

К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ (ГЦК). КОНСЕНСУС ЭКСПЕРТОВ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

К.Г. Ершов^{1,6}, В.Н. Захаров², Ф.Г. Иванова^{3,4}, Е.В. Карле⁵, Г.В. Ким⁶,
К.Г. Мамонтов⁷, Е.В. Мауль², Д.Л. Непомнящих⁸, И.Б. Останина⁹,
Э.Л. Парсаданова¹⁰, И.А. Поршенников^{8,11}, Р.И. Расулов¹², М.Е. Рягузов^{2,8},
М.В. Турганова², С.Л. Хайс⁷, Р.Ю. Хлобыстин^{13,14}, Д.Ю. Юкальчук¹²

ООО медико-санитарная часть «Клиницист» многопрофильный медицинский центр «Претор»,
г. Новосибирск, Россия¹

Россия, 630049, г. Новосибирск, Красный пр-т, 79/2¹

ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический онкологический диспансер»,
г. Новосибирск, Россия²

Россия, 630108, г. Новосибирск, ул. Плахотного, 2²

ГБУ РС(Я) «Якутский республиканский онкологический диспансер», г. Якутск, Россия³

Россия, 677005, г. Якутск, ул. Феликса Кона, 1, корп. 3³

ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», г. Якутск, Россия⁴

Россия, 677000, г. Якутск, ул. Белинского, 58⁴

ГБУЗ НСО «Городская инфекционная клиническая больница № 1», г. Новосибирск, Россия⁵

Россия, 630099, г. Новосибирск, ул. Семьи Шамшиных, 40⁵

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» город Новосибирск», г. Новосибирск, Россия⁶

Россия, 630003, г. Новосибирск, ул. Владимировский спуск, 2А⁶

КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул, Россия⁷

Россия, 656045, г. Барнаул, Змеиногорский тракт, 110К⁷

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Новосибирск, Россия⁸

Россия, 630091, г. Новосибирск, Красный пр-т., 52⁸

ООО ЦПМ «Центр новых медицинских технологий», г. Новосибирск, Россия⁹

Россия, 630008, г. Новосибирск, ул. Сакко и Ванцетти, 77⁹

ГБУЗ «Сахалинский областной онкологический диспансер», г. Южно-Сахалинск, Россия¹⁰

Россия, 693010, г. Южно-Сахалинск, ул. Горького, 3¹⁰

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»,
г. Новосибирск, Россия¹¹

Россия, 630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130¹¹

ГБУЗ «Иркутский областной клинический онкологический диспансер», г. Иркутск, Россия¹²

Россия, 664044, г. Иркутск, ул. Фрунзе, 32¹²

ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России, г. Красноярск, Россия¹³

Россия, 660037, г. Красноярск, Коломенская ул., 26¹³

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия¹⁴

Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1¹⁴

Введение

Этапами подготовки консенсуса были два научных медицинских мероприятия с участием ведущих специалистов по гепатоцеллюлярной карциноме (ГЦК) сибирских и дальневосточных регионов. Междисциплинарный совет экспертов «Организация медицинской помощи пациентам с ГЦК и пациентам групп риска ее развития в Новосибирской области (НСО)», с веб-подключением специалистов Иркутского областного онкологического диспансера состоялся 24 сентября 2020 г. В рамках проекта долгосрочного научного сотрудничества Eisai Virtual Oncology Key Experts Academy (EVOKE-Academy) «Гепатоцеллюлярная карцинома» 30 сентября 2021 г. проведено Межрегиональное совещание экспертов Сибири и Дальнего Востока.

Совет экспертов «Организация медицинской помощи пациентам с ГЦК и пациентам групп риска ее развития в Новосибирской области (НСО)»

