



Національний проект «Онкодозор»: актуальні проблеми сьогодення

29 січня 2015 р. в Івано-Франківську відбулася Всеукраїнська телеконференція на тему «Мультидисциплінарні аспекти скринінгу та профілактики раку репродуктивних органів», приурочена до Всесвітнього дня боротьби з раком. У її роботі взяли участь лікарі акушери-гінекологи, онкологи, мамологи, урологи з усієї України, які обговорили основні питання діагностики, лікування та профілактики пухлин репродуктивної системи. Пропонуємо читачам ознайомитися з виступами учасників конференції, які стосувалися онкологічної проблематики у жіночій популяції, а також із запитаннями і відповідями на них, що прозвучали в рамках наукового форуму.

Відкрив конференцію член-кореспондент Національної академії медичних наук, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Акушерство і гінекологія», доктор медичних наук, професор В'ячеслав Володимирович Камінський, який наголосив на важливості міждисциплінарного підходу під час ведення онкологічних пацієнтів. «Часи, коли ми намагалися щось зробити самотужки, відійшли в минуле. Без об'єднання зусиль та взаємної підтримки успіху в профілактиці та лікуванні онкологічних хвороб не буде», – зазначив професор В.В. Камінський.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Онкогінекологія», завідувач науково-дослідного відділу онкогінекології Національного інституту раку МОЗ України, доктор медичних наук, професор Людмила Іванівна Воробйова надела статистичні дані щодо онкологічної захворюваності в Україні та акцентувала увагу на важливості профілактичних заходів у роботі лікаря. «Немає надії, що онкологічна захворюваність зменшуватиметься. На сьогодні в Україні реєструють понад 160 тис. випадків онкологічних патологій на рік, з яких 16 тис. – захворювань репродуктивної жіночої сфери. Незважаючи на можливість виконання складних оперативних втручань, усі зусилля (не лише медиків, а й усієї громадськості) мають спрямовуватися на профілактику. Є багато захворювань, яким можна запобігти. Із великим задоволенням хочеться відзначити роботу, яка проводиться в Івано-Франківській області, де завдяки допомозі священнослужителів лікарі отримали змогу донести до громадськості актуальність проблеми профілактики онкологічної патології репродуктивних органів», – зазначила професор.

Розмову продовжила завідувач кафедри онкології з курсом променевої діагностики та терапії Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Владлена Геннадіївна Дубініна, детально зупинившись на проблематиці раку шийки матки (РШМ).

Зокрема, було наголошено, що від РШМ щороку в країні помирають 1,5 тис. жінок: у віковий період до 30 років – близько 4,5-5%, 30-55 років – 55%. Враховуючи кількість жінок репродуктивного віку, яких країна втрачає внаслідок цієї патології, зазначена проблема за актуальністю співставна з материнською смертністю. Додатковим чинником, який спричинятиме зростання поширеності онкологічної патології у жінок загалом, є стресорний фактор, зумовлений міграційними процесами, пов'язаними з війною.

Під час доповіді увагу присутніх було акцентовано на якості підготовки кадрів. «Треба враховувати, що сьогодні в країні відбувається реформа, велике значення у якій має створення інституту

сімейних лікарів. На жаль, нині ми маємо справу із сімейними лікарями, які проходять перепідготовку. На запитання, як слід проводити забір на цитологію ШМ, відповіді такі: ми бачили, але не робили. Очевидно, що за таких підходів розраховувати на ефективність профілактичних заходів ми не можемо, оскільки відсоток псевдонегативних і псевдопозитивних результатів ПАП-мазка на 30-35% залежить від того, як він забраний лікарем. Це актуалізує проблему впровадження освітніх програм з проведення скринінгових заходів, особливо сімейними лікарями», – підсумувала доповідач.

Також професор В.Г. Дубініна наголосила на важливості превентивних заходів в онкології: «Гадаю, всі розуміють, що виключно онкопревенція на державному рівні може забезпечити необхідний рівень охоплення населення скринінгом. На виявлення РШМ в ранніх стадіях можна розраховувати тільки тоді, коли охоплення жіночого населення скринінговими заходами буде не менше 80%. В умовах, коли організованих контингентів у соціумі стає дедалі менше, це – непроста задача. Для її вирішення необхідна допомога волонтерів та громадськості. Такий підхід підвищить шанс на одужання та збільшить відсоток органозберігаючих операцій».

