

Растущая заболеваемость онкологической патологией женской репродуктивной системы вызывает особое беспокойство специалистов. О проблемных вопросах онкогинекологии и развитии технологий помощи больным при опухолях различной локализации нашему корреспонденту рассказала главный онкогинеколог МЗ Украины, заведующая научно-исследовательским отделением онкогинекологии Национального института рака МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Людмила Ивановна Воробьева.

? Насколько актуальна проблема онкогинекологических заболеваний в Украине на сегодняшний день?

— Ежегодно в нашей стране выявляют около 160 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, из них около 10% составляет онкогинекологическая патология. Среди опухолей женских половых органов первое место по распространенности (и второе среди всей онкологической патологии у женщин) занимает рак тела матки (РТМ). В последние десятилетия отмечается значительное увеличение заболеваемости данной патологией, при этом частота РТМ, которая заметно выше в индустриально развитых странах, не обнаруживает тенденции к уменьшению. Так, с 1970 по 2005 год заболеваемость РТМ в мире увеличилась на 55%. По данным Национального канцер-реестра, распространенность РТМ в Украине с 1990 по 2006 год увеличилась на 53,8% и составляет 25,6 случая на 100 тыс. населения. Заболеваемость этой патологией напрямую зависит от возраста: риск развития РТМ увеличивается в 2-3 раза за каждые 5 лет репродуктивного периода (пик заболеваемости приходится на возрастную группу 60-70 лет). Благодаря особенностям клинической манифестации заболевания у 78% больных выявленная патология соответствует I-II стадии по классификации FIGO. Но, несмотря на совершенствование методов лечения, 5-летняя выживаемость больных за последние 20 лет не изменилась и составляет 69,7%. В связи с этим традиционное представление о благоприятном течении и прогнозе РТМ требует пересмотра, поскольку 30% больных умирают вследствие прогрессирования заболевания.

Второе место по частоте среди злокачественных новообразований половой системы у женщин 15-45 лет занимает рак шейки матки (РШМ). В настоящее время показатели смертности от данной патологии в Украине превышают мировые почти в 2 раза. Особые опасения вызывает увеличение заболеваемости среди молодых женщин: показатели заболеваемости в возрастных группах 20-24 и 30-34 лет возросли с 1,7 до 2,9 и с 14,6 до 18,5 случая на 100 тыс. населения соответственно. При этом летальность в течение первого года от момента выявления патологии остается крайне высокой и составляет 16,2%; согласно статистике, ежедневно в нашей стране от РШМ умирают 6 женщин. Таким образом, злокачественные новообразования тела и шейки матки, доминирующие в структуре заболеваемости онкогинекологической патологией, не являются сугубо медицинской проблемой и приобретают важное социальное значение. В частности, РШМ существенно влияет на демографическую ситуацию в нашей стране.

В то же время рак яичников (РЯ), уступающий по распространенности (4-6% в структуре злокачественных опухолей у женщин), отличается еще более высокими показателями смертности. Несмотря на большой научный и клинический опыт по диагностике и лечению, выживаемость пациенток остается на низком уровне, так как 70-80% больных РЯ поступают для первичного лечения в III-IV стадии заболевания. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно регистрируется более 165 тыс. новых случаев РЯ, более 100 тыс. женщин умирают от этого заболевания. Увеличение заболеваемости, особенно в экономически развитых странах, связывают с широким применением оральных контрацептивов, а также с сокращением количества беременностей и родов, поскольку циклические изменения яичника в определенных условиях способствуют повышению риска развития РЯ.

Четвертое и пятое место в структуре онкологической заболеваемости женских половых органов занимают рак вульвы (РВ) и первичный рак влагалища (РВл), частота которых невелика и составляет 3-5 и 1-2% соответственно (метастатический РВл встречается в 2 раза чаще). РВ крайне редко развивается у женщин репродуктивного возраста (средний возраст больных составляет около 70 лет), тогда как РВл встречается даже у детей.

В целом сложившаяся в Украине ситуация в отношении заболеваемости онкогинекологической патологией не внушает оптимизма, и, чтобы изменить ее к лучшему, требуются активные действия. Решение данной проблемы возможно только на государственном уровне с привлечением ведущих специалистов, включая гинекологов, онкологов, педиатров, эпидемиологов, вирусологов и др.; необходимо также проведение грамотных, хорошо спланированных кампаний в средствах массовой информации. Подобные усилия в отношении улучшения репродуктивного здоровья украинских женщин, надеюсь, позволят преодолеть демографический кризис в нашей стране.

