

Национальная стратегия профилактики рака репродуктивных органов: Всеукраинская телеконференция

Всемирному дню борьбы с раком, который во всем мире отмечают 4 февраля, посвятили Всеукраинскую телеконференцию «Национальная стратегия профилактики рака репродуктивных органов: проблемы и перспективы». Телеконференция состоялась 29 января 2014 года и транслировалась на сайтах medprosvida.com.ua и oncodozor.com.ua. Организовали и провели встречу ведущих специалистов общественное объединение «Украинская федерация борьбы против рака» и медицинско-просветительский проект «Онкодозор» при активном содействии и участии главных специалистов Министерства здравоохранения Украины по специальностям онкология, акушерство и гинекология, онкогинекология, урология. В рамках телеконференции обсуждались вопросы диагностики, лечения и профилактики онкологических заболеваний репродуктивных органов. Участники получили возможность в задать ведущим отечественным специалистам вопросы и обсудить проблемы диагностики, профилактики и лечения рака репродуктивных органов в Украине.

Перед началом работы коллеги почтили минутой молчания память о человеке, внесшем огромную лепту в развитие онкологической науки, человеку, именем которого гордится огромный медицинский коллектив и вся медицинская общественность. Это ушедший из жизни в январе этого года академик Национальной академии медицинских наук Украины, Герой Украины, врач, спасший жизни сотен тысяч больных и прооперировавший более 30 тысяч пациентов, Григорий Васильевич Бондарь.

Мировая статистика свидетельствует, что рак грудной железы, эндометрия, органов репродуктивной системы на сегодняшний день лидирует в структуре всей онкозаболеваемости. Ежегодно в мире диагностируют около 12 млн новых случаев рака, в том числе опухолей репродуктивной системы. 7 млн пациентов погибают от этого недуга. В Украине регистрируется порядка 150 тыс. новых случаев злокачественных новообразований и 80 тыс. пациентов умирают от рака. По прогнозам, к 2030 году ожидаемое количество впервые заболевших может приблизиться к 27 млн человек, а количество умерших достигнет 17 млн человек в год. Но как бы не была страшна эта болезнь, такой диагноз не является окончательным приговором. Более 650 тыс. пациентов в Украине после лечения живут 5 лет и более. Сегодня под наблюдением онкослужбы находится более миллиона пациентов, которые получили и получают комплексное лечение. Результаты терапии и статистика последних лет свидетельствуют об определенных успехах как в диагностике, так и в лечении злокачественных новообразований.

Со вступительным словом и первым докладом выступил доктор медицинских наук, профессор Игорь Евгеньевич Седаков, главный внештатный онколог Министерства здравоохранения Украины. В своем выступлении он остановился на объективизации проблемы рака грудной железы как национальной проблемы и роли врача как первой инстанции на пути канцеропревенции. Рак грудной железы занимает первое место в структуре как заболеваемости,

так и смертности женщин не только в Украине, но и во всех экономически развитых странах мира. Печален тот факт, что большинство женщин с данной патологией после окончания комплексного лечения инвалидизируется и не всегда имеют возможность вернуться в обычную жизнь. Чем на более ранней стадии выявлена эта патология, тем лучшими являются окончательные результаты комбинированного лечения. Мировая статистика свидетельствует, что 5-летняя и даже 7- и 10-летняя выживаемость пациентов с раком грудной железы I стадии превышает 90%. К сожалению, эти цифры уменьшаются по мере нарастания стадий заболевания. К тому же, более экономичным является лечение начальных стадий болезни. По данным американских авторов, лечение пациентки с I стадией рака грудной железы обходится в сумму от 3000 до 30 000 долларов, а за лечение III стадии страховые компании платят около 300 тыс. долларов. Ежегодно в Украине регистрируется более 16 тыс. новых случаев заболевания, ежегодный прирост составляет 1–1,5%. В 2011 году заболеваемость в Украине составляла 66 на 100 тыс. женского населения, а в 2012 году – 67,1 на 100 тыс. женского населения. Порядка 78% вновь выявленных случаев рака грудной железы приходится на I–II стадии. Чуть более 13% приходится на III стадию, на IV стадию – около 8%. Удельный вес запущенных случаев рака грудной железы, которые сложно поддаются курации, переводу в операционное состояние и последующему сопровождению, составляет чуть более 20%. 82% пациенток получают комбинированное комплексное лечение. В Украине за последние 10 лет произошли определенные изменения в вопросах ранней диагностики этой патологии. Тогда, как отметил докладчик, в стране было 150 маммографов, а сегодня работают 335 маммографических кабинетов; число выполненных исследований в 2012 году составило 720–730 тыс. Широкое внедрение в диагностику маммографии позволяет выявлять достаточно большое количество пациенток на начальных стадиях заболевания. Кроме того, сегодня внедряется масса скрининговых, лабораторных, тестовых мероприятий, которые позволяют диагностировать или предвосхитить развитие рака грудной железы, а также сформировать группы риска, что открывает возможность внедрения методов вторичной профилактики.