В Междисциплинарном совете экспертов «Организация медицинской помощи пациентам с ГЦК и пациентам групп риска ее развития в Новосибирской области (НСО)» участвовали 11 ведущих специалистов Новосибирской области. Председательствовали к.м.н. В.Н. Захаров, главный внештатный онколог МЗ Новосибирской области, д.м.н. Д.Л. Непомнящих, профессор кафедры внутренних болезней НГМУ, главный внештатный гастроэнтеролог МЗ Новосибирской области. Модератором сессий выступил к.м.н. К.Г. Ершов, хирург-онколог, в настоящее время – зам. главного врача по хирургии клиники «Претор». Доклады представили Е.В. Карле, врач-инфекционист ГИКБ № 1; Е.В. Мауль, врач-онколог диспансерного отделения № 1 Новосибирского областного клинического онкологического диспансера; к.м.н. М.Е. Рягузов, заведующий онкологическим отделением № 1 Новосибирского областного клинического онкологического диспансера, ассистент кафедры онкологии НГМУ; к.м.н. Г.В. Ким, заведующий кабинетом рентгенохирургических методов диагностики и лечения «РЖД-Медицина»; к.м.н. И.А. Поршенников, руководитель центра трансплантации и хирургии печени Государственной Новосибирской областной клинической больницы, доцент кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ; И.Б. Останина, руководитель центра амбулаторной онкологической помощи, зав. онкологическим отделением Центра новых медицинских технологий; М.В. Турганова, заведующая диспансерным отделением № 1 Новосибирского областного клинического онкологического диспансера; д.м.н., проф. Р.И. Расулов, заместитель главного врача по хирургии Иркутского областного онкологического диспансера, профессор кафедры онкологии ИГМАПО.

В рамках мероприятия обсуждены проблемы ГЦК, подходы к диагностике и лечению, в соответствии с современными клиническими рекомендациями; проанализирована практика медицинской помощи больным ГЦК и наблюдения групп риска в Новосибирской области. Были определены сложности организации наблюдения и оказания помощи при ГЦК. Проанализирован опыт работы междисциплинарного консилиума (МДК) по ГЦК Иркутской области, обсуждены возможности создания МДК и разработки программ скрининга для пациентов групп риска в НСО.

В.Н. Захаров представил тревожные данные по заболеваемости и смертности от ГЦК в Новосибирской области. В выступлении отмечено, что внедрение скрининговых программ будет способствовать улучшению данных показателей. Приведя в качестве примера действующий регистр пациентов с вирусными гепатитами, автор обратил внимание на отсутствие скрининга в группах риска пациентов с невирусными поражениями печени.

К.Г. Ершов, опираясь на международный опыт, предложил к обсуждению следующую стратегию: создание МДК по ГЦК; разработка и внедрение программ прицельного скрининга пациентов групп риска по ГЦК; разработка маршрутизации пациентов с подозрением на ГЦК. При этом важно развивать 4 направления: охват наблюдением больных гепатитом В и С и циррозом печени (скрининг), профилактика цирроза, исследование канцерогенеза ГЦК, выявление пациентов с ГЦК и их маршрутизация.

Профессор Д.Л. Непомнящих сделал обзор документов, регламентирующих сбор эпидемиологических и статистических данных. Для исполнения решения Правительства РФ в НСО на основании Приказа МЗ НСО от 22.04.2016 № 1038 «О ежемесячном мониторинге реализации мероприятий по снижению смертности от основных причин» разработан региональный план мероприятий по снижению смертности от болезней органов пищеварения, проводится мониторинг смертности населения Новосибирской области, в соответствии с государственной программой «Развитие здравоохранения НСО на 2013–2020 гг.» ГКУЗ НСО «МИАЦ» еженедельно осуществляет сбор сводной информации по выданным медицинским свидетельствам о смерти (учетные формы 106/у-08 и 106-2/у-08). Д.Л. Непомнящих отметил, что в настоящее время региональные показатели заболеваемости печени ниже показателей федеральных и Сибирского федерального округа, но, вместе с тем, есть проблемы статистического учета и недостаточной выявляемости. Динамика заболеваемости ЖКТ в НСО неблагоприятна. Перед администрациями и специалистами стоят задачи по улучшению показателей, в соответствии с приказами МЗ РФ и УЗ Администрации НСО.

Е.В. Карле проведен анализ организации помощи пациентам с вирусными гепатитами и вирус-ассоциированными циррозами на базе ГИКБ № 1 и КДЦ за 2018–19 гг. Представлен эффективно функционирующий регистр пациентов, ориентированный больше на городское население. Отмечена необходимость взаимодействия с онкологическими и хирургическими службами, которое пока налажено только с хирургами-трансплантологами ГНОКБ.

