

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#6 [73] 12 / 2020 / StatusPraesens



Запущенные раки
предотвратимы!!
Обязанности гинеколога – 2021

В новом порядке
акушерско-
гинекологической
помощи

Новый порядок
акушерско-
гинекологической
помощи

Онкоскрининг: как новый Приказ №113ФН изменил компетенции акушера-гинеколога? • Доказательные конфузы — когда «дважды два не равно четыре»? • Рак на фоне беременности и беременность на фоне рака: возможности, победы, трагедии, проблемы • Полипы эндометрия — контраргии ведения • Рак эндометрия растёт. Возможен ли скрининг? • Разбор парных случаев материнской смерти и near miss. Вирусно-бактериальная пневмония в III триместре (грипп)



Уважаемые коллеги!

Прошедший 2020 год стал проверкой на прочность **для всей системы здравоохранения** — и мы смогли выстоять в очень непростых условиях борьбы с пандемией COVID-19. Мы ни на день **не прекращали оказывать онкологическую помощь**; более того, было начато внедрение вертикально-интегрированной медицинской информационной системы (ВИМИС), расширился арсенал средств для диагностики и лечения рака. Но сегодня я буду говорить не о медицине, а о просвещении.

Известно, что профилактика дешевле лечения — и этот постулат верен в первую очередь для онкологии. Рак шейки матки на **ранних стадиях** может протекать **бессимптомно**, но если женщина регулярно наблюдается у врача, то он сумеет выявить изменения вовремя. Злокачественные новообразования яичников — одни из самых сложных для диагностики, но их можно заподозрить при выполнении УЗИ или МРТ. Жалобы на кровянистые выделения, о которых женщина рассказывает гинекологу, могут стать отправной точкой для обнаружения рака эндометрия. Добросовестное отношение к проведению диспансеризации и маршрутизации женщин с узловыми образованиями молочных желёз позволяет снизить смертность от опухолей этой локализации.

Как же побудить женщин проходить **ежегодные профилактические осмотры**? Безусловно, реализация просветительского проекта «Онкопатруль», издание брошюр для населения, выступления на телевидении, «дни открытых дверей», когда врачи принимают пациентов безо всяких направлений, дают определённые результаты. Но онкологи не могут обойтись без помощи **акушеров-гинекологов**, ежедневно работающих в женских консультациях и поликлиниках. Для достижения целей, поставленных национальным проектом, — сократить смертность и увеличить продолжительность жизни онкологических больных — нужны **совместные усилия**.

Мы должны использовать все виды телекоммуникаций, чтобы развеять страхи и развеять мифы, касающиеся онкологии. Мы должны постоянно рассказывать о важности профилактических осмотров и о существовании **эффективных органосохраняющих** методов лечения. Мы должны уметь убеждать. И, конечно, все мы должны учиться — читать научные статьи и книги, участвовать в научных конференциях, выполнять клинические рекомендации.

Желаю здоровья вам, вашим близким и пациенткам!

Главный внештатный специалист онколог Минздрава РФ,
генеральный директор НМИЦ радиологии Минздрава РФ,
президент Ассоциации онкологов России и АДИОР СНГ и ЕА,
акад. РАН, докт. мед. наук, проф. **А.Д. Каприн**

status

гинекология акушерство

6 [73] 12 / 2020 / StatusPraesens

научно-практический журнал для акушеров-гинекологов
и специалистов акушерско-гинекологической службы

Официальное печатное издание Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)



Главный редактор: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, проф. Виктор Евсеевич Радзинский

Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liq.ru)

Директор по развитию: Александр Васильевич Иванов

Редакционный директор: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская

Аппарат ответственного секретаря редакции: Надежда Михайловна Васильева,

Мария Викторовна Кириченко, Ольга Викторовна Еремеева

Научные эксперты: канд. мед. наук Ольга Анатольевна Раевская, канд. мед. наук Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов

Медицинские и литературные редакторы: Ольга Быкова, Юлия Бриль, Ольга Раевская, Мила Мартынова, Сергей Дьяконов, Дарья Яцышина, Сергей Лёкий, Виктория Москвичёва, Полина Солтыс

Препресс-директор: Нелли Демкова

Руководитель группы дизайна: Абдулатип Латипов

Выпускающие редакторы: Елена Давыдова, Надежда Маркова

Вёрстка: Юлия Скучочкина, Галина Калинина, Елена Григорьева, Дмитрий Ямплеев

Инфографика: Лина Тавдугмадзе, Вагим Ильин, Абдулатип Латипов, Ирина Климова, Олег Зубрилин

Корректоры: Елена Сосегова, Эльнара Фридовская, Ника Кушнаренко

Руководитель отдела взаимодействия с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)

Отдел продвижения издательских проектов: Ирина Громова (lg@praesens.ru)

Учредитель журнала 000 «Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью 000 «Статус презенс» / Издатель журнала: журнал печатается и распространяется 000 «Медиабюро Статус презенс» (105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, подъезд 9, этаж 3) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 6000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 30 декабря 2020 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1, бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 107. Интернет-представительство: praesens.ru. E-mail: info@praesens.ru. Отпечатано в 000 «ИПК Парето-Принт», 170546, Тверская область, промышленная зона Боровлёво-1, комплекс №3А, www.pareto-print.ru. Заказ №ФФЧ24/21 / Присланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак») обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. Обложка: Лина Тавдугмадзе. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков: Shutterstock/FOTODOM, iStock.

© 000 «Статус презенс»

© 000 «Медиабюро Статус презенс»

© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г., 2007

raeSen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радзинский Виктор Евсеевич

Засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Апресян Сергей Владиславович (Москва)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Бахалова Наталья Васильевна (Калининград)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Газазян Марина Григорьевна (Курск)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гомберг Михаил Александрович (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Гущин Александр Евгеньевич (Москва)
Доброхотова Юлия Эдуардовна (Москва)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Зазерская Ирина Евгеньевна (С.-Петербург)
Занько Сергей Николаевич (Витебск, Беларусь)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Коган Игорь Юрьевич (С.-Петербург)
Козлов Роман Сергеевич (Смоленск)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Локшин Вячеслав Нотанович (Алматы, Казахстан)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)

Милованов Андрей Петрович (Москва)
Олина Анна Александровна (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордянец Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Подзолкова Наталия Михайловна (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Протопопова Наталья Владимировна (Иркутск)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Савичева Алевтина Михайловна (С.-Петербург)
Сахаутдинова Индира Венеровна (Уфа)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серов Владимир Николаевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Московская обл.)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Тотчиев Георгий Феликсович (Цхинвал, Южная Осетия)
Трубникова Лариса Игнатьевна (Ульяновск)
Туманова Валентина Алексеевна (Москва)
Уварова Елена Витальевна (Москва)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Фукс Александр (Нью-Йорк, США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Хомасуридзе Арчил Георгиевич (Тбилиси, Грузия)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

7

СЛОВО ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА

«Дорожная карта» онконастороженности

Член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о ситуации с онкологической заболеваемостью в России и в мире

12

НОВОСТИ

15

МЕДПОЛИТ

Медленно, но верно

Интервью с главным внештатным специалистом онкологом Минздрава РФ в Центральном, Северо-Западном, Северо-Кавказском федеральных округах, акад. РАН Андреем Дмитриевичем Каприным

Иванов А.В.

20

«Рано» — значит «вовремя»

Интервью с заместителем директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ Олегом Семёновичем Филипповым

Иванов А.В.

25

ПЕХТ-ПРОСВЕТ

Забота или принуждение?

Контрацептивная политика государства в решении демографических проблем

Бибнева Т.Н., Раевская О.А., Константинова Е.С.

35

ДИСКУССИОННЫЙ
КЛУБ

COVID-19 и беременность

Влияние новой коронавирусной инфекции на течение беременности и акушерские исходы

Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В.

38

Доказательные конфузы

Доказательная медицина: контраверсии бездумного доверия

Дьяконов С.А., Раевская О.А.

47

ЧТО И ТРЕБОВАЛОСЬ
ДОКАЗАТЬ

Неидеальный цикл

Аномальные маточные кровотечения: диагностика и выбор терапии

Шестакова И.Г., Дьяконов С.А.

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

57

VIA SCIENTIARUM

Беременность должна быть запланированной

Интервью с проф. Анной Эдуардовной Протасовой о проблеме онкологических заболеваний на фоне гестации

Солтыс П.А.

62

Эндокринная маммология

Прогестеронотерапия — необходимый компонент в лечении мастопатии

Бриль Ю.А.

71

ДЕМЕДИКАЛИЗАЦИЯ

Что с чем есть?

Нутритивные аспекты, влияющие на эффективность обмена железа: недооценённые факторы тонких взаимодействий

Орлова С.В., Никитина Е.А., Пронина О.Е., Прокопенко Е.В.,
Водолазкая А.Н.

81

РАБОТА НАД
ОШИБКАМИ

Всему своё время

Рак эндометрия — новая мировая проблема. Стратегия диагностики

Табакман Ю.Ю., Иванов А.Е., Солопова А.Г., Туквадзе Е.Г.

87

ТЕХНОБУДУЩЕЕ

Под оптическим прицелом

Секреты офисной гистероскопии

Юпатов Е.Ю.

93

CONTRA-VERSION

Безвреден или опасен?

Тактика ведения пациенток с полипом эндометрия

Майскова И.Ю.

