



30 января 2014 года прошла Всеукраинская телеконференция на тему «Национальная стратегия профилактики опухолевых заболеваний репродуктивной системы», приуроченная Всемирному дню борьбы с раком, который во всем мире отмечают 4 февраля. В ее работе приняли участие врачи акушеры-гинекологи, онкологи, маммологи, урологи со всей Украины, которые обсудили основные вопросы диагностики, лечения и профилактики онкологических заболеваний репродуктивной системы. Предлагаем читателям ознакомиться с докладами конференции, которые касались гинекологической проблематики, а также с наиболее интересными вопросами и ответами на них, прозвучавшими в рамках научного форума.

Конференцию открыл доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный онколог МЗ Украины И.Е. Седяков, сообщением о высоких показателях заболеваемости раком репродуктивных органов в нашей стране, где на первом плане по онкостатистике стоит заболеваемость раком грудной железы (РГЖ). Этой тематике во время конференции было уделено максимальное внимание как докладчиков, так и практикующих специалистов.

— РГЖ занимает первое место как в структуре заболеваемости, так и смертности среди женщин не только в Украине, но и в развитых странах мира. В Украине регистрируется около 16 тыс. новых случаев РГЖ и наблюдается неудержимая тенденция к росту заболеваемости, в 2011 г. составляя 66 на 100 тыс. женского населения, в 2012 г. — 67,1 на 100 тыс.

Благоприятность исхода лечения РГЖ зависит от раннего выявления заболевания, о чем свидетельствуют данные мировой статистики, указывающие на 5-10-летнюю выживаемость больных с РГЖ в 90% случаях, если заболевание обнаружено на первой стадии. Однако показатели выживаемости уменьшаются с прогрессированием стадии заболевания. Кроме того, раннее выявление РГЖ обеспечивает значительную экономию средств.

Маммография остается основным методом скрининговых мероприятий, обеспечивающим раннюю диагностику РГЖ. В Украине благодаря увеличению количества маммографических кабинетов (355) и общего количества исследований за последние 10 лет произошли определенные позитивные изменения в плане ранней диагностики РГЖ. На I и II стадии болезни диагностируется 78% вновь выявленного РГЖ, 13% — на III стадии, 8% — на IV. Удельный вес запущенных форм РГЖ составляет не более 20%.

В значительной степени обеспечение ранней диагностики и качественной информационно-просветительской работы зависит от взаимодействия медицинской общественности и общественных организаций.

Следующим в рамках конференции выступил член-корреспондент Национальной академии медицинских наук, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный гинеколог МЗ Украины В.В. Каминский.

— В свое время для акушеров-гинекологов проблема рака грудной железы была забыта или переориентирована. В нынешних условиях эти задания в определенном смысле перекладываются на врачей общей практики — семейной медицины. Однако пока существуют сложности в реализации данной программы функции скрининга и первичного осмотра можно было бы переложить на акушеров-гинекологов. Именно они являются во многих случаях врачами первого контакта, в частности, в женских консультациях. В прошлом году в стране была 501 тысяча родов, и это — значительный резерв для выявления патологии. Если у каждой беременной при осмотре акушер-гинеколог проверит молочную железу, вероятно, диагностика заболевания повысится. А вторичное обследование и консультирование уже проводится на базе специализированных клиник, которые имеют большой опыт и занимаются такими вопросами ежедневно.

Заведующий маммологическим отделением Киевского городского клинического онкологического центра, главный маммолог г. Киева, Н.Ф. Аникусько акцентировал внимание присутствующих на важности клинического скрининга РГЖ.

— Одной из главных причин роста заболеваемости РГЖ за последние 30 лет является резкое изменение социального и репродуктивного поведения современной женщины. Если сравнить женщин XVIII и XX века, то это женщины с разным репродуктивным профилем. Пристальное внимание к репродуктивной системе обусловлено тем, что грудная железа — это часть репродуктивной системы, а 80% РГЖ является гормонозависимым процессом.

Работу онколога и гинеколога координируют несколько документов, это — «Инструкция по формированию и диспансерному наблюдению групп повышенного риска по заболеванию злокачественными новообразованиями и большими предшествующими (предопухолевыми) заболеваниями», утвержденная приказом МЗ Украины № 192 от 07.04.1986 г., приказ МЗ Украины № 676, в котором персоналифицирована ответственность за первичную диагностику, приказ МЗ Украины № 208, в котором прописано положение о женском смотровом кабинете.