У контексті обговорюваної проблеми було порушено питання щодо відповідності лікувально-профілактичних закладів стандартам надання онкологічної допомоги та вакцинопрофілактики РШМ.

«Сьогодні з'явилася тенденція до лікування онкологічної патології у непрофільних закладах. Конкуренція – це добре, але конкуренція має бути серед достойних. Серед тих суб'єктів, які виконують ліцензійні умови. На жаль, нині ми не маємо важелів контролю над закладами, які надають онкологічну допомогу. Не завжди результати відповідають тим стандартам і тим протоколам, які мають виконуватися. Тому лікарі поліклінічної ланки першого рівня повинні звертати увагу на те, до якої медичної установи було відправлено пацієнтів», – повідомила доповідач.

«Зараз багато дискусій точиться щодо використання вакцин як методу первинної профілактики. До вакцинації треба підходити зважено, оскільки дослідження з цього питання не завершено, а віддалені результати не відомі. Якщо лікар рекомендує вакцинацію дівчатам, які не живуть статевим життям, він має повідомити, що це не позбавляє їх від необхідності проходження щорічного профілактичного огляду», – резюмувала професор В.Г. Дубініна.

Керівник відділення пухлин грудної залози та реконструктивної хірургії Національного інституту раку, доктор медичних наук, професор Іван Іванович Смоланка

присвятив свій виступ проблемі раку грудної залози (РГЗ).

– РГЗ посідає перше місце у структурі онкологічної захворюваності жіночого населення в Україні і у світі. Спостерігається щорічний приріст захворюваності на цю патологію. Так, за прогноною оцінкою, до 2020 р. захворюваність на РГЗ постійно зростатиме, випереджаючи рак легені (РЛ) і рак шлунка (РШ). На думку експертів, до 2020 р. РГЗ посідає третє місце у структурі онкологічної захворюваності після колоректального раку, РЛ, випереджаючи РШ. Пріоритет у лікуванні РГЗ до 2020 р. не викликає сумнівів. За уточненими даними, у 2012 р. в Україні від цієї хвороби померли 7880 жінок. Щороку реєструють близько 17 тис. випадків РГЗ. На жаль, в Україні кожна п'ята жінка звертається до лікаря із пізньою стадією хвороби, що зумовлює вищу смертність від РГЗ. Водночас темпи розвитку цієї патології в Україні відносно менші порівняно з такими у розвинених країнах Європи.

За показником п'ятирічного виживання, який становить 70%, Україна поступається європейським країнам і Сполученим Штатам Америки (у США цей показник досягає 90%). Головними причинами високої смертності в країнах Східної Європи називають брак коштів, неповну реалізацію національних програм, обмежену доступність стандартних методів лікування. Однак на особливу увагу заслуговує відсутність скринінгових програм.

Під час оцінки у рандомізованих клінічних дослідженнях зменшення смертності від РГЗ завдяки скринінгу було встановлено, що проведення скринінгових заходів у віковій категорії до 40 років дозволяє досягнути зниження смертності на 3%, від 40 до 50 років – приблизно на 17%, ≥50 років – на 32%. Тому основна стратегія скринінгу полягає в охопленні такими програмами жінок віком 50-70 років. Проведення маммографічного дослідження проводиться кожні два роки у двох проєкціях.

Член-кореспондент НАМН України, завідувач відділення ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України, доктор медичних наук, професор Тетяна Феофанівна Татарчук в аспекті онкопрофілактики зупинилася на проблемах запальних захворювань геніталій, метаболічного синдрому, порушень маси тіла та ендокринних розладів.

Зокрема, було зазначено, що згідно з даними 11-річного шведського дослідження за участю жінок із гіперпроліферативною патологією репродуктивної системи (ендометріоз, гіперплазія ендометрію – ГЕ, міома матки) виявлено, що пацієнтки з ендометріозом мають на 30% вищий ризик розвитку РГЗ, на 60% – ризик розвитку гематологічної онкологічної патології та майже удвічі вищий ризик розвитку яєчників (РЯ). Також було з'ясовано, що за наявності гіперпластичних процесів ендометрія зростає ризик розвитку не лише раку ендометрія (РЕ), а й РГЗ (на 40%).

Щодо міоми матки, то це дослідження показало, що зазначена патологія є більш «спокійною» з погляду ризику малігнізації, що надає можливість застосування більш консервативних підходів до лікування таких пацієнтів.