96

Подводные камни биопсии

Контраверсионные вопросы диагностики заболеваний эндометрия

Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Кулешов В.М.

101

CASUISTICA

Поиск фатальных отличий

Клинический разбор парных случаев материнской смерти и near miss. Вирусно-бактериальная пневмония в III триместре

Сахаутдинова И.В.

108

ЛИТЕРАТУРА
И ИСТОЧНИКИ

«дорожная карта» онконастороженности

Член-корр. РАН, проф. В.Е. Радзинский о ситуации с онкологической заболеваемостью в России и в мире



Главный редактор
член-корр. РАН, проф. Виктор Радзинский

В ноябре 2019 года в Великом Новгороде стартовало испытание новой технологии **биогибридного скрининга** онкологических заболеваний. Для диагностики рака учёные решили использовать чуткое **обоняние крыс**. Генетики вырастили особей с повышенными обонятельными способностями. В мозг животных предварительно вживили чипы, позволяющие улавливать мозговые импульсы, которые передаются в нейросетевой классификатор. Далее погружённые в анабиоз крысы дышали воздухом, выдыхаемым испытуемым. Первые результаты показали, что крысы способны диагностировать рак в 3 раза лучше, чем специальное лабораторное оборудование¹.

Включение грызунов — или других видов животных — в **систему онко-скрининга** может быть перспективно, но это вопрос дня завтрашнего. А что сейчас? Увы, **каждые 40 сек** в мире только от рака шейки матки (РШМ) и молочной железы **умирает женщина**. 800 тыс. в год... Колоссальные потери и... зона ответственности каждого акушера-гинеколога.

С 2019 года в нашей стране развёрнута мощная программа по борьбе с онкологическими заболеваниями, в которой большую роль отводят **первичному звену** здравоохранения. В эту работу включены не только поликлинические отделения и ФАПы, но и создаваемые буквально с нуля **центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОПы)**. Это достаточно новая форма работы, но уже сейчас, по мнению главного внештатного специалиста онколога Минздрава РФ, акад. РАН, проф. А.Д. Каприна, видны первые результаты внедрения этой стратегии — специализированная помощь онкологическим пациентам становится **доступнее**². Тем не менее смертность населения от злокачественных новообразований, особенно в женской популяции, чрезвычайно высока. Кроме того, именно рак в последние годы лидирует в списке **причин гибели женщин** трудоспособного возраста (23,5% смертей от общего числа умерших в этой группе по данным Росстата за 2018 год).

Растёт и онкозаболеваемость: в 2019 году количество российских женщин, у которых впервые в жизни был установлен диагноз злокачественного новообразования, составило 348 894 — почти **на 3%** больше, чем в предыдущем году³. А ведь большинство триггеров рака (например, ожирение) **модифицируемы**. Это означает, что **резервы** есть: диспансеризация, профилактика, просвещение.



Борьба с онкологическими заболеваниями — один из приоритетных проектов российского здравоохранения. А поскольку **треть всех раков** — наши, то и спрашивать с нас будут строже. Полагаю, что в настоящее время своевременная диагностика новообразований наиболее актуальна, ведь, несмотря на несомненные

успехи в лечении, прогноз зависит от стадии болезни. К сожалению, и скрининг, и диспансеризация пока далеки от идеала. А для некоторых локализаций скрининговые программы вообще не разработаны.

Каковы **критерии** успешной программы скрининга?

- Заболевание должно быть общественной проблемой здоровья.
- История заболевания хорошо известна.
- Наличие подготовленных специалистов.
- Стандартный подход к выявлению заболевания (рисков) и оценке полученных результатов.
- Тесты скрининга точны и достоверны (достаточная чувствительность и высокая специфичность).
- Доказана эффективность лечения.
- Программы скрининга оправдывают затраченные материальные средства (экономически эффективны).

И вот что происходит у нас в России с обследованием пациенток на онкологические заболевания молочных желёз, шейки и тела матки (таб.).

Особенно тревожно обстоят дела с **раком эндометрия (РЭ)**. Это — одна из нерешённых проблем гинекологии. РЭ (и это стало для многих неожиданностью) прочно занял **вторую позицию** по распространённости среди всех онкозаболеваний репродуктивной систе-

мы, отодвинув РШМ. При этом скрининг РЭ отсутствует, а ряд экспертов сомневаются в его целесообразности. Врач вынужден **баланси́ровать** между гиподиагностикой и избыточными (нередко агрессивными) вмешательствами, каждый раз принимая сложное решение о **разумности** и целесообразности своих назначений.

Серьёзная проблема, не решённая нигде в мире, — **злокачественные опухоли яичников**. Однако и здесь мы **недоиспользуем весь потенциал** профилактических осмотров и санитарно-просветительской работы. В первую очередь мы должны применять все средства для повышения самосознания наших пациенток: СМИ, интернет, СМС-рассылки, социальную рекламу.



Логичным продолжением начатой работы по модернизации первичного звена медицины можно считать **новый Порядок** оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», который начинает действовать с **1 января 2021 года**⁴. В нём много внимания уделено вопросам скрининга и онкопрофилактики. В первую очередь в рамках профилактического медицинского осмотра или **первого этапа** диспансеризации необходим скрининг раков визуализируемой локализации: шейки матки и молочных

желёз. Усилия в этом направлении позволят значительно снизить смертность женщин, и успех возможен уже сейчас!

К сожалению, об эффективных методах раннего выявления онкологических заболеваний репродуктивной системы других локализаций (яичников, тела матки) говорить сложно: программы скрининга не разработаны или трудновыполнимы.

Об эффективности скрининговых программ можно будет говорить в том случае, когда профилактический осмотр пройдёт не менее **80%** женского населения. А для этого необходимо привлечение дополнительных информационных ресурсов, что пока в нашей стране трудно реализуемо. И это тоже вопрос будущего, но, хочется верить, **недалёкого**.



Одно из ключевых положений нового Порядка содержит **пункт 69**, в котором указано, что за выявление заболеваний молочных желёз теперь полную **ответственность несёт акушер-гинеколог**. И это правильно: маммологические болезни нельзя рассматривать вне оценки репродуктивной системы в целом. Так, у пациенток, страдающих доброкачественными дисфункциями молочных желёз (ДДМЖ), часто выявляют миому матки (83,6%) и цервикальные нарушения (54,1%), ВЗОМТ (29,5%), аденомиоз (26,2%) и гиперплазию эндометрия (31,2%), дисфункции (9,8%) и кисты (8,2%) яичников.

Для выявления диспансерных групп и определения тактики ведения пациентки нужно использовать **единую унифицированную систему**, например BI-RADS. В зависимости от результатов исследования выбирают маршрут:

- 0 — для определения дальнейшей тактики ведения направляют женщину на консультацию к врачу-онкологу.
- 1, 2 — пациентку наблюдает акушер-гинеколог.
- 3 — больную направляют в онкологический диспансер для верификации диагноза.
- 4–6 — пациентку ведёт онколог.

В целом некоторые изменения ждут и функционал **врача женской консультации**. Так, этим специалистам вменяется в обязанность формирование групп риска рака репродуктивных органов,

Таблица. Характеристика скрининговых программ

Критерии скрининга	Рак		
	Молочная железа	Шейка матки	Тело матки
Заболевание должно быть общественной проблемой здоровья	+	+	+
История заболевания хорошо известна	+	+	+
Наличие подготовленных специалистов	?	?	?
Стандартный подход к выявлению заболевания (рисков) и оценке полученных результатов	+/-	+/-	+/-
Тесты скрининга точны и достоверны (достаточная чувствительность и высокая специфичность)	+/?	+	—
Доказана эффективность лечения	+	+	+
Программы скрининга оправдывают затраченные материальные средства (экономически эффективны)	?	?	?
Обратная связь	—	—	—

выявление ДДМЖ, дородовое консультирование пациенток и ведение больных с лактостазом и маститом. Наконец, самое главное — осуществление **единого** маммологического и гинекологического скрининга. И в рамках этих мероприятий пациенткам 40—75 лет **маммографию** следует назначать 1 раз в 2 года. Именно это исследование обеспечивает максимальную информативность визуальной диагностики рака при самых небольших размерах опухоли, а значит, и **успех всего лечения**.

Согласно отчёту Глобальной лаборатории по онкологическим заболеваниям (GLOBOCAN), опубликованному в декабре 2020 года экспертами Международного агентства по исследованию рака (International agency for research on cancer, IARC), рак молочной железы **(РМЖ)** возглавляет список наиболее часто диагностируемых онкологических заболеваний в мире⁵. Из **19,3 млн новых случаев** злокачественных опухолей на долю РМЖ пришлось **11,7%**, а в женской популяции — около четверти раковых заболеваний. Исследователи IARC констатируют, что именно РМЖ занимает пятое место в перечне причин гибели онкологических больных, а это **одна из каждых шести смертей от рака** у женщин и 685 тыс. погибших в 2020 году.

Столь негативные тенденции обусловлены в немалой степени особенностями **репродуктивного поведения** современной женщины, в том числе отложенным деторождением, малодетностью, а также увеличением частоты избыточного веса и ожирения, ограничением физической активности. Безусловно, нельзя сбрасывать со счетов генетические причины рака и ряд других факторов, но именно на перечисленные выше **тренды** нашего времени **можно влиять**. Об этом нужно помнить акушеру-гинекологу, который зачастую оказывается единственным врачом, к которому приходит женщина. И не только помнить, но и **действовать на упреждение**.



