



**Репродуктивне здоров'я жінок – важливіше умови демографічного благополуччя країни. Распространенность гинекологічних захворювань в Україні достатньо велика, и найбільше опасення в даному контексті закономерно викликає висока частота онкологічної патології. В останні роки в центрі уваги лікарів и організаторів здоров'я знаходиться рак шийки матки (РШМ) – захворювання, розвиток якого може бути успішно запобіжено.**

О сучасному стані проблеми профілактики и лікування РШМ, а також о значимих подіях в житті онкогинекологічної служби країни розповіла **головний онкогинеколог Міністерства здоров'я України, завідувачка науково-дослідницьким відділенням онкогинекології Національного інституту раку, доктор медичних наук, професор Людмила Іванівна Воробєва.**



— Сучасна динаміка захворюваності злоякісними опухлями репродуктивної системи в нашій країні в першу чергу характеризується суттєвим зміною вікової структури РШМ. Відзначається тенденція до

«омоложенню» захворювання: більше 4% хворих РШМ сьогодні – жінки в віці до 30 років. Подібна тенденція пояснюється раннім початком половий життя, ризикованим сексуальним поведінням молоді, а також курінням, небагатоприятною екологічною ситуацією, обилим стресових впливів.

В результаті приходиться всерйоз задумуватися над тим, як зробити директора загальноосвітньої школи или ректора університету союзником в первинній профілактиці РШМ. Незаплановані вагітності у 14-16 років, прервані вагітності, наявність дисплазій, предпухолової патології шийки матки, запущені випадки раку у совсем молодих жінок – вот далеко не весь перелік наслідків так називаного псевдопуританства, до сих пор розповсюдженого в постсоветському просторі. Під псевдопуританством я розумію обмеження доступу дітей до адекватної інформації в області сексуального виховання, о методах контрацепції, первинній профілактиці захворювань половий системи. Відсутність знань лише збільшує ризики для стрімко зростаючого дитини, створюючи с далеко не дитячими проблемами и помилками. В результаті в Нідерландах, де сексуальне просвітлення молоді вважається нормою, на 1 тис. дівчаток 15-19 років приходиться 4 незапланованих вагітностей, тоді як в Росії – в 10 разів більше, в Україні не менше.

Як відомо, причиною РШМ вважається інфікування вірусом папіломи людини (ВПЧ), який передається половим шляхом. И хоча в більшості випадків вірус з часом

випливає з організму, при наявності додаткових факторів ризику либо багаторазовому інфікуванню ВПЧ може привести до розвитку РШМ. К факторам ризику розвитку захворювання відносять сексуальний дебют в віці до 16 років, наявність 3 и більше партнерів в період життя, імунodefіцитні стани, куріння. Крім того, в групу ризику необхідно включити жінок, партнерів яких характеризують ризикованим сексуальним поведінням либо раніше мали контакти з жінками, у яких був виявлен РШМ.

Считаю дуже необхідним створення в школах спеціальних освітніх програм сексуального поведіння. Діти знають, що ризиковане сексуальне поведіння чревато незапланованою вагітністю, венерическими захворюваннями, СПИДом, однак поняття не мають, що таке поведіння сприяє розвитку раку шийки матки. Будуть знати діти – навчать маму, бабусю, які не осмеліли гинекологом десятиліттями. Лекції на тему профілактики раку шийки матки актуальні и в вищих навчальних закладах як важлива складова загальноосвітніх програм по збереженню здоров'я. Важне звено підвищення загальноосвітнього рівня населення – видання брошур, буклетів.

В останні 10 років рівень захворюваності РШМ залишається приблизно на одному рівні, складаючи в середньому по Україні 19-20 випадків на 100 тис. жіночого населення (тобто приблизно 5 тис. нових випадків в рік). Середні статистичні показники захворюваності відрізняються в залежності від регіону и варіюють від 15 до 30 випадків на 100 тис. жіночого населення. Ураховуючи, що дана патологія піддається профілактиці, в тому числі шляхом вакцинації, реальним успіхом було б зменшення захворюваності.

В останні 10 років показники смертності від РШМ поступово зменшуються. Збільшилась частота раннього виявлення захворювання: так, виявляемость 3 и 4 стадії РШМ знизилась на 16 и 25% відповідно. И все же РШМ до сих пор займає 6-е місце в структурі онкологічної смертності жіночого населення, а сьогодні ще и лідирує серед причин смерті жінок в віці до 30 років. И це особливо сумно, ураховуючи, що дане захворювання доволі легко запобіжити на початкових стадіях, коли його лікування вважається відносно простим и дозволяє зберегти репродуктивну функцію.

