

Чтения по маммологии, посвященные дню борьбы с раком молочной железы

19 октября в рамках общегосударственной акции — Всеукраинского дня борьбы с заболеванием раком молочной железы (РМЖ) состоялась Вторая ежегодная междисциплинарная научно-практическая конференция «Чтения по маммологии».

Организовала это научное мероприятие фармацевтическая компания *Besins-healthcare* и Благотворительный фонд «Здоровье женщины и планирование семьи».

Конференция проходила на базе Института педиатрии акушерства и гинекологии при участии Национального института рака.



Перед аудиторией врачей-гинекологов и маммологов со вступительным словом выступила член-корреспондент НАМН Украины, д-р мед. наук, профессор **Т. Ф. Татарчук**.

Татьяна Феофановна обратила внимание аудитории на то, что в нашей стране с 2004 года действует протокол по профилактике и ранней диагностике предопухолевой патологии молочной железы (МЖ), который утвержден приказом № 676 Министерства здравоохранения Украины. В протоколе четко прописаны алгоритмы взаимного сотрудничества терапевтов, семейных врачей, врачей-гинекологов и онкологов. Этим приказом детерминирована роль и место акушера-гинеколога как врача первого контакта для большинства женщин всех возрастных категорий в своевременном выявлении заболеваний МЖ.



Председатель правления Благотворительного фонда «Здоровье женщины и планирование семьи» **Г. П. Майструк** рассказала о скрининге патологии МЖ и факторах риска заболевания РМЖ.



«Если делать регулярные маммографии, то есть шанс найти опухоль размером 2 мм. Если женщина регулярно проводит самообследование и обследуется у клинициста один раз в год, тогда уже есть вероятность выявления опухоли размером 1 см. Если женщина пропускает обследование, тогда повышается вероятность выявления опухоли

размером 2 см. Если она совсем не обследуется, тогда у нее обнаруживают опухоль размером 4 см и больше», — отметила в своем выступлении Г.П. Майструк и рассказала о состоявшейся в Крыму первой в Украине «Школе современной маммографии», которая была проведена при поддержке фонда. Основной задачей курса было повышение квалификации врачей по принятой в ЕС программе выявления РМЖ с помощью маммографии и отработка практических навыков работы на современном диагностическом оборудовании.

Большой интерес аудитории вызвало выступление старшего научного сотрудника отделения гинекологической эндокринологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии, канд. мед. наук **О.А. Ефименко**. Она остановилась на вопросах влияния нарушения гормональной регуляции на развитие патологии МЖ.

Все поломки пяти уровней гипоталамо-гипофизарной системы отображаются на органах-мишенях, не является и исключением МЖ, так как на нее оказывает действие приблизительно 18 гормонов. Согласно данным, морфофункциональной структурой МЖ является ее долька. В процессе роста и развития МЖ могут формироваться четыре типа долек, и они отличаются друг от друга по количеству млечных протоков. Наиболее дифференцированные и совершенные дольки, которые содержат около 120 млечных протоков, — это дольки IV типа, которые не образуются, если женщина никогда не рожала и не кормила грудью.



Количество эстрогеновых, прогестероновых и других рецепторов и скорость дифференциации клеток в дольках раз-

ного типа существенно отличается. Менструация и овуляторный цикл, который не окончился беременностью, – это, с точки зрения акушера-гинеколога, катастрофа для МЖ.

Ольга Алексеевна акцентировала внимание аудитории на естественном механизме метаболизма эстрогенов и эффектах прогестерона в тканях МЖ, а также применении Прожестожеля, основанного на повышении концентрации прогестерона в тканях МЖ. Прогестерон снижает экспрессию рецепторов эстрогена в тканях МЖ, а также уменьшает локальный уровень активных эстрогенов посредством стимуляции продукции ферментов, окисляющих эстрадиол в менее активный эстрон.