? Расскажите об основных факторах прогноза онкогинекологических заболеваний.

— Среди основных факторов, влияющих на прогноз и исход лечения, — стадия опухолевого процесса, особенности локализации, возраст и общее состояние пациентки (наличие сопутствующих заболеваний). Наиболее важным прогностическим фактором, достоверно снижающим выживаемость больных, является распространенность опухолевого процесса, наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах. Риск метастазирования значительно повышается при наличии опухолевых эмболов в лимфатических шелях и кровеносных сосудах. На прогноз также влияет гистологическая структура опухоли (известно, что низкая степень дифференцировки опухоли повышает риск лимфогенных метастазов).

? Каковы основные тенденции развития современной онкогинекологии?

— В первую очередь, для достижения хороших результатов лечения онкогинекологической патологии первостепенное значение имеет ранняя диагностика. В связи с этим в разных странах мира повышенное внимание уделяется внедрению и усовершенствованию программ скрининга, ведь при отсутствии регулярных обследований вероятность выявления заболевания на начальной стадии, а значит, и успешного излечения, очень низка. С целью привлечь женщин к регулярным профилактическим обследованиям как за рубежом, так и в нашей стране проводятся специальные информационные кампании.

Кроме того, современное лечение опухолей женской половой системы как и новообразований других локализаций направлено не только на устранение опухоли, но и на обеспечение высокого качества жизни после окончания лечения, что может быть достигнуто за счет применения целого ряда современных хирургических методик. Во всем мире делается упор на органосохраняющее лечение, которое предусматривает проведение щадящих хирургических вмешательств, преимущественно у пациенток репродуктивного возраста, страдающих злокачественными опухолями на ранних стадиях развития. В ряде случаев благодаря такой терапии удается не только излечить пациентку от онкологического заболевания, но и сохранить у нее способность к деторождению. Применение предоперационной лучевой и/или химиотерапии позволяет значительно повысить результативность лечения и расширить показания к проведению щадящих хирургических вмешательств. Разработан целый комплекс комбинированных оперативных вмешательств с удалением или резекцией нескольких органов, вовлеченных в опухолевый процесс. Комплексное использование современных возможностей противоопухолевого воздействия, включая хирургический, лучевой и медикаментозный методы, дает возможность существенно увеличить вероятность излечения онкогинекологических больных. В целом повышение эффективности терапии онкогинекологических заболеваний достигается путем сочетания современных методов профилактики, ранней диагностики, а также комплексного лечения с применением самых современных хирургических и нехирургических подходов. Выбор тактики лечения в каждом конкретном случае должен отвечать действующим стандартам и производиться с учетом локализации опухоли, степени распространения, глубины инвазии, наличия сопутствующей патологии, а также возраста, семейного и репродуктивного статуса.

На базе нашего института разработан Национальный план борьбы против рака, реализация которого предполагает участие лечебно-профилактических учреждений всех уровней, а также государственную поддержку. В рамках этого плана предусмотрены проведение мероприятий, направленных на усовершенствование профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, развитие паллиативной помощи, а также улучшение подготовки специалистов. Среди необходимых мер — формирование в обществе отношения к онкологическим заболеваниям как излечимым, оптимизация системы скрининга, внедрение плановой вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ).

? В настоящее время во всем мире широко обсуждается проблема РШМ. Каковы возможности повышения эффективности профилактики и лечения данной патологии в Украине?

— Реальные перспективы повышения эффективности лечения всех визуальных форм генитального рака связаны, в первую очередь, с внедрением профилактических мероприятий, а также со своевременным выявлением начальных форм заболевания. Во многих развитых странах мира заболеваемость и смертность от РШМ удалось значительно снизить

Актуальные Профилактика, диагностика,



Л.И. Воробьева

не только благодаря введению обязательных профилактических осмотров, но и за счет вакцинации против ВПЧ, приводящей к развитию РШМ. Предполагается, что внедрение плановой вакцинации позволит со временем свести к минимуму показатели заболеваемости указанной патологией. Однако наиболее мощным средством профилактики РШМ сегодня остается цервикальный скрининг. Основные его направления включают цитологическое исследование, визуальные методы, а также тестирование на наличие ВПЧ. Цитологическое исследование отвечает всем современным требованиям, предъявляемым к оптимальному тесту для проведения цервикального скрининга. В Украине пока что рекомендован ежегодный профилактический осмотр женщин с проведением цитологического исследования в связи с высокой заболеваемостью.

