

С.А. Ласачко, к.м.н., Донецкий региональный центр охраны материнства и детства

Заболевания грудных желез в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине: чья зона ответственности?

Последние 15 лет рак грудной железы (РГЖ) прочно занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости, среди злокачественных новообразований органов репродуктивной системы доля РГЖ составляет более 50%. Следует признать, что заболевания грудных желез (ГЖ) – одна из наиболее актуальных проблем современной медицины. РГЖ является лидером в структуре онкологической заболеваемости женского населения Европы и Северной Америки.

В Украине, как и во всем мире, темпы роста заболеваемости РГЖ оцениваются в 2-3% в год, что значительно опережает соответствующие показатели для злокачественных новообразований других локализаций. Заболеваемость РГЖ в Украине представлена на рисунке 1.

Постсоветской Украине досталась в наследство масса нерешенных вопросов в отношении скрининга, диагностики и диспансеризации пациенток с различными заболеваниями ГЖ – как со злокачественными, так и с доброкачественными. Традиционно в нашей стране наблюдением и лечением таких женщин занимались онкологи или хирурги. При этом имела место ситуация, когда большинство пациенток с РГЖ попадали к онкологу с заболеванием в поздних стадиях: так, 15 лет назад доля рака III-IV стадии составляла 42%, а смертность при этом заболевании – 50%, в то время как в развитых странах обсуждаемые показатели были значительно ниже – соответственно 5-10% и 15-18%. Кроме того, известно, что от 25 до 60% женщин страдают доброкачественными дисгормональными заболеваниями ГЖ (ДЗГЖ). В онкологии и гинекологии нет более распространенной проблемы, затрагивающей практически каждую вторую женщину и объединяющей эти две специальности необходимостью теснейшего сотрудничества. Однако отсутствие четкой системы взаимодействия и нормативной базы делало практически невозможным обеспечение этих пациенток полноценной медицинской реабилитацией.

К настоящему времени в Украине достигнут значимый прогресс в решении как организационных, так и юридических вопросов, что привело к существенному улучшению ситуации. Среди стран СНГ Украина является пионером в оптимизации ранней диагностики РГЖ и создании соответствующей нормативной базы. В последние годы интерес и внимание к здоровью ГЖ со стороны отечественных специалистов значительно возросли, что привело к изменению статистики выявляемости рака. Согласно данным за 2003 г.,

доля впервые выявленных случаев рака I-II стадии составила 73%, к 2009 г. этот показатель увеличился на 5,1% (до 78,1%). В свою очередь, показатель летальности до 1 года снизился на 1% в 2010 г. в сравнении с цифрами 2003 г. Однако следует признать, что до европейских показателей еще далеко.

В современных условиях для успешного лечения РГЖ, увеличения продолжительности жизни больных имеют значение 2 основных фактора:

- ранняя диагностика (профилактические осмотры и маммографический скрининг после 40 лет);
- высокий уровень оказания специализированной онкологической помощи.

В вопросах скрининга, диагностики, лечения и профилактики заболеваний ГЖ и определения тактики ведения пациенток чрезвычайно важны взаимодействие и взаимопонимание представителей различных специальностей: онкологов, акушеров-гинекологов, хирургов, а также семейных врачей. Во многих странах существуют государственные программы скрининга заболеваний ГЖ, цель которых – ранняя диагностика заболеваний и формирование групп риска с проведением в последующем профилактических мероприятий. Национальная программа скрининга заболеваний ГЖ существует и в Украине, она регламентируется приказами Министерства здравоохранения Украины от 31.12.2004 г. № 676, от 27.08.2010 г. № 728 и от 15.07.2011 г. № 417. В соответствии с этими нормативными документами в Украине для женщин в возрасте до 40 лет рекомендованы ежемесячное самообследование и клинический осмотр врачом 1 раз в год; для женщин старше 40 лет – ежемесячное самообследование, клинический осмотр врачом 1 раз в год и маммография 1 раз в 2 года. Как дополнительный метод используется ультразвуковое исследование ГЖ (в любом возрасте).

В условиях реформирования системы здравоохранения и усиления роли семейной медицины значительная доля ответственности в аспекте скрининга и ранней

диагностики заболеваний ГЖ отводится именно семейному врачу. Это отражено в протоколе, утвержденном приказом МЗ Украины от 23.11.2011 г. № 816. Данным протоколом регламентируется разработка комплекса мероприятий по раннему и своевременному выявлению РГЖ, а также по оказанию медицинской помощи пациенткам после окончания специализированного лечения. В приказе подчеркивается, что первичный уровень медицинской помощи в лице врачей общей практики – семейной медицины играет ключевую роль в организации раннего (своевременного) выявления бессимптомного рака, а также в привлечении женщин к участию в скрининге.