Слід підкреслити, що в віковій структурі захворюваності РШМ

## Рак шийки матки: сучасне стану проблеми

більше 55% складають жінки від 30 до 54 років, тобто пік захворюваності припадає на трудоспроможний вік. Якщо врахувати, що ще майже 18% РШМ діагностується у жінок 55-64 років, а пенсійний вік в нашій країні збільшується, то соціально активні працюючі жінки будуть складати більше 70% всіх хворих РШМ. В світлі наведених даних стає очевидним, наскільки серйозною медико-соціальною проблемою є це захворювання, суттєво зменшуюче трудовий и демографічний потенціал населення України.

Основою скринінгу РШМ в усьому світі є процедура під назвою ПАП-мазок. Клітинний матеріал з поверхневих шарів епітелію шийки матки відбирається на аналіз в період звичайного гинекологічного огляду, проба наноситься на предметне скло, фіксується и направляється в цитологічну лабораторію. Змінені епітеліальні клітини легко розпізнаються по ряду морфологічних ознак.

Благодаря впровадженню галузевих програм «Скринінг патології шийки матки на 2005-2010 гг.» (приказ МЗ України № 677) вдалося підвищити бдительність лікарів акушерів-гінекологів, що сприяло більш активному обстеженню жінок и виявленню РШМ на ранніх стадіях. Во багато саме благодаря активності цих спеціалістів збільшилась частота виявлення карциноми *in situ* – с 2,2 випадків на 1000 в 2002 г. до 5,8 в 2010 г. По даним Національного онкологічного реєстра за 2010 г., 58% випадків захворювання карциномою *in situ* шийки матки виявлені в результаті самостійного звернення жінок, не маючи скарг, 30% – в оглядових кабінетах, ще 12% – при інших видах профілактичних оглядів. Таким чином, зменшилось число запущених випадків РШМ, що говорить про те, що досягнуті значимі успіхи, ще дуже рано. В основний показник, на який ми опираємося, – 5-річна виживаемість, во багатьох західних країнах перевищує 80%, в Україні складає приблизно 50%.

Особливий досвід впровадження скринінгу патології шийки матки виявився цікавим нашим російським колегам. Для обговорення проблеми скринінгу РШМ я була запрошена в якості експерта для участі в міжнародному міждисциплінарному форумі «Шийка матки и вульвовагінальні захворювання», який відбувся 14-17 листопада 2012 року в м. Москві (РФ). Якщо в нашій країні в цьому відношенні уже зроблені конкретні кроки, то в Росії процес впровадження скринінгу тільки починається. Було піднято питання про те, як саме найбільш ефективно проводити скринінгові заходи – методом цитологічного дослідження или аналізу на ВПЧ. Другий варіант ми вважаємо менш ефективним, оскільки значуща частина жінок може бути

інфікована, но тільки у незначущого їх кількості при наявності додаткових факторів ризику інфікування приводить до РШМ.

Хотілось би відзначити високий науковий рівень форуму, в якому взяли участь онкологи, дерматологи, цитологи, акушери-гінекологи и інші спеціалісти. Багато важливіх проблем були розглянуті в новому ракурсі, привабливо привертая увагу учасників. Приємно відзначити, що наш внесок в рішення проблеми скринінгу був високо оцінений російськими колегами.

Як и завжди, велику увагу в нашій країні приділяють питанням підвищення кваліфікації спеціалістів. Так, в 2012 г. в Закарпатській області успішно пройшов семінар, в рамках якого активно обговорювались сучасні аспекти профілактики и ранньої діагностики РШМ, відбулись майстер-класи по кольпоскопії. В заході взяли участь лікарі акушери-гінекологи з різних регіонів нашої країни. Слід відзначити, що Закарпатська область в якості приймаючого регіону була вибрана не випадково: по рівню організації цитологічного скринінгу и диспансерного нагляду вона може слугувати прикладом для всієї країни. Незважаючи на те, що це віддалений регіон нашої країни, в який входять труднодоступні гірські райони, саме в цій області першою була організована и повністю комп'ютеризована система скринінгу патології шийки матки и диспансерного нагляду жінок, що пройшли лікування по поводу РШМ.