Главный внештатный уролог Министерства здравоохранения Украины, доктор медицинских наук, профессор Эдуард Александрович Стаховский представил аудиторией доклад на тему «Онкодозор в урологии. Версии и контраверсии химиопрофилактики рака предстательной железы». Начиная свое выступление, докладчик отметил, что конференция «Национальная стратегия профилактики рака репродуктивных органов: проблемы и перспективы» является первой в стране, на которой рассматривается именно вопрос профилактики рака предстательной железы. Рак предстательной железы у мужчин находится на 1-м месте в развитых странах среди всех онкологических заболеваний. Однако до сих пор не существует четких ясных рекомендаций, используя которые можно было бы упредить развитие рака предстательной железы. Многие исследования, направленные на изучение селенов, поли-

витаминов, цинка и других веществ, не показали своей эффективности в профилактике рака. Что касается вопроса эффективности химиопрофилактики, в мире были проведены два исследования с использованием финастериды и дутастерида, которые показали уменьшение возникновения рака на 25–30%. Однако эти исследования не были одобрены FDA, поэтому упомянутые препараты на сегодняшний день не рекомендуются использовать с целью профилактики рака предстательной железы. Необходимо помнить, что ведущие страны мира сдержанно относятся к использованию этих препаратов с целью профилактики, в то же время, применяя их для лечения некоторых доброкачественных гиперплазий предстательной железы. О возможностях онкопротекторов, таких как индол-3-карбинол, эпигаллокатехин-3-галлат большей частью положительно свидетельствуют только экспериментальные исследования. Необходимо отметить, что сегодня весь мир идет по пути ранней диагностики рака предстательной железы, в том числе внедряя тест PSA, – изучение простатоспецифического антигена. В ряде случаев он может позволить диагностировать рак предстательной железы на ранних, доклинических стадиях. По европейским данным, использование PSA в качестве скрининга уменьшает развитие рака предстательной железы, диагностированного на поздних стадиях на 40%. Разработанные и недавно утвержденные в Украине стандарты лечения и клинические рекомендации по раку предстательной железы также рекомендуют применять данный тест для скрининга. Однако тест не является обязательным для мужчин от 50 до 70 лет; он эффективен только в 41% случаев. Докладчик отметил, что в Украине достаточно сложная ситуация с заболеваемостью раком предстательной железы, в том числе и потому, что не все клиники владеют методиками оперативного вмешательства при раке предстательной железы. Парадоксальным докладчик считает и то, что при Национальном институте рака, которому более 80 лет, лишь 5 лет назад было создано отделение онкоурологии.

Профессору Стаховскому были адресованы несколько вопросов аудитории. Прежде всего, они касались заместительной гормональной терапии у мужчин. Последние 10 лет это достаточно модная, популярная, актуальная тема, так как касается антиэйджинг-терапии, профилактики кардиоваскулярной патологии и остеопороза у мужчин. Коллеги хотели бы знать, какие препараты в этом ракурсе применяются в Украине и какую тактику поведения рекомендует выбирать, если на фоне приема, например, инъекционных пролонгированных препаратов у пациента выявляют какую-либо патологию, в частности гиперплазию или рак?

Отвечая на этот вопрос, профессор Стаховский отметил, что на сегодня нет научных исследований, которые свидетельствовали бы о невозможности проводить заместительную терапию или о том, что она стимулирует развитие рака. Но учитывая, что в патогенезе развития рака предстательной железы большая роль принадлежит тестостерону, заместительную терапию должны проводить достаточно квалифицированные специалисты с использованием теста PSA. В случаях, когда показатель PSA меньше 2,5 нг/мл, такую терапию проводить целесообразно. Если показатель PSA выше 2,5–3 нг/мл, тогда заместительную гормональную терапию проводить не рекомендуют. Если показатель повышается в процессе терапии, ее необходимо прервать. Однако в США, например, говорят, что у всех 80-летних американцев есть рак предстательной железы, в Великобритании считают, что в стране у 100% 90-летних мужчин рак предстательной железы. Поэтому, в определенном смысле, мы можем считать это физиологи-

ческой нормой для мужчин. Тем не менее, в возрасте от 50 до 80 лет, безусловно, необходим тщательный мониторинг, скрининг всех мужчин. Проведение андроген-заместительной терапии целесообразно для мужчин при нормальной детекции, при условиях постоянного мониторинга за пациентом, выполнении биопсии, PSA и объективного осмотра. Кроме того, сегодня изучаются вопросы использования заместительной терапии у пациентов, которым была выполнена радикальная простатэктомия по поводу рака предстательной железы. В ряде случаев можно использовать такую терапию даже у больных, которым была удалена предстательная железа. Однако в такой ситуации врач должен быть уверен, что у пациента нет рецидива либо распространенного процесса рака. Этот вопрос сейчас является актуальным, изучается многими клиниками, но однозначного ответа нет. «Следовательно, мы заместительную гормональную терапию не рекомендуем, но разрешаем, говоря о том, что у врача должны быть соответствующие знания и умения», – сказал Эдуард Александрович.

Еще один вопрос к профессору Стаховскому касался вакцинации мужчин. В 2009 году в Монреале проходил международный конгресс, посвященный вопросам ВПЧ, где обсуждались исследования по вакцинации у мужчин, в соответствии с которыми порядка 27–29% рака полового члена ВПЧ-ассоциированы. Канада, США, Новая Зеландия, Австралия широко практикуют вакцинацию. Будет ли этот вопрос подниматься в Украине?

