормональний баланс, адже доволі часто в таких жінок спостерігається гіперандрогенія та гіперпролактинемія.

Необхідно пам'ятати про ризик патології щитоподібною залози в жінок, які звертаються до акушерів-гінекологів, і не забувати про проведення заходів йодопротекції. Вирішенню проблеми йодопротекції сприятиме впровадження регіональної програми, а також йодування різних продуктів харчування.



Завідувач кафедри акушерства і гінекології Дніпропетровської медичної академії МОЗ України, доктор медичних наук, професор Валентин Олександрович Потапов зазначив:

«Що поєднує мастопатію, гіперплазію ендометрію, лейоміому матки? Насправді ціла низка захворювань органів жіночої репродуктивної системи характеризуються вираженим проліферативним компонентом. При гіперпластичних процесах спостерігається надлишковий мітотичний потенціал».

Соматичні клітини різних органів відрізняються лише різною комбінацією активних генів. Ці гени визначають спеціалізацію, структуру та функції тканини. У пухлинній клітині суттєво змінюється імунотип, виникає стійке порушення рівноваги між процесами проліферації та апоптозу. Мутація *BRCA* призводить до порушення балансу активних і неактивних генів. Онкоген *BRCA* діє на ядро клітини, порушуючи клітинний контроль над процесами проліферації: відбувається відхилення диференціювання і ріст стовбурової лінії клітин із подальшим виникненням пухлини.

Підвищити профілактичний ефект гормональної терапії в жінок з *BRCA*-мутаціями можна шляхом впливу на клітинні механізми проліферації. Це завдання вирішує індол-3-карбінол, який блокує проліферативні сигнальні шляхи на рівні не лише поверхневих рецепторів, а й внутрішньоклітинних сигнальних каскадів, що передають сигнал від поверхні клітини до ядра, а також діє на рівні генної транскрипції. У результаті індол-3-карбінол нормалізує метаболізм естрадіолу, блокує фактори росту пухлин, активує апоптоз пухлинних клітин, пригнічує ріст нових судин у пошкоджених ділянках ендометрію та міометрію, тканинах молочної залози, тобто чинить комплексну дію. Навіть за умов мутації *BRCA1* профілактичний прийом індол-3-карбінолу підвищує рівень білка — продукту цього гена, що сприяє підтримці загальної стабільності геному, відновленню процесів репарації ДНК.

Унаслідок того, що під дією індол-3-карбінолу пригнічується синтез факторів росту пухлини та прозапальних цитокінів, розвиток пухлинних процесів в естрогензалежних жіночих статевих органах або не відбувається, або сповільнюється.

Отже, рання діагностика РМЗ — пріоритетний напрям в Україні. Медико-генетичне консультування дає змогу виявити мутацію генів-онкосупресорів *BRCA1* і *BRCA2*; жінкам із встановленою мутацією можна виконувати хіміопрофілактику, що сприяє зниженню ризику РМЗ у кілька разів. Одним з ефективних допоміжних препаратів для профілактики РМЗ є індол-3-карбінол, який, окрім протизапальної дії, має добре виражений антиангіогенний ефект, чинить сприятливий вплив на залозисто-стромальний компонент матки і грудної залози, а також безпосередньо діє на ген-супресор пухлинного росту *BRCA1*.

Підготувала Катерина Марушко



НОВИНИ

Діагностика раку на ранніх стадіях. Рекомендації ВООЗ

Діагностика раку на ранніх стадіях може суттєво вплинути на рівень смертності від ракових захворювань. В умовах обмежених ресурсів рак часто діагностується на пізніх стадіях, що призводить до низьких показників виживання і більших витрат на лікування.

Навіть у країнах з надійною та налагодженою системою охорони здоров'я багато випадків ракових станів діагностується тоді, коли медикаментозне лікування вже не є ефективним. Саме тому проблеми пізньої діагностики та дороговартісного лікування є настільки актуальними в наш час.

Впровадження стратегії ранньої діагностики раку є провідним питанням для громадського здоров'я, адже це суттєво підвищує ефективність лікування. Перепони, що затримують діагностику ракових станів, повинні бути ідентифіковані і оцінені, а ефективні стратегії, що включають інформування суспільства про можливі методи поліпшення діагностики та забезпечення доступу до своєчасного й високоякісного лікування, мають бути впроваджені на різних рівнях надання медичної допомоги.

Ці рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) спрямовані на проведення ранньої діагностики раку та мають на меті допомогти політикам і керівникам програм поліпшити діагностику й забезпечити доступ до своєчасного лікування.

Вступ

Щороку у 14 млн людей діагностують рак, при цьому більшість із них живуть в країнах з низьким і середнім рівнем економічного розвитку. У 2015 р. зафіксовано 8,8 млн випадків смертей від раку, що становить 1 з 6 випадків у світі. Від раку щороку помирає більше людей, ніж від ВІЛ/СНІД, туберкульозу та малярії разом узятих.

Приблизно дві третини від загальної кількості випадків смерті від раку було зафіксовано в менш розвинених країнах через пізню діагностику та дороговартісне лікування.

Наслідки затримки в діагностиці та стрімкого прогресування захворювання просто жахливі — ймовірність померти чи стати інвалідом збільшується з кожним днем.

Тому вкрай важливо виявити перепони, що перешкоджають своєчасній діагностиці та лікуванню, а також створити програми, що забезпечать доступ до кваліфікованої медичної допомоги.