Пример некоторых стран убеждает нас в высокой результативности данного подхода: так, именно благодаря массовому скринингу в Великобритании за период с 1974 по 2004 год удалось снизить показатель смертности от РШМ на 60%. Успех в данном случае зависит от совершенствования скрининговых программ, основанных на современных кольпоскопических и морфологических методах диагностики, а также на внедрении новых клинически и экономически эффективных тестов вирусного типирования. В плане повышения информативности поступающего в лаборатории цитологического материала немаловажным является профессиональное совершенствование знаний врачей, которые участвуют в проведении цитологического скрининга.

В настоящее время организация профилактики и лечения РШМ в Украине пока далека от желаемой. Прежде всего, необходима тщательная организация системы профилактических осмотров среди целевых групп женщин, развитие цитологического организованного скрининга, массовое внедрение вакцинации. Следует отметить, что если повсеместное внедрение в Украине современных методов скрининга, плановой вакцинопрофилактики требует ряда законодательных и организационных решений, а также значительных материальных затрат, то для повышения квалификации специалистов и создания базы данных цитологических исследований ресурсы есть уже сейчас. Необходимо также наладить профессиональную связь между гинекологами и цитологами с тем, чтобы одна и та же пациентка не подвергалась цитологическому исследованию несколько раз в течение года, что приводит к искажению статистических показателей охвата населения профилактическими осмотрами. Сам по себе рейтинговый показатель количества проведенных профилактических осмотров обладает малой достоверностью, и от него следует отказаться.

? Каковы современные возможности вакцинации от ВПЧ и перспективы ее массового введения в Украине?

— На профилактику РШМ путем вакцинации, приводящей к формированию специфического иммунитета против определенных штаммов вируса ВПЧ, возлагаются большие надежды. Значимость и возможности вакцинопрофилактики РШМ подтверждены фактом присуждения в 2008 г. Нобелевской премии в области медицины и физиологии немецкому вирусологу Harald zur Hausen, исследования которого позволили установить взаимосвязь между ВПЧ и РШМ и начать разработку профилактической вакцины. В настоящее время существуют комбинированные вакцины, действующие против двух и четырех типов ВПЧ; их эффективность подтверждена целым рядом

Вопросы онкогинекологии

современные методы лечения

масштабных исследований. Начиная с июня 2006 г. вакцина против ВПЧ зарегистрирована и применяется более чем в 50 странах мира. Таким образом, впервые в истории медицины разработан инструмент для целенаправленного и эффективно предотвращения онкологической патологии.

Наибольшая эффективность применения профилактической вакцинации ожидается в странах с низким уровнем охвата населения скрининговыми программами (так называемым оппортунистическим скринингом), в число которых сегодня входит и Украина. Однако цена вакцины и проблемы организации плановой вакцинации ограничивают ее широкое применение. При этом следует учитывать, что оценить эффективность вакцинации на популяционном уровне можно будет через десятилетия, что объясняется продолжительностью латентного периода между инфицированием вирусом и пиком заболеваемости РШМ. Кроме того, вакцина не защищает от всех случаев РШМ, а также не излечивает уже существующие поражения. Именно поэтому оптимальной стратегией в отношении РШМ является сочетание скрининга и вакцинации.

Что касается введения плановой вакцинации от ВПЧ в нашей стране, то данный вопрос решается на уровне Министерства здравоохранения Украины, и пока сложно говорить о конкретных результатах. Кроме того, внедрение вакцинации против ВПЧ на государственном уровне должно сопровождаться повышением доверия общества к вакцинации в целом, а также высокой осведомленностью работников здравоохранения о возможностях этого метода профилактики. В настоящее время вакцинация осуществляется по желанию и оплачивается пациенткой самостоятельно.

? На чем основывается диагностика онкологической патологии матки?

— Основным симптомом РТМ является маточное кровотечение. Это проявление наблюдается у 70-90% больных и выступает основной причиной обращения пациентки за медицинской помощью. При обследовании больных следует уточнить состояние менструальной функции, обратить внимание на наличие гиперпластических процессов в анамнезе и возможных нарушений метаболизма (ожирение, сахарный диабет). При гинекологическом осмотре обязательно определяется состояние слизистой влагалища (у женщин пожилого возраста кровянистые выделения могут быть проявлением сенильного кольпита). Благодаря удобству и высокой информативности применяется цитологическое исследование аспирата эндометрия (чувствительность метода составляет 92,1%). Широкое распространение в диагностике РТМ получила трансвагинальная ультразвуковая томография (УЗТ), чувствительность которой составляет 85-95%. С помощью УЗТ можно достаточно четко определить косвенные признаки подозрения на наличие патологии эндометрия, локализацию, размеры опухоли, а также глубину ее инвазии в миометрий при доплеровском картировании — особенности кровоснабжения опухоли). Для уточнения гистологической структуры опухоли, степени ее дифференцировки и определения экспрессии стероидных рецепторов используют гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием и прицельной биопсией измененного участка эндометрия.