Ещё одна крайне болезненная для всех нас проблема: по данным IARC, в 2020 году в мире зарегистрировано **604 127 новых** случаев цервикального рака и 341 831 летальный исход от этого заболевания. А в странах с низким



и средним уровнем дохода этот вид рака — второй по частоте возникновения в женской популяции и третий по уровню смертности. Причём весьма тревожна ситуация с диагностикой РШМ: у 58,9% пациенток этот вид опухоли выявляют случайно и лишь у 41,1% — активно⁶.

Говоря о проблеме РШМ, невозможно не упомянуть об одном из наиболее важных триггеров этой болезни — папилломавирусе. К настоящему времени известно, что около 90% эпизодов инфицирования ВПЧ остаются незамеченными в течение 2 лет, и лишь у небольшого количества пациенток отмечают персистенцию инфекции. До сих пор остаётся открытым вопрос, элиминируется ли вирус полностью или фиксируется в латентном состоянии в базальных клетках с возможностью реактивации при определённых условиях. Только у одной из десяти женщин вирус персистирует. И именно у этих пациенток возможно развитие предракового поражения шейки матки.

[Борьба с онкологическими заболеваниями — один из приоритетных проектов российского здравоохранения. И поскольку треть всех раков — наши, то и спрашивать с нас будут строже.]

Однако с цервикальным скринингом не всё так однозначно. Сегодня можно услышать разные позиции специалистов о необходимом объёме скрининговых мероприятий. Например, возможно, ВПЧ-тест не имеет особой значимости, ведь у большинства женщин в течение 6—19 мес без лечения происходит самоэлиминация вируса, а цитологические методы позволяют выявить болезнь уже на стадии предрака. Кроме того, неинвазивные методы диагностики недостаточно информативны и/или неспецифичны, а те, что могут дать однозначный результат, как правило, финансово затратны и сопряжены с более обширным вмешательством, то есть не соответствуют критериям скрининговых методов.

Эффективность скрининга, как уже было упомянуто ранее, обеспечивает только большой охват населения. Контраргументы могут выдвинуть

сторонники скрининга. Первичная профилактика — мероприятия с целью предотвращения РШМ (образование населения, минимизация факторов риска, вакцинация) — малоэффективна в российских реалиях, отдалённые результаты применения вакцин пока мало изучены. РШМ потенциально предотвратим при выявлении на стадии предрака, причём существует достаточно серьёзный мировой опыт в этом вопросе.

Что же есть в арсенале современного врача для борьбы с РШМ? В числе таких рабочих инструментов можно назвать визуальный осмотр, кольпоскопию, молекулярно-биологическую диагностику (ПЦР, Digene-test, биомаркёры), цитологическое обследование, гистологический анализ биоптатов. В отличие от зарубежных стран, в России кольпоскопия — рутинный метод диагностики наряду с цитологическим анализом. Рутинный и весьма

эффективный, как показала практика. Что же касается ВПЧ-теста, то, согласно рекомендациям международных обществ (ESIDOG, ASCCP, ACOG, ACS, ВОЗ), его включают в комплекс обследования женщин после 30 лет вместе с PAP-тестом. Его также используют для определения тактики ведения женщин при неясных/сомнительных результатах цитологического исследования и для наблюдения после лечения.

Новым Приказом №113/н регламентировано, что в возрасте 21—29 лет пациенткам следует назначать цитологию/жидкостную цитологию 1 раз в 3 года, в 30—65 лет — котестирование 1 раз в 5 лет. В том, что касается особенностей лечения пациенток с выявленными предраковыми изменениями шейки матки, то в условиях базового уровня ресурсов следует применять де-

гическую экцизию (ПЭЭ). В остальных ситуациях рекомендована ПЭЭ или абляция. И при любом методе терапии must have — диспансерное наблюдение за состоянием пациентки в течение 12 мес после вмешательства.

Реалии настоящего времени — беременность на фоне рака. К сожалению, это уже не казуистика! Причём акушер-гинеколог сталкивается не только со «своими», гинекологическими, онкозаболеваниями — первое место занимает меланома. У будущих матерей также часто наблюдают РМЖ, РШМ, рак щитовидной железы, лимфопролиферативные заболевания (лимфому Ходжкина, неходжкинскую лимфому), рак толстой кишки, желудка. Конечно, диагностика любого злокачественного процесса во время беременности — поздняя. Это свидетельство упущенных возможностей: недостаточная онконастороженность врачей, безответственное отношение к своему здоровью пациенток, непроведение прегравидарной подготовки...

Размеренная жизнь большинства населения нашей планеты в 2020 году оказалась нарушена: пандемия коронавируса изменила привычный ход вещей, стала «темой №1» для обсуждения в информационном пространстве, в рабочих коллективах и в семейном кругу. Да, это действительно серьёзный вызов всем нам, причём врачи всех специальностей оказались на передовой. Однако ничуть не менее значимы и остальные точки приложения сил и знаний медицинского сообщества, в том числе вопросы профилактики и своевременного выявления онкологических заболеваний. К счастью, у нас есть вполне рабочая «дорожная карта» борьбы с раком, в том числе репродуктивных органов. В этом выпуске будет немало тематических публикаций. Уверен, что каждый врач увидит в нём не только интересные и увлекательные статьи, но и точку профессиональной опоры для практической работы. **SP**

Библиографию см. на с. 108—111.

медленно, но верно

Интервью с главным внештатным специалистом онкологом Минздрава РФ в Центральном, Северо-Западном, Северо-Кавказском федеральных округах, акад. РАН Андреем Дмитриевичем Каприным

Бесеговал: Александр Васильевич Иванов
[StatusPraesens]

Несмотря на все достижения медицинской науки, рак по-прежнему остаётся **одним из самых опасных** заболеваний человека. Чудес не бывает — даже если государство вкладывает в борьбу с ним огромные финансовые средства, ждать **немедленного улучшения** ситуации **не приходится**. Впрочем, смотря **что считать чудом**: совсем недавно этот диагноз звучал как фатальный приговор. Сегодня — уже нет, и тем важнее выявить болезнь **как можно раньше**.

SP Уважаемый Андрей Дмитриевич, с начала реализации Федерального проекта по борьбе с онкологическими заболеваниями прошло уже 2 года. Как изменилась ситуация в отношении раннего выявления и смертности от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы?

Андрей Дмитриевич Каприн (А.К.): В онкологии статистика **не меняется так быстро** — обычно улучшение показателей наступает только **через несколько лет**. Например, внедрение скрининговых программ в Японии в 1950-е годы привело к ощутимым результатам лишь в 1960-е. Коллегам **потребовалось около 8 лет** целенаправленной работы.

Нужно понимать, что после начала массового скрининга в первую очередь врачи **активно выявляют запущенные** случаи. Именно поэтому логично ожидать даже **ухудшения статистики** — за счёт злокачественных новообразований, обнаруженных на III и IV стадиях, которые могут появиться в большом количе-

стве. Доля «ранних» стадий будет расти только потом — и это касается опухолей всех локализаций.

К тому же есть категория людей, которые **сомневаются**, что обследование вообще необходимо, или **боятся**, что у них что-то найдут. Они **не обращаются к врачу сами** или откладывают визит к нему «до последнего».

Как показывает опыт других стран, **избыточные ожидания** немедленного улучшения ситуации, которые транслируют наши СМИ, не соответствуют реальности. Это не радиоприёмник: включил — и он заработал. Хотя даже радиоприёмник должен прогреться...

SP Нашу страну сложно сравнивать с Японией даже по размерам, а для того, чтобы обследовать 80% населения, мало просто проинформировать граждан о скрининге. Насколько хорошо организована такая работа в регионах?

А.К.: Безусловно, дела обстоят по-разному, и для этого есть **объективные**

[После начала массового скрининга в первую очередь врачи активно выявляют запущенные случаи. Возможно даже ухудшение статистики за счёт злокачественных опухолей III и IV стадий.]



Андрей Дмитриевич Каприн, акад. РАН, член-корр. РАО, докт. мед. наук, проф., главный внештатный специалист онколог Минздрава РФ в Центральном, Северо-Западном, Северо-Кавказском федеральных округах, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава РФ, зав. кафедрой урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Медицинского института Российского университета дружбы народов, президент Ассоциации онкологов России (Москва)

[Международное агентство по изучению рака рекомендует проводить рутинный скрининг опухолей шейки матки и молочных желёз. Реализация этих программ позволит спасти многих пациенток.]

причины — и финансовые, и кадровые. Но всё же очень **многое зависит от руководителя** онкологической службы субъекта РФ, от знания и выполнения **правильного алгоритма** действий врачами всех специальностей, от **адекватности маршрутизации** пациентов.

Есть регионы, в которых пока не открыты ЦАОПы — **центры амбулаторной онкологической помощи**, на которые мы очень рассчитываем. Они должны будут в том числе контролировать качество проведения скрининга. По состоянию на 1 декабря 2020 года в России начали работу 105 ЦАОПов, из них 103 по плану и два — сверх него.

SP Каким образом ЦАОПы смогут контролировать качество осмотров?

А.К.: С помощью ВИМИС — **вертикально интегрированной медицинской информационной системы**, которая охватывает все уровни оказания онкологической помощи — от врача первичного звена до главного внештатного онколога Минздрава РФ.