«Таким образом, прогестерон ограничивает пролиферативное действие эстрогенов на ткани МЖ. Также прогестерон оказывает небольшое натрийуретическое действие, предотвращая задержку жидкости при секреторных преобразованиях железистого компонента МЖ и, как следствие, развитие болевого синдрома (масталгии или мастодинии). Наряду с этим, трансдермальный способ введения прогестерона позволяет также воздействовать на состояние железистого эпителия и сосудистой сети, в результате чего снижается проницаемость капилляров, уменьшается степень отека тканей МЖ, исчезают симптомы масталгии», – подытожила Ольга Ефименко.

При нециклической боли рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов и обязательное консультирование у смежных специалистов; при циклической боли – применение агонистов гонадотропных рилизинг-гормонов, фитопрепаратов и гестагенов, и в частности локального препарата Прожестожеля, не обладающего системным действием. По словам О.А. Ефименко, применение Прожестожеля® оказывает благотворное влияние на морфофункциональное состояние МЖ, приводя к достоверному уменьшению болевых ощущений и положительной сонографической динамике. В обоих случаях необходима консультация маммолога в дальнейшем.

Следует отметить, что обобщение и анализ результатов ряда крупных исследований не выявили связи между приемом комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и увеличением степени риска заболевания РМЖ. Однако первые месяцы во время их применения отмечается масталгия, которая часто служит причиной отказа от КОК. Чтобы снизить болевой эффект при гормональной перестройке, в том числе при ПМС, назначают Прожестожель® на протяжении 3 мес.

Доклад на тему «Лучевая диагностика патологий МЖ» был представлен заведующей отделением лучевой диагностики Национального института рака, профессором Т.С. Головки. Она рассказала о перестройке МЖ в различные периоды жизни женщины: «Первый период – это постепенная потеря железистых структур, которая происходит в 35–40 лет. Второй период – утолщение цилиндрического эпителия протоков, связанное с уменьшением количества неэпителиальных клеток и нерегулярным утолщением базальной мембраны, эти изменения характерны для женщин 40–45 лет. Третий период, наступающий в возрасте 45–50 лет, – это дилатация, а иногда и кистозное расширение млечных каналов, зажатых фиброзной тканью. Для четвертого периода характерна медленная облитерация млечных протоков, которая происходит у женщин после 50 лет и проходит параллельно со склерозом соединительной ткани и избыточным образованием жировой ткани».

Татьяна Сергеевна подчеркнула, что при диагностике патологий МЖ необходимо применять индивидуальный подход, потому что МЖ перестраивается в зависимости от менструального цикла, возраста, функционального состояния, и у каждой женщины она индивидуальна, как отпечатки пальцев.

В своем докладе заведующий отделом медицинской генетики Киевского городского клинического онкологического центра, д-р мед. наук **С.В. Клименко** остановился на определении предрасположенности к РМЖ.

По его словам, РМЖ – это, безусловно, генетическое заболевание, которое в своем развитии проходит несколько обязательных этапов формирования полного опухолевого фенотипа.

Докладчик сообщил, что уже определены гены, мутации в которых предопределяют высокую склонность к развитию РМЖ. С научной точки зрения наибольший интерес представляют гены BRCA1 и BRCA2, мутации которых также часто приводят к раку яичников.

Сергей Викторович акцентировал внимание аудитории на важности идентификации мутации этих генов при рождении для снижения влияния факторов, способствующих развитию рака: «65% носителей мутации гена BRCA1 имеют риск развития РМЖ к возрасту 70 лет, то есть 2/3 родившихся с данной мутацией продемонстрируют РМЖ. Носители мутации гена BRCA2 имеют риск развития РМЖ в 45% случаев, в то время как общая популяция характеризуется риском – 7%».

По словам докладчика, факторами риска заболевания РМЖ являются не только генные изменения, но и возраст женщины, наличие в прошлом РМЖ, а также заболевания раком груди в семье.

