

Таким образом, работа Школы способствует повышению активности самих пациентов в укреплении их здоровья.

Литература:

1. Зотов П.Б., Синяков А.Г., Вшивков В.В. и др. «Мобильная диспансеризация» в системе третичной профилактики при раке молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 4-5. – С. 26-27.
2. Синяков А.Г. Инновационные направления в развитии третичной профилактики при раке молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 62-63.
3. Синяков А.Г., Бабинов Б.Н., Вшивков В.В., Гайсин Т.А. Школа здоровья пациента Тюменского онкодиспансера (организация работы) // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 10-11.
4. Синяков А.Г., Зотов П.Б., Ральченко С.А., Вшивков В.В. Онкологическая ситуация в Тюменской области: проблемы и перспективы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 3-6.
5. Синяков А.Г., Царев О.Н., Васильев Л.А., Сидоров Е.В. Оптимизация диспансерного наблюдения больных РМЖ после радикального лечения // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 12-13.
6. Скрябин О.Н., Эпельман Б.В. Вопросы организации онкологической помощи в учреждениях здравоохранения «муниципального звена» // Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – № 5. – С. 8-9.

К ВОПРОСУ О ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.М. Федоров, А.Г. Синяков, М.М. Наумов, А.Х. Сабиров, В.И. Павлова, О.Н. Царев, Е.Б. Подгальная

Тюменская ГМА, г. Тюмень
Тюменский ООД, г. Тюмень

Рак молочной железы (РМЖ) в экономически развитых странах является наиболее частой злокачественной опухолью у женщин. Ежегодно в мире данной патологией заболевает более 1,2 млн. женщин, в России соответственно регистрируются более 57000 новых случаев заболевания и более 23300 смертей от РМЖ. Заболеваемость раком молочной железы в РФ в 2011 г. составила 74,8 на 100000 населения, в структуре заболеваемости женского населения на его долю приходится 20,4%. В Тюменской области в 2012 году выявлено 477 случаев РМЖ, заболеваемость составила 73,38 на 100000 населения [14].

В 2011 г. первая и вторая стадии рака молочной железы в Тюменской области выявлены у 73% больных (РФ – 64,5%), третья и четвертая стадии – 27% (РФ – 33 %). Одногодичная летальность при 30 МЖ за период с 2002 по 2011 гг. снизилась в РФ с 11,9 до 8,7 % и по Тюменской области с 9,4 до 6,6%. Уровень заболевае-

мости РМЖ имеет тенденцию к неуклонному росту. Так, например, стандартизированный показатель заболеваемости злокачественными опухолями молочной железы увеличился в России за последние 30 лет в 2,5 раза. Одновременно с ростом заболеваемости увеличивается смертность от РМЖ. За последние 10 лет число умерших в России от данной опухоли увеличилось на 7,6%. В Тюменской области, наряду с повышением заболеваемости раком молочной железы, отмечается снижение смертности от РМЖ, более выраженное с 2010 года [4, 13, 15, 16].

Эффективные пути первичной профилактики РМЖ отсутствуют и, следовательно, повышение уровня заболеваемости находится вне реального контроля.

В то же время, интенсивное изучение различных методов лечения рака молочной железы показало, что даже оптимальное сочетание методов терапии и их максимальная индивидуализация обеспечивают увеличение 5 – летней выживаемости лишь на 15–20%. Отдаленные результаты лечения определяются степенью распространения опухоли к моменту начала лечения. Таким образом, единственно реальным путем снижения смертности от злокачественных новообразований молочной железы является скрининг – проведение мероприятий по ранней диагностике РМЖ, а так же выявление и лечение предопухолевых заболеваний. Иными словами, реальными путями снижения смертности от рака молочной железы являются ранняя диагностика и вторичная профилактика опухоли, предрасполагающая выявление и диспансерное наблюдение за пациентами с предопухолевыми процессами [1, 6, 7, 9, 10, 12].

Из числа предраковых заболеваний молочной железы самыми частыми являются мастопатии. Они встречаются у 30-60% женщин репродуктивного возраста. Мастопатия рассматривается как факультативное предраковое состояние. При пролиферативных ее формах частота возникновения рака молочной железы в 3-5 раз выше, чем в популяции, а при пролиферативных формах с атипией эпителия этот риск возрастает в 25-30 раз. Различные по степени морфологических изменений варианты мастопатий составляют: без пролиферации эпителия – 70%, с пролиферацией – 21%, дисплазия с атипией – 5% [3, 5, 8, 17].

По мнению большинства авторов, пролиферация и атипия эпителия молочных желез чаще отмечаются при локальных патологических изменениях в органе. В связи с этим узловые фор-

мы мастопатии считаются более опасными в отношении малигнизации, чем диффузные.