Професор Т.Ф. Татарчук також представила результати власного дослідження, яке стосувалося особливостей перебігу різних періодів життя у жінок з метаболічним синдромом. Це дослідження показало, що надзвичайно високий ризик розвитку РЕ та гіперпластичних процесів ендометрія зафіксовано саме у жінок з надмірною масою тіла та іншими факторами ризику виникнення метаболічного синдрому.

«Резюмуючи ці дані, треба сказати, що ми повинні донести до сімейного лікаря, до лікаря первинної ланки, що групи ризику розвитку гіперпроліферативної патології репродуктивної системи становлять пацієнтки і з патологією ендометрія, і з РГЗ. До групи ризику формування дисгормональної патології належать жінки, які мають запальні захворювання та ендометріоз, і жінки, що страждають на метаболічний синдром. Дуже часто ведення пацієнток із метаболічним синдромом залишається на рівні сімейного лікаря, і ці хворі потрапляють до гінеколога у разі маткової кровотечі або з РГЗ пізніх стадій», – підсумувала доповідач.

Переважна частина зустрічі була присвячена запитанням та відповідям.

? Чи ведеться статистичний облік частоти виникнення раку репродуктивних органів? Чи є дані про частоту розвитку раку репродуктивних органів у жінок, які мали більше двох спроб екстракорпорального запліднення (ЕКЗ)?

Л.І. Воробйова: Так, звичайно. Є загальноукраїнський канцер-реєстр. Він має велику популярність та авторитет у світі. Однак не так просто дані реєстру країни внести до загального реєстру. Проте минулого року ми досягли того, що дані нашого канцер-реєстру прийняті у всьому світі.

Наразі існує проблема зі скринінговими програмами, яка буде поглиблюватися у зв'язку зі значною внутрішньою міграцією. Загалом ведення обліку всіх жінок з метою їх періодичного огляду – складне завдання. Однак треба зазначити, що за останні 5 років в Україні суттєво покращилася ситуація щодо виявлення РШМ in situ. Цей результат досягнуто завдяки роботі акушерів-гінекологів та онкогінекологів, які курують цю проблему.

В.В. Камінський: А чому саме три спроби? Проблема репродуктології в державі надзвичайно актуальна і виходить за межі кількості спроб. Переконалива більшість приватних клінік – 40 проти 6 державних клінік (600 циклів) – ставлять нас у незручну ситуацію, коли ми не можемо контролювати, що відбувається в цій сфері. Ми говоримо про три спроби запліднення. А скажіть, чи існує в Україні реєстр жінок, які є донорами яйцеклітин? Його немає. Скільки разів цих жінок стимулюють для того, щоб отримати яйцеклітини? Хтось веде цей облік? Не веде. Це – великий шматок роботи, який необхідно буде зробити. На жаль, немає такого реєстру, немає програм, які могли б відповісти на це питання.

Л.І. Воробйова: Очевидно, що йдеться про ризик розвитку онкологічної патології після спроб стимуляції яєчників. Так, такий ризик є. У цьому контексті велику увагу необхідно звернути на

проблему стану яєчників. Ми реєструємо хворих, у яких виник РЯ при спробах ЕКЗ, але неправильно вважати, що сама стимуляція є причиною раку. Є багато причин для розвитку захворювання.

В.Г. Дубініна: В університетській клініці Одеського національного медичного університету є онкологічне та репродуктологічне відділення, які працюють за державною програмою.

Відео, що всі акушери-гінекологи тією чи іншою мірою займаються банальною стимуляцією овуляції. Коли такі пацієнтки доходять до програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), під час збору анамнезу встановлюються факти перевищення існуючих лімітів стимулювання кломіфеном.

У нашій клініці до локальних протоколів введено обов'язкове тестування пацієнток, у яких заплановано застосування циклів ДРТ, на дослідження генів BRCA1, BRCA2, після чого таким жінкам обов'язково проводять ПАП-тест та УЗД ГЗ. Пацієнткам з позитивними BRCA1, BRCA2, у яких спроба ЕКЗ виявилася вдалою, обов'язково пропонують індивідуальну програму скринінгу.

? Яким ви бачите розвиток ситуації щодо онкопрофілактики у зв'язку з частковим делегуванням повноважень первинного скринінгу сімейним лікарям?