«Риск заболевания раком возрастает с возрастом женщины. Большинство пациенток – женщины старше 60 лет. Это заболевание редко встречается до менопаузы. Женщина, однажды столкнувшаяся с раком одной груди, подвержена большей опасности развития раковой опухоли в другой груди. Риск заболевания выше у тех женщин, мать, сестра или дочь которых пострадали от рака молочной железы. Риск еще более возрастает, если член семьи заболел раком в возрасте до 40 лет. Некоторые типы аномальных клеток (атипичная гиперплазия и дольковый рак молочной железы) также повышают риск заболевания раком», – сказал Сергей Викторович.

Среди путей минимизации риска развития РМЖ у носителей мутации гена BRCA1 и BRCA2 профессор выделил профилактическую двустороннюю мастэктомию, овариэктомию и назначение противоопухолевых препаратов.

Заведующий отделением опухолей и реконструктивной хирургии грудной железы Национального института рака, внештатный главный онкохирург МЗ Украины, д-р мед. наук профессор **И.И. Смоланка** в своем докладе остановился на современном состоянии проблемы РМЖ.

Он привел неутешительные данные, согласно которым число новых случаев РМЖ в год достигает 1 млн во всем мире, а число случаев РМЖ в каждой отдельно взятой стране увеличивается ежегодно на 1–2%. Наибольшая заболеваемость РМЖ в Европе – 180 тыс. в год. В США регистрируют 130 тысяч случаев в год. В структуре онкологической заболеваемости и смертности в Украине РМЖ занимает 1-е место. В Украине на 100 тыс. зарегистрированных случаев онкозаболеваний – 58,8 случая заболеваемости РМЖ и 29,9 случая смертности. Это связано с тем, что около четверти пациентов обращаются к врачу с уже запущенной формой рака.



И.И. Смоланка подчеркнул, что протокол обследования МЖ («тройной тест») регламентирует клиническое обследование МЖ (осмотр и пальпацию), УЗИ молочной железы (до 40 лет ежегодно), маммографию (после 40 лет 1 раз в 2 года) и морфологическую верификацию.

В следующей части доклада речь шла о преимуществе разных методов диагностики РМЖ.

Докладчик объяснил, что оценку РМЖ проводят по морфологической характеристике, степени злокачественности, состоянию экзcisionных краев, инвазии сосудов, терапевтическому патоморфозу, исследованию лимфоузлов.

Среди основных молекулярных прогностических маркеров профессор выделил следующие: рецепторы стероидных гормонов (рецепторы эстрогена и прогестерона) и HER-2/neu онкоген (c-erb-B2). Он отметил, что высокий уровень рецепторов стероидных гормонов свидетельствует о низкой пролиферативной активности, высокой дифференцировке опухоли, менее агрессивном течении болезни. Гиперэкспрессия HER-2/neu онкоген (c-erb-B2) наблюдается у 20–30% больных и является плохим прогнозом, она свидетельствует о низкой чувствительности к адьювантной лучевой терапии и тамоксифену (даже при положительности ER) и повышенной реакции организма на химиотерапию.

«В начале 90-х годов XX ст. больше 90% всех операций при РМЖ составляла мастэктомия, в 2010 году приблизительно в 50% случаев проводится квадрант-эктомиа с лимфодиссекцией, в 40% – мастэктомия, в 15% случаев – реконструктивные операции», – отметил докладчик.

Среди дисгормональных доброкачественных состояний МЖ И.И. Смоланка выделил фиброаденомы, кисты и мастодению.

«Циклическая мастодения преимущественно связана с дисгормональными нарушениями, нециклическая мастодения имеет, как правило, воспалительную или другую этиологию, что требует обследования (УЗИ или маммографии) и срочной консультации маммолога», – сказал И.И. Смоланка.

Так, в первую очередь необходимо обратить внимание на узловое изменение; среди доброкачественных заболеваний МЖ необходимо особое внимание уделить атипическим гиперплазиям, которые могут приводить к злокачественному процессу.

«Циклическая масталгия может считаться независимым фактором риска развития РМЖ. Результаты популяционного исследования, в котором участвовали 5463 женщины, показали, что вероятность выявления РМЖ у женщин с масталгией превосходит таковую у женщин, которые не жаловались на боль в молочных железах.