Учитывая, что существуют доказательства решающего влияния генетических факторов на возникновение некоторых форм рака, включая РГЖ, врачу общей практики – семейной медицины вменяется в обязанность составление и ведение реестра женского населения в возрасте от 18 лет и проведение анкетирования с целью оценки генетического риска. На базе реестра женского населения также проводится учет больных РГЖ (сверка с районным онкологом 1 раз в квартал). Все женщины должны получать от своего врача информацию о факторах риска РГЖ, связанных с образом жизни, быть обучены самообследованию ГЖ и информированы относительно скрининга на РГЖ.

В большинстве эпидемиологических исследований выявлены следующие факторы риска заболеваний ГЖ:

- возраст старше 35 лет;
- наследственность;
- гормональные изменения (эндокринные заболевания, прием гормональных препаратов);
- гинекологические заболевания;
- отягощенный репродуктивный анамнез;
- отсутствие родов, первые роды после 30 лет;
- бесплодие, многократные попытки стимуляции овуляции, ЭКО;
- большое число медицинских и самопроизвольных аборт;
- прерванная первая беременность, аборт после 35 лет;
- менархе до 12 лет;
- менопауза после 55 лет;
- работа в ночные смены, трансмеридианные перелеты;
- короткая или проблемная лактация;
- сопутствующие заболевания печени и щитовидной железы;
- маститы и травмы ГЖ;
- диетические факторы, ожирение;
- злоупотребление алкоголем, курение;
- психоневрогенный фактор.

Из вышеперечисленных факторов риска следующие 4 считаются основными: возраст старше 35 лет, наследственный (генетический) фактор, отсутствие родов и грудного вскармливания, а также гиперпролиферативные заболевания органов малого таза. Женщины с высокой степенью риска должны находиться под наблюдением маммолога или районного онколога (вторичный



С.А. Ласачко

уровень медицинской помощи), который определяет характер и кратность профилактических обследований.

Приказ МЗ Украины № 816 вносит следующие изменения в существовавшую ранее скрининговую программу: женщины до 50 лет без жалоб и с неотягощенным семейным анамнезом могут выполнять профилактическую маммографию 1 раз в 3 года. Маммография является золотым стандартом диагностики доклинического (непальпируемого) РГЖ. Чувствительность метода составляет 92-98%. Только при помощи маммографии можно выявить опухоль диаметром до 1 см, рак in situ или атипическую гиперплазию. С целью морфологической верификации таким женщинам выполняется прицельная стереотаксическая биопсия. Ранняя диагностика при помощи скрининговой маммографии не только существенно улучшает показатели выживаемости больных РГЖ, но и позволяет выполнять онкологам органосохраняющие операции с удовлетворительным эстетическим результатом, экономит средства на лечение.

При подозрении на опухоль после клинического осмотра и/или маммографии пациентка в течение недели должна быть направлена для проведения уточняющей диагностики к онкологу-маммологу. Это касается прежде всего женщин с жалобами на боль, узловое одиночное уплотнение в ГЖ, выделения из сосков, втяжение соска, изменения кожи ГЖ. Специализированные маммологические кабинеты предназначены для проведения уточняющей диагностики и определения показаний для направления на консультацию в онкодиспансер. Эти кабинеты являются своеобразным фильтром дифференциальной диагностики; при этом женщины более охотно обращаются по поводу маммографического обследования, если кабинет расположен вне стен онкологического диспансера.

Диагноз РГЖ устанавливается в онкологическом учреждении на основании гистологического (цитологического) заключения. Процесс диагностики основан на принципе тройного диагноза с применением клинического, рентгенологического/ультразвукового и морфологического (цитологического, гистологического) методов. В среднем эффективность каждого из перечисленных методов составляет 85, 80 и 90% соответственно. При условии сочетанного использования в рамках комплексного обследования частота установления правильного диагноза возрастает до 95%.

Продолжение на стр. 74.