В.В. Камінський: Не можна достовірно відповісти на це питання, доки не відомо, якою мірою у цьому процесі беруть участь сімейні лікарі.

? Чи не призведе до катастрофи делегування часткових повноважень у проведенні скринінгу сімейним лікарям? Адже не всі акушерки та лікарі досконало володіють технікою забору мазка?

В.В. Камінський: Вважаю, що ситуація не погіршиться. Ви ведемо мову про класичний варіант забору матеріалу – зіскрібок. Але сьогодні, коли ми говоримо про профілактику та скринінгові програми, йдеться про спрощений забір матеріалу, а саме про рідинну цитологію, яка дасть можливість відібрати групи ризику. Далі слово буде за кваліфікованим лікарем – акушером-гінекологом. Ідея залучення сімейного лікаря полягає в тому, що 75-85% жінок протягом тривалого періоду – 5-10-20 років – взагалі не показуються лікарю. Сімейний лікар як лікар, що найбільше контактує з пацієнтом з різних питань, зможе вирішити проблему забору матеріалу.

? Чи можливе застосування замісної гормональної терапії та в яких випадках у пацієнток з наявністю в анамнезі пролікованого РШМ, РЯ, РГЗ?

Т.Ф. Татарчук: Ми проводимо консиліуми щодо цих пацієнтів. У кожному конкретному випадку рішення приймається конкретно з урахуванням особливостей морфологічної структури тієї чи іншої патології. РГЗ та РЯ, особливо його ендометріодні форми, є протипоказаннями до застосування ЗГТ у будь-якому віці. Однак існують форми РЯ, які не є абсолютним протипоказанням до призначення ЗГТ. Це важливо знати, оскільки є жінки, які прооперовані у віці 20-25 років і яким потрібно забезпечувати якість життя. Щодо РШМ, то епітеліальний РШМ також не є абсолютним протипоказанням до застосування ЗГТ.

Л.І. Воробйова: Індивідуальний підхід – так. Але треба враховувати, що перші два роки після лікування онкологічного захворювання вкрай небезпечні щодо ризику продовження хвороби.

? Пацієнтка 50 років, РГЗ 2 операцій, отримує тамоксифен протягом 2 років, ГЕ 8 мм, матка та придатки не змінені. Зіскрібок – проста неатипова гіперплазія ендометрія. Яке лікування є можливим: гормональне чи оперативне? Чи можна обмежитися застосуванням, наприклад, Епігаліну?

Т.Ф. Татарчук: Якщо є впевненість у діагнозі простої ГЕ, то можна обмежитися альтернативною терапією і спостерігати, тому що проста гіперплазія може бути наслідком терапії тамоксифеном. Тому доцільно спільно з онкологом розглянути питання про можливість заміни тамоксифену на інгібітор ароматази.

Л.І. Смоланка: У випадку, коли жінка прооперована радикально, то цілком можливо використовувати Епігалін®. Однак якщо пухлина гормонозалежна, то краще використовувати інгібітори ароматази.

? Чи можливе призначення улпіристалу ацетату в комбінації з індолами? Якщо так, то яка схема є найбільш прийнятною у лікуванні міоми матки?

Т.Ф. Татарчук: Справа у тому, що застосування індолів – це терапія супроводу. Тому ми призначаємо улпіристал у звичному режимі – курс 3 міс, місяць перерви, потім знову 3 міс використання. Паралельно можна застосовувати Епігалін®. Така тактика не потребує додаткових застережень.

? Чи обов'язкова консультація онколога при призначенні ЗГТ пацієнткам, які пройшли повний курс лікування РГЗ, за наявності клімактеричних скарг та інформованої згоди на лікування гормональними препаратами? Чи краще обмежитися Лайфеміном?

Т.Ф. Татарчук: Треба зважати на те, що ЗГТ при РГЗ є абсолютно протипоказаною. Але в практичній діяльності трапляються ексклюзивні випадки, коли клімактеричний синдром має тяжкий перебіг і пов'язаний із психічною патологією з тяжкими депресіями, ризиком суїцидів, які не піддаються звичайній корекції антидепресантами. У власній практиці двічі доводилося робити винятки з правила і призначати ЗГТ.

Що стосується фітопрепаратів, то це питання також є дискусійним. Для того щоб прийняти правильне рішення, необхідна консультація онколога, який би міг залежно від показників низки маркерів, які надають можливість оцінити прогностичні ризики щодо рецидивування, рекомендувати адекватну терапію.