Относительно этой ситуации профессор Стаховский ответил, что хотя рак полового члена является довольно распространенным заболеванием, по его данным, на государственном уровне в Украине не используется вакцинация для профилактики рака полового члена. Однако вакцина является актуальным вопросом при раке предстательной железы и мочевого пузыря. Вакцинопрофилактика в этом направлении является вопросом будущего.

Все последующие выступления были посвящены вопросам гинекологии. И первым по данной тематике выступил член-корреспондент Национальной академии медицинских наук, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный гинеколог МЗ Украины Вячеслав Владимирович Каминский. Его доклад был посвящен онкодозору в гинекологии и заявленным планам на пути его реализации. По словам докладчика, в свое время для гинекологической службы проблема рака грудной железы была забыта или переориентирована, однако для каждого из 12 тыс. акушеров-гинекологов вполне реально взять на себя обязательства по раннему выявлению рака матки, яичников и грудной железы – потенциал среди специалистов для этого есть. Говоря о профилактике, в частности, рака шейки матки, профессор Каминский отметил эффективность вакцинации, а также важность своевременной диагностики рака шейки матки и рака грудной железы во время профилактических осмотров. Докладчик призвал общими усилиями вернуться к практике скрининга женского населения, профилактических осмотров у акушеров-гинекологов, что в действительности могло бы значительно улучшить показатели профилактики и ранней диагностики этих заболеваний. Доклад В.В. Каминского был как всегда лаконичным и кратким, однако вопросов у аудитории возникло немало. Один из них касался того, как профессор Каминский видит роль акушеров-гинекологов в активной профилактике заболеваний грудной железы. На сегодня этой проблемой занимаются онкологи, врачи общей практики, семейные врачи, гинекологи, однако со стороны гинекологов наблюдается некоторое нежелание касаться этой тематики. Следовательно, вопрос организа-

ционный: необходимо ли требовать от акушеров-гинекологов соблюдения протокола или идти по пути создания отдельной маммологической службы, которая бы занималась организацией инструментального и клинического скрининга?

Отвечая на этот вопрос, профессор Каминский отметил, что ситуация в данный момент является сложной. Большинство врачей помнят те протоколы, которые действительно предписывали врачам акушерам-гинекологам во время осмотра заниматься и прямой кишкой, и грудной железой и глубокой пальпацией живота. Вместе с этим, сегодня ни финансово, ни организационно, ни с точки зрения медицинской стратегии мы не сможем создать отдельную медицинскую службу. В нынешних условиях эти задания в определенном смысле перекладываются на врачей общей практики – семейной медицины. Однако пока это четко не сформировано, 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 тыс. родов и это – значительный резерв для выявления патологии. Если каждую беременную осмотрит акушер-гинеколог и проверит у нее грудную железу, вероятно, выявляемость заболевания повысится. А вторичное обшение и консультирование уже проводится на базе специализированных клиник, которые имеют большой опыт и занимаются такими вопросами ежедневно.

Огромный интерес вызвало также выступление член-корреспондента Национальной академии медицинских наук Украины, доктора медицинских наук, профессора, заведующей отделением эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии» НАМН Украины Татьяны Феофановны Татарчук. Она открыла тайную завесу гиперпролиферативной патологии женских репродуктивных органов как фактор онкологического риска. Профессор Татарчук отметила, что в структуре онкологической патологии репродуктивной системы у женщин на 1-м месте рак грудной железы, на 2-м – шейки матки, на 3-м месте – рак матки. Рак яичников находится далеко не на первых позициях, однако выходит на одно из первых мест по смертности, потому что его ранее выявление является проблематичным. При рассмотрении самых распространенных локализаций докладчица уделила большое внимание гормональной зависимости этих состояний: 80% рака эндометрия – это рак, сформировавшийся из гиперплазии эндометрия. При этом хорошо известно, что гиперплазия эндометрия – гормонзависимая патология. Следовательно, к гиперплазии эндометрия необходимо адекватно относиться и адекватно лечить. Ведь, по данным Национального института рака США, при раке эндометрия 5-летняя выживаемость составляет до 65%, что существенно ниже, чем при раке грудной железы. Поэтому профилактика и адекватное лечение гиперплазии не вызывает сомнений. При раке грудной железы в 50–55% случаев имеется сопутствующая фиброзно-кистозная болезнь, то есть, как минимум, в половине случаев рак грудной железы развивается параллельно или на фоне фиброзно-кистозной болезни. Это свидетельствует о том, что заниматься этой проблемой должны акушеры-гинекологи, и возможность совместного обсуждения этой проблемы является очень позитивной.

Татьяна Феофановна напомнила, что относительно эндометриоза в Швеции было проведено исследование, которое включало данные 20 тыс. пациенток с эндометриозом из Национального госпитального реестра Швеции за 11 лет. Оказалось, что у этих женщин любая онкологичес-

кая патология встречается на 37% чаще, чем в общей популяции женщин. В структуре онкологической патологии на 1-м месте был рак яичника, на 2-м – гематологические виды рака и рак грудной железы.

Говоря о методах профилактики, профессор Татарчук отметила важность здорового образа жизни и правильного питания, возможность профилактики гиперэстрогении. Целевой группой профилактики докладчица назвала женщин с дисгормональными заболеваниями репродуктивной системы и гиперпролиферативными гормональными заболеваниями.