Е.В. Мауль, описывая типичный портрет пациента с ГЦК на приеме врача-онколога поликлиники Новосибирского онкологического диспансера, представил обычную маршрутизацию таких больных и наиболее частую практику помощи. Он подчеркнул, что в настоящее время пациенты приходят к онкологам, как правило, поздно, когда радикальное лечение невозможно и остаются лишь методы системной терапии.

М.Е. Рягузов представил хирургические опции помощи пациентам с ГЦК, согласно действующим федеральным рекомендациям. Описал задачи и возможности хирурга на разных стадиях заболевания, сделав акцент на высокой выживаемости после потенциально радикальных методов у пациентов с ранними стадиями – резекции, пересадке печени и абляции. В связи с существенно лучшим контролем заболевания рекомендуется в качестве основной абляционной терапии при опухолях размером менее 5 см отдавать предпочтение РЧА вместо ЧИЭ.

Г.В. Ким в выступлении «Химеоэмболизация – метод рентгенэндоваскулярного лечения злокачественных новообразований печени» продемонстрировал, что химиоэмболизация артерий, кровоснабжающих опухоль, является эффективным методом лечения, который позволяет значительно улучшить качество и продолжительность жизни пациентов с неоперабельным раком печени.

И.А. Поршеников в докладе «Трансплантация печени при ГЦК. Лист ожидания» рассказал о новосибирской программе трансплантации, в рамках которой с 2010 по 2021 г. выполнено 312 трансплантаций 299 пациентам в возрасте от 4 мес до 69 лет, включая 199 трансплантаций целой печени и 113 трансплантаций фрагментов печени (106 фрагментов от прижизненных и 7 – от посмертных доноров). 11 реципиентам выполнены ретрансплантации, 1 пациенту – две ретрансплантации. Использование неoadъювантных методов лечения у потенциальных кандидатов на трансплантацию, необходимых для предотвращения опухолевой прогрессии и/или снижения стадии опухоли (downstaging), позволяет включить пациентов в лист ожидания или сохранить их в нем. При неoadъювантной терапии необходимо стремиться, чтобы остаточный объем опухоли составлял менее 2 см, даже если пациент удовлетворяет Миланским критериям и прогнозируемое время пребывания в Листе ожидания

составляет менее 6 мес. Трансплантация печени – современный метод радикального лечения ГЦК, при этом существует проблема дефицита донорских органов, есть риск рецидива опухоли, возможность отрицательного влияния иммуносупрессивной терапии на течение опухолевого процесса.

И.Б. Останина обсудила современные клинические рекомендации по ведению пациентов с ГЦК и возможности мультикиназных тирозинкиназных ингибиторов в I линии терапии. Современные клинические рекомендации в первой линии системной терапии ГЦК рекомендуют применение мультикиназных ингибиторов, в том числе ленватиниба. Один из нескольких изученных путей механизма действия ленватиниба – мультитаргетность – позволяет предупреждать развитие резистентности к антиангиогенному препарату. По результатам международного рандомизированного исследования REFLECT, при применении ленватиниба отмечено значимое увеличение частоты объективных ответов (24,1 %) по сравнению с сорафенибом (9,2 %), наблюдалось в 3 раза больше полных, в 2 раза больше частичных ответов, в 2 раза реже отмечено прогрессирование заболевания. Исходя из результатов исследования REFLECT, ленватиниб признан не менее эффективной, чем сорафениб, опцией I линии терапии распространенного ГЦК. Эффективность последующей системной терапии после применения ленватиниба или сорафениба в качестве I линии изучалась в Post-Nos анализе исследования фазы 3 REFLECT. У всех больных в исследовании REFLECT, получавших последующие противоопухолевые препараты, общая выживаемость была выше по сравнению с пациентами, которые не получали никакого последующего противоопухолевого лечения. При анализе подгруппы респондентов, получавших последующие противоопухолевые препараты, применение ленватиниба в I линии приводило к несколько большей медиане общей выживаемости по сравнению с группой пациентов, получавших сорафениб в I линии.