Данные приказы много внимания уделяют профилактической направленности медицинской помощи и диагностическому скринингу. Не умаляя значения современных методов скрининга, коими являются маммографический и генетический, не следует забывать о клиническом скрининге. Хорошо обученный специалист при обследовании может выявить опухоль от 4 мм, что попадает под категорию раннего рака. Приверженность к клиническому скринингу мы получаем в том случае если женщина и врач мотивированы одним правилом — «находит только тот, кто ищет».

Одним из вопросов, который был адресован Николаю Федоровичу — возможности онкопротектора Эпигалин с целью снижения побочных эффектов при применении таких препаратов, как торемифен, тамоксифен, у женщин, оперированных по поводу РГЖ. Отвечая на данный вопрос, маммолог отметил: «Не стоит применять препарат там, где его возможности до конца не изучены. Эпигалин имеет большие возможности применения у пациенток старше 25 лет с функциональными нарушениями цикла и мастодинамией как онкопротектор с антипролиферативной активностью. И именно здесь его применение целесообразно и патогенетически обосновано».

Заслуженный врач Украины, хирург-маммолог Киевского городского клинического эндокринологического центра И.С. Ковальчук остановился на важности самообследования и необходимости выработки критериев онкологического риска при проведении скрининга РГЖ.

— В системе профилактики РГЖ основное место принадлежит непосредственно женщине, поскольку в 95% случаев патологические образования обнаруживаются в результате самообследования. Это совершенно не затратный метод диагностики, требующий лишь правильного обучения. Все профилактические мероприятия должны проводиться с учетом возрастных групп, начиная 12-15-летнего возраста.

Врач должен понимать: молочная железа — это зеркало гормонов, то есть, гормонозависимый, гормонорегулируемый, гормонопродуцируемый орган. Чрезвычайно важными в ранней диагностике являются три аспекта: самообследование, консультация у специалиста-маммолога и инструментальная диагностика — маммография, УЗИ, термография. УЗ-диагностика должна проводиться минимум раз в 2 года с молодого возраста. В 35 лет рекомендуется разово провести маммографию, в возрасте от 40 до 50 лет — раз в 2 года, и после 50 лет делать маммографию ежегодно. При наличии онкологической настороженности, независимо от возраста производится маммография. При диагностике необходимо выделять диффузные и узловые формы, и помнить, что в узловых формах при невыраженной пролиферации возникает РГЖ составляет 0,3-2%, при умеренно выраженной пролиферации — около 5%, при выраженной пролиферации — 30-50%. Следовательно, акцент необходимо делать на диагностическом обследовании грудных желез.

В целом врачам, занимающимся диагностикой, необходимо систематизировать свои знания и определиться с факторами зоны риска. Размеры опухоли не могут быть единственным критерием диагностики. Распространенной ошибкой функциональной диагностики является увлечение анэхогенными и гипоэхогенными структурами, что может быть причиной упущения других

образований, представляющих не меньшую опасность. Вопросы лечения доброкачественных образований в грудной железе были затронуты при обсуждении фитотерапии в лечении фиброзно-кистозных изменений в грудной железе, где Игорь Семенович поделился своим личным опытом применения фитокомплекса Тазалок™.

— Результаты просто поразительные. Тазалок™ оказывает комплексное воздействие на все основные патогенетические звенья патологического процесса и, в результате, снижается болевой синдром, нормализуется менструальный цикл и уменьшаются размеры кист. Так же препарат Тазалок™ прекрасно себя проявил при лечении фиброзно-кистозных процессов в грудной железе на фоне проблем щитовидной железы, аутоиммунного тиреоидита, заболеваниях женской репродуктивной сферы. Следует помнить, что изменения в грудной железе не лечатся одним препаратом и одним курсом, поэтому Тазалок™ нужно комбинировать с другой терапией и назначать циклами в течение 3 месяцев с повтором после 3-месячного перерыва. Безусловно, определенный потенциал как маммопротектор имеет также Эпигалин, его антипролиферативные, противоопухолевые и проапоптотические эффекты в действительности незаменимы для женщин групп риска по РГЖ.

Несомненно, первоисточником неопластических процессов в репродуктивных органах женщины являются дисгормональные изменения. Именно эту тематику раскрыла в своем выступлении член-корреспондент НАМН Украины, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Т.Ф. Татарчук.

— В структуре онкологической заболеваемости органов репродуктивной системы преобладают гормонозависимые опухоли. Потенциальные возможности к малигнизации гормонозависимых неопластических процессов зависят от их локализации, морфологических особенностей, сопутствующих и фоновых заболеваний.