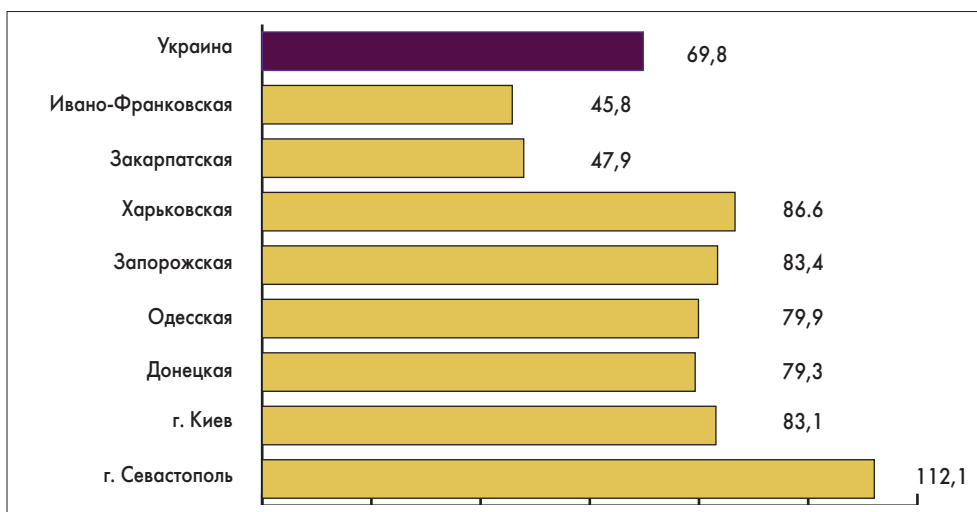


Рис. 1. Заболеваемость РГЖ в областях Украины в 2010 г. (на 100 тыс. населения)

С.А. Ласачко, к.м.н., Донецкий региональный центр охраны материнства и детства

Заболевания грудных желез в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине: чья зона ответственности?

Продолжение. Начало на стр. 73.

При диагностировании ДЗГЖ и после оперативного лечения по поводу доброкачественных узловых процессов проводятся обследование и реабилитация у акушера-гинеколога. На наш взгляд, создание маммологической службы непосредственно в стенах акушерско-гинекологической клиники, где концентрируются пациентки группы риска, позволяет обеспечить большую эффективность и доступность такого вида помощи.

В 1995 г. в Донецком региональном центре охраны материнства и детства (ДРЦОМД) впервые в Украине был создан кабинет диагностики и лечения заболеваний ГЖ, в котором прием ведет акушер-гинеколог, окончивший дополнительные курсы тематического усовершенствования по онкологии, ультразвуковой диагностике и эндокринной гинекологии. В дальнейшем сфера деятельности маммологической службы постепенно расширялась, и в настоящее время задачи этой службы в акушерско-гинекологической клинике таковы:

- повышение показателей ранней диагностики РГЖ путем проведения и популяризации скрининга, внедрения современных методов диагностики;
- диагностика диффузных ДЗГЖ, обследование пациенток, диспансерное наблюдение, лечение и реабилитация;
- диспансерное наблюдение и реабилитация женщин после оперативного лечения по поводу узловых доброкачественных поражений ГЖ;
- профилактика заболеваний ГЖ, а также непланируемой беременности и гинекологических заболеваний у больных и женщин группы риска, поддержка грудного вскармливания;
- повышение информированности и онкологической настороженности медицинских работников и населения.

Кроме того, ведется активная методическая и преподавательская работа как в рамках курсов повышения квалификации, так и путем организации специальных тематических мероприятий (научно-практических конференций, совещаний с заведующими женскими консультациями, выездных лекций, круглых столов, выступлений по радио, публикаций в периодических и медицинских изданиях и т. д.). Для привлечения внимания специалистов и общественности к данной проблеме используются различные подходы.

Эти задачи осуществляются при тесном взаимодействии структурных подразделений ДРЦОМД: акушерских и гинекологических отделений и амбулаторных кабинетов, образовательного центра, центра по поддержке грудного вскармливания, кабинета планирования семьи и других специализированных кабинетов, лаборатории (включая предоставление возможности гормонального и цитологического обследования), смежных специалистов (эндокринолога, невропатолога, психолога и т. д.).

Востребованность маммологической службы в ДРЦОМД оказалась настолько высока (рис. 2), что количество обращений за несколько лет увеличилось более чем в 4 раза. В связи с этим в 2008 г. маммологический кабинет был трансформирован в амбулаторное маммологическое отделение с кабинетами УЗИ, маммографии, цитологической лабораторией.