М.В. Турганова затронула важные аспекты современной системной противоопухолевой терапии – управление лечением. Таргетная терапия требует тщательной предварительной подготовки больного и мониторинга в ходе всего периода лечения для контроля нежелательных явлений (НЯ). Мониторинг должен включать контроль лабораторных, функциональных показателей как до старта терапии, так и при ее проведении. Участники мероприятия обсудили необходимость организации консультирования пациентов с НЯ системной терапии смежными специалистами.

К.Г. Ершов привел клиническое наблюдение молодого пациента с ГЦК, показательное с точки зрения клинической картины течения заболевания, маршрутизации и тактики ведения. Пациенту была выполнена радикальная операция в общехирурги-

ческом отделении ГНОКБ. В дальнейшем его не направили и не прикрепили к онкологическому учреждению, систематическое наблюдение фактически отсутствовало. В поле зрения онкологов пациент попал уже после прогрессирования заболевания. Имело место позднее начало системной терапии, и, несмотря на это, показана её эффективность – стабилизация распространенной ГЦК при применении препарата ленватиниб.

Р.И. Расулов поделился успешным опытом организации и внедрения мультидисциплинарного подхода ведения пациентов с ГЦК в ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» г. Иркутска, что положительно сказалось на показателях выявляемости ГЦК и результатах лечения.

В ходе дискуссии участники мероприятия отметили следующие нерешенные проблемы организации медицинской помощи пациентам с ГЦК: дефицит гастроэнтерологов, гастроэнтерологических подразделений в ЛПУ, отсутствие скрининга пациентов групп риска по ГЦК, необходимость принудительной диспансеризации, сложности организации консультирования онкологических пациентов врачами смежных специальностей. Среди нерешенных вопросов хирургического и лекарственного лечения пациентов с ГЦК экспертами отмечена проблема нехватки доноров для трансплантации печени. При выборе метода радикального лечения, в т.ч. трансплантации печени, необходимо учитывать риск рецидива опухоли.

При обсуждении программ скрининга пациентов групп риска по ГЦК и организации МДК по ГЦК эксперты сошлись во мнении относительно значимости и места морфологической верификации диагноза при принятии решения о тактике ведения пациента, а также необходимости проведения консилиума с участием междисциплинарной команды, состоящей из онкологов-хирургов, рентген-хирургов, онкологов-химиотерапевтов, специалистов по визуальным методам диагностики. Ранее существовала и была полезна кооперация гастроэнтерологов и хирургов-гепатологов. Сейчас такой практики нет, что усиливает потребность в МДК. Отмечена необходимость организации консультирования онкологических пациентов с развившимися нежелательными явлениями противоопухолевой терапии со стороны терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов, гепатологов, других специалистов. Участники предложили разработать подходы к организации МДК и программы раннего выявления ГЦК среди пациентов групп риска.

Региональное совещание экспертов Сибири и Дальнего Востока

Второй этап обсуждения консенсуса специалистов по ГЦК состоялся на региональном (Сибирь и Дальний Восток) совещании экспертов по ГЦК в рамках проекта долгосрочного научного сотрудничества EVOKE-Academy «Гепатоцеллюлярная

карцинома», на котором был проведен анализ данных опубликованных исследований в области терапии ГЦК, российских и международных клинических рекомендаций и руководств по лечению ГЦК, а также клинического опыта применения ленватиниба при ГЦК в условиях реальной клинической практики. Кроме экспертов Новосибирской области в мероприятии приняли участие ведущие специалисты Иркутска, Алтая, Якутии, Красноярска, Сахалина, всего около 20 врачей.