Л.І. Смоланка: Призначення гормонотерапії можливе тільки за показаннями, за наявності гормоночутливого РГЗ, причому специфічної гормонотерапії, яка є протипухлинним лікуванням. Через 5 років після лікування необхідна зовсім інша терапія. А взагалі ми негативно ставимося до застосування ЗГТ у жінок, які лікувалися з приводу РГЗ. До фітотерапії ставлення більш лояльне.

? Які особливості ведення вагітних з РГЗ, який виявлений вперше на етапі жіночої консультації, та планування вагітності у пацієнток, які перенесли РГЗ?

Л.І. Смоланка: Безумовно, вагітність ускладнює перебіг РГЗ. Треба враховувати сімейний стан та бажання жінки. Якщо це I триместр, коли плід найбільш чутливий до дії хіміопрепаратів, жінці пропонується переривання вагітності. В останньому триместрі можна провести навіть комбіноване лікування.

В.В. Камінський: Клінічних протоколів щодо ведення таких пацієнток не існує. Сьогоднішній наш формат дозволяє зібрати тяжкі клінічні випадки, які є у практиці кожного лікаря, та обговорити їх.

? Чи збільшується ризик розвитку РЯ, якщо в анамнезі є РГЗ, РЕ або раковості кишки? Які існують методи ранньої діагностики РЯ? Яка ефективність онкомаркерів при РЯ?

Л.І. Воробйова: Так, ризик РЯ збільшується. Правильно зібраний анамнез допомагає визначитися щодо обсягу оперативного втручання. Інколи доводиться свідомо відмовлятися від органозберігаючих операцій.

Що стосується методів діагностики РЯ, то на сьогодні існують два надійні методи: пальпація та УЗД. Значною проблемою залишається неправильний огляд. Слід враховувати, що останнім часом збільшується кількість пацієнток з РЯ, у яких яєчник залишається нормальних розмірів, а злоякісний процес складно діагностувати під час УЗД.

Вкотре дозволяйте нагадати, що УЗД не є останньою інстанцією в діагностиці раку. Однак головна небезпека полягає в тому, що лікар функціональної діагностики не повинен визначати дату наступного огляду. Це має зробити лікар, який направив пацієнтку на обстеження.

Лякає також збільшення кількості лапароскопічних операцій. До певної міри активність гінеколога стримує маркер, який став «обмежувачем». Але зупиняє чому? Тому що маркер, особливо на ранніх стадіях РЯ, не надасть достовірної інформації. Він може бути підвищений

при ендометріодних кістах. Тому основне завдання лікаря – бачити не лише картинку УЗД. Таку хвору треба оперувати не лапароскопічно. Її необхідно проконсультувати у онкогінеколога й оперувати в закладах, які мають можливість під час операції виконати гістологічне дослідження.

Навіть у лікарнях, де є можливість забезпечення термінового дослідження, не завжди просто визначитися з обсягом операції.

В.Г. Дубініна: Хочеться звернутися до оперуючих гінекологів, які «йдуть» на підозрілі кісти, і тих, хто направляє таких хворих на оперативне лікування. Поцікавтесь, чи є в закладі, де виконується ця операція, можливість здійснення інтраопераційної гістологічної діагностики. Якщо такої можливості немає, то обсяг операції ніколи не буде достатнім та правильним.

Л.І. Воробйова: Хочу сказати, що ми щороку «переоперуємо» 50-60 пацієнток після лапароскопічних та абдомінальних втручань. Нерідко доводиться мати справу з хворими, у яких недостатньо якісно описано протокол операції. Часто спостерігається фальсифікація протоколу. Наприклад, зазначено, що проведено резекцію сальника, а насправді виконано взяття матеріалу для біопсії.

? Чи є необхідність у гістологічному дослідженні біоптату шийки матки при CIN I та використанні деструктивних методів лікування?

В.Г. Дубініна: За наявності CIN I зазвичай не буває грубих і незворотних змін при кольпоскопії. Відповідно,

Продовження на стор. 54.