Например, приходит на приём к клиницисту женщина, которой пора делать маммографию, — с 40 лет она предусмотрена 1 раз в 2 года у нас и в Японии; во многих других странах этим начинают заниматься позднее. Если не было назначено исследование, это видно сразу на **нескольких уровнях контроля**. То же самое — в отношении цервикального скрининга. Были у врача 30 пациенток, цитологию выполнили только пяти — можно посмотреть, когда обследование проходили все остальные.

Международное агентство по изучению рака (МАИР) рекомендует проводить рутинный **скрининг онкозаболеваний визуализируемой локализации** — шейки матки и молочных желёз. Если мы реализуем хотя бы две эти программы, то уже добьёмся значительного прогресса, спасём огромное количество пациенток.

Однако **возможности ВИМИС** для анализа правильности действий врача этим не ограничиваются: можно, например, спросить у специалиста, почему он никуда не направил пациентку, если на УЗИ была выявлена гиперплазия эндометрия. То есть речь идёт не только о профилактических осмотрах, но и о **выполнении клинических рекомендаций**. Для этого в ВИМИС создан регистр больных со злокачественными новообразованиями и регистр пациентов с предопухолевыми заболеваниями.

SP Если посмотреть на клинические рекомендации в отношении злокачественных новообразований женской репродуктивной системы, складывается впечатление, что эти документы напи-

саны онкологами для онкологов, хотя врач «первого контакта» — акушер-гинеколог...

А.К.: Есть приказы Минздрава РФ, которые требуют от руководителей медицинских организаций построить работу так, чтобы **каждый специалист был ознакомлен** с клиническими рекомендациями и выполнял их требования. Безусловно, это объёмные документы, но там есть **конкретные указания** для всех врачей, которые занимаются пациенткой с данным заболеванием.

SP Как известно, к тестам, которые включают в скрининговые программы, предъявляют несколько требований: высокая чувствительность и специфичность, низкая стоимость. Сегодня существуют различия в том, что написано в клинических рекомендациях, приказах и Приказе Минздрава РФ №124н, регламентирующем профилактические осмотры и диспансеризацию. Какой объём исследований был бы оптимален для раннего выявления рака молочной железы и шейки матки?

А.К.: Тот, который признает оптимальным **профессиональное сообщество**. В клинических рекомендациях указывают методы, эффективность которых подтверждена **результатами научных исследований**. Как только эти документы будут утверждены в новой редакции, придётся **пересматривать и стандарты, и другие приказы**.

Например, с 1 января 2021 года вступает в силу **порядок оказания акушерско-гинекологической помощи** — Приказ №1130н. В отношении диспансеризации пациенток с заболеваниями молочных желёз там сказано только про рентгеновскую маммографию для женщин начиная с **40-летнего возраста** — те, кто моложе, вообще не упомянуты. Конечно, мы должны **восполнить этот пробел** в клинических рекомендациях; кроме того, надо обязательно написать и про **ультразвуковые исследования**. Сейчас документы находятся в работе, идёт обсуждение. А поскольку приказ по диспансеризации и профилактическим осмотрам единый, его обязаны исполнять и акушеры-гинекологи.

Отмечу, что в регионах между главными онкологами и акушерами-гинеколо-

логами сложились хорошие **рабочие отношения**: если в 1990-х годах была некая разобщённость, то сейчас **есть взаимопонимание** практически по всем ключевым вопросам. Мы обязательно привлекаем к подготовке клинических рекомендаций **ведущих профильных специалистов** — они входят в рабочую группу. Нужно понимать, что это серьёзные эксперты, если они не согласны с каким-нибудь предложением, то **молчать не будут**.

SP В последнее время один из самых частых вопросов, который врачи задают на конференциях, — о пределах полномочий того или иного специалиста. Например, обязан ли акушер-гинеколог отправлять пациентку с CIN II–III на консультацию к онкологу или может вести её самостоятельно?

А.К.: Понятие CIN III включает в себя и тяжёлую дисплазию, и преинвазивный рак — *cancer in situ*. Об этом написано в клинических рекомендациях по цервикальной интраэпителиальной неоплазии, утверждённых в 2020 году. Именно поэтому в такой ситуации **консультация онколога обязательна**, а дальнейшая тактика будет определяться в соответствии с верифицированным диагнозом. Нужно только помнить о возможности использования **телемедицинских технологий** — многое решается с их помощью.

SP Насколько меняется возрастная структура пациенток с онкозаболеваниями? С одной стороны, специалисты говорят, что «рак молодеет», с другой — что частота онкозаболеваний увеличивается с возрастом, а продолжительность жизни растёт...

А.К.: Рак стали чаще выявлять в более молодом возрасте только в связи с тем, что **улучшается диагностика**. Когда мы сравниваем общую ситуацию в России с другими странами, видим, что онкологическая **заболеваемость у нас несколько ниже** — и это настораживает. Разница составляет примерно 100 пациентов на 100 тыс. населения, поэтому мы действительно много ждём от скрининговых программ.

Понятно, что в европейских странах популяционный скрининг проводят давно; кроме того, небольшим государствам его проще организовать даже техниче-



[Многие региональные онкологические диспансеры стали базами клинических кафедр, там работают врачи с учёными степенями, некоторые прошли обучение за рубежом. Они могут взять на себя реабилитацию.]

ски. В России с её огромной территорией и очень разной плотностью населения это гораздо сложнее — есть места, откуда человек может добраться до медицинского учреждения только вертолётном...

В густонаселённых регионах мы видим более высокие цифры заболеваемости, а, например, на Кавказе они ниже, в том числе в силу особенностей менталитета. Вообще геополитические аспекты при реализации скрининговых программ имеют очень важное значение.

Вместе с тем хотел бы отметить, что и у нас, и за границей процент больных на I и IV стадиях остаётся примерно одинаковым. Зарубежные коллеги говорят, что у них пациентов с IV стадией — от 17 до 20%, в России тоже около 20% (это если мы говорим обо всех злокачественных новообразованиях). Понятно, что в отношении рака яичников ситуация намного сложнее — во всём мире его считают одним из самых трудных для диагностики, и он очень быстро диссеминирует.

SP Существуют ли сегодня технологии, которые позволяют лечить рак на поздних стадиях более эффективно, чем раньше? Можно ли снизить смертность при онкозаболеваниях, методы скрининга которых не разработаны?

А.К.: Мы уже имеем некоторые инструменты для продления жизни больных. Например, наш центр, НМИЦ радиологии, — один из немногих, который занимается внутривнутрибрюшинной аэрозольной химиотерапией под давлением (pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy, PIPAC). Этот метод применяют при многочисленных метастазах — их орошают препаратами, и пациенты с запущенными формами рака живут существенно дольше (хотя, к сожалению, речь идёт о месяцах, а не о годах). Нельзя не упомянуть таргетную терапию и иммуноонкологическую терапию — ещё одно направление, которое сейчас активно применяют, и это влияет на общую и безрецидивную выживаемость

пациентов не только на ранних, но и на III и IV стадиях.

Мы движемся вперёд, пробуем новое. Чтобы плавать — надо плавать, и все наши попытки так или иначе принесут свои плоды. Всё это, конечно, не очень быстро — нужно проводить исследования, собирать достаточную когорту пациентов. Нужно и время, и финансирование.

SP Пациентки со злокачественными новообразованиями находятся под диспансерным наблюдением онколога. Должен ли участвовать в их реабилитации акушер-гинеколог?

А.К.: Речь идёт о пациентках после комбинированной терапии — и акушеры-гинекологи не всегда знают, что в таких случаях нужно делать. Получается, что сначала их надо обучить азам химио- и лучевой терапии. Кроме того, мы только начали внедрять программы реабилитации в онкологии, и пока здесь очень много проблем.

В Медицинском радиологическом научном центре им. А.Ф. Цыба, филиале НМИЦ радиологии, создано единственное в стране отделение для борьбы с лучевыми повреждениями. Здесь мы не только занимаемся консервативным лечением, но и активно развиваем хирургические методы с пластическими операциями; начата работа по удалению рецидивных опухолей и ожогов органов малого таза с формированием резервуаров для отведения мочи и кала. И это тоже реабилитация.

Во многих странах предусмотрена детоксикация при подготовке к повторным курсам химиотерапии, вплоть до диализных процедур. А это достаточно дорогие методы, цена на расходные материалы высока. Иногда реабилитацию нужно проводить в середине цикла — мы знаем, какие препараты вызывают выраженную токсическую реакцию. Всё это можно делать, но, конечно, такие процедуры должны быть оплачены.

SP То, что вы рассказываете, может быть выполнено только мультидисциплинарной командой, которая работает в крупном научном центре?

А.К.: Нет, не обязательно. Многие региональные онкологические диспансеры давно стали базами клинических кафедр, там работают врачи с учёными степенями, некоторые прошли обучение за рубежом. По сути, это уже не столько диспансеры, сколько центры, где есть и хирургия, и высокотехнологичная терапия, и трансплантация органов и тканей. Они легко могут взять на себя реабилитацию, они к этому готовы.

Конечно, нужно создавать междисциплинарную команду, но это не значит, что все узкие специалисты должны работать в одном месте. Я опять напомню о телемедицинских консультациях: во многих случаях для определения тактики достаточно анализа документации, тем более что есть возможность обмениваться медицинскими изображениями. При этом главная роль остаётся у онколога: очень важно не пропустить прогрессирование рака.

Вообще же пациентов, которым нужна срочная реабилитация, не так уж много, это вполне можно организовать.