Так же опасными в отношении малигнизации являются такие доброкачественные опухоли, как фиброаденомы и внутрипротоковые папилломы [11].

В Тюменской области для решения задачи вторичной профилактики рака молочной железы в 2008 году разработана программа маммографического скрининга данной патологии. Так же, для решения данной проблемы в г. Тюмени открыто поликлиническое отделение №1 (маммологический центр) ГБУЗ ТО «Областной онкологический диспансер».

Реализация скрининговой программы по ранней диагностике РМЖ позволила повысить охват маммографическим скринингом женского населения юга Тюменской области с 2008 по 2012 гг. с 22 655 до 79 536 женщин.

Использование данной методики позволило выявить в 2012 году 99 (18%) случаев рака молочной железы от числа зарегистрированных в данном году пациенток с 30 данной локализации.

В течение 5-ти лет количество больных 30 молочной железы диагностированных при маммографическом скрининге увеличилось в 2 раза.

Количество выявленных предраковых заболеваний молочной железы за аналогичный период выросло с 3855 до 10980. Следует отметить, что доля диагностированных ранних стадий РМЖ (I-II стадий) за данный период увеличилась с 77 до 86%, аналогичный показатель запущенных форм опухоли (III-IV стадий) – снизился с 23 до 14%.

Целью работы маммологического центра Тюменского областного онкологического диспансера (МЦ ТООД) является оказание доступной, квалифицированной помощи женщинам с предопухольевыми заболеваниями молочных желез и диспансеризация этой группы пациентов.

Для достижения поставленных целей решаются следующие задачи:

1. Эффективное обследование женщин, направленных из поликлиник, маммографических кабинетов и женских консультаций города.

2. Индивидуальный подход к лечению предраковых заболеваний в зависимости от возраста, гинекологического статуса, состояния эндокринной системы, сопутствующих заболеваний и др.

3. Диспансерное наблюдение пациентов с диффузной фиброзно-кистозной мастопатией (ФКМ), доброкачественными образованиями молочных желез, не требующих хирургического лечения, а так же после оперативного лечения по поводу доброкачественной опухоли.

4. Обучение врачей общей лечебной сети и среднего медицинского персонала практическим навыкам обследования женщин с патологией молочных желез с целью повышения онкологической настороженности.

В течение 2010-2012 гг. специалистами маммологического центра обследовано 37153 пациентов (количество посещений – 72423). Основное количество посещений – 90%, приходится на жителей г. Тюмени.

Наиболее частой причиной обращений в МЦ ТООД – 49%, послужили результаты профилактических осмотров женского населения, в том числе и маммографического скрининга. Около 20% посещений составили женщины, обратившиеся самостоятельно на прием в различные ЛПУ общей лечебной сети, и порядка 30% – пациентки диспансерной группы. Возраст большинства пациенток составлял 40-60 лет.

В течение последних трёх лет в маммологическом центре обследованы 72 399 человек, у 15 290 (21,1%) из них выявлены различные заболевания органа.

Таблица 1

Характеристика больных с патологией молочной железы направленных в ТООД с 2010 по 2012 гг. для решения вопроса о лечении

Диагноз	2010		2011		2012	
	число	%	число	%	число	%
Рак молочной железы	73	24,6	118	25,5	83	24,7
Доброкачественные образования	159	53,5	264	57,1	193	57,5
Узловая мастопатия (подозрение на рак)	49	16,5	44	9,5	47	13,9
Внутрипротоковая папиллома	11	3,7	28	6,1	7	2,1
Гинекомастия	5	1,7	8	1,7	6	1,8
Итого	297	100	462	100	336	100

В структуре диагностированных патологических процессов МЖ больные с раком составили 1,8% (274 человека), доброкачественными новообразованиями – 13,2% (2014 человек), диффузными ФКМ – 78,5% (12 006 человек) и другими заболеваниями молочных желез – 6,5% (996 человек). За анализируемый период структура выявленной патологии практически не изменилась.

У 78,9% из числа обследованных за анализируемый период пациенток патологии молочных желез не выявлено. Причиной ошибочного направления на консультацию в маммологический центр у 65% женщин послужило наличие болевого синдрома в области молочных желез не связанного с наличием в них патологических изменений; чаще всего масталгии носили неврологический характер. У 35% пациенток врачами общей лечебной сети были неправильно интерпретированы данные объективного осмотра, а врачами лучевыми диагностами – результаты ультразвукового и рентгенологического обследований молочных желез.

Диспансерная группа пациентов с предраковыми заболеваниями на конец 2012 г. составляла – 18 332 больных, только 33% из них регулярно проходят осмотр в маммологическом центре.