? Каковы основные подходы к терапии РТМ?

При выборе метода лечения больных РТМ необходимо учитывать:

- возраст и общее состояние пациентки, степень выраженности обменно-эндокринных нарушений;
- гистологическую структуру опухоли, степень ее дифференцировки, величину, локализацию в полости матки, распространенность опухолевого процесса, чувствительность опухоли к гормонотерапии;
- уровень оснащения медицинского учреждения, в котором планируется проводить терапию.

Все эти факторы позволяют провести стадирование опухолевого процесса и обозначить стратегию терапии.

В 80-90% случаев больным РТМ проводится хирургическое лечение, при этом выполняется экстирпация матки с обязательным удалением придатков. Объем хирургического вмешательства определяется дифференцированием опухоли, степенью ее распространения, размерами и наличием перехода на цервикальный канал. В процессе хирургического вмешательства обязательна ревизия органов малого таза и брюшной полости, забрюшинных лимфатических узлов; производятся смывы из дугласова пространства для цитологического исследования. Лимфаденэктомию выполняют при низкодифференцированной форме рака, светлоклеточном, папиллярном, серозном, плоскоклеточном раке, при переходе

опухоли на цервикальный канал, распространении процесса за пределы матки. Хирургическое лечение в некоторых ситуациях дополняется химио- и лучевой терапией (наружное облучение малого таза, эндовагинальное облучение). При общих противопоказаниях к хирургическому вмешательству применяется сочетанная лучевая терапия в полном объеме; при наличии противопоказаний и к облучению проводят гормоно- и химиотерапию, симптоматическое лечение.

В связи с высокой вероятностью развития рецидивов РТМ в течение первых 2-3 лет после окончания лечения больные подлежат тщательному наблюдению с обязательным проведением УЗТ малого таза и брюшной полости каждые 3-4 мес и при необходимости компьютерной или магнито-резонансной терапии. В последующие годы контрольные обследования осуществляются каждые 6-8 мес.

? В чем состоит специфика РЯ?

— Сложность проблемы РЯ заключается в уникальности самой природы органа, его роли в жизнедеятельности женского организма. Морфологическое строение, сочетание структур самых различных функциональных направлений обуславливает широчайший спектр разновидностей как доброкачественных, так и злокачественных новообразований яичника. Основными причинами низкой выживаемости больных являются бессимптомное течение заболевания на ранних стадиях, недостаточное использование современных диагностических методов, низкая эффективность терапии, а также особенности этиопатогенеза опухолей. Достоверно установлено, что при РЯ, как и в случае других опухолей, накапливаются генетические повреждения, которые лежат в основе прогрессивной трансформации доброкачественных или пограничных опухолей в злокачественные. Причиной злокачественной трансформации клеток является накопление разнообразных мутаций, локализованных в онкогенах и генах-супрессорах.

В 1973 г. в международную гистологическую классификацию ВОЗ были введены как самостоятельная нозологическая единица пограничные опухоли яичников, или опухоли потенциально низкой степени злокачественности. Пограничные формы составляют около 5-8% всех опухолей яичников и являются наиболее сложными в плане диагностики, определения лечебной тактики и прогноза заболевания. Немаловажно, что прогноз при пограничных опухолях яичников независимо от степени выраженности пролиферативных изменений благоприятный и зависит в основном от степени распространенности процесса.

Несмотря на совершенствование методов диагностики, характер опухоли яичника до операции и даже во время операции не всегда удается определить. Поэтому использование субоперационной диагностики во время хирургического вмешательства является обязательным. Подчеркну, что удаление придатков должно быть обоснованным и проводиться по строгим показаниям. Профилактическая овариэктомия у женщин старше 40 лет, подвергающихся оперативному вмешательству по поводу другой патологии, не оправдана вследствие неблагоприятных последствий.

? Каково Ваше мнение о возможностях лапароскопических операций при РЯ?

— На сегодняшний день лапароскопические операции при опухолях и опухолевых образованиях яичников становятся рутинными, в том числе в детской гинекологии, у беременных, гериатрических больных. Эти вмешательства эффективны при условии жесткого индивидуального подхода. Однако количество больных, неадекватно оперированных лапароскопическим доступом, свидетельствует о необходимости строгого учета показаний и противопоказаний к использованию этого современного хирургического метода.