С 2010 г. в нашей клинике внедрена скрининговая маммография. Выявлено 11 случаев РГЖ на доклинической стадии ($T_1N_0M_0$). Большинство ($n=9$) пациенток были в возрасте от 40 до 55 лет.

ГЖ является органом-мишенью для более чем 20 гормонов, в первую очередь пролактина (ПРЛ), стероидных гормонов яичников и гормонов щитовидной железы. Многочисленные исследования показали, что развитие и состояние ГЖ находятся в непосредственной зависимости от регуляции гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимоотношений, состояния репродуктивной системы женщины, а также от фазы менструального цикла. ГЖ изменяются с возрастом, во время беременности, после родов. Следовательно, ГЖ также является частью репродуктивной системы женщины. Среди гинекологических больных заболевания ГЖ встречаются в 2-3 раза чаще, чем в популяции здоровых женщин. В структуре заболеваний ГЖ наибольший удельный вес имеют диффузные

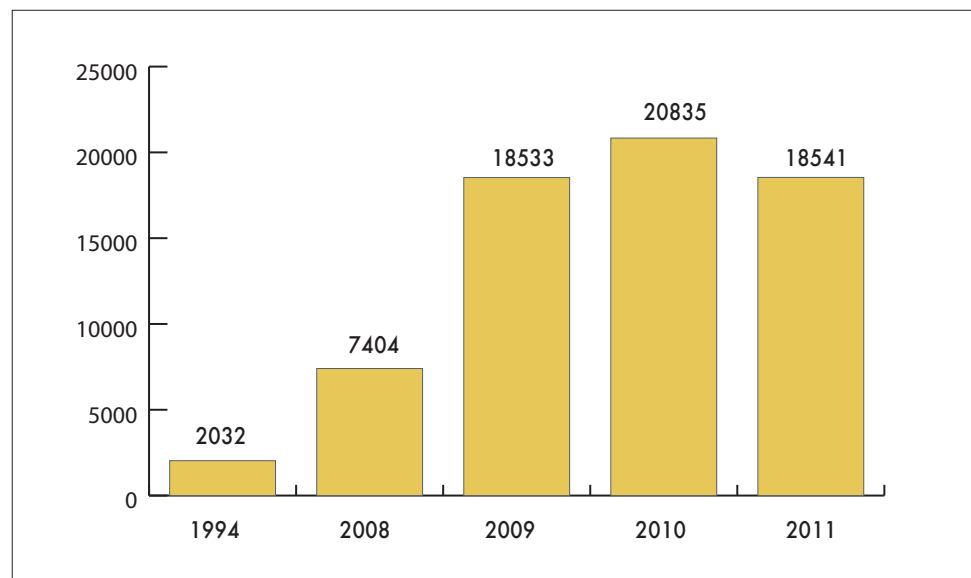


Рис. 2. Количество посещений маммолога-гинеколога в ДРЦОМД

формы дисплазии (мастопатии) — около 50%, узловые формы дисплазии — 20%. В соответствии с определением ВОЗ (1984) мастопатия (по терминологии МКБ-10 — дисплазия ГЖ), или фиброзно-кистозная болезнь, — это комплекс процессов, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани ГЖ и нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов, а также наличием в ГЖ изменений фиброзного, кистозного и пролиферативного характера, которые часто (но не обязательно) сосуществуют.

Хотя патогенез развития как опухолевых заболеваний, так и ДЗГЖ до конца не ясен, сегодня не подлежит сомнению тезис об определяющем влиянии на состояние ГЖ гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Считается, что нарушение нейрогуморальной составляющей репродуктивного цикла ведет к активации пролиферативных процессов в гормонально зависимых органах, в том числе в тканях ГЖ, которые являются мишенью для стероидных гормонов яичников, ПРЛ, плацентарных гормонов и, опосредованно, для гормонов других эндокринных желез организма. Решающая роль отводится гиперэстрогенным состояниям — как абсолютной, так и относительной гиперэстрогении: нарушению соотношения между эстрогенами

и прогестероном. Избыточное влияние эстрогенов вызывает пролиферацию долькового и протокового эпителия, а также соединительной ткани в ГЖ. Медиаторами действия эстрогенов являются факторы роста. Под влиянием эстрогенов увеличивается число рецепторов к пролактину в эпителиальных клетках ГЖ.