Из числа 83 больных (2012 г.), у которых был поставлен диагноз рака молочной железы, первая стадия установлена у 29% больных, II – 55%, III – 12% и четвертая – у 4%. Аналогичные показатели по стадийности в ТООД составили 32%, 38%, 19% и 11%, что хуже, чем в маммологическом центре.

В табл. 1 представлена характеристика больных по виду патологии МЖ направленных в ТООД с 2010 по 2012 гг. для решения вопроса о лечении. 274 (25%) пациента из 1095 направлены в Тюменский ООД с диагнозом рака молочной железы, 616 (56,3%) – доброкачественных новообразований, 140 (12,8%) – узловой мастопатии, 46 (4,2%) – внутритротоковой папилломы и 19 (1,7%) человек – гинекомастии.

Из числа направленных в ТООД пациентов диагноз РМЖ подтвержден у всех 274 направленных больных и у 34 (24,3%) женщин – с подозрением на рак. Оперативные вмешательства в объеме секторальной резекции или эксцизии образований молочной железы выполнены у 717 (91,1%) из 787 пациентов с предраковыми заболеваниями органа.

Нами проанализированы данные маммологического отделения ГБУЗ ТО «Областного он-

кологического диспансера» за 2008-2012 гг. по количеству оперативных вмешательств больных с предраковыми заболеваниями молочных желез. Всего за анализируемый период пролечено 1312 пациентов, которым выполнено 1514 секторальных резекций и эксцизий образований молочных желез. Количество проведенных оперативных вмешательств увеличилось в 2,2 раза (с 192 до 415 в год).

Следует отметить, что 350 пациенток с предраковой патологией МЖ были за данный период прооперированы в ЛПУ общей лечебной сети, что составило 18,8% от общего количества получивших хирургическое лечение по поводу данной патологии.

Нам представляется рациональным следующий алгоритм профилактического обследования пациенток для выявления онкопатологии молочных желез (рис. 1).

В последние годы Минздравом РФ принимаются меры по повышению роли врачей акушер-гинекологов в распознавании, лечении и диспансеризации пациенток с предраковыми заболеваниями молочных желез, не требующих оперативного лечения, с низким риском малигнизации. В приказе МЗ РФ № 572н от 01.11.12 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением репродуктивных технологий)» в главе VII говорится: «Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом акушером - гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по патологии молочной железы.

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии». Данное решение кажется нам рациональным, так как позволяет уменьшить нагрузку на врачей онкологов общей лечебной сети и врачей маммологов специализированных центров за счет пациенток с диффузными фиброзно - кистозными мастопатиями и лиц с отсутствием патологии органа.



Рис. 1. Маршрутизация пациентов при проведении скрининга с целью выявления патологии молочных желёз.

В России имеется опыт работы маммологических учреждений на базе перинатальных центров в ряде крупных городов (Москва, Санкт-Петербург, Сургут и т.д.).

Данные маммологические центры решают следующие задачи:

1. Выявление и лечение доброкачественных заболеваний молочных желёз (ДЗМЖ) и скрининга рака молочной железы.

2. Разработка методов лечения и ведения пациенток с ДЗМЖ с учётом гинекологического, эндокринологического статуса, а так же принимаемых гормональных препаратов (ГК, ЗГТ, гестагенов, антагонистов половых гормонов, агонистов дофамина, комплекса препаратов, включённых в протоколы ЭКО).

3. Профилактическое исследование молочных желёз у беременных.

4. Диагностика и лечение лактационных осложнений.

5. Формирование групп высокого риска для раннего выявления пациенток с предраковым

заболеванием и раком молочных желёз с последующим направлением в онкологические клиники [2].

Полагаем, что для качественной реализации поставленных приказом МЗ РФ № 572н задач, необходима организация, кроме существующих маммологических учреждений при перинатальных центрах, маммологических кабинетов в составе женских консультаций с адекватным оснащением высокотехнологическим оборудованием для диагностики онкопатологии молочных желёз. Также, крайне важна подготовка врачей акушеров гинекологов по маммологии путём проведения циклов усовершенствования на базе кафедр онкологии и акушерства-гинекологии ВУЗов.

Выводы:

1. Принятые в Тюменской области меры по проведению скрининга с целью выявления предраковых и злокачественных заболеваний молочных желёз позволили увеличить количество больных с предраковыми заболеваниями и злокачественными опухолями выявленных при профилактических осмотрах. Увеличилась доля больных раком молочной железы с ранними ста-

диями опухоли, снизилась одногодичная и общая летальность больных данной патологией.

2. Организация оптимальной маршрутизации пациенток с онкопатологией молочных желёз, создание маммологических кабинетов в женских консультациях с целью увеличения роли врачей акушеров - гинекологов в выявлении, лечении и диспансеризации женщин с диффузными формами ФКМ, оснащением маммологического центра современным высокотехнологичным оборудованием, подготовка квалифицированных кадров (маммологов, акушер-гинекологов, лучевых диагностов) являются важными мерами вторичной профилактики рака молочной железы.