Первый вопрос, адресованный Татьяне Феофановне, касался ситуации, когда женщины в постменопаузе принимают заместительную гормональную терапию. Существует ли риск повышения развития рака грудной железы у такой пациентки? Татьяна Феофановна отметила, что вопрос является злободневным и привела данные исследования, опубликованного в 2002 году, в котором пациентки принимали эстроген-гестагенные препараты, после чего у них отметили более высокую частоту выявления рака грудной железы. После этого проведены наблюдения за женщинами, которые перестали применять заместительную гормональную терапию, и за женщинами, которые никогда ее не применяли. Получились интересные результаты: оказалось, что отмена заместительной гормональной терапии не приводит к снижению частоты рака грудной железы. С 2013 года началась так называемая реабилитация заместительной гормональной терапии: взвешенная, разумная, направленная на грамотное использование. Важно запомнить, что женщины в постменопаузе, у которой прошло более 10 лет после последних месячных, категорически не показана гормональная терапия. В то же время женщине в перименопаузе, с сохраненным циклом или первыми нарушениями цикла, при наличии комплекса клинических проявлений, требующих назначения гормональной терапии, такую возможность можно рассматривать. Однако при этом необходимо адекватное обследование грудной железы, сосудистых и онкологических рисков. Учитывая все эти факторы, сегодня можно назначать такой пациентке заместительную гормональную терапию, но под обязательным четким маммологическим контролем.

Второй вопрос к Татьяне Феофановне Татарчук касался профилактики и скрининга рака яичников: с какой частотой он должен проводиться? Должно ли это быть интравагинальное или обычное УЗИ? Отвечая на эти вопросы, профессор Татарчук отметила важность биохимических маркеров скрининга, однако, по ее словам, даже при полностью отрицательных маркерах бывают случаи последующей диагностики рака яичников. Поэтому при семейных, генетических рисках, свидетельствующих о повышенном риске развития рака яичников, например, при эндометриозе, имеются показания для проведения лапароскопии для раннего выявления опухоли.

Еще один вопрос касался взгляда онкологов на проблему рака грудной железы и беременности. В прошлом году европейские коллеги предоставили данные по наблюдениям за 300–400 пациентками, в соответствии с которыми на фоне беременности у пациентки через два года после лечения рака грудной железы риск повторного его рецидива не увеличивается. Насколько безопасно реализация репродуктивных планов после окончания комплексного или комбинированного лечения по поводу рака грудной железы? Говоря об этом, профессор Татарчук напомнила, что в ИПАГ нарабатан большой опыт ведения женщин, у которых рак грудной железы был диагностирован во время беременности. Речь идет о преждевременном ро-

доразрешении, терапии на фоне беременности, сохранении беременности. Все эти подходы позволяют увеличивать выживаемость. Что касается беременности после окончания терапии, Татьяна Феофановна назвала этот вопрос дискуссионным. Есть исследования, в соответствии с которыми через 2 года можно прекращать терапию агонистами и давать женщине возможность реализовать репродуктивную функцию. Однако есть также публикации, в которых сообщается о том, что целесообразно продолжать терапию до 7 лет, так как прекращение этой терапии, особенно у женщин старшего репродуктивного возраста, может уменьшить их 5-летнюю и 7-летнюю выживаемость. Следовательно, в таких случаях следует принимать решения консилиумом, с участием онколога, который оперировал пациентку, с морфологом для разработки дальнейшей тактики ведения пациентки. В зависимости от морфологических тонкостей, свойственных опухоли, можно строить тот или иной прогноз, и соответственно принимать те или иные решения.

Практикующие врачи-гинекологи заинтересовались у профессора Татарчук ее опытом применения препарата Эпигалин® у женщин с эндометриозом. Татьяна Феофановна ответила, что в практической медицине накоплен достаточный опыт применения таких молекул как индол-3-карбинол и эпигаллокатехин-3-галлат как с целью онкопротекции, так и с лечебной целью в составе терапии сопровождения гиперпролиферативных заболеваний. Несмотря на то, что в Украине непосредственно Эпигалин® появился совсем недавно, у них в клинике уже есть положительные результаты, в том числе и при эндометриозе. Обычно мы рекомендуем Эпигалин® в составе комплексного лечения 1 таблетке 2 раза в день в течение 6 мес. Пациентки чувствуют себя хорошо, болевой синдром практически не возвращается. Кроме того, использование препарата Эпигалин® дает возможность не только реже обращаться или возвращаться к применению серьезных гормональных препаратов, но и применять их менее продолжительными курсами. Данные эффекты реализуются за счет влияния онкопротектора Эпигалин® на патогенетические механизмы гиперплазии, прежде всего блокады гормонзависимых и гормоннезависимых путей пролиферации в эндометрии.