ПРИРОДНЫЙ ПУТЬ

от эстрогенной доминанты к доминанте здоровья





**ПРИРОДНОЕ РЕШЕНИЕ
ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ**

- **ТАРГЕТНО БЛОКИРУЕТ** эстрогеновые рецепторы (антиэстрогенное и прогестеронмодулирующее действие)^{1,2,10}
- **ОПТИМИЗИРУЕТ** метаболизм гормонов (блокирует ароматазу, предотвращает конверсию андрогенов в эстрогены)¹⁰
- **ОКАЗЫВАЕТ** выраженное противовоспалительное и противоотечное действие (быстро уменьшает масталгию и альгодисменорею)²



**НАТУРАЛЬНЫЙ ОНКОПРОТЕКТОР С
АНТИПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ**

- **УСИЛИВАЕТ** противоопухолевую активность генов-онкосупрессоров, в том числе и BRCA1/BRCA2⁹
- **НЕЙТРАЛИЗУЕТ** действие факторов роста и индуцирует апоптоз опухолевых клеток^{16,7}
- **УГНЕТАЕТ** патологический неогенез (↓CD, ↓VEGF)⁸



Природа против рака

1. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12. 2. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12. 3. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12. 4. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12. 5. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12. 6. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12. 7. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12. 8. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12. 9. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12. 10. Kawanishi S, et al. J. Phytotherapy. 2006; 21(1): 1-12.

Національний проект «Онкодозор»: актуальні проблеми сьозодення

Продовження. Початок на стор. 52.

не зовсім зрозумілою є доцільність застосування деструктивних методів лікування. В Європі CIN 1 не лікують, а обмежуються спостереженням і проводять повторний ПАП-тест. І лише у разі появи CIN 2 виконують втручання. Для цього існують онкопротектори, наприклад Епігалін®. Якщо є грубі незворотні ураження, необхідно переконати, що це дійсно CIN 1.

? Яким є практичне застосування капсидного тесту в практиці гінекологів для прогнозу розвитку патології шийки матки?

В.Г. Дубініна: Капсидний тест — це цінний метод діагностики, який вказує на глибину ураження вірусною інфекцією. Якщо вірусні часточки знаходяться в базальному і парабазальному шарах плоского епітелію шийки матки, то у такої пацієнтки прогноз більш негативний. Якщо у базальному та парабазальному шарах цих вірусних часточок немає, то прогноз більш сприятливий і можна через певний час направити пацієнтку на взяття мазка для цитологічного дослідження й оцінити ефективність лікування.

? Коли та у якій лабораторії буде запроваджено рідинну цитологію?

В.В. Камінський: Є пілотні програми у Дніпропетровській та Івано-Франківській областях, які фінансуються з місцевих бюджетів.

В.Г. Дубініна: Гадаю, треба зосередитися на ПАП-мазку і тесті на наявність вірусу папіломи людини (ВПЛ). В Європі нині триває дискусія щодо того, витисне тест на ВПЛ ПАП-мазок, чи ні. Але у нас, на відміну від Європи, дуже низьке охоплення населення й ПАП-мазками. Тому про рідинну цитологію говорити зарано. До того ж, це не дешевий метод.

? Як вирішити проблему взяття ПАП-мазка у жінки з порушеннями менструального циклу і постійними кров'янистими виділеннями?

Л.І. Воробйова: Спочатку треба з'ясувати причину кров'янистих виділень. Найголовніше в цьому випадку — не пропустити цервікальну форму РШМ. Кровотеча при нормальній формі шийки матки може бути єдиним симптомом значеного захворювання. Тому необхідно виконати роздільне вишкрібання, отримати гістологічний висновок щодо ендометрія та цервікального каналу. Це прояснить ситуацію щодо подальших дій: коригувати менструальний цикл або лікувати РШМ.

В.Г. Дубініна: Важливо розуміти, що у цервікальному каналі є псевдозалоци, багато слизу. Тому правильно забрати мазок з цервікального каналу дуже складно, особливо у разі кров'янистих виділень конкретно з нього. Тому необхідно здійснити роздільне вишкрібання для коректного забору матеріалу з цервікального каналу.

Олег Валерійович Лук'ячук (онкогінеколог вищої категорії, провідний спеціаліст Одеської обласної клініки): У нашому відділенні концентруються всі вагітні Одеської області з патологією

шийки матки — тяжкими дисплазіями, інтраепітеліальними карциномами, а також РШМ. Ми бачимо, що проведення кольпоскопії у II і III триместрах вагітності є недоцільним з огляду на низьку інформативність. Натомість взяття мазків може бути виконано на будь-якому терміні вагітності.