Успішно пройшла традиційна науково-практична конференція «Рак шийки матки: актуальні питання діагностики и лікування» в м. Івано-Франківськ, яку відкрила міністр здоров'я України Раїса Богатирева. Науковий заход, що тривав 2 дні, об'єднав більше 400 учасників для обговорення актуальних питань галузі. В рамках форуму були підняті численні актуальні питання; в частині, обговорювалась проблема виявлення онкологічних захворювань на профосмотрах. Як відомо, в своє время цей показник був підвищений в ранг рейтингових, що повлекло за собою спотворення результатів. Говорили про те, що цитологічна служба потребує більших дотацій для розвитку, а також про необхідність введення професійного цитолога, проведення заходів, направлених на профілактику. В даний час, як підкреслила міністр здоров'я, профілактичне спрямування є основним в медицині.

Слід відзначити, що наша клініка успішно представляла Україну в рамках багатьох міжнародних наукових форумів. В частині, на Міжнародному конгресі онкогинекологів в м. Ванкувері (США) були представлені нові напрацювання в лікуванні трофобластическої хвороби – рідкої и складної

# О результатах национального срезового исследования использования заместительной гормональной терапии в Европе

**Роль заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в профилактике сердечно-сосудистых, урогенитальных осложнений и остеопороза известна и хорошо изучена. Тем не менее процент использования ЗГТ в Украине у женщин в перименопаузе остается довольно низким. С аналогичными проблемами сталкивались в свое время и Европейские страны, что послужило проведению ряда исследований, изучающих причины этого явления.**

патологии в практике онкогинеколога. Кроме того, принимали участие в работе Съезда онкологов стран СНГ в г. Астана (Республика Казахстан), где украинская делегация традиционно активно участвовала в работе всех секций. С каждым годом этот форум приобретает все больший резонанс, проводится на все более высоком научном и организационном уровне. Наша делегация представила на съезде материалы, посвященные лечению злокачественной опухоли такой редкой локализации, как рак вульвы, который в запущенных стадиях требует проведения достаточно сложных в реализации хирургических вмешательств. Кстати, наличие запущенных случаев рака вульвы в нашей практике — это тоже не что иное, как печальные последствия легкомысленного отношения женщин к своему здоровью. Если на ранних стадиях это заболевание относительно легко поддается терапии, то хирургическое лечение запущенных стадий предполагает проведение сложных операций с иссечением вульвы и уретры, сопровождающихся сложными пластическими операциями (закрытием дефекта кожными лоскутами и т. д.). Мы также рассказали об опыте нашей клиники в лечении хорионэпителиомы — редкой, но крайне агрессивной злокачественной опухоли, возникающей из элементов трофобласта при беременности. Все доклады сопровождались оживленной дискуссией, что подтверждает их актуальность и интерес со стороны коллег.

Подводя итоги, хотелось бы упомянуть о перспективах на ближайшее будущее. Сегодня на государственном уровне поднята проблема введения в график прививок иммунизации против ВПЧ девочек 9-12 лет, что позволит осуществлять организованную вакцинопрофилактику РШМ. В целевую возрастную группу входит относительно небольшое количество детей, государственное финансирование такой программы вполне реально, и мы приложим все усилия для того, чтобы убедить и государство, и родителей в необходимости этой меры как единственного на сегодня доступного метода профилактики РШМ. Примером для нас является опыт многих западных государств, которые уже несколько лет назад внедрили вакцинацию на уровне государственных программ.

В самое ближайшее время необходимо создавать единую компьютерную систему проведения скрининга патологии шейки матки, учитывая опыт областей. Сегодня отдельные регионы используют собственные локальные компьютерные программы и базы данных, однако будущее — за единой национальной системой, создание которой стоит на повестке дня. Кроме того, в программе «Онкология» отдельным пунктом предусмотрено создание на базе Национального института рака специализированного центра профилактики рака репродуктивной системы. Немаловажно, что это будет современный центр, ограниченный от клиники, — таким образом, обращаясь по поводу профилактического обследования женщинам не придется опасаться обстановки онкологической поликлиники или стационара. Помимо диагностики, центр будет проводить организационно-методическую, просветительскую работу среди населения. Уверена: чем больше мы будем говорить об этой проблеме, тем выше шансы на улучшение показателей ранней диагностики и излечения больных.