В 80% рак эндометрия (РЭ) ассоциирован с гиперплазией эндометрия, которая является гормонозависимой патологией. Следовательно, к гиперплазии эндометрия необходимо адекватно относиться и адекватно лечить. Ведь по данным Национального института рака США, при РЭ 5-летняя выживаемость составляет до 65%, что существенно ниже, чем при раке молочной железы. Потому профилактика и адекватное лечение гиперплазии не вызывает сомнений.

В контексте обсуждаемой проблемы отдельного внимания заслуживает эндометриоз — заболевание, часто ассоциированное с определенными неопластическими процессами репродуктивной системы женщины, о чем говорят результаты ряда исследований. Одно из них было проведено в Швеции, изучены истории болезни 20 тыс. женщин с эндометриозом. Его результаты показали, что для данной популяции женщин в целом частота встречаемости онкологической патологии на 37% выше, нежели в общей популяции.

Женщины с дисгормональными гиперпролиферативными заболеваниями репродуктивной системы относятся к группе риска, и профилактические мероприятия у них являются обязательными. Поэтому коррекция уровня эстрогенов и нарушения их обмена либо за счет питания, либо за счет биологически активных веществ — перспективное направление в профилактике гормонозависимых опухолей. Отвечая на вопрос об онкопротекции таких молекул, как индол-3-карбинол, эпигаллокатехин-3-галлат Татьяна Феофановна рассказала о существующих перспективах их применения, как с профилактической целью, так и в составе терапии сопровождения.

— Опыт назначения такого препарата как Эпигалин при эндометриозе у меня есть, и он весьма положительный. Пациентки чувствуют себя хорошо, болевой синдром практически не возвращается. Данные эффекты реализуются за счет влияния Эпигалина на патогенетические механизмы гиперплазии, прежде всего блокады гормон-зависимых и гормон-независимых путей пролиферации в эндометрии. Использование Эпигалина дает возможность реже возвращаться к таким сильнодействующим препаратам, как агонисты GnRH или диеногест, и применять их менее продолжительными курсами.

Заведуюча кафедрою онкології з курсом лучевої діагностики та терапії Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор В.Г. Дубинина розповіла про ролі первинної профілактики онкологічних захворювань репродуктивної системи.

— В даному повідомленні йдеться про первинну профілактику онкологічних захворювань, якою повністю недостатньо ухвалено уваги, що пов'язано з поширеним заблудженням об'єктивних впливів на даний вид профілактики.

Згідно стратегії ХХІ століття в первинній профілактиці виділяють два великих блоки. Перший блок — це зниження експозиції канцерогенного фактора, в якому існують два підвиди — хіміопротекторна та вакцинопротекторна (оба знижують вплив канцерогенів на організм). Відношення FDA відносно хіміопротекторної вважається складним, але все ж, на думку учених, дане напрямлення со з часом займе гідне місце.

Важким напрямленням в структурі профілактики вважається зниження індивідуального ризику розвитку раку. Однак, якщо на сьогодні питання скринінгу раку шийки матки (РШМ) вважається вирішеним, то, що стосується захворювань грудної залози, йдеться про вузлові форми, а також РЯ та раку яєчників (РЯ) — ці ризики вважаються неуправляючими. Тобто, на сьогодні не представляється можливим прогнозувати індивідуальні ризики розвитку раку у конкретної пацієнтки за певними нозологіями.

Крім того, сімейні лікарі, які приходять на первинну спеціалізацію, мають певне уявлення про критерії формування груп онкологічного ризику. В програмах підготовки сімейних лікарів відсутнє системне поняття про генетичні синдроми, які сьогодні можна виявити на етапі клінічного анамнезу. Йдеться про синдром Лінча, який дуже тісно пов'язаний з розвитком онкопатології у жінок. В нашій університетській лабораторії проводиться генетичний аналіз осіб, які належать до груп ризику (синдром Лінча, поліпозний колоректальний рак) за аналізом двох груп генома — генів-супресорів (BRCA1, BRCA2) та онкогенів.

Для жінок, які входять до груп ризику, складається індивідуальна програма, за якою вони проходять щорічний скринінг: виявлення генетичних мутацій, щорічне ультразвукове обстеження, щорічна маммографія, поглиблений аналіз біохімічних маркерів.

Заведуючий відділенням онкогінекології ГУ «Національний інститут раку», кандидат медичних наук А.В. Турчак представив доповідь про проблему РЯ.