? Чи існують методи, які визначають ризик рецидиву дисплазії після хірургічного лікування? Які є методи профілактики рецидиву CIN у жінок після хірургічного лікування з приводу патології шийки матки?

О.В. Лук'ячук: Відомо, що основною причиною розвитку інтраепітеліальної неоплазії є ВПЛ. Але при цьому не слід забувати про велику кількість кофакторів, які також можуть спричинити виникнення цієї хвороби: вірус простого герпесу, бактеріальні чинники, застосування контрацептивів, метаболічні порушення тощо. Тому під час проведення хірургічного лікування інтраепітеліальної неоплазії треба врахувати і їх.

Вважають, що причиною розвитку рецидивів після хірургічної терапії CIN є відсутність лікування вірусної чи бактеріальної інфекції, цитологічного і кольпоскопічного контролю в перші 3 міс після виконання конізації. Тобто ведення пацієнтки після хірургічного лікування інтраепітеліальної неоплазії передбачає проведення противірусної терапії, призначення засобів індол-3-карбінолу та епігалокатехін-3-галату, цитологічного та кольпоскопічного скринінгу протягом 3-4 міс. Дотримання такого порядку сприяє значному зменшенню кількості рецидивів. Якщо після конізації жінка зникає з поля зору лікаря на рік-півтора, ризик рецидиву підвищується.

Л.І. Воробйова: Чому після діатермоконізації виникають рецидиви? Можливо, треба проаналізувати, як, хто і за якими показаннями проводив діатермоконізацію? Лякає ситуація, коли конізацію виконують за наявності РШМ. Цей метод став дуже популярним і нерідко використовується не за призначенням, наприклад, при легкій дисплазії шийки матки. Слід пам'ятати, що конізація, проведена в 30-річному віці, в подальшому призводить до стенозу цервікального каналу і приховує симптоми раку тіла матки.

? Чи можливе медикаментозне лікування дисплазії шийки матки середнього й тяжкого ступеня без конізації та якими препаратами?

О.В. Лук'ячук: При CIN2, CIN3 та за відсутності запалення в мазку необхідно провести обов'язкову біопсію. Без цього лікування проводити не можна. У подальшому призначають інтерферони, рекомендують онкопротектори (Епігалін®) Важливим у веденні пацієнтки із середньою та тяжкою дисплазією є цитологічний і кольпоскопічний контроль після лікування. Звичайно, можливим є зворотний розвиток і CIN 2, і CIN3 після адекватної противірусної терапії, і, відповідно, не завжди цей стан є показанням для проведення конізації шийки матки. У нашій клініці за останні 4 роки виконано 115 конізацій

шийки матки вагітним у II і III триместрах вагітності, які закінчилися пологами в термін, переважно операцією кесаревого розтину.

? Яке місце ендоскопічних методик у лікуванні онкологічних захворювань? Чи правда, що онкологічні операції виконуються виключно класичним способом?

О.В. Лук'ячук: Це дуже цікаве, актуальне і своєчасне запитання. У нашій клініці розроблено протоколи для лікування кожної окремої онкологічної патології. При лікуванні шийки матки принципово скасовано пункт «доступ» (лапароскопія чи лапаротомія), тому що це питання абсолютно не принципове. Треба виконати той обсяг операції, який необхідний конкретній пацієнтці на певній стадії захворювання. Наприклад, якщо хворій показана операція Вертгейма, то вона може бути проведена лапароскопічно або трансабдомінально. У нашій клініці близько 2/3 операцій Вертгейма виконують лапароскопічно. Тобто, на сьогодні їх проведено понад 90. За радикальністю лапароскопічні операції не поступаються так званим класичним операціям. У нашій клініці фактично оперують саме лапароскопічним методом. Це хірургія РЯ, РМ, РШМ, симультанні операції. Єдиним протипоказанням до лапароскопії є наявність поширених процесів із канцероматозом. Таким чином, лапароскопічний доступ має переваги в лікуванні онкогінекологічних хворих, що доведено і за кількістю ускладнень, і за термінами п'ятирічного виживання.

? Клінічний випадок: жінка не народжувала, виявлено функціональну гіперпролактинемію. На УЗД ГЗ — множинні прості кісти (2 з них діаметром 2 см). Яка тактика лікування пацієнтки?