Подготовила Катерина Котенко

Одним из наиболее показательных стало исследование, проведенное в 1996 году в четырех европейских странах — Франции, Германии, Испании и Великобритании, в котором приняли участие женщины в возрасте от 40 до 65 лет. Исследователи поставили своей целью изучение вопросов, связанных с наступлением менопаузы, различных мнений о ЗГТ, истории ее применения, а также причин неиспользования ЗГТ.

Участников исследования распределили в три группы: женщины находящиеся в перименопаузе, менопаузе и постменопаузе.

Результаты исследования показали, что количество женщин, которые никогда не обсуждали вопросы менопаузы с врачом, зависело от страны и периода менопаузы. В целом, почти половина опрошенных женщин не обсуждали этих вопросов со своими врачами. В то же время около половины лиц в пре- и постменопаузе и две трети женщин в перименопаузе консультировались с врачом.

Существенные отличия в системе оказания медицинской помощи различных стран повлияли на структуру обращаемости: более двух третей француженок, немок, испанок обсуждали свои проблемы с гинекологом, в то время как свыше 90% женщин в Великобритании по вопросам менопаузы общались с терапевтом.

Наиболее проинформированными о ЗГТ оказались женщины в перименопаузе в сравнении с теми, кто находился в пре- и постменопаузальном периодах — 23 против 14% соответственно.

Осведомленность о ЗГТ варьировала в зависимости от страны: 82% опрошенных женщин в Великобритании полагают, что они знали о ЗГТ мало, тогда как в Испании этот показатель был почти в два раза меньше — 46%, а во Франции и Германии — 40%.

В целом около двух третей респондентов считали, что они нуждаются в дополнительных сведениях о ЗГТ.

Главным источником информации о ЗГТ были врачи (гинекологи или врачи общей практики). Исключением стала Великобритания, где только 28% женщин считают врачей наиболее важным источником информации о ЗГТ, в то время как более 30% британок отдали предпочтение женским журналам и телевидению.

30% женщин в исследовании были условно выделены в «активную/вопросительную» подгруппу. Ее основу составили медицинские работники, что объясняло наибольшую информированность ее участников о симптомах менопаузы и ЗГТ и заинтересованность в получении дополнительной информации о менопаузе.

Представительницы этой группы также были склонны пробовать различные формы ЗГТ в случае неудовлетворительности от получаемого лечения.

В подгруппу «чувствительных/обеспокоенных» вошли около 44% участниц от общей выборки. Исследуемые этой подгруппы рассматривали менопаузу как сложный, удручающий этап в своей жизни. Они, как правило, более озабочены симптомами менопаузы, но в случае изначального недовольства ЗГТ, скорее всего, прекратили бы прием препаратов без консультации со своим врачом.

Подгруппа «равнодушных» женщин составила около 25% от общего числа участниц и была не очень заинтересована в получении дополнительной информации об этом этапе своей жизни и, скорее всего, оставалась бы на первой форме ЗГТ, если бы прибегла к ее приему.

Около 25% женщин в постменопаузе утверждали, что получали ЗГТ некоторое время; используют в данный момент — 13% (18% — во Франции и Великобритании, 8% — в Испании и Германии). Примерно одна треть женщин принимали ЗГТ в перименопаузе во время проведения исследования.

Более 75% испанских женщин перименопаузального возраста никогда не применяли ЗГТ. Этот показатель на 14, 25 и 41% больше, чем у женщин того же возраста в Германии, Великобритании и Франции соответственно.

Процент женщин в целом, применяющих ЗГТ, варьировал в зависимости от страны: от 18% — в Испании до 55% — во Франции. Эти показатели были несколько выше, чем те, что в ранних европейских исследованиях, а также аналогичны данным в США.

Таким образом, несмотря на то что выгоды от ЗГТ хорошо известны, использовали ее меньшинство опрошенных женщин.

Подавляющее большинство женщин (88% в среднем) считали, что они должны иметь право голоса в вопросе назначения ЗГТ и в выборе препарата.

Немецкие женщины, принимающие и принимавшие ЗГТ, считают себя более самостоятельными в первоначальном решении, касающемся приема ЗГТ, чем женщины из других стран.

Более 60% принимающих ЗГТ во Франции и Германии предварительно консультировались с врачом, когда требовалось продление курса терапии или ее коррекция, тогда как в Великобритании и Испании такие консультации имели место только в 40 и 16% случаев.