— Проблема збереження фертильності у жінок з онкологічними захворюваннями придатків безпосередньо пов'язана з своєчасною діагностикою як доброякісних, так і злоякісних процесів. РЯ займає третє місце в структурі онкогінекологічних захворювань матки та придатків після РЯ та РШМ, однак відрізняється найвищою смертністю, досягаючи 25% в перший рік виявлення. За даними національного реєстру раку в Україні фіксується до 4,5 тис. хворих РЯ, серед яких щорічно помирає близько 2,5 тис. жінок. Виявляється захворювання на І-ІІ стадії становить лише 36%, четверта частина з цього контингенту виявляється на профосмотрі.

Причини виникнення РЯ залишаються під тайною завісою — найбільше значення надається гормональним та генетичним факторам. Діагностика захворювання ґрунтується на трьох основних методах — бимануальне дослідження, УЗД та визначення онкомаркерів, специфічність яких недостатня. Дані обставини визначають тактику ведення хворих з опухлими придатками — всі опухолі придатків повинні бути видалені та морфологічно досліджені. Винятком є функціональні образи (ретенційні кисти). При цьому слід зауважити, що хірургічне лікування захворювань яєчника в гінекологічних відділеннях повинно проводитися в режимі онкобезпеки. В разі виникнення найменшого підозрювання на малигнізацію та відсутності досвіду проведення операцій з дотриманням правил хірургічного стадіювання пацієнтка повинна бути переведена в спеціалізовані заклади.

Вибір органозбережувальної тактики, що дозволяє зберегти придатки, допустимо на першій стадії РЯ, виживає пацієнтка при якій досягає 90% та дає можливість збереження фертильності.

Заведуючий відділенням хірургії з інвазивними методами діагностики та лікування ОНМедУ, кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології № 1 ОНМедУ О.В. Лукьянчук розповів про заходи, спрямовані на профілактику РШМ.

— РШМ — це одна з небагатьох злоякісних опухолей, розвиток якої можна попередити. Захворювання розвивається на фоні тривало існуючих предракових захворювань. Розрізняють два основних типи РШМ: плоскоклітинний рак та аденокарцинома. В 80-90% випадків опухолі шийки матки представлені плоскоклітинним раком. Щорічно в світі реєструється близько 600 тис. випадків РШМ, 80% хворих належать до жінок репродуктивного віку. Незважаючи на всі успіхи в дослідженні даної нозології та наявності скринінгових методів виявлення, ризик захворювання РШМ зростає з року в рік.

Питання вакцинопрофілактики РШМ вважаються вирішеними. Однак це не дає права говорити про тотальну вакцинацію

всього населення України. Під категорію вакцинуємих повинні потрапляти дівчата до початку статевих стосунків, не маючи контакту з вірусом папіломи людини. Якщо інфікування вірусом відбулося, ефективність вакцинації відсутня.

Важким моментом вважається усвідомлення того факта, що вакцинація не виключає, а, навпаки, вимагає підвищення активності в плані вторинної профілактики РШМ (цитологічний скринінг, розширена кольпоскопія). Правильне своєчасне виявлення фонових предракових захворювань шийки матки дозволить не тільки знизити, але й уникнути захворюваності на початкових стадіях.

Слід зауважити, що 5-річна виживаємисть пацієнток з важкими формами дисплазії становить 100%, тоді як п'ятирічна виживаємисть з РШМ І стадії становить менше 90%. Відповідно несправними вважаються витрати на лікування дисплазії та предракових стійких РШМ, оскільки вже на першій стадії РШМ вдаються до операцій та лікування. Тому всі зусилля повинні бути спрямовані на лікування предрака, а не його ранніх стадій. Крім того, помилкою вважається уявлення про виключальну роль ВПЧ, оскільки існують додаткові фактори, які впливають на захворюваність РШМ. В першу чергу йдеться про початок статевих стосунків до 16 років, часті зміни статевих партнерів, хронічні рецидивуючі запальні захворювання, куріння протягом понад 5 років по 10 сигарет на день.

Відповідаючи на питання про те, коли варто консультувати пацієнтку до онкогінеколога, Олег Валерійович відповів, що жодякщо при виявленні у пацієнтки дисплазії. Крім того, повинна проводитися біопсія шийки матки, причому в умовах спеціалізованого стаціонару, під загальною анестезією,

жодякщо з гістероскопією та обов'язковим діагностичним выскабливанням матки. В подальшому пацієнтка повинна пройти курс неспецифічної противірусної терапії, що часто, на жаль, не виконується. І часто пацієнтка з важкою дисплазією шийки матки після выскабливання не проходить ні цитологічний контроль, ні противірусну терапію, ні противоспалювальну, ні інтерферонотерапію.

