

И.И. Федоренко¹,А.Л. Обухов¹,А.В. Гидранович²¹Витебский областной
онкологический диспансер,²Витебский государственный
медицинский университет,
Республика Беларусь

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Развитие новых технологий значительно изменило диагностический процесс при раке молочной железы (РМЖ), увеличив степень объективности диагностических находок. Методы визуализации позволяют выявлять более ранние стадии заболевания, производить топическую и дифференциальную диагностику. На этом фоне, однако, несколько не теряют свою диагностическую значимость классические клинические симптомы.

К клиническим симптомам РМЖ относятся:

- боли в молочной железе;
- наличие опухолевого образования в молочной железе;
- втяжение соска;
- симптом Краузе (отечность ареолы, уплощение соска);
- симптом лимонной корки (диффузная или локальная отежность кожи);
- гиперемия кожи молочной железы;
- симптом умбиликации (втяжения кожи);
- выпячивание на коже молочной железы;
- морщинистость кожи;
- сужение ареолярного поля;
- прорастание опухоли кожи;
- увеличение подмышечных и/или надключичных лимфоузлов;
- деформация молочной железы;
- патологические выделения из соска;
- отек руки.

Любой из данных симптомов позволяет заподозрить наличие РМЖ. Подтверждение диагноза проводится с учетом возможностей медицинского учреждения и уровня его материального обеспечения, что в ряде случаев определяет несколько разные подходы к диагностике. В связи с этим требуется унификация клинических подходов. В 1998 г. Европейским обществом медицинской онкологии (ESMO) начата разработка единых практических стандартов диагностики и лечения злокачественных заболеваний, базирующихся на принципах доказательной медицины. Кропотливый труд реализовался в «Минимальные клинические рекомендации Европейского общества ме-

дицинской онкологии» [1]. Они описывают минимально достаточный уровень обследования, позволяющий диагностировать или исключить то или иное онкологическое заболевание. Диагностика РМЖ основывается на данных пальпаторного исследования, билатеральной маммографии и УЗИ. Необходима патоморфологическая верификация путем трепанобиопсии или пункционной биопсии. Заключительный диагноз устанавливается в соответствии с классификацией ВОЗ после анализа всех удаленных тканей.

Наиболее ценными инструментальными методами диагностики РМЖ являются рентгенологический (маммография) и ультразвуковая визуализация. Следует отметить, что при высокой ценности данных методов они имеют предел чувствительности.

Чувствительность УЗИ в выявлении РМЖ, по некоторым данным, составляет 88,5%, специфичность — 96,5%, маммографии — 91,0 и 97,8% соответственно [2]. Чувствительность же комбинации маммографии с УЗИ составляет 94,6%, что идентично чувствительности ядерной магнитно-резонансной маммографии [3].

Вероятность развития того или иного заболевания зависит от действия модифицируемых и немодифицируемых факторов, определяющих развитие этого заболевания. Вероятность развития РМЖ у женского населения в целом составляет в возрасте 20—24 лет — 0,012%, а в возрасте 70—74 — 1,157%. Эта биологическая закономерность нашла практическую реализацию в шкале оценки риска Gail [4]. Шкала Gail описывает вероятность развития РМЖ у данного пациента на момент исследования, в течение следующих 5 лет и в течение всей жизни на основании немодифицируемых факторов риска: возраста менархе, количества биопсий молочной железы по поводу доброкачественных заболеваний в анамнезе, возраста на момент исследования, гинекологического анамнеза, семейного анамнеза РМЖ. Применение шкалы позволяет выделить группу высокого риска развития РМЖ и уделить этим пациентам более пристальное внимание.

Все вышеперечисленные методы позволяют значительно сузить число диагностических ошибок при ранних стадиях РМЖ, однако остается небольшая доля больных, которым не может быть выставлен диагноз ввиду ограниченных возможностей инструментальных методов на ранних стадиях РМЖ. В этом случае должен быть применен мультидисциплинарный подход. Необходимо оценивать риск продолжения обследования, применения инвазивных процедур (секторальной резекции молочной железы, пункционной биопсии подмышечных лимфоузлов и т.д.) и риск отсрочки инвазивных процедур и динамического наблюдения. Этот вопрос решается индивидуально для каждого сложного случая, и нередко важную (а иногда и ведущую) роль играют классические клинические симптомы.