Прогестерон обладает антипролиферативным действием, усиливает апоптоз. Под влиянием прогестерона в лютеиновую фазу в ткани ГЖ уменьшается число и активность эстрогеновых рецепторов (ЭР). Прогестерон также способствует повышению уровня и активности фермента сульфотрансферазы и конверсии биологически активных форм эстрогена (эстрадиола) в менее активные (эстрадиола сульфат). Однако действие прогестерона на эпителий ГЖ характеризуется также и усилением пролиферации альвеолярного эпителия (увеличением числа митозов в лютеиновую фазу), отеком стромы (физиологическое предменструальное нагрубание ГЖ).

Многие исследования подтверждают роль повышения уровня ПРЛ в патогенезе ДЗГЖ. Под влиянием ПРЛ увеличивается число и чувствительность ЭР в ткани железы; кроме того, этот гормон обладает прямым стимулирующим действием на эпителий. Имеют значение и нарушения овуляции с формированием недостаточности лютеиновой фазы и относительным преобладанием эстрогена, вторичная гиперандрогения, возникающие как следствие гиперпролактинемии.

Мастодиния — это боль в ГЖ при отсутствии объективно определяемых

перечисленных нарушений. За последние несколько десятилетий в странах Западной Европы были проведены многочисленные плацебо контролируемые исследования, отвечающие современным стандартам GCP, которые убедительно продемонстрировали эффективность данных экстрактов при ДЗГЖ, мастодинии на фоне предменструального синдрома. В научных документах также отмечается, что полученные данные справедливы только для специального экстракта BNO 1095 и не могут быть экстраполированы на другие экстракты из того же ботанического вида, поскольку на содержание дитерпенов влияют как сорт и условия выращивания растительного сырья, так и особенности технологических процессов приготовления экстракта. По этой причине в настоящее время Мастодион® входит в официальные протоколы лечения мастопатии и циклической мастодинии в Украине и ряде других стран. Мы считаем, что Мастодион® является препаратом выбора при лечении таких ДЗГЖ, как мастодиния, мастопатия, галакторея.

Учитывая, что любое оперативное вмешательство на органах малого таза и ГЖ приводит к стрессиндуцированному повышению уровня ПРЛ и мастодинии, с целью профилактики развития ДЗГЖ можно применять Мастодион® не только после абортa и выкидыша, но и после операций на матке и придатках (по поводу миомы, кист яичников, эндометриоза, внематочной беременности), а также на ГЖ (эстетическая хирургия, секторальная резекция). По данным Н.В. Косей, применение Мастодиона курсом 3 мес в комплексной терапии ДЗГЖ у пациенток с лейомиомой матки после проведения эмболизации маточных артерий привело к уменьшению мастодинии у 89,2% участниц и уменьшению отечности ГЖ у 83,8% женщин.

Отдельно следует сказать о профилактике. Доказано, что в профилактике заболеваний ГЖ грудное вскармливание имеет основное значение. К факторам, оказывающим защитный эффект, относятся роды в возрасте 20–25 лет, кормление грудью, роды в количестве более двух с полноценной лактацией. Считается, что снижение риска РГЖ составляет 7% на каждые роды (без учета эффекта лактации). Риск РГЖ снижается на 5% на каждый дополнительный месяц лактации. При суммарной длительности лактации 24 мес и дольше защитный эффект наблюдался даже через 50 лет после окончания последней лактации.

Кроме того, профилактика незапланированной беременности, популяризация современных и безопасных методов контрацепции имеют неоспоримое значение как для сохранения репродуктивного здоровья женщины, так и в аспекте профилактики заболеваний ГЖ. Также основу профилактики заболеваний ГЖ составляют лечение и предупреждение гинекологических заболеваний, которые должны осуществляться согласно протоколам МЗ Украины с учетом индивидуальных особенностей каждой пациентки и ее репродуктивных планов. В то же время профилактикой ДЗГЖ и онкозаболеваний является соблюдение принципов здорового образа жизни — отказ от курения, рациональное питание, дозированная физическая активность.

Таким образом, диагностика и лечение заболеваний ГЖ должны проводиться при взаимодействии врачей различных специальностей с четким соблюдением протоколов и этапности. В условиях реформирования системы здравоохранения в Украине основная доля ответственности за скрининг, раннюю диагностику РГЖ и своевременное направление пациенток к онкологу и маммологу ложится на врача общей практики — семейной медицины. В вопросах ведения пациенток с ДЗГЖ ключевая роль отводится акушеру-гинекологу, а в вопросах профилактики — акушеру-гинекологу и семейному врачу.

Список литературы находится в редакции.