

СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Качанов Игорь Васильевич¹⁾, онколог-консультант
Бучин Валерий Николаевич^{1,2)}, доктор медицинских наук, профессор,
директор, заведующий кафедрой экологической медицины
с курсом эндоэкологической реабилитации
Кутуков Владимир Владимирович²⁾, доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой онкологии
Лещев Василий Васильевич³⁾, кандидат медицинских наук,
заместитель главного врача

¹⁾НУЗ «Медико-санитарная часть»
Россия, 414057, г. Астрахань, Кубанская, 5,
тел. (8512) 36-42-66, E-mail: kachanov1@rambler.ru

²⁾ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»
Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121,
тел (8512) 44-74-96, E-mail: agma@astranet.ru

³⁾ГУЗ «Астраханский областной онкологический диспансер»
Россия, 414041, г. Астрахань, ул. Бориса Алексеева, 56,
тел. (8512) 36-42-08, E-mail: aood@astranet.ru

Одним из важных способов ранней диагностики рака молочной железы являются профилактические медицинские осмотры. Благодаря проведению ежегодных профилактических медицинских осмотров и системе диспансерного наблюдения в НУЗ МСЧ диагностика рака молочной железы на ранних стадиях составляет от 90 до 100 %.

В данной статье описан случай диагностики рака молочной железы на начальном этапе развития. Ранняя диагностика данного заболевания позволила применить к пациентке органосохранный тип хирургического лечения - лампэктомию, существенно улучшив реабилитационный прогноз и качество жизни.

Ключевые слова: молочная железа, рак, ранняя диагностика, хирургическое лечение, органосохранные операции.

I.V. Kachanov, V.N. Buchin, V.V. Kutukov, V.V. Leschev

THE CASE OF EARLY DIAGNOSTICS OF MAMMARY GLAND CANCER

One of the main way of early diagnostics of mammary gland cancer is prophylactic medical examinations. Thanks to them the diagnostics of mammary gland cancer during early periods of its development is about 90 and more per cent. The article deals with one of such cases. Early diagnostics gave the possibility to use organ-keeping type of surgical lampectomy improving the rehabilitative prognosis and quality of life.

Key words: mammary gland, cancer, early diagnostics, surgical treatment, organ-keeping operations.

Рак молочной железы в последнее время становится областью повышенного внимания для врачей-клиницистов в связи с постоянно сохраняющейся тенденцией роста заболеваемости данной патологии. Рак молочной железы в последнее десятилетие занял I место среди причин смертности у женщин возрастной категории 46-60 лет [1, 2, 3].

Одним из факторов снижения смертности является ранняя диагностика рака молочной железы. Одним из важных способов ранней диагностики являются профилактические медицинские осмотры населения.

В НУЗ «Медико-санитарная часть» (НУЗ МСЧ) скрининг рака молочной железы проводится в рамках профилактического медицинского осмотра, который производится ежегодно. Он включает в себя клинический осмотр молочных желез врачом-гинекологом, проведение ультразвукового исследования (УЗИ) молочных желез всем женщинам от 30 лет и более, выполнение R-маммографии всем женщинам старше 40 лет (1 раз в 2 года при отсутствии патологии). В случае необходимости обследование может проводиться чаще (мониторинг состояния), а также может быть дополнено другими методами обследования – прицельной маммографией, МРТ-исследованием.

В НУЗ МСЧ маммографическое обследование производится на аппарате «МАММО-DIAGNOST BC», который выполняет полипозиционные снимки молочных желез с молибденово-алюминиевыми фильтрами и генерацией рентгеновского излучения на 17-40 кВт, позволяющий получить контрастную картину мягких тканей, имеющих почти одинаковый коэффициент поглощения рентгеновского излучения. У маммографа имеются приставки для вычисления угла направления иглы и глубины патологического процесса при проведении пункционной биопсии. Производство рентгеновских снимков стандартизовано, что позволяет добиться высокого качества маммограмм, облегчает их сравнительный анализ в динамике. Стандартизованные маммограммы снимаются в режиме дозированной компрессии и с соблюдением всех критериев правильности укладок в прямой и косой проекциях, позволяющих получить максимальный объем информации с захватом ретромаммарного пространства и аксиллярных областей. При необходимости выполняются маммограммы без увеличения или с увеличением, что позволяет сделать заключение более точным.

Женщины с выявленной патологией