SP Как вы считаете, в чём сегодня главные проблемы при взаимодействии акушеров-гинекологов и онкологов?

А.К.: На самом деле я не вижу никаких глобальных проблем — все заинтересованы в улучшении ситуации. Безусловно, должна быть внедрена единая медицинская информационная система — и она создаётся, на это выделены большие средства.

У нас в НМИЦ радиологии организован координационный центр, в котором работают 30 человек. Мы заключили с региональными органами управления здравоохранением соглашения, на основании которых идёт постоянный обмен информацией. Мы прицельно анализируем случаи запущенного рака, и было бы правильно подключить к этим разборам акушеров-гинекологов. Думаю, это может дать хороший результат. **SP**

беременность должна быть запланированной

Интервью с проф. Анной Эдуардовной Протасовой
о проблеме онкологических заболеваний на фоне гестации

Беседовала: Полина Александровна Солтыс
(Волгоград)

Выявление онкологического заболевания во время беременности — драматичная ситуация, при которой клиницист «мечется между двух огней». С одной стороны, необходимо **снизить распространение** опухолевого процесса и тем самым устранить витальную угрозу для женщины. С другой — сохранить жизнь ещё не родившегося ребёнка и, кроме того, постараться обеспечить максимально благоприятные условия для его внутриутробного развития. Современные возможности медицины часто позволяют успешно бороться со злокачественными опухолями в период гестации с хорошими перинатальными исходами. Однако вопрос **оптимизации диагностики** по-прежнему актуален — об этом корреспондент SP беседовал с проф., докт. мед. наук, зав. отделением онкологии клиники «Скандинавия» Анной Эдуардовной Протасовой.

SP Уважаемая Анна Эдуардовна, результаты эпидемиологических исследований последних десятилетий показали, что в России онкологические заболевания выявляются у одной из 1000–1200 беременных. В чём причина такой распространённости?

Анна Эдуардовна Протасова (А.П.): На мой взгляд, это связано с несколькими моментами. Во-первых, с тенденцией **«запоздалого» материнства**. В последние годы женщины не только в России, но и во многих других странах предпочитают сначала получить образование, достичь финансовой стабильности и построить карьеру, поэтому откладывают реализацию репродуктивной функции на более поздний период.

В настоящее время мы относим к репродуктивному возрасту пациенток вплоть до 44 лет в соответствии с классификацией ВОЗ (молодое население). Однако при этом забываем, что риски многих заболеваний, в том числе и он-

кологических, имеют прямую зависимость от возраста. Кроме того, более чем на 30% ежегодно увеличивается заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) у женщин 19–39 лет.

Во-вторых, причиной высокой распространённости рака репродуктивных органов в России служит **несоблюдение сроков** и низкий охват населения при проведении профилактических осмотров (диспансеризации). Во многом это обусловлено отсутствием у самих пациенток ответственности за собственное здоровье. К сожалению, женщины зачастую не приходят на приём к акушеру-гинекологу годами, а обращаются за медицинской помощью уже при наличии клинических признаков онкологического заболевания, когда превентивные возможности давно упущены.

Напомню только, что в понятие «рак и беременность» входит рак, выявленный на фоне беременности, в период лактации, а также в течение 12 мес после родов.

SP Анна Эдуардовна, каковы эпидемиологические тенденции наиболее часто встречающихся на фоне беременности опухолей? Прослеживаются ли они в вашей практике?

А.П.: Согласно эпидемиологическим данным о распространённости злокачественных новообразований на фоне беременности, лидирующая позиция (1:1000–1:10 000) принадлежит **меланоме**. Далее следуют РМЖ, рак шейки матки, щитовидной железы, лимфопролиферативные заболевания (лимфома Ходжкина, неходжкинская лимфома), рак толстой кишки и опухоли желудка^{1–3}.

В НИИЦ им. В.А. Алмазова в период с 2011 по 2020 год наблюдали 117 беременных с различными видами онкологических заболеваний. Наиболее часто встречали лимфому — у 41 пациентки, рак щитовидной железы — у 34, РМЖ — у 14, острый лейкоз — у восьми (Зазерская И.Е., 2020).



Анна Эдуардовна Протасова, докт. мед. наук, проф., зав. учебной частью кафедры онкологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, проф. кафедры онкологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, проф. кафедры акушерства и гинекологии НМИЦ им. В.А. Алмазова, зав. отделением онкологии клиники «Скандинавия» (Санкт-Петербург)

Мы зачастую сталкиваемся с недостаточным обследованием пациенток и задержкой постановки диагноза, что обуславливает неправильную тактику ведения и упущенные возможности лечения. Требование к акушерам-гинекологам, продиктованное временем: информирование пациенток и онкологическая настороженность. Врачам необходимо своевременно заподозрить опухоль и направить женщину на дообследование и консультацию онколога.

SP Какие диагностические подходы, на ваш взгляд, позволяют акушеру-гинекологу оценить возможные риски онкологического процесса у будущих матерей в условиях женской консультации?

А.П.: Прежде всего следует отметить, что к любой беременности нужно готовиться заранее. Важно проходить диспансеризацию в полном объеме с целью своевременного выявления факторов риска развития опухолевого процесса или начальных признаков заболевания.

К основным клиническим проблемам диагностики онкологического заболевания на фоне беременности можно отнести:

- отсутствие планирования беременности;
- невыполнение объема диспансеризации женщин репродуктивного возраста;
- низкий уровень онкологической настороженности врачей;
- отсутствие междисциплинарного взаимодействия клиницистов при выборе чувствительных методов диагностики опухоли у беременной.

В основе оценки онкологических рисков лежит тщательно собранный анамнез. В настоящее время мнение коллег едино: врач должен обладать онкологической настороженностью по отношению ко всем пациенткам, знать особенности наследственных опухолевых синдромов и современные возможности ранней диагностики злокачественных новообразований.

Клиническое обследование будущей матери должно обязательно включать осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, пальпацию молочных желёз, периферических лимфатических узлов, щитовидной железы, живота, а также гинекологический осмотр с цитологическим исследованием шейки матки. Безусловно, анатомические и физиологические изменения на фоне гестации затрудняют объективное исследование, однако не выполнять его нельзя.

SP Какие обстоятельства могут привести к ошибкам диагностики новообразований у беременной?

А.П.: Диагностика злокачественных новообразований у беременных — непростая задача для практикующего врача. Это так называемый парадокс ситуации. С одной стороны, задержка установления диагноза может быть связана с неспецифичностью симптомов: вздутие живота, головные боли, изменения молочных желёз, кровотечение из половых путей и прямой кишки встречаются и во время физиологически протекающей беременности. С другой — на фоне гестации рак может быть выявлен в рамках скрининговых обследований (мазок Папаниколау, УЗИ органов малого таза)³.

Например, в настоящее время многие акушеры-гинекологи имеют сертификат специалиста УЗИ-диагностики, поэтому могут подробно описать область придатков матки с точным указанием размеров и структуры яичников. Отсутствие такого описания во время беременности может привести к поздней диагностике опухоли, что в последнее время стало встречаться достаточно часто. Поздняя диагностика овариального рака и других онкологических заболеваний усложняет лечение и ухудшает прогноз для матери и плода.

Важно отметить: нюансы использования инструментальных методов диагностики во время гестации, безусловно, есть, тем не менее при необходимости (подозрение или выявление злокачественного опухолевого процесса) беременная должна быть обследована в полном объеме. В большинстве случаев УЗИ позволяет получить информацию для оформления предварительного диагноза. Для его уточнения, как правило, применяют магнитно-резонансную томографию.

Компьютерная томография (КТ) обладает большой чувствительностью, её выполняют для оценки распространённости онкологического процесса. Однако возможность использования этого метода на фоне беременности зависит от локализации опухоли. КТ головы и шеи, органов грудной клетки с использованием экранирования области живота безопасна в гравидарном периоде, а КТ органов брюшной области или органов малого таза следует избегать или назначать только в случае крайней необходимости после коллегиального обсуждения³.

SP При первичном визите к акушеру-гинекологу на фоне беременности производят забор материала из экто- и эндоцервикса для цитологического исследования. Есть ли особенности получения биоматериала и цитологической картины во время гестации?

А.П.: Никаких отличий нет. Однако следует отметить, что врачи зачастую боятся делать полноценный забор материала, если женщина беременна. Это не оправдано! Необходимо проводить забор материала для полноценного цитологического исследования так же, как и у небеременных пациенток.

SP Как врач должен оценивать диагностическую значимость опухолевых маркёров (А-125, А-15-3, А-19-9 на фоне беременности? И целесообразно ли их вообще определять?

А.П.: Даже вне беременности любые изменения уровня опухолевых маркёров не служат единственным критерием постановки диагноза. Их можно учитывать только в дополнение к клиническим данным и результатам основных методов обследования.

Это же утверждение справедливо и для периода беременности. Для постановки диагноза злокачественного опухолевого процесса необходимы морфологическая верификация и определение распространённости заболевания (метастазирования)^{4,5}.

SP На протяжении многих лет будущие матери, а также члены их семей боролись с дилеммой: прерывать беременность или проводить химиотерапию? Существует ли решение сегодня?