Литература:

1. Бурдина Л.М. Дисгормональные гиперплазии молочных желез – особенности развития, дифференциальная диагностика // Радиол-практ. – 2007. – №3. – С. 44–61.
2. Габуня М.С. Пути развития маммологической службы в акушерско-гинекологических учреждениях / Тезисы II Междисциплинарного форума «Медицина молочной железы». М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2012. – 78 с.
3. Залыцман И.Н., Золотаревский В.Б., Довбня М.Б. Рентгено-морфологическая характеристика изменений молочной железы при фиброзно-кистозной болезни с атипичской гиперплазией эпителия // Маммология. – 1998. – №3. – С. 19–23.
4. Зотов П.Б., Сняжков А.Г., Вшивков В.В. и др. «Мобильная диспансеризация» в системе третичной профилактики при раке молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 4–5. – С. 26–27.
5. Кириллов В.С., Даниленко Э.Н., Литвинов В.В. Клинико-морфологическая характеристика узловой формы фиброзно-кистозной мастопатии // Маммология. – 1995. – №2. – С. 20–25.
6. Левшин В.Ф., Пихут П.М. Доброкачественные заболевания и рак молочной железы // Маммология. – М., 1997. – №3. – С. 4–10.
7. Мустафин Ч.К., Кузнецова С.В. Дисгормональные болезни молочной железы: клин. рук-во / Под ред. Е.Г. Пинхосевича. – Москва, 2009. – 126 с.
8. Радзинский В.Е. Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. – М., 2010. – 304 с.
9. Рожкова Н.И., Бурдина И.И. Клинико-рентгенопатоморфологическая характеристика и лечение диффузных доброкачественных заболеваний молочных желёз (мастопатии): практич. рук-во для врачей. – М., 2010. – 29 с.
10. Семглазов В.В. Рак молочной железы / В.В. Семглазов, Э.Э. Топуз; под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.Ф. Семглазова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 176 с.
11. Семинар по клинической маммологии. Под редакцией академика РАН и РАМН М.И. Давыдова и проф. В.П. Летягина. – М.: «АБВ-пресс», 2006. – 104 с.
12. Сидоренко Л.Н. Мастопатия / Л.Н. Сидоренко. – 3-е издание, перераб. и дополн. – СПб.: Гиппократ, 2007. – 432 с.
13. Сняжков А.Г. Инновационные направления в развитии третичной профилактики при раке молочной железы //

Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 62–63.

14. Сняжков А.Г., Зотов П.Б., Ральченко С.А., Вшивков В.В. Онкологическая ситуация в Тюменской области: проблемы и перспективы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 3–6.
15. Сняжков А.Г., Царев О.Н., Васильев Л.А., Сидоров Е.В. Оптимизация диспансерного наблюдения больных РМЖ после радикального лечения // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 12–13.
16. Федоров Н.М., Царев О.Н., Чижик А.В., Муктубаева А.Ж. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 26–28.
17. Хайленко В.А., Легков А.А., Бурдина Л.М. и др. Дисплазия молочной железы. – М., 1999. – 32с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РМЖ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

О.Н. Царев, Т.А. Гайсин, Е.В. Сидоров

Тюменский ООД, г. Тюмень

Несмотря на самые современные комплексные методы лечения РМЖ, более чем у 50% больных в течение первых 5 лет наблюдения после операции наступает прогрессирование заболевания [2, 5, 8, 11].

Существуют определенные клинические и биологические характеристики опухоли, наличие которых в будущем существенно повышает вероятность местных рецидивов и отдаленных метастазов [1, 3, 4, 9]. Учитывая это, мы разделили пациенток на две группы диспансерного наблюдения – базовую и индивидуальную. С 2010 г. в Тюменском ООД открыт второй прием маммолога, который осуществляет данное наблюдение, а также контролирует эффективность антигормональной терапии. За год через кабинет проходит более 7000 пациенток [6, 7]. К факторам повышенного риска при раке молочной железы, формирующим группу индивидуального наблюдения, отнесены [7, 9, 10, 12, 13 и др.]:

1. Возраст пациентки до 35 лет (включительно) независимо от стадии заболевания.
2. Отёчно-инфильтративная форма.
3. Билатеральная форма РМЖ.
4. Синхронный рак молочной железы и яичников.
5. Размер первичной опухоли более 3,0 см.
6. Низкая дифференцировка опухоли (G3).
7. Метастатическое поражение 4-х и более аксиллярных лимфоузлов (на стороне первичной опухоли).