Из Одессы в рамках онлайн-общения к выступающим присоединилась доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии Одесского национального медицинского университета Владлена Геннадиевна Дубинина. В данном сообщении речь пойдет о первичной профилактике онкологических заболеваний, которой совершенно недостаточно уделяется внимания, что связано с распространенным заблуждением об отсутствии какого-либо влияния на данный вид профилактики. Она отметила, что в первичной профилактике сегодня выделяют два больших блока. Первый представляет собой снижение экспозиции канцерогенного вещества, в частности, химиопрофилактику и вакцинацию. Второй большой блок – снижение индивидуального риска развития рака. Этим вопросом в основном должны заниматься семейные врачи. Докладчица поделилась своими наблюдениями об общении с семейными врачами, попадающими на кафедру онкологии на первичную специализацию. Оказалось, что многие врачи первого звена имеют абстрактное представление о том, какие женщины должны быть отнесены к группам риска. Сегодня в программах подготовки семейных врачей отсутствует системное понятие о генетических синдромах, которые семейный врач может выявить на приеме, просто опросив пациентку. Речь идет о двух синдромах: синдроме Линча и синдроме колоректального неполипозного рака, которые очень тесно

связаны с развитием онкозаболеваний у женщин. На сегодня также есть возможность анализа двух групп генома – генов-супрессоров (BRCA1, BRCA2) и онкогенов. По нашим данным, такие женщины должны ежегодно проходить скрининг на выявление генетических мутаций, ежегодный ультразвуковой скрининг, маммографию, углубленный анализ биохимических маркеров и другие виды исследований. Владлена Геннадиевна отметила, что очень важно для государства, акушеров-гинекологов, онкогинекологов занять определенную позицию и объяснять каждому человеку, интересующемуся своим здоровьем, необходимость составления индивидуальной программы по выявлению и профилактике определенной группы заболеваний.

Коллеги заинтересовались у Владлены Геннадиевны, может ли стрессовая ситуация повлиять на возникновение опухолей половой сферы у женщин, и какова сила этого влияния. По словам профессора Дубининой, исследования, проведенные на настоящий момент, свидетельствуют о существовании так называемого стрессового гена ATF3. По данным последних исследований, этот ген экспрессируется на клетках иммунной системы, и повышение уровня его экспрессии ведет к тому, что опухоль приобретает особые свойства и быстро метастазирует. Поэтому стресс, несомненно, может считаться фактором воздействия. Кроме того, сегодня существует доказательство того, что стресс напрямую влияет на формирование любого онкологического процесса, в том числе и рака репродуктивных органов.

О репродукции и онкологии, а также перспективе сохранения репродуктивной функции при опухолеподобных образованиях в яичниках в своем выступлении говорил заведующий отделением онкогинекологии ГУ НИР Александр Владимирович Турчак. По его словам, проблема сохранения фертильности у женщин с опухолевыми заболеваниями придатков напрямую зависит от ранней диагностики этих образований. Рак яичников занимает 3-е место в структуре онкогинекологических заболеваний после рака тела матки и рака шейки матки. Однако смертность от этого заболевания самая высокая, достигает 25% в первый год диагностики. По данным Национального канцеро-регистра в Украине ежегодно регистрируется до 4 тыс. больных раком яичника и около 2,5 тыс. погибают ежегодно. В 2012 году заболеваемость составила 17,7 на 100 тыс. женского населения, при этом заболевания I и II стадии выявляются только в 36%, а диагностика поздних стадий достигает 70%. Причины возникновения злокачественных опухолей яичников полностью не изучены. Однако наибольшее значение придается гормональным и генетическим факторам. Диагностика базируется на ультразвуковом исследовании и определении онкомаркеров. Впрочем, их специфичности недостаточно для дифференциальной диагностики между доброкачественным или злокачественным образованием придатков. Иными словами, определить характер опухоли, ее морфологическую структуру без удаления невозможно. Из этого исходит тактика ведения больных с опухолями придатков: все опухолевые образования придатков у женщин должны быть удалены и морфологически исследованы. Исключения составляют функциональные образования, фолликулярные кисты или кисты желтого тела. Лапароскопические методы хирургического лечения применяются наравне с традиционным лапаротомным методом лечения данной патологии. При этом, ведущим требованием является возможность сохранения наиболее доброкачественных опухолей, удаление кисты с сохранением максимального фолликулярного потенциала, с сохранением ткани яичника; при

этом опухоль должна быть удалена целиком. Выживаемость при I стадии заболевания раком яичника достигает 90%, поэтому сохранение фертильности у данной категории женщин возможно, однако лишь при I стадии заболевания с благоприятным прогнозом. Спонтанная беременность при лечении рака яичников с использованием органосохраняющих технологий встречается в 30–60% случаев. В остальных случаях наступление беременности возможно с использованием современных репродуктивных технологий. Наиболее современным подходом является криоконсервация яичниковой ткани или яйцеклетки до окончания лечения. Таким образом, как отметил докладчик, диагноз злокачественного заболевания не является фатальным в плане сохранения репродуктивной функции. Однако опыт и практика хирургов играет в этом вопросе ведущую роль.