Рання діагностика — це раннє виявлення раку в пацієнтів, які мають симптоми цього захворювання. Це відрізняє поняття ранньої діагностики від скринінгових програм, які передбачають пошук передракових станів та ще не визначених (доклінічних) стадій раку в об'єктивно здорових людей. Рання діагностика та скринінг раку, безумовно, є важливими складовими комплексної боротьби з новоутвореннями, але відрізняються один від одного вартістю, методами та вимогами.

Рання діагностика ефективна для людей, в яких є характерні для раку симптоми і ознаки. Основне завдання полягає в тому, щоб виявити захворювання на найбільш ранніх стадіях, поставити діагноз та негайно розпочати лікування. Таким чином можна врятувати пацієнта і значно поліпшити його рівень життя.

Три кроки ранньої діагностики

Крок 1: усвідомлення проблеми та пошук кваліфікованої медичної допомоги.

Крок 2: клінічне обстеження, визначення діагнозу та стадії захворювання.

Крок 3: доступ до ефективного лікування, що включає знеболення.

Крок 1: усвідомлення проблеми та пошук кваліфікованої медичної допомоги

Перший крок складається з двох основних компонентів:

- 1) період оцінки (час від виявлення соматичних змін до прийняття своєї проблеми та готовності обговорити свої симптоми з медпрацівником);
- 2) період пошуку (час від усвідомлення необхідності обговорити симптоми до початку діагностичних процедур).

Пацієнти повинні бути поінформовані про специфічні ракові симптоми, розуміти серйозність та важливість цих симптомів, подолати страх та упередження, пов'язані з раком, і мати доступ до медичних установ, де надається первинна медична допомога.

Крок 2: клінічне обстеження, визначення діагнозу та стадії захворювання

Другий етап може бути розділений на три складові.

1. Точний клінічний діагноз. Цей етап починається з візиту до сімейного лікаря (терапевта загальної практики), який відповідає за первинну медико-санітарну допомогу. Лікар повинен уважно поставитись до будь-яких підозрілих симптомів, проконсультувати такого пацієнта та направити на подальші дослідження, які могли б підтвердити діагноз.

2. Діагностичні процедури та аналізи. Основним методом діагностики є оцінка біопсійного матеріалу на наявність пухлинних клітин, адже без цього аналізу неможливо достовірно встановити стадію захворювання та призначити лікування.

3. Визначення стадії раку. Цей етап базується на попередньо проведених рентгенологічних, хірургічних, цитологічних, біохімічних дослідженнях та клінічних проявах захворювання. Без точної оцінки стадії раку неможливо призначити правильне й ефективне лікування.

Відповідні діагностичні процедури та схеми лікування мають бути затверджені в протоколах.

Крок 3: доступ до ефективного лікування, що включає знеболення

На цьому етапі пацієнт повинен мати доступ до своєчасного якісного та доступного лікування. Ефективне лікування включає міждисциплінарний підхід та продуманий, задокументований план, розроблений багатьма висококваліфікованими спеціалістами. Це потрібно для того, щоб більшість пацієнтів розпочали протипухлинну терапію протягом одного місяця після постановки діагнозу.

Всі ці етапи ранньої діагностики — від моменту появи характерних симптомів до початку лікування — як правило, повинні займати до 90 днів.

Етапи ранньої діагностики	Перешкоди		Потенційні рішення проблеми
Крок 1: усвідомлення проблеми та пошук кваліфікованої медичної допомоги	Усвідомлення та прийняття діагнозу	Низька обізнаність населення	Проведення санітарно-просвітної роботи серед населення
	Пошук первинної медичної допомоги	Упередження та стереотипи	Спростувати всі стереотипи й надати достовірну інформацію про методи діагностики та терапії
		Обмежений доступ до кваліфікованої медичної допомоги	Поінформувати населення про те, де можна отримати консультацію з приводу лікування та первинну медичну допомогу
Крок 2: клінічне обстеження, визначення діагнозу та стадії захворювання	Точний клінічний діагноз	Неточність в оцінці симптомів та визначення діагнозу	Поліпшення надання первинної медико-санітарної допомоги
	Діагностичні процедури та аналізи	Недоступність діагностичних методів та неможливість встановити стадію захворювання	Основні діагностичні методи (цитологічні та біохімічні дослідження) повинні бути доступними на II рівні надання медичної допомоги
	Направлення на лікування	Неефективна співпраця між діагностичними центрами	Поліпшити координацію між діагностичними центрами та зробити її більш ефективною
Крок 3: доступ до ефективного лікування, що включає знеболення	Доступне, якісне лікування	Фінансові та географічні перепони Соціокультурні перепони	Потрібно розробити базову якісну схему лікування, яка буде доступна загалом та зменшить витрати пацієнтів на непотрібні діагностичні процедури й дороговартісне лікування

Висновок: Несвоєчасна діагностика і неможливість отримувати якісне лікування сприяють прогресуванню ракових захворювань та підвищують рівень смертності від раку. Рішення повинні бути орієнтовані на створення гнучкої системи надання медичних послуг, що гарантує належні умови для діагностики та ефективного лікування. Усі ці заходи сприятимуть зменшенню рівня смертності та поліпшенню якості життя людей, в яких діагностовано рак.

Перекладено платформою Ingepius на прохання МОЗ України з дозволу ВООЗ.
Оригінал: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/

За матеріалами: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170303_c.html