Большинство женщин, принимающих ЗГТ, сообщали о высоком уровне удовлетворенности терапией, из них 68% — в Испании и 88% — во Франции, и только 1% женщин в Испании отрицательно высказывались о ЗГТ. И все-таки продолжительность приема ЗГТ варьировала в широких пределах.

Несмотря на тенденцию к увеличению использования ЗГТ, большинство европейских женщин, которые могли бы извлечь выгоду от терапии, не получают ее.

Женщины не только очень мало знают о ЗГТ вообще, но и не имеют конкретных знаний о разнообразии лекарственных форм, долгосрочных преимуществах ЗГТ и предельно возможной продолжительности лечения. Таким образом, почти половина опрошенных лиц в целенаправленных обследованиях не были осведомлены о наличии трансдермальных форм ЗГТ и еще меньше знали о гелях, кремах или инъекциях. Кроме того, меньше половины женщин за пределами Великобритании рассматривают долгосрочные преимущества ЗГТ как защиту от остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний. Этой информацией мало владеют даже те женщины, которые в настоящее время применяют ЗГТ. В среднем три четверти женщин были ориентированы на краткосрочный прием ЗГТ, несмотря на то что положительное влияние от лечения может достигаться только при длительном использовании ЗГТ.

Существует мнение, что предположение о необходимости длительного приема может быть слишком преувеличено. Ряд исследований показывают, что длительность приема ЗГТ зависела от времени наступления эффекта заместительной терапии. Как правило, у большинства женщин этот эффект наступал после двух лет приема ЗГТ, что и служило причиной окончания лечения.

Исследование, проведенное в Германии, показало, что лишь 25% пациенток принимали ЗГТ больше 5 лет.

Медицинский персонал и учреждения здравоохранения могут и должны играть непосредственную роль в инициации дискуссии по ЗГТ и менопаузе, обучении пациентов и процессе принятия решений. Кроме того, врачи, их профессиональные группы и государственные учреждения здравоохранения должны содействовать развитию программ общественного образования, информировать женщин о физиологии менопаузы и об общих причинах, обосновывающих необходимость использования ЗГТ.

В Великобритании популярные средства массовой информации, такие как женские журналы и телевидение, являются важными источниками информации о ЗГТ, они также эффективно могут быть использованы в других странах.

Врачи должны быть более внимательными и учитывать широкий спектр факторов, влияющих на приверженность к лечению. Например, пол врача, как оказалось, влияет на назначение ЗГТ.

Установлено, что среди более чем 200 пациенток в США, которые наблюдались у врачей-женщин, значительно чаще отмечалось назначение ЗГТ, чем у лечившихся у врачей-мужчин (45 против 23% соответственно,  $p < 0.001$ ). Правда, не ясно, связано ли это с большей ориентированностью на профилактику врачами женского пола, или же это объясняется более высоким уровнем комфорта общения между пациентами и врачами женского пола.

Кроме того, оказалось, что существуют несвязанные причины, которые могут влиять на поведение женщины по отношению к ЗГТ. Например, в Германии женщины, которые использовали оральные контрацептивы в прошлом, оказались значительно более приверженными к использованию ЗГТ, чем женщины, которые никогда их не использовали.

Необходимо также учитывать, что способность чувствовать и понимать своих пациенток может помочь врачам в работе с женщинами при выборе схемы лечения и обеспечить необходимый режим приема ЗГТ в менопаузе. Врачи должны обсудить преимущества и недостатки альтернативных форм ЗГТ со своими пациентами, например применение трансдермальных пластырей эстрогена. Также следует объяснить, что трансдермальные и пероральные формы ЗГТ могут обеспечить облегчение от вазомоторных и урогенитальных симптомов, предотвращение потери костной массы, а также оказывают положительное влияние на работу сердечно-сосудистой системы.

В заключение следует отметить, что какая бы форма гормонозаместительного средства не была выбрана, врачи должны помочь своим пациенткам понять преимущества ЗГТ и сформировать реалистичные ожидания по поводу терапии. Это поможет нейтрализовать эффекты, возникающие от сложного сочетания факторов, которые могут снизить эффективность лечения и приверженность к ЗГТ. То есть, приверженность к ЗГТ напрямую зависит от усилий, направленных на информационно-просветительскую работу.

Сокращенный перевод с англ. Натальи Карпенко