Работу конференции продолжил кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ОНМУ, заведующий отделением хирургии с инвазивными методами диагностики и лечения университетской клиники г. Одессы Олег Валерьевич Лукьянчук. Он посвятил свое выступление предопухолевым заболеваниям шейки матки и минимизации онкологических рисков и, начиная доклад, напомнил, что ежегодно в мире регистрируется около 600 тыс. случаев рака шейки матки (РШМ). В 80% случаев пациентки – это женщины молодого репродуктивного возраста, половина из них погибают от опухолевых заболеваний. Пожалуй, ни одна другая локализация не имеет такого количества противоречий не только в онкогинекологии, но и во всей современной онкологии. Наверно, ни один рак так хорошо не изучен в плане профилактики, ранней диагностики, как РШМ. Установлена роль патогенных штаммов вирусов, получены Нобелевские премии, установлены факторы риска, разработаны системы скрининга. И все же, например, в нашей стране рост заболеваемости раком шейки матки регистрируется из года в год, и, как в развивающихся странах, этот рак занимает в Украине 2-е место в структуре онкологической патологии у женщин. В Финляндии в прошлом году уровень заболеваемости раком шейки матки был зарегистрирован на уровне 2,4 на 100 тыс. женского населения. При этом в Южной Африке этот показатель превышает 30 на 100 тыс. женского населения. Разница в показателях свидетельствует о высоком уровне подготовки финских врачей и большом объеме выполняемой работы, однако если работу прекратить, то показатели изменятся в худшую сторону. Следовательно, работа должна быть постоянной, целенаправленной и с использованием всех современных достижений. Среди них – вакцинация против онкогенных штаммов ВПЧ как один из методов первичной профилактики. При этом не идет речь о тотальной вакцинации всего женского населения. Вакцинация должна охватывать девочек, то есть до начала половой жизни до инфицирования ВПЧ. Если инфицирование вирусом произошло, сами разработчики вакцин отмечают, что эффективность вакцинации отсутствует. При этом вакцинация, с одной стороны, не исключает, а, наоборот, требует повышения активности в плане вторичной профилактики. Важным аспектом вторичной профилактики рака является не только широкое использование цитологического скрининга, расширенной кольпоскопии и неинвазивных методов, а прежде всего правильное, своевременное выявление фоновых предраковых состояний шейки матки. Это позволит не только снизить, но и исключить заболеваемость раком шейки матки.

Однако, как отметил докладчик, нельзя все случаи рака шейки матки списывать на ВПЧ. Существует огромное

количество дополнительных факторов, которые также влияют на заболеваемость раком шейки матки. В первую очередь, имеет значение половая гигиена. К факторам риска относится раннее начало половой жизни (до 16 лет), частая смена половых партнеров, хронические рецидивирующие воспалительные заболевания, курение более 5 лет более 10 сигарет в день. Комплексный подход к профилактике позволит приблизиться к показателям, которые в прошлом году продемонстрировала Финляндия: 2,4 на 100 тыс. женского населения.

Один из вопросов, адресованных Олегу Валерьевичу, касался возможности назначения препарата Эпигалин® при диспластических процессах шейки матки. Отвечая на этот вопрос, докладчик сказал, что Эпигалин® можно и рекомендовано использовать в схеме лечения дисплазии, и в комплексе является одним из лучших (в частности, в сочетании с интерферонами, индукторами интерферонов, противовирусными препаратами). После проводимого органосохраняющего хирургического воздействия на шейку матки эффективность этих методов увеличивается при сочетании как раз с такими препаратами как Эпигалин®, применение которого можно продолжать после окончания деструктивных методов лечения в течение 6 мес и более, что повышает безрецидивный период и снижает риск рецидива дисплазии шейки матки. Олег Валерьевич отметил важность онкопротекторных возможностей препарата Эпигалин®, которые реализуются за счет нейтрализации действия факторов роста и индукции апоптоза, а также элиминации ВПЧ-инфицированных клеток.

Еще один вопрос касался того, в каком возрасте наиболее целесообразно начинать проводить скрининг рака шейки матки и до какого возраста следует проводить такие исследования. Олег Валерьевич отметил, что начинать скрининг целесообразно с началом половой жизни. Если у пациентки выявлен ВПЧ, особенно онкогенные штаммы, исследование шейки матки рекомендуется раз в год и 1 раз в 2 года – если ВПЧ не выявлен. Так должно происходить на протяжении всей жизни. Существует также вопрос о том, какой возраст считать граничным для целесообразности проведения такого скрининга. Официально принято считать, что после 70 лет смысл скрининга теряется, так как в установлении диагноза и развития рака существует временная экспозиция: 3, 5, 7 лет. Следовательно, диагностированный РШМ у женщины в возрасте 80-ти лет, и риск смертности у нее более высокий, вероятно, от других возрастных причин. Однако необходимо помнить, что продолжительность жизни увеличивается, и у каждого практикующего врача в мире много пациентов 80–85 лет. Таким образом, если женщина активна и настаивает на проведении скрининга, врач не в праве ей отказывать. Женщинам в возрасте до 70 лет мы обязаны рекомендовать скрининг.

Одна из участниц конференции поинтересовалась у Олега Валерьевича, с какими ошибками гинекологов чаще всего сталкиваются онкогинекологи. Докладчик отметил, что такие ошибки можно разделить на две большие группы. Во-первых, это ошибки образовательные: большинство гинекологов не имеют специализации по онкогинекологии, поэтому недостаток знаний определяет ряд практических ошибок. Вторая группа причин – организационная структура клиник, где оперируют больных. Самая распространенная причина связана с отсутствием профильных лечебных учреждений, где есть гинекологические отделения, операционная, гистологическая диагностика. Кроме того, есть группа ошибок промедицинского характера: гинекологам иногда кажется, что объем операции определяет ее эффективность. Это далеко не так. Каждый врач обязан

отдавать себе отчет, что прооперированная пациентка с раком – это пациентка, которая может вернуться с местнораспространенным рецидивом или какими-то жалобами, для разрешения которых у гинеколога общей лечебной практики просто нет возможностей. Кроме того, зачастую гинекологи берутся за лечение онкологической патологии, пренебрегая консилиумом, где должен участвовать и химиотерапевт, и радиолог. Это приводит к очень серьезным ошибкам, которые определяют судьбу пациента.