А.П.: Несомненно, верификация рака в гравидарном периоде — **критическая ситуация**, включающая не только клинические, но

и этические проблемы. В прошлом врачебный постулат при диагностированном онкологическом заболевании у будущей матери гласил: «немедленное прерывание беременности». Сегодня аборт не считают необходимой мерой при лечении злокачественных опухолей, выявленных на фоне гестации: он **не улучшает прогноз** и не оказывает положительного влияния на эффективность основных методов терапии².

Для лечения злокачественных опухолей во время беременности используют те же принципы, что и в обычной онкологической практике, — хирургические, химио- и радиотерапевтические. Хирургический этап может быть выполнен в период гестации, в некоторых случаях — в объёме, позволяющем избежать адъювантного лечения^{5,6}.

С каждым годом возможности лечения рака, диагностированного во время беременности, возрастают. В ходе продолжительного международного когортного исследования (37 центров из 16 стран) с участием 1170 будущих матерей с онкологическим процессом, в том числе больных РМЖ (n=462), 779 (67%) получили лечение в гравидарном периоде. В результате **88%** пациенток родили **здоровых детей**, при этом у 52% участниц имели место роды в срок^{7,8}.



© siem.pulkata / shutterstock/fotodrom

[В настоящее время выполнение аборта не считают необходимой мерой при лечении злокачественных новообразований, выявленных на фоне гестации, поскольку прерывание беременности не улучшает прогноз и не оказывает положительного влияния на эффективность основных методов терапии.]

Реестр Международной сети по раку, беременности и бесплодию (International network on cancer, infertility and pregnancy, INCIP) содержит информацию о более чем 2 тыс. пациенток с онкологическим заболеванием на фоне гестации^{9,10}. При выявлении опухоли тактика ведения зависит от срока беременности, локализации и **стадии** злокачественного процесса, возможных **методов лечения** и желания женщины. Крайне важна и необходима совместная работа специалистов разных областей медицины — онкологии, акушерства, перинатологии, диагностики, психологии и репродуктивной медицины.

[При выявлении злокачественного новообразования тактика ведения беременной зависит от срока гестации, локализации и стадии опухолевого процесса, возможных методов лечения и желания женщины.]

SP В мировой литературе описано более 300 случаев успешной терапии РМЖ, ассоциированного с беременностью. Иными словами, будущие матери с этим диагнозом могут получать такое же лечение, как и небеременные женщины. Так ли это?

А.П.: Да, это так. Согласно мировым данным, можно эффективно лечить рак на фоне беременности. В частности, данные по РМЖ, представленные в гайдлайнах Национальной сети многопрофильных онкологических учреждений США (National comprehensive cancer network, NCCN)¹¹ и INCIP¹², позволяют врачу найти решение трудных клинических ситуаций при ведении беременных. При этом специалист должен наблюдать за состоянием матери и плода, а также определять срок и способ родоразрешения.

Лечение беременных и небеременных со злокачественной опухолью сходно. Кроме того, судя по литературным данным, 5-летняя выживаемость обеих категорий пациенток с установленным диагнозом РМЖ сопоставима. Хирургический этап лечения этого онкологического заболевания целесообразно выполнять на сроке 18–22 нед гестации⁷.

Гистологические, иммуногистохимические и молекулярные исследования

важно проводить **по стандартным протоколам**. Для определения дальнейшей тактики лечения пациенток необходимо оценить всеми доступными методами распространённость опухолевого процесса, а также привлекать для обсуждения специалистов смежных областей.

SP Колоректальный рак выявляют у одной из 13 тыс. будущих матерей. При этом о его сочетании с беременностью в литературе представлено мало данных.

А.П.: Колоректальный рак занимает седьмое место в числе всех злокачественных новообразований на фоне беременно-

сти¹³. Наиболее частые клинические признаки рака толстой кишки — запор, боль в животе, рвота, анемия. Главная причина диагностики этого заболевания на стадиях распространения опухолевого процесса и на поздних сроках гестации — **неспецифичность симптомов**.

У молодых пациенток это злокачественное заболевание встречаются редко, как правило у больных, имеющих генетическую предрасположенность (наследственные факторы риска). В позднем репродуктивном возрасте наследственные формы наблюдают нечасто¹⁴. Лечение этого опухолевого процесса у будущих матерей такое же, как и у небеременных женщин, но дополнительно включает **мониторинг состояния плода**.

SP Бывали ли в вашей практике клинические ситуации, когда пациентки категорически отказывались выполнять рекомендации лечащего врача?

А.П.: Думаю, в медицинской практике такие ситуации нередки, но их необходимо избегать или минимизировать. Так, в НМИЦ им. В.А. Алмазова беседу с пациенткой ведёт консилиум врачей, стараясь доступным для женщины языком разъяснить особенности заболева-

ния, информировать её о возможных методах лечения, привести доказательства в пользу эффективности того или иного подхода.

Большое значение имеют **личностные качества врача** и всего **медицинского персонала**: от взаимодействия с пациенткой зависят полноценность лечения и психоэмоциональное состояние участников лечебного процесса.

SP Какие юридические аспекты должен соблюдать врач акушер-гинеколог при ведении будущей матери с онкологическим заболеванием?

А.П.: Согласно одному из **принципов биоэтики**, пациент вправе получить всю необходимую медицинскую помощь и самостоятельно принимать решения без вовлечения окружающих людей. Сегодня не существует единых нормативных документов по поводу ведения беременных с онкологическими заболеваниями. Разработаны клинические рекомендации Американского общества клинической онкологии (American society of clinical oncology, ASCO) по сохранению фертильности у онкологических больных, рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (European society for medical oncology, ESMO) и рекомендации INCIP по ведению основных видов злокачественных опухолей на фоне беременности.

Хочу ещё раз подчеркнуть, что существует **ряд сложностей**, возникающих как со стороны самих женщин, так и со стороны врачей. Первые нередко не планируют рождение ребёнка, не проходят диспансеризацию и многие годы не обращаются к врачам. У вторых — низкий уровень онкологической настороженности (несмотря даже на большое количество образовательных мероприятий по теме «Рак и беременность») и отсутствие выстроенного междисциплинарного взаимодействия, в том числе разобщённость мнений и знаний в плане обследования пациенток. Нам всем есть над чем поработать вместе. Самое главное, что **беременность должна быть запланированной**, а будущую мать необходимо **полноценно и своевременно обследовать**. **SP**

Библиографию см. на с. 108–111.

Всему своё время

Рак эндометрия — новая мировая проблема.

Стратегия диагностики



Авторы: Юрий Юрьевич Табакман, засл. врач РФ, докт. мед. наук, зав. лабораторией радиоизотопной диагностики Московской городской клинической онкологической больницы №1; Александр Евгеньевич Иванов, канд. мед. наук, зав. онкогинекологическим отделением консультативной поликлиники этой же больницы; Антонина Григорьевна Солопова, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; Екатерина Георгиевна Туквадзе, канд. мед. наук, зав. гинекологическим отделением консультативной поликлиники Московской городской онкологической больницы №62 (Москва)

Копирайтинг: Сергей Лёгкий, Дарья Яцышина

Неожиданно для многих **рак эндометрия (РЭ)** прочно занял **вторую позицию** по распространённости среди всех онкозаболеваний репродуктивных органов, сместив рак шейки матки (РШМ) на третье место¹. Можно было бы обрадоваться, ведь одна из возможных причин — эффективное выявление **цервикальных интраэпителиальных неоплазий** в рамках скрининговых мероприятий и их последующее лечение.

Однако, как показывает статистика, организационные успехи весьма скромны. В России частота РШМ на протяжении последних лет остаётся практически на одном уровне с тенденцией к увеличению². При этом **заболеваемость РЭ за 20 лет выросла на 87,8%**, а средний темп прироста составил около 3% в год³.

Несмотря на столь пугающие данные, **скрининга РЭ не существует**. И это общемировая проблема. Для раннего выявления аденокарциномы может быть полезно внедрение в практику учёта факторов риска злокачественной опухоли эндометрия — ожирения, нарушений углеводного обмена, гинекологических заболеваний, отсроченной реализации репродуктивной функции.

Однако каков истинный вклад **каждого из них?** И как вести пациентку с наличием триггеров РЭ, чтобы не пропустить новообразование и одновременно с этим не впасть в крайности **гипердиагностики и необоснованной терапии?**

Из всех случаев РЭ свыше 90% приходится на женщин старше 50 лет (средний возраст 63 года). Однако около 5% — пациентки моложе 40 лет, нередко не реализовавшие репродуктивную функцию. При **своевременном визите** к врачу аденокарциному удаётся диагностировать на ранней стадии — в этой ситуации 5-летняя выживаемость составляет более **95%**. К сожалению, показатель значительно снижается при наличии регионарных или отдалённых метастазов — до 68 и 17% соответственно. Подозрения на злокачественную опухоль в менопаузе возникают при наличии аномальных маточных крово-

течений (АМК), но этот клинический признак нельзя назвать специфичным для женщин репродуктивного возраста.

Скрининг — быть
или не быть?

Большинство экспертов считают, что при отсутствии клинических признаков РЭ рутинное обследование с использованием инвазивных и неинвазивных методов нецелесообразно. Доступные в отечественных реалиях методы — биопсия эндометрия, раздельное диаг-

ностическое выскабливание, гистероскопия — провоцируют излишнюю тревожность пациенток из-за дополнительных манипуляций, обуславливают потребность в **значительных ресурсах** здравоохранения (достаточное количество медицинских работников, оборудования, а также финансовых средств), не принося при этом желаемых результатов и не улучшая прогноз для жизни. Кроме того, прогноз при РЭ благоприятный. Но!.. Только при раннем выявлении.

