



## "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, медуллярный 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 Росси 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 цифры? 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](https://www.youtube.com/watch?v=zj21V0wLUE4&feature=emb_logo)

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

В таблице указанного Вами слайда (34:40) в первой колонке представлены наблюдаемые количества диагнозов РЦЖ по годам. В следующей колонке – разница между наблюдаемыми и ожидаемыми количествами диагнозов РЦЖ. Ожидаемые числа рассчитаны на основании модели многостадийного канцерогенеза, согласно которой повозрастная кривая РЦЖ 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 РЦЖ, 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 ЕSMO. 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»