І.І. Смоланка: У цьому випадку можливим є проведення фітотерапії, яка забезпечить антиестрогенну дію та знизуватиме рівень пролактину, зокрема можна призначити Тазалок™. Така пацієнтка потребує динамічного спостереження у разі простих неускладнених кіст.

? Жінка 28 років, народжувала, оперована з приводу множинних фіброаденом ГЗ, три рубці на ГЗ. Гіперандрогенія. УЗД ГЗ: множинні дрібні (до 1 см) фіброаденоми ГЗ. Тактика лікаря?

І.І. Смоланка: Фіброаденома — доброякісна пухлина, яка потребує спостереження. Лише у разі швидкого росту або досягнення розмірів 1,5 см пропонується хірургічне втручання. Можливе призначення негормональних засобів (Тазалок™, Епігалін®).

? Жінка 37 років, два роки тому встановлено внутрішньоматкову спіраль, фолікулярна кіста, дифузно-кістозна мастопатія. Гіперестрогенія. Мамолог призначив тореміфен, через 3 міс прийому — без змін. Гінеколог змінив призначення на Тазалок™ + Епігалін®, що сприяло редукції фолікулярної кісти та зникненню симптомів дифузно-кістозної

мастопатії, але збереглася гіперестрогенія. Яка подальша тактика лікування? З якою метою мамолог призначив тореміфен?

Ігор Семенович Ковальчук (заслужений лікар України, мамолог): Показаннями до призначення тореміфену була гіперестрогенія. Призначення фітопрепаратів є виправданим.

Тореміфен при схемі застосування 20 мг з 5-го по 25-й день менструального циклу в комбінації з Тазалоком та Епігаліном дає непогані результати. Після лікування (через 3-6 міс) необхідний УЗД-моніторинг. За наявності підозрілих елементів при клінічному обстеженні на УЗД показана тонкогोलково-аспіраційно-пункційна біопсія.

? Наскільки інформативним є в клінічному плані обстеження BRCA, і що рекомендувати пацієнтці, якщо виявлено мутацію BRCA?

І.С. Ковальчук: Передусім необхідно зазначити, що досить складно вмотивувати жінку цей аналіз зробити, у тому числі з фінансової точки зору. Також непросто отримати результат пацієнтці на руки, ще важче інтерпретувати його. Статистичні дані свідчать про те, що при позитивних значеннях ризик розвитку РМ3 становить 85-95%. Є різні думки з цього приводу, але в будь-якому разі ми повинні розуміти одну річ — пацієнтку можна мотивувати виконати підшкірну мастектомію. Інше питання, хто це зробить? Треба розуміти, що є абераційна тканина ГЗ, є ектопована ГЗ.

Не слід забувати про індивідуальний скринінг (мамографія не рідше одного разу на рік незалежно від віку), а також пам'ятати про необхідність самообстеження ГЗ.

? Достеменно відомо про високий ступінь взаємозв'язку гіпотиреозу і мастопатії. Ми часто призначаємо Тазалок™, а чи властива йому дія на функцію щитоподібної залози, зокрема на аутоімунні процеси?

І.С. Ковальчук: Найчастіше гіпотиреоз розвивається на тлі аутоімунного тиреоїдиту. Слід врахувати кореляцію тиреоїдних гормонів, тиреотропного гормону, антитіл. Особливо патогномічними є антитіла до тиреопероксидази. На аутоімунний процес позитивно впливає антиестрогенна терапія. При нормалізації функції щитоподібної залози та застосуванні Тазалоку або Епігаліну протягом 3 міс вдається досягнути позитивних результатів.

? Жінка 40 років, кров'янисті виділення з ГЗ. Цитологія негативна. УЗД — норма. Мамографія: дифузно-кістозні перетворення. Який порядок дій?

І.С. Ковальчук: У разі впевненості в коректності проведення цитологічного дослідження необхідно діяти за протоколом — виконати дуктографію. Якщо під час дуктографії виявлено інтрадуктальну папілому (наявність атипичних клітин є протипоказанням для проведення дуктографії), в ідеалі слід виконати голкову локалізацію, мікродуктотомію з обов'язковими експрес- і патоморфологічним дослідженнями.

В.В. Камінський: Завдяки підтримці освітньої ініціативи «Онкодозор» ми маємо додаткові можливості обговорювати і, головне, обмінюватися досвідом з найбільш нагальних питань діагностики, лікування та профілактики онкологічних захворювань репродуктивної системи.

Підготувала **Наталія Карпенко**