Возможности **УЗИ** для своевременного выявления РЭ не вселяют надежду: у **бессимптомных женщин** изменение толщины эндометрия не обладает прог-

ностической значимостью⁴. При этом, несмотря на неспецифичность находок, именно отклонения УЗ-показателей служат «отправной точкой» лавинообразного **инвазивного** дообследования пациенток.

Важно понимать, что избыточность инструментальных методов — не менее серьёзная проблема, чем гиподиагностика. Обследование без «веских оснований» может служить причиной ошибочного диагноза, ненужного лечения (в том числе радикального) и опосредованных неверной врачебной тактикой осложнений.

Время насторожиться

Всегда ли АМК — **повод «искать рак»?** Безусловно, онконастороженность по отношению к РЭ важна, однако она не должна выходить за разумные пределы.

Объём диагностического поиска зависит от возраста, наличия сопутствующих заболеваний и отягощённого семейного анамнеза.

При наличии АМК у **женщин репродуктивного возраста** в первую очередь необходимо исключить **гормональные и коагуляционные нарушения**, а также структурные изменения матки (полипы эндометрия, миома). К биопсии прибегают в случае сомнительного диагноза или неэффективности консервативного лечения. А вот в постменопаузе — даже при незначительных мажущих выделениях — сразу стоит подумать о РЭ: вероятность злокачественной опухоли в этот период высока^{5,6}.

Впрочем, потребность в раннем выполнении биопсии может возникнуть и у женщин репродуктивного возраста — при наличии **факторов высокого риска** аденокарциномы эндометрия⁷. Например, при синдроме Линча*. Подо-

зреть его следует, если при активном опросе пациентка сообщает о случаях колоректального рака у родственников младше 35 лет.

Отдельного упоминания заслуживают больные с эстрогенпродуцирующими гранулёзо- и текаклеточными опухолями яичников — РЭ развивается у каждой пятой пациентки⁷. Как правило, в ходе операции по удалению овариального образования **одновременно** выполняют гистологическое исследование эндометрия, чтобы опровергнуть или подтвердить злокачественное поражение слизистой оболочки матки. Если забор материала не проводили, то **сделать это необходимо впоследствии** — амбулаторно или при госпитализации женщины, — чтобы исключить аденокарциному.

Помимо этого увеличивают риски РЭ и другие факторы — наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, а также особенности менструальной функции (подробнее рассмотрены ниже). Хотя влияние этих триггеров менее существенно по сравнению с синдромом Линча и эстрогенпродуцирующими опухолями яичников, их учёт также необходим. Врачи должны быть хорошо осведомлены об их потенцирующем воздействии и транслировать свои знания пациенткам, чтобы нацелить женщин на **устранение модифицируемых факторов** и своевременное обращение к клиницисту при появлении тревожных симптомов.

Выполнить это непросто: в нашей стране клинических рекомендаций, регламентирующих ведение пациенток с наличием факторов риска, нет, а к научным публикациям, демонстрирующим результаты наблюдения женщин с определёнными «провокаторами» аденокарциномы эндометрия, акушеры-гинекологи, к сожалению, обращаются нечасто. Всё это во многом обуславливает неоднозначное и даже **«туманное» отношение** практикующих врачей к триггерам РЭ, а также таит опасность гиподиагностики и, наоборот, необоснованных инвазивных вмешательств, повышающих тревожность пациенток и снижающих их комплаентность.

* Синдром Линча — генетический синдром, обуславливающий высокий риск злокачественных опухолей, прежде всего рака толстой кишки и матки.

Предшествующие изменения

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) — с атипией и без — наиболее часто наблюдаемая гистологическая картина, которую считают **предшественником** эндометриоидной аденокарциномы.

При обследовании по поводу АМК ГЭ обнаруживают у 1,5% больных; по данным нескольких исследований, этим заболеванием страдает гораздо большее количество женщин⁸. Распространённость **существенно различается** в зависимости от возраста, клинической симптоматики и сопутствующих нарушений. Так, у пациенток в постменопаузе, не имеющих АМК, ГЭ обнаруживают в 1–5%, при наличии АМК в той же возрастной группе — в 10%, при синдроме поликистоза яичников — у 21,4%^{9,10}.

При оценке распространённости ГЭ существенное значение имеют также событие, послужившее поводом для исследования (кровотечение, нарушение менструального цикла, бесплодие и др.), профиль медицинского учреждения и параметры подбора пациенток в соответствии с дизайном научной работы.

Любопытны итоги 4-летнего корейского популяционного наблюдения¹¹. Данные о состоянии эндометрия почти **2,5 млн пациенток** старше 16 лет были получены по результатам раздельного диагностического выскабливания, биопсии эндометрия и различных типов гистерэктомий. В группе обследованных выявили 1870 случаев ГЭ (1467 — неатипическая, 403 — атипическая), что определило показатель заболеваемости как 37 на 100 тыс. женщин в год. Средний возраст обнаружения ГЭ — 44,1±0,4 года, а РЭ — **52±0,6** года.

[При АМК у женщин репродуктивного возраста в первую очередь необходимо исключить гормональные и коагуляционные нарушения, а также структурные изменения матки (полипы эндометрия, миома).]



Убедительные данные

Накопленные результаты научных исследований ярко демонстрируют, что **разумная онконастороженность** при наличии определённых триггеров злокачественного поражения эндометрия необходима. Увеличивают вероятность РЭ следующие факторы риска:

- раннее менархе (до 12 лет) и поздняя менопауза (после 55 лет);
- избыточная масса тела (индекс массы тела [ИМТ] 25–29,9 кг/м²);
- ожирение (ИМТ более 30 кг/м²);
- сахарный диабет 2-го типа;
- нарушение репродуктивной функции;
- приём тамоксифена в постменопаузальном периоде.

По данным нескольких зарубежных исследований, **особенности становления и угасания менструальной функции** ассоциированы с увеличением риска РЭ. Так, при сравнении групп женщин с менархе до 12 и после 14 лет отношение шансов (ОШ) аденокарциномы эндометрия составило 2,4 vs 0,7 соответственно (95% ДИ 1,7–3,4)¹².

[Ожирение, уже давно признанное причиной множества осложнений (сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена, репродуктивных неудач), считают независимым триггером РЭ.]

При **поздней менопаузе** (после 55 лет) прогнозы также неблагоприятны — ОШ 1,8¹². Однако некоторые учёные полагают, что сама по себе отсроченная инволюция яичников **слабо ассоциирована** с повышенным риском РЭ, учитывая другие присущие этому возрастному периоду нарушения (например, метаболический синдром)¹³.

Ожирение, уже давно признанное причиной множества осложнений (сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена, репродуктивных неудач), считают **независимым триггером** РЭ. По данным метаанализа шести исследований, включивших 3132 пациентки с РЭ, относительный риск (ОР) аденокарциномы эндометрия у женщин с метаболическим синдромом составил 1,89

(95% ДИ 1,34–2,67; $p < 0,001$), а наиболее значимым прогностически неблагоприятным его компонентом оказался **высокий ИМТ** (ОР 2,2). Артериальная гипертензия и гипертриглицеридемия также повышают риск, хотя и менее существенно (ОР 1,8 и 1,17 соответственно)¹⁴.

В другой масштабной научной работе было отмечено, что соотношение рисков (СР) РЭ возрастает **по мере увеличения ИМТ**: при его диапазоне 25–30 кг/м² СР злокачественного поражения — 1,32 (ДИ 1,16–1,50), а при показателе более 30 кг/м² — уже **2,54** (95% ДИ 2,11–3,06)¹⁵.

И, наконец, в метаанализе 19 проспективных исследований, включающих **более миллиона** женщин, было показано, что **каждое (!) повышение ИМТ на 5 кг/м²** увеличивает риск РЭ в 1,5 раза (95% ДИ 1,5–1,68)¹⁶. Тем не менее при отсутствии АМК рутинный инвазивный забор биоптата эндометрия у пациенток с ожирением не выполняют: излишнее количество диагностических манипуляций не оправдывает цели.

Длительное время **сахарный диабет 2-го типа** считали независимым фактором риска РЭ (ОР 2,18; 95% ДИ 1,4–3,4)¹⁷. Недавно самостоятельное значение нарушений углеводного обмена поставили под сомнение: зачастую у пациентов с этим заболеванием есть **ожирение**, а значит, оценивать негативное влияние гипергликемии необходимо с учётом массы тела пациенток. По итогам эпидемиологического исследования (n=88 107) после поправки на ИМТ вероятность аденокарциномы составила 1,31 (95% ДИ 1,08–1,59)¹⁸.

В отношении РЭ прогностически неблагоприятны отсутствие родов (по различным причинам) и бесплодие, которые также учитывают не отдельно, а в комплексе с состояниями, обу-

словливающими нарушение репродуктивной функции¹⁹. В первую очередь в этом аспекте выделяют синдром поликистоза яичников как наиболее значимый триггер РЭ (ОШ 2,79 и 4,05 для разных возрастных групп)²⁰. Как и в случае сахарного диабета, **основной вклад** в реализацию риска аденокарциномы вносит ожирение^{20,21}. Ситуацию усугубляют хроническая гиперинсулинемия, повышенная концентрация инсулиноподобного фактора роста, гиперандрогения²².