С вопросом к Олегу Валерьевичу обратилась и акушер-гинеколог из Днепропетровска, попросив назвать условия, при которых акушеры-гинекологи должны передавать своих пациентов на лечение онкогинекологам и не назначать лечение самостоятельно. Олег Валерьевич ответил, что консультироваться у онкогинеколога желательно, если во время цитологического скрининга, расширенной кольпоскопии у пациентки выявлена дисплазия. Кроме того, биопсию шейки матки следует проводить в условиях специализированного стационара, под общей анестезией, желательно с гистероскопией и обязательным диагностическим выскабливанием матки. В дальнейшем пациентка должна вернуться к онкогинекологу для продолжения лечения – противовирусной, иммуномодулирующей и онкопротекторной терапии, что часто, к сожалению, не выполняется. Не редко бывает, что пациентке с тяжелой дисплазией шейки матки после выскабливания не проводят ни цитологический контроль, ни противовирусную терапию, ни противовоспалительную, ни интерферонотерапию. В таких случаях, после диагностической или лечебной операции на стационарном уровне, пациентка должна быть возвращена для дальнейшего наблюдения на первый уровень медицинской помощи. Это было бы правильно, разумно и только в интересах женщины.

В последних докладах мы вновь возвращаемся к самой грозной и распространенной проблеме – онкологии грудной железы. Доклад на тему «Факторы риска рака грудной железы: тонкие грани взаимодействия гинеколога и маммолога» представил хирург-маммолог Киевского городского клинического эндокринологического центра Игорь Семенович Ковальчук. Он начал свое выступление с того, что напомнил об общеизвестных факторах риска, таких, как возраст, генетическая наследственность, неправильный образ жизни, неконтролируемый прием гормональных средств, эндокринных нарушениях репродуктивных органов и систем и т.д. Игорь Семенович уделил большое внимание следующему аспекту: на чем именно должен сделать акцент практический врач. 90% диагностируемых образований грудной железы у женщин доброкачественные. В 95% случаев женщины находят сами у себя какую-то патологию, следовательно, самодиагностика – метод диагностики не затратный, важно только научить пациентку. При этом врач должен понимать, что грудная железа – это зеркало гомонов, то есть, гормонзависимый, гормонрегулируемый, гормонпродуцированный орган. Это мишень для стероидных гормонов, зеркало духовного, физического и гормонального состояния женщины. Чрезвычайно важными в ранней диагностике являются 3 аспекта: самообследование, консультация у специалиста-маммолога и инструментальная диагностика – маммография, УЗИ, термография. УЗ-диагностика должна проводиться минимум 1 раз в 2 года, с молодого возраста, с 12–15 лет. В 35 лет рекомендуется разово провести маммографию, в возрасте от 40 до 50 лет – 1 раз в 2 года, и после 50 лет выполнять маммографию ежегодно. При наличии онкологической настороженности, независимо от возраста производить маммографию. При диагностике необходимо выделять диффузные и узловые формы, но помнить

о том, что в узловых формах при невыраженной пролиферации возникновение рака грудной железы составляет 0,3–2%, при умеренно выраженной пролиферации – около 5%, при выраженной пролиферации – 30–50%. Следовательно, акцент необходимо делать на диагностическом обследовании грудных желез.

Одна из участниц телеконференции спросила Игоря Семеновича о его отношении к фитотерапии в лечении фиброзно-кистозной мастопатии. Господин Ковальчук ответил, что такого диагноза как фиброзно-кистозная мастопатия на самом деле не существует. Есть понятие фиброзно-кистозные изменения в грудной железе, поскольку если эти изменения незначительны и не вызывают клинической симптоматики, то они могут рассматриваться как вариант нормы. А вот применение фитопрепаратов для коррекции дисгормональной гиперпролиферативной патологии грудной железы вполне оправдано и дает хорошие результаты при правильном назначении. В частности, Игорь Семенович отметил такой препарат, как Тазалок™, который он ежедневно назначает своим пациенткам при доброкачественных изменениях в грудных железах и результаты просто поразительные. На фоне терапии фитокomплексом Тазалок™ происходит комплексное воздействие на все основные патогенетические звенья патологического процесса в грудной железе и в результате снижается болевой синдром, нормализуется менструальный цикл и уменьшаются размеры кист.

Докладчик сказал, что старается назначать препарат циклом в течение 3 мес с повторением после 3-месячного перерыва.

Также Тазалок™ прекрасно проявил себя при лечении фиброзно-кистозных гиперпластических процессов в грудной железе на фоне проблем щитовидной железы, аутоиммунного тиреоидита, заболеваний женской репродуктивной сферы.

Ведущий маммолог также отметил определенное будущее и огромный потенциал препарата Эпигалин®, как маммопротектора. Он имеет антипролиферативные, противоопухолевые и проапоптотические эффекты, которые в действенности незаменимы для женщин групп риска по РГЖ.