Примером диагностической ценности клинических симптомов может служить следующий случай.

Описание случая

Больная С., 1965 г. рождения, поступила в отделение общей онкологии Витебского областного онкологического диспансера с жалобами на появление втяжения на коже левой молочной железы при поднятой вверх левой верхней конечности.

Анамнез. В течение 1 года больная наблюдалась у гинеколога и онколога по поводу диффузной мастопатии. Принимала поливитаминные препараты. При очередном осмотре обнаружено втяжение кожи в верхненаружном квадранте левой молочной железы. Больная госпитализирована в онкологический диспансер для дообследования.

Оценка индивидуального риска РМЖ у больной проведена с помощью программы Gail Risk Assessment Tool, разработанной в рамках NSABP организацией National Cancer Institute (США). Установлено, что индивидуальный риск заболевания РМЖ у пациентки не превышал среднепопуляционного и составил 0,4%. Расчетный риск заболевания молочной железы в течение всей жизни составил 7,3%, что несколько выше среднепопуляционного (6,6%).

Больная обследована согласно минимальным клиническим рекомендациям ESMO [1].

При объективном обследовании. Молочные железы симметричны, увеличены (гипермастия). Соски симметричны, выделений нет. На коже левой молочной железы в верхненаружном квадранте только при поднятой вверх руке определяется втяжение кожи овальной формы размером около 1,5 × 2,5 см глубиной до 0,5 см, кожа над втяжением не изменена (рис. 1). Гиперемии, симптома лимонной корки нет. При пальпации в правой и левой молочной железе опухолевых образований не выявлено. Подмышечные, подключичные и над-

ключичные лимфатические узлы с обеих сторон пальпаторно не увеличены. Отека верхних конечностей нет.

УЗИ молочных желез. Исследование произведено на 12-й день менструального цикла. Молочные железы смешанного строения. Млечные протоки расширены до 4 мм. В верхненаружном квадранте левой молочной железы ближе к ареоле определяется участок выраженного фиброза размером около 23 мм с кальцинатами (рекомендована его пункционная биопсия). Данных за патологическое увеличение подмышечных лимфатических узлов не получено.

Маммография в двух проекциях. Ткань молочных желез в частичной жировой инволюции. По всем отделам микронодулярная гиперплазия железистой ткани, более выраженная справа, перемежается с участками затемнения, диаметром 0,8 мм с размытыми контурами (кисты?). На этом фоне справа в верхненаружном квадранте не-



Рис.1. Симптом умбиликации, выявляемый при поднятой вверх руке

сгруппированные микрокальцинаты, расположенные локально (рис. 2). Рекомендован контроль маммографии через 1 мес.

Участок молочной железы, соответствующий локализации симптома умбиликации, не вызвал подозрений.

Рентгеноскопия легких — патологических изменений нет. Осмотр гинеколога — ретенционная киста шейки матки.

Выполнена трехкратная пункционная биопсия — жир, эритроциты, единичные клетки кубического эпителия с признаками умеренной пролиферации.

Учитывая клинические данные, данные УЗИ и маммографии, решено выполнить *оперативное вмешательство* — секторальную резекцию молочной железы. При секторальной резекции получен макропрепарат — сектор левой молочной железы