Отмечено, что пациентки, получающие лечение тамоксифеном при раке молочной железы, заболевают РЭ **в несколько раз чаще**, чем женщины аналогичной возрастной группы в популяции. Величина риска опосредована дозой и длительностью приёма препарата, а также различается в зависимости от менопаузального статуса — в пременопаузе вероятность не изменена, тогда как в постменопаузе она возрастает в 4 раза (95% ДИ 1,7–10,9)²³. Важно понимать, что изолированное **обнаружение увеличения М-эхо** нельзя считать показанием для биопсии эндометрия при отсутствии АМК: тамоксифен сам по себе обуславливает **доброкачественное увеличение** субэндометриальных желёз²⁴.

Как видно, РЭ потенцируют многие триггеры, влияние которых полностью нивелировать невозможно. Однако «посильными» профилактическими мероприятиями пренебрегать нельзя. К превентивной стратегии относят нормализацию массы тела при помощи достаточной физической активности и диетотерапии. Это в свою очередь будет способствовать улучшению показателей углеводного обмена и АД.

Следует отметить, что использование комбинированных оральных контрацептивов также снижает риск РЭ, при этом профилактический эффект прямо пропорционален длительности приёма препаратов. Тем не менее важно понимать, что средства этой группы необходимо назначать строго по показаниям — предупреждение нежеланной беременности, коррекция тяжёлого предменструального синдрома, лечение обильных и/или длительных менструальных кровотечений, — а **онкопротективное** влияние будет дополнительным «бонусом» для пациенток.

Экспертное мнение

Вопрос о ранней верификации РЭ имеет очень большое значение, поскольку **своевременно установленный диагноз** обуславливает лучшие результаты лечения. Однако скрининг этого заболевания **гораздо сложнее**, чем, например, выявление рака молочной железы и шейки матки. Для установления окончательного заключения необходимы более трудоёмкие и финансово затратные методы исследования, например вхождение в полость матки, а в ряде случаев — госпитализация и анестезия.

В 2016 году на объединённой конференции нескольких зарубежных групп — Европейского общества медицинской онкологии (European society for medical oncology, ESMO), Европейского общества радиотерапии и онкологии (European society for radiotherapy and oncology, ESTRO) и Европейского общества гинекологической онкологии (European society of gynaecological oncology, ESGO) — эксперты согласовали рекомендации по ведению женщин в целом, а также пациенток **группы риска РЭ**²⁵.

Основные положения выглядят следующим образом.

- Нет обоснованных доказательств целесообразности **рутинного скрининга** РЭ в популяции (уровень убедительности рекомендаций [УУР] А; уровень достоверности доказательств [УДД] 2).
- У женщин с сохранённой маткой не следует назначать лечение менопаузальных расстройств эстрогенами, **не сбалансированное прогестероном**; ранее назначенную такую терапию нужно отменить (УУР А; УДД 3).
- Рутинное исследование эндометрия у женщин с ожирением, сахарным диабетом, бесплодием, нерожавших, с поздним наступлением менопаузы, синдромом поликистоза яичников не рекомендуется, если нет тревожных клинических симптомов (УУР В; УДД 3).
- Женщинам, оперированным по поводу гранулёзоклеточной опухоли яичника взрослого типа и с сохранённой маткой, необходимо **гистологическое исследование** эндометрия (биопсия, раздельное диагности-

[**Правильная оценка факторов риска позволит предупредить и своевременно выявить малигнизацию, избежать чрезмерных диагностических вмешательств, ошибочного диагноза и избыточного объёма лечения.**]

Что выбрать?

В экономически развитых странах Европы и Америки гистологическое исследование биоптата эндометрия широко внедрено в практику для уточнения причин АМК, в значительной степени заменив раздельное диагностическое выскабливание.

В ряде других государств большое значение придают **цитологическому исследованию** образцов эндометрия, полученных с помощью эластичных «ёршиков» и петель. Чувствительность диагностики **существенно увеличивается** при использовании специальной обработки материала (метод жидкостной цитологии)²⁶.

В городской клинической онкологической больнице № 1 (Москва) обследовали 510 женщин в возрасте 25–76 лет с подозрением на РЭ. С помощью аспирационной биопсии злокачественную опухоль обнаружили у 87 больных, для верификации использовали гистологический и цитологический методы. У большинства пациенток результаты исследований совпадали, однако в ряде случаев информативно было только одно из них.

- У 10 пациенток убедительный диагноз установлен **только цитологически**.

Большое количество в материале обрывков атрофичного эндометрия, некритических масс, слизи, фибрина не позволило использовать гистологический метод.

- У 18 участниц РЭ выявлен **только гистологически**, тогда как в цитологических образцах найден железистый эпителий без признаков атипии.

Таким образом, при обследовании пациенток целесообразно использовать оба метода, чтобы уменьшить количество пропущенных диагнозов вследствие плохого качества материала.

ческое выскабливание). Если не обнаружено признаков злокачественности, дальнейший рутинный скрининг нецелесообразен (УУР В; УДД 4).

- У пациенток с подозрением на эпителиальный овариальный рак при верификации диагноза необходимо дополнять биопсию эндометрия (УУР В; УДД 4).
- Рутинный скрининг РЭ у пользовательниц **тамоксифена без АМК** не рекомендован (УУР В; УДД 3).
- Всем женщинам старше 35 лет с **подтверждённым синдромом Линча** показаны ежегодное трансвагинальное УЗИ и аспирационная биопсия эндометрия до тех пор, пока не будет решён вопрос о гистерэктомии (УУР В; УДД 4).



Предложенные рекомендации и приведённые научные данные дают серьёзную основу для **рациональной** организации действий врачей. Правильная оценка факторов риска, с одной стороны, поможет предупредить и своевременно выявить малигнизацию, с другой — позволит избежать **чрезмерных диагностических вмешательств**, ошибочного диагноза и, соответственно, избыточного объёма лечения. Такая тактика будет способствовать улучшению исходов женщин и снижению необоснованных затрат здравоохранения. **SP**

Библиографию см. на с. 108–111.

33% ВСЕХ РАКОВ — НАШИ!

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНСКИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ В РФ



«Женского» рака — очень много!

Почти треть (32,9%)* пациентов со злокачественными новообразованиями — женщины с раком репродуктивных органов!

32,9%



18,3%

Рак молочной железы



7%

Рак тела матки



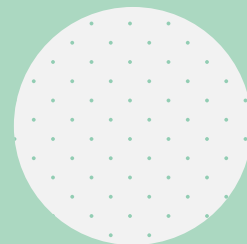
4,7%

Рак шейки матки



2,9%

Рак яичника



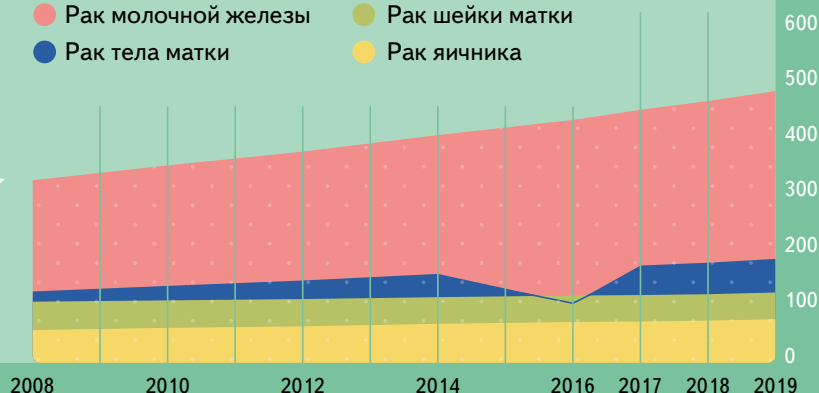
67,1%

Рак других локализаций

Распространённость злокачественных новообразований женских репродуктивных органов в России в 2008–2019 годах, на 100 тыс. населения*

Рак молочной железы
Рак тела матки
Рак шейки матки
Рак яичника

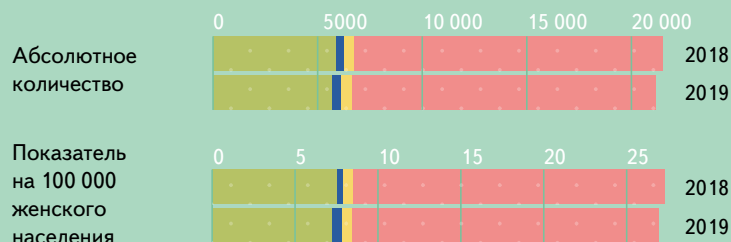
Распространённость онкологических заболеваний женских репродуктивных органов по-прежнему **продолжает расти** — и с этим нужно что-то делать!



Количество женщин, умерших в 2018–2019 годах от злокачественных новообразований репродуктивной системы (из числа учтённых) в РФ**

Рак молочной железы
Рак тела матки
Рак шейки матки
Рак яичника

Показатели смертности за последние 2 года несколько снизились. Однако недопустимо, что тысячи женщин продолжают умирать, поэтому **нельзя останавливаться** на достигнутом.



ВЫВОД: С 1 января 2021 года вступает в силу новый Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (Приказ № 1130н), в котором **чётко регламентированы требования** к акушерам-гинекологам, в том числе вопросы онкоскрининга и раннего выявления раков репродуктивных органов. Треть всех раков — наши, а значит, **спрашивать будут с нас**.

* Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава РФ, 2020. 239 с.

** Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2019 году. М., 2020. 16 с.