Следующим выступил кандидат медицинских наук, заведующий маммологическим отделением Киевской городской онкологической больницы, главный маммолог г. Киев Николай Федорович Аникусько. Его доклад был посвящен теме «Молочная железа в эпицентре национальной онкологии. Взгляд из клинической практики». В начале своего выступления он отметил, что популяционная динамика заболеваемости раком грудной (молочной) железы за последние 30 лет показывает ее увеличение. Это связано с тем, что современные женщины практически не пользуются своей репродуктивной функцией. Если мы сравним образ жизни современной женщины и образ жизни женщины в XVII–XVIII веке, то увидим женщин с разным репродуктивным профилем. Исходя из возраста, в котором современные женщины рожают первого ребенка, можно говорить о том, что заболеваемость раком грудной железы будет только увеличиваться. Без знания репродуктивной функции невозможно формировать диспансерное наблюдение за женщинами с предраковыми патологиями. Начало менархе, количество и время первой беременности, количество родов, аборт, время наступления менопаузы – это обыденные вопросы, которые формируют выбор того или иного вида лечения, выбор диспансеризации. Багаж современного онколога и современного маммолога – это не только знания в области хирургии и онкологии. Это знания в области репродуктологии и эндокри-

нологии. Так как работа врача регулируется правовым полем, докладчик напомнил о некоторых важных в данном контексте документах. Это Приказ № 192 от 7 апреля 1986 года о формировании групп диспансерного наблюдения за пациентами с предопухолевой и опухолевой патологией, который перекликается с Приказом № 676, в котором предусмотрены точки соприкосновения и взаимодействия онкологов и гинекологов. Еще один важный документ – Приказ № 208 от 30 декабря 1992 года «О мерах улучшения развития онкологической помощи». В нем же выделено и положение о так называемом женском смотровом кабинете. С энтузиазмом восприняли специалисты и Приказ № 776 от 31 декабря 2004 года о планах оказания акушерской и гинекологической помощи. В нем описаны факторы риска, группы взаимодействия, причинно-следственные связи, профилактические и даже лечебные мероприятия по ведению пациентов с доброкачественной патологией, в нем описаны факторы и клиника рака грудной железы, и, самое главное, маршруты, алгоритм ведения пациента в случае выявления рака. В соответствии с этими документами, мы находимся в преддверии маммологического скрининга и генетического скрининга, и не должны забывать о так называемом клиническом скрининге, самом доступном, простом и эффективном методе. Хорошо обученный специалист может выявить при клиническом обследовании опухоль размером от 4–5 мм и более, которая попадает в категорию раннего рака. А при раннем выявлении рака имеется значительное улучшение отдаленных результатов. Однако на практике, по наблюдениям докладчика, происходит по-другому: как правило, врач находит только то, что ищет. Скрининг, как и любые активные мероприятия, должен показать увеличение заболеваемости, которое произойдет за счет выявления нулевых ранних стадий, нулевых первых стадий заболевания. Следовательно, любой врач первичного звена должен быть мотивирован на визуальное выявление локализаций опухолей и избавиться от инертности, которая не позволяет сделать первый шаг, который, по сути, может выходить за грани профиля определенного специалиста.

От хирурга-маммолога из Ровно поступил вопрос о том, как Николай Федорович мог бы прокомментировать рекомендации Американской ассоциации маммологов относительно профилактики рака грудной железы. В этом документе выделены 5 основных пунктов, первые два из них – контроль избыточной массы тела и регулярные физические нагрузки. Специалист, обратившийся к Николаю Федоровичу с вопросом, сказал, что сам он рекомендует своим пациенткам после проведенного лечения де-

лать упражнения, в частности, на мышцы плечевого пояса, мышцы пресса и так далее, отмечая, что женщины, следующие этим рекомендациям, чувствуют себя лучше. Николай Федорович отметил, что к таким рекомендациям он относится очень позитивно и напомнил, что Всемирная организация здравоохранения считает возможным на 30% уменьшить заболеваемость раком в целом при соблюдении обычных правил здорового образа жизни и сбалансированного питания, не только грудной железы. Большую роль в этом вопросе играют увеличение физической активности, уменьшение количества жиров в рационе, уменьшение массы тела, санация хронических очагов воспаления, отказ от курения. Если до 35-летнего возраста избыточная масса тела является субпротективным, защитным действием, в определенной степени уменьшая вероятность развития рака, то для женщин старше 35 лет лишняя масса тела повышает риск заболеть раком грудной железы.

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, что «Не стоит применять препарат там, где его возможности до конца не изучены. В мире нет рандомизированных исследований, которые бы подтверждали, что прием индол-3-карбинола увеличивает выживаемость. Поэтому удорожать адъювантное лечение или заниматься полипрагмазией не целесообразно. Эпигалин создан и имеет большие возможности применения у пациенток старше 25 лет с функциональными нарушениями цикла и мастодиниями как онкопротектор с антипролиферативной активностью. И здесь его применение целесообразно и патогенетически обосновано.

Заключительным стал доклад председателя Совета Украинской Федерации борьбы против рака Татьяны Николаевны Леман. Она рассказала о социальной инициативе «Онкодозор» и начала свое выступление с высказывания, которое напомнило аудитории, что профилактика является самым доступным видом лечения. Общественная организация «Право на жизнь» и Украинская Федерация борьбы против рака работают в медицинской системе Украины уже 5 лет. Главной задачей организации является объединение усилий специалистов, представителей власти и общественности к решению проблем профилактики рака, привлечение внимания к решению проблем, связанных с профилактикой, диагностикой, лечением и реабилитацией онкологических пациентов и их родственников.

Статья поступила в редакцию 04.04.2014