? В каких направлениях ведется научно-исследовательская деятельность в возглавляемом Вами отделе?

— Основные научные исследования, проводимые в отделе онкогинекологии Национального института рака МЗ Украины, посвящены улучшению методов диагностики и лечения онкогинекологических больных, а также повышению качества их жизни пациенток, что в целом соответствует современным тенденциям развития отрасли. Накоплен большой опыт проведения органосохраняющих операций, позволяющих сберечь репродуктивную функцию женщин без ухудшения результатов лечения.

Приоритетным направлением работы научно-исследовательского отделения онкогинекологии Национального института рака является проблема РЯ. Одним из направлений

научного поиска в этой области является разработка методов лечения. Так, метод эндовагинального введения современных цитостатических препаратов, разработанный в отделе, можно считать уникальным по количеству и результатам исследований. Последние несколько лет большое внимание уделяется вопросам усовершенствования хирургических методов лечения РЯ: разработаны методики органосохраняющих операций при начальных стадиях заболевания, пограничных опухолях яичника, методы хирургического стадирования, комбинированных вмешательств. При органосохраняющем лечении начальных стадий РЯ сохраняются матка и контралатеральный яичник, что позволяет предотвратить посткастрационный синдром и сохранить репродуктивную функцию женщины. Отбор пациенток для органосохраняющего лечения при РЯ проводится по строгим клинико-морфологическим критериям.

При проведении шадящих хирургических вмешательств у больных с ранними стадиями РШМ в зависимости от величины инфильтрации опухоли возможно сохранение всех половых органов либо только яичников. Во втором случае женщина теряет способность к деторождению, но избегает искусственной менопаузы. При необходимости послеоперационного применения лучевой терапии проводятся операции по выведению здоровых яичников из зоны планируемого облучения. В таком случае после удаления пораженных участков репродуктивной системы яичники поднимаются ближе к подреберью и фиксируются в брюшной полости. Это становится возможным, поскольку РШМ чрезвычайно редко метастазирует в яичники.

В случае ранней стадии РШМ возможно применение органосохраняющего лечения путем радикальной абдоминальной трахелектомии. При этом вмешательстве матка и яичники не удаляются, а отсекается исключительно шейка матки на уровне внутреннего зева. Иссечению подлежат не только окологеечная клетчатка, но и лимфатические узлы, расположенные по ходу подвздошных сосудов (по сути, это модификация операции Вертгейма). Далее производится формирование маточно-вагинального анастомоза, который позволяет, не уменьшая радикализма операции, полностью сохранить репродуктивную функцию женщин детородного возраста. Кроме того, данный метод лечения позволяет улучшить психоэмоциональное состояние и качество жизни пациенток, снижает продолжительность послеоперационной реабилитации.

В настоящее время предложены следующие критерии для проведения радикальной абдоминальной трахелектомии: 1) экзосервикальная форма РШМ (по данным кольпоскопии); 2) диаметр опухоли ≤ 2 см; 3) отсутствие аденокарциномы; 4) клиническая стадия IA2 или IB; 5) отсутствие метастатического поражения тазовых лимфатических узлов; 6) отсутствие поражения капиллярного пространства; 7) фертильный возраст пациентки, ее желание иметь детей.

Следует учитывать, что деторождение после такой операции все же сопряжено с определенными трудностями. В случае беременности такие женщины автоматически относятся к группе высокого риска и требуют тщательного медицинского сопровождения в течение всего срока гестации. После перенесенной операции шейка матки теряет нормальный запас растяжения, в связи с этим иногда беременной на область раннего удаленной шейки под анестезией накладывают шов по Широкарду, позволяющий удерживать плод в полости матки. Впоследствии пациентке выполняют кесарево сечение при доношенной беременности.

Следует отметить, что органосохраняющие операции с сохранением фертильности оправданы только при уверенности в радикальности проведенного лечения. Необходимым компонентом органосохраняющей терапии является правильное хирургическое стадирование опухолевого процесса, основанное на знаниях путей метастазирования опухоли и в целом определяющее тактику лечения.

? На чем бы Вы хотели акцентировать внимание наших читателей?

— Мы призываем женщин с уважением относиться к своему организму, не избегать посещений гинеколога. Адекватное отношение к своему здоровью — это элемент культуры, показатель сознательного отношения к жизни и пониманию того, что цена беспечности зачастую бывает очень высокой. Хотелось бы также, чтобы врачи первичного звена осознавали ответственность за здоровье обратившихся к ним женщин и наминали своим пациенткам о необходимости регулярных обследований.

Подготовила Катерина Котенко