Риск развития РМЖ при наличии масталгии на фоне фибро-кистозной мастопатии (ФКМ) зависит от длительности заболевания. Риск развития РМЖ у женщин, которым не была рекомендована адекватная терапия, направленная на устранение масталгии, выше в 5 раз. Таким образом, восполнение прогестерона непосредственно в ткани молочной железы патогенетически обосновано. Препарат Прожестожель® увеличивает концентрацию прогестерона в тканях и снижает митогическую активность клеток МЖ на 10–13-й день лечения. Преимущество терапии масталгии и мастопатии Прожестожелем® – отсутствие системного влияния на организм, создание эффективной концентрации прогестерона в тканях МЖ. Прожестожель® оказывает эффект непосредственно на орган-мишень (МЖ), уменьшает митогическую активность клеток МЖ и имеет отличную переносимость. Прожестожель® удобен в применении, он назначается 1 раз в день – одну дозу аппликатора геля наносят на кожу каждой молочной железы, включая дни менструации на протяжении 3 мес. Как правило, боль начинает уменьшаться уже с первых дней после назначения Прожестожеля®. Таким образом, Прожестожель® устраняет болевой синдром,

а также отек при масталгии. Особо необходимо отметить безопасность трансдермального применения прогестерона. В клинических испытаниях препарата не было отмечено побочных эффектов при применении Прожестожеля®, – в завершение своего выступления отметил И.И. Смоланка.

Актуальную проблему влияния бесплодия на развитие патологии МЖ осветила в своем докладе канд. мед. наук



О.И. Дубенко. По ее словам, в Украине около 1 млн женщин сталкиваются с проблемой бесплодия. По оценке ВОЗ, 15% бесплодных пар считается проблемой государственного уровня, у нас в стране эта цифра составляет 20%. Согласно данным, приведенным О.И. Дубенко, патологию молочной железы при бесплодии диагностируют у 76% больных.

Интерес аудитории вызвал доклад проф. И.А. Судомы, которая рассказала о методах сохранения репродуктивной функции у женщин с РМЖ. В своем докладе **И.А. Судома** отметила, что вероятность реализации репродуктивной функции женщины с РМЖ зависит от возраста, яичникового резерва и применения гонадотоксических препаратов в анамнезе.

«Для прогноза восстановления репродуктивной функции у женщины с РМЖ проводят три теста: УЗИ, измерение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и уровня антимюллерового гормона.

При УЗИ проводится подсчет антральных фолликулов, количество которых в норме составляет 7–10 в каждом яичнике, снижение их количества меньше 7 свидетельствует о снижении яичникового резерва.

Уровень антимюллерового гормона определяется на 2–3-й день цикла, чем выше его уровень, тем больший запас фолликулов и тем лучше прогноз», – сказала репродуктолог.

Ирина Александровна отметила, что эффективность использования криоконсервированных ооцитов для реализации репродуктивной функции женщины в некоторых клиниках достигает от 30% до 50%, что дает возможность женщине через 5 лет после перенесенного РМЖ, по показаниям онколога, иметь ребенка.

Не осталось без внимания аудитории выступление директора клиники «Инновация» П.Ю. Гриневича, который рассказал об интраоперационной лучевой терапии, которая широко используется в клинике.

Докладчик поделился результатами использования системы интраоперационного облучения МЖ Intrabeam™, которая применяется для осуществления направленной и высокодозовой лучевой терапии при проведении органосохраняющих операций на МЖ. Использование этого метода дает возможность сохранить женщине грудь и ее природную форму и одномоментно провести интраоперационное облучение ложа удаленной опухоли. Что минимизирует риск появления рецидивов в будущем, сокращает длительность радиотерапии и общее время лечения пациентки в среднем на 6–7 нед и соответственно сокращает общие расходы на лечение.

Проведенное научное мероприятие стало платформой для общения врачей, которые объединились для решения одной проблемы – ранней диагностики и профилактики онкологической патологии молочной железы.