Олег Валерійович нагадав про необхідність правильного та науково обґрунтованого підходу до лікування дисплазій шийки матки, особливо ІІ та ІІІ ступеня. «Наприклад, поряд з інтерферонами та противірусними препаратами ми широко використовуємо Епігалін (індол-3-карбінол 200 мг в поєднанні з епігаллокатехіном-3-галлатом 45 мг) в схемі лікування дисплазій. Епігалін також широко застосовується при проведенні органозбережувальних операцій при РШМ, що зменшує ризик рецидиву та продовжує безрецидивний період. Основа онкопротекторної функції препарату Епігалін забезпечується за рахунок нейтралізації діяльності факторів росту та індикації апоптозу, а також елімінації ВПЧ-інфікованих клітин» — резюмував доповідач.

Заключальним став доповідь **председателя Совета Украинской федерации борьбы против рака Татьяны Николаевны Леман**. Она рассказала о социальной инициативе «Онкозор» и начала свое выступление с высказывания, которое напомнило аудитории, что профилактика является самым доступным видом лечения, и непосредственно гинеколог стоит «в дозоре» по выявлению и профилактике онкологических заболеваний женской репродуктивной системы.

Підготувала **Наталія Карпенко**

Tazalok
Тазалок™
ПРИРОДНИЙ АНТИЕСТРОГЕН КОМПЛЕКСНОЇ ДІЇ

Негормональна корекція дисгормональних порушень

НОВИЙ ВИРОБНИК — НІМЕЦЩИНА

• ФІБРОЗНО-КІСТОЗНА МАСТОПАТІЯ • ГІПЕРПЛАЗІЯ ЕНДОМЕТРІЮ
• ФІБРОМІОМА МАТКИ • ЕНДОМЕТРІОЗ • КІСТИ ЯЄЧНИКІВ

епігалін
EPIGALIN
НАТУРАЛЬНИЙ ОНКОПРОТЕКТОР З АНТИПРОЛІФЕРАТИВНОЮ ДІЄЮ

Надійний захист від зростання пухлин в гормонозалежних органах

індол-3-карбінол (ІЗС) — 200 мг
епігаллокатехін-3-галлат (EGCG) — 45 мг

PROPHARMA

Tazalok™ — комбінований негормональний лікарський засіб. Виявляє селективну антиестрогенну активність, призводить до ритмічного вироблення і нормалізації співвідношення гонадотропних гормонів, сприяє зниженню рівня пролактину та підвищенню рівня прогестерону, усуває дисбаланс між естрадіолом і прогестероном, нормалізує другу фазу менструального циклу, а також чинить антипроліферативну, протизапальну, резорбтивну, седативну та загальнозміцнюючу дію. Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, період вагітності і годування груддю, дитячий вік. P/n UA/8499/01/01. Виробник: Dr. Gustav Klein GmbH&Co.KG, Germany (Штайнфельд 3, Д-77736 Цель А.Х., Німеччина)

Epigalin™ здійснює гальмування патологічних гіпер- та диспластичних процесів в гормонозалежних органах і тканинах жіночої репродуктивної системи, зменшує розвиток папіломатозу та ступінь дисплазії шийки матки, викликаних вірусом папіломи людини. За рекомендацією лікаря призначається для патогенетичної профілактики передпухлинних та пухлинних захворювань при лейоміомі матки, мастопатії, гіперплазії ендометрію, ендометріозі (в т.ч. аденоміозі, ендометріодічних кистах), дисплазії шийки матки, аногенітальних кондиломах. Протипоказання: індивідуальна нестерпимість, вагітність та період лактації. Не рекомендовано одночасно вживати з кислотозніжувальними засобами. Не є лікарським засобом. Висновок № 05.03.02-03/8663 від 19.02.2013 року. Виробник: BHI - Biohealth Int. GmbH, Germany *О.В.Грищенко, Н.Г.Грищенко, В.В.Борисюк. //Репродуктивна ендокринологія. -2012. -№4(6). -С.33-37 Інформація призначена виключно для медичних фахівців. Повна інформація представлена в інструкції до застосування. ТОВ «УНІВЕРСАЛЬНЕ АГЕНТСТВО «ПРО-ФАРМА», м. Київ, вул. М. Котельникова, 1, оф. 97, тел.: (044) 422-50-70