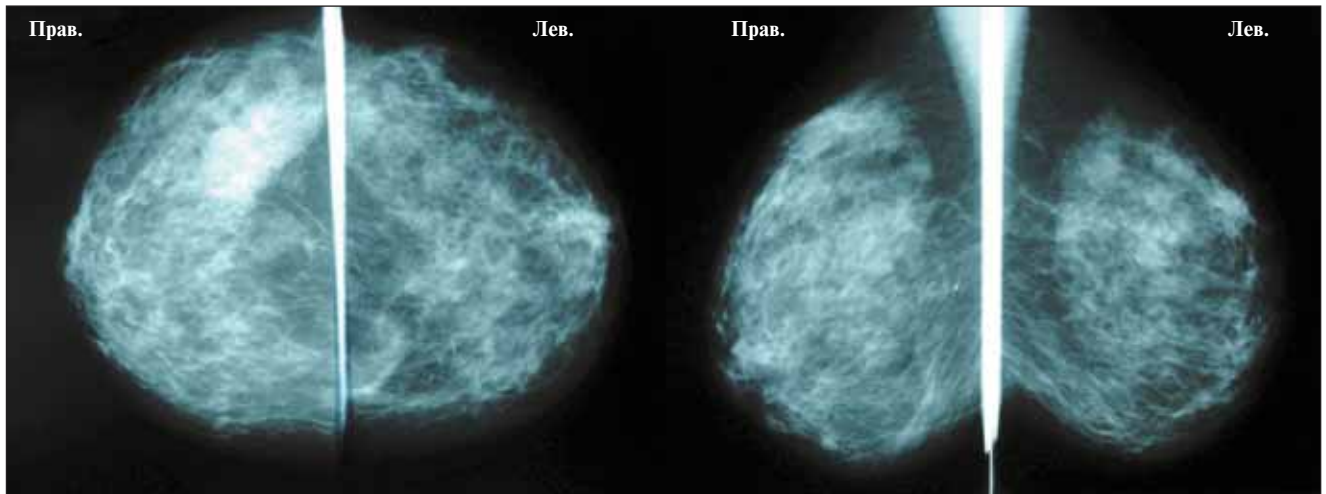


Рис. 2. Маммографическая картина

4 × 5 × 6 см с очагом фиброза 3 × 4 см белесоватого цвета. На фоне фиброза более плотный участок звездчатой формы серого цвета размером 0,5 × 1 см на разрезе с острыми краями.

Срочное гистологическое исследование — РМЖ.

Выполнена радикальная мастэктомия по Маддену. При гистологическом исследовании: инфильтрирующий рак G2, в подмышечных, подключичных лимфоузлах метастазов нет.

Заключительный клинический диагноз: Рак левой молочной железы pT1N0M0 I стадии, узловая форма, верхненаружный квадрант.

Обсуждение

Следует подчеркнуть, что данный случай относится к сложным для диагностики. Характеристика первичного очага соответствует критерию pT1. Симптом умбиликации был ведущим в диагностическом поиске и послужил причиной для агрессивной диагностической тактики — секторальной резекции молочной железы при отсутствии пальпируемого образования в молочной железе, а также отсутствии патологических изменений по данным маммографии. Следует отметить, что УЗИ и маммография выполнялись при повышенном внимании к вышеописанному участку молочной железы (в связи с наличием симптома умбиликации), однако не оказались достаточно информативными в диагностике РМЖ в данном случае.

Таким образом, диагностическая тактика определяется клинической картиной заболевания и данными лабораторного и инструментального обследования. Диагностические находки побуждают врача к дальнейшему поиску или позволяют установить диагноз. Этот процесс значительно осложнен на начальных этапах заболевания, при минимальных изменениях по данным лабораторного и инструментального обследования, до появления классической клинической картины. В представленном случае по совокупности данных обследования нельзя было однозначно заподозрить РМЖ. При отсутствии патологических изменений при трехкратной пункционной биопсии и отсутствии клинической картины РМЖ обычной практикой является динамическое наблюдение. Но наличие симптома умбиликации, характерного для РМЖ, побудило к более активному диагностическому поиску. Было выполнено УЗИ, не дожидаясь 7-го дня менструального цикла. Данные УЗИ, к сожалению, не были информативными, поэтому на следующем этапе с диагностической целью была произведена секторальная резекция молочной железы. Именно секторальная резекция позволила установить диагноз на ранней стадии.

Следует отметить, что отрицательный результат инструментальных исследований при определенной клинической картине не должен останавливать врача в дальнейшем диагностическом поиске.

ЛИТЕРАТУРА

1. ESMO Minimum Clinical Recommendations for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up of primary breast cancer. Ann Oncol 2001;12(8):1047—8.
2. Ветшев П.С., Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г., Озеров С.К. Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной

- диагностике доброкачественных узловых образований и рака молочной железы. Хирургия 1997;(6):15—20.
3. Malur S., Wurdinger S., Moritz A. et al. Comparison of written reports of mammography, sonography and magnetic resonance mammography for preoperative evaluation of breast lesions, with special

- emphasis on magnetic resonance mammography. Breast Cancer Res 2001;3(1):55—60.
4. Costantino J.P., Gail M.H., Pee D. et al. Validation studies for models projecting the risk of invasive and total breast cancer incidence. J Natl Cancer Inst 1999;91(18):1541—8.