Возглавил совещание д.м.н., проф. Р.И. Расулов, заместитель главного врача по хирургии Иркутского областного онкологического диспансера, профессор кафедры онкологии ИГМАПО, г. Иркутск. Модераторами были д.м.н. К.Г. Мамонтов, заведующий рентгенохирургическим отделением Алтайского краевого онкологического диспансера, г. Барнаул, к.м.н. К.Г. Ершов, хирург-онколог, в настоящее время – зам. главного врача по хирургии клиники «Претор», г. Новосибирск. С докладами выступили д.м.н., проф. Д.Л. Непомнящих, профессор кафедры внутренних болезней НГМУ, главный внештатный гастроэнтеролог МЗ Новосибирской области; к.м.н. Ф.Г. Иванова, заведующая отделением противоопухолевой лекарственной терапии Якутского республиканского онкологического диспансера, доцент кафедры «Хирургические болезни и стоматология» Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, главный внештатный онколог Республики Саха (Якутия), заслуженный врач Республики Якутии, г. Якутск; С.Л. Хайс, врач-онколог отделения рентгенохирургических методов лечения Алтайского краевого онкологического диспансера, г. Барнаул; к.м.н. Р.Ю. Хлобыстин, врач-хирург-онколог Федерального Сибирского научно-клинического центра ФМБА России, г. Красноярск; к.м.н. И.А. Поршеников, руководитель центра трансплантации и хирургии печени Государственной Новосибирской областной клинической больницы, доцент кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, г. Новосибирск; Д.Ю. Юкальчук, заведующий дневным стационаром Иркутского областного онкологического диспансера, г. Иркутск; Э.Л. Парсаданова, заведующая дневным стационаром Сахалинского областного онкологического диспансера, г. Южно-Сахалинск; И.Б. Останина, руководитель Центра амбулаторной онкологической помощи, заведующая онкологическим отделением, врач-онколог, химиотерапевт Центра новых медицинских технологий», г. Новосибирск.

Изложение опыта скрининга ГЦК в Якутии в докладе Ф.Г.Ивановой получило продолжение в выступлении Д.Л. Непомнящих и в дискуссионной сессии с привлечением онкологов-хирургов. Обсуждению зарегистрированных опций терапии I линии, исследований препаратов I линии, профиля пациентов для предпочтительного назначения комбинированной иммуно-онкологической и

таргетной терапии, а также таргетной терапии в монорежимах было посвящено выступление Д.Ю. Юкальчука. Участники мероприятия убедились в значимости применения мультикиназных ингибиторов тирозинкиназ в качестве монотерапии первой линии неоперабельной ГЦК. Клиническому опыту применения леватиниба, в том числе с примерами его длительной эффективности при прогрессировании неоперабельной ГЦК, были посвящены выступления К.Г. Ершова и Э.Л. Парсадановой.

В ходе мероприятия эксперты обсудили возможности широкого применения комбинированной терапии иммуноонкологическими и таргетными агентами, опыт клинического использования первых зарегистрированных опций комбинаций checkpoint inhibitors и таргетных препаратов с высокой эффективностью. Участники мероприятия отметили, что предстоит регистрация новых комбинированных режимов, опыт использования которых в рамках международных клинических исследований есть у присутствовавших специалистов.

Помимо обсуждения каждого выступления, в 3 блока сгруппированных дискуссий обсуждались следующие вопросы: причины запущенности большинства случаев ГЦК; решение проблемы поздней выявляемости; эффективность действующих программ скрининга ГЦК в Сибири и на Дальнем Востоке; междисциплинарный подход в ведении пациентов с ГЦК на разных этапах, возможности внедрения МДК; применимость в практике региональных ЛПУ хирургических и локорегионарных методов лечения ГЦК; а также основные ограничения, взаимодействие хирургов, рентген-хирургов, химиотерапевтов; современные подходы к управлению системной терапией ГЦК, включая наиболее эффективные практики контроля НЯ; комплаентность пациентов с ГЦК.

По результатам регионального (Сибирь и Дальний Восток) совещания экспертов по ГЦК в рамках проекта долгосрочного научного сотрудничества EVOKE-Academy участниками сформулирован ряд положений, часть из которых более полно раскрывает и подтверждает итоги первого мероприятия в масштабе территорий двух регионов.

Маршрутизация пациентов с патологией печени разной этиологии должна учитывать группы риска развития ГЦК. В ведении таких пациентов важно участие всех заинтересованных специалистов – терапевтов первичного звена, гастроэнтерологов, а на этапе специализированной помощи – общих

хирургов, инфекционистов, гепатологов, онкологов. Потребность в создании региональных междисциплинарных команд и четкого алгоритма действий при выявлении пациентов групп риска развития ГЦК или случаев ГЦК на территориях Сибири и Дальнего Востока актуальна, как и на территории Новосибирской области. Скрининговые программы необходимы. Скрининг должен быть обязательным, в противном случае он не дает результата. Для повышения его эффективности важно тщательно выбирать пациентскую аудиторию. Необходима целенаправленная работа с группами риска.

В Сибири и на Дальнем Востоке крайне низкие показатели применения радикальных хирургических методов лечения при ГЦК. Локорегионарное лечение – ТАХЭ и другие методы – доступно, но их применение ограничено ввиду позднего выявления ГЦК и функционального состояния печени. Не все региональные онкологические ЛПУ оснащены необходимым оборудованием для локорегионарной терапии, не везде есть подготовленные специалисты, специализированные отделения.

В настоящее время системная терапия ГЦК представлена тремя основными направлениями: таргетные препараты, иммуноонкологические агенты и их сочетание. Сохраняются показания для таргетной терапии. Леватиниб активно применяется в Сибири и на Дальнем Востоке, препарат признается экспертами высокоэффективной опцией лечения.

Управление лечением требует подготовки и обучения специалистов, причем не только онкологов, химиотерапевтов, но и смежных специальностей, принимающих участие в курировании онкологических пациентов. Целесообразно включение раздела управления противоопухолевым лечением в учебные программы кафедр онкологии вузов и последипломного образования и переподготовки специалистов.

Знания правил подготовки онкологического пациента к терапии, его обучение, а также внимательное сопровождение на всех этапах лечения позволяют максимально длительно сохранять рекомендуемые стартовые дозировки противоопухолевых препаратов, достигая лучших результатов.

Необходимо продолжить сотрудничество экспертов Сибири и Дальнего Востока в научных и образовательных проектах по ГЦК, как и совместную публикационную активность.

Положения Консенсуса

Итоги совещания 2021 г. во многом повторяют выводы междисциплинарного совета Новосибирска, что свидетельствует об общности не решенных до настоящего времени проблем в выявлении ГЦК на территории Сибири и Дальнего Востока. Основные задачи лежат в направлении формирования МДК по ГЦК, в разработке и организации скрининга среди четко отобранных пациентов групп риска, развитии всех видов лечения за счет обучения

специалистов, организации оснащенных подразделений в онкологических ЛПУ. Оба этапа работы консенсуса демонстрируют глубокое понимание со стороны специалистов способов решения данных проблем, поддерживают обмен информацией и клиническим опытом, позволяют формировать профессиональные связи, кумулировать идеи.

В результате последующего обсуждения эксперты сформулировали Положения консенсуса экспертов Сибири и Дальнего Востока по решению проблем ведения пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой:

- ГЦК в Сибири и на Дальнем Востоке ГЦК занимает, как и в России, одно из лидирующих мест по поздней выявляемости и высокой летальности;
- помощь пациентам с ГЦК и скрининг предраковых диффузных заболеваний печени не везде систематизированы, маршрутизация не выстроена;
- в настоящее время доступны следующие опции лечения: хирургическое (резекция печени и трансплантация), ТАХЭ и другие локорегионарные методы, а также системная терапия;
- ТАХЭ обладает широкими возможностями в терапии ГЦК, как в качестве подготовки к операции, так и в виде самостоятельного метода. Важно продолжать создание рентгено-хирургических подразделений в онкологических диспансерах и готовить специалистов;
- трансплантация печени – радикальный метод лечения ГЦК. При показаниях к трансплантации пациент с ГЦК должен быть в приоритете в Листе ожидания. Однако трансплантация печени не может быть методом выбора по причине нехватки донорских органов и регламентирующих законодательных документов;
- таргетная терапия тирозинкиназными ингибиторами при распространенной ГЦК – высокоэффективный метод лечения, активно использующийся в Сибири и на Дальнем Востоке. Ленватиниб – доступный препарат I линии терапии неоперабельной ГЦК;
- современная системная терапия требует подготовки онкологов и врачей смежных специальностей по вопросам управления лечением;
- необходимы разработка и внедрение программ скрининга предраковых диффузных заболеваний печени;
- требуется организация и внедрение в практику МДК по ГЦК в субъектах Сибири и Дальнего Востока. Состав МДК: онколог, химиотерапевт, хирург-гепатолог, трансплантолог, специалист лучевой диагностики, рентген-хирург, патоморфолог, гепатолог-инфекционист, гастроэнтеролог-гепатолог, терапевт с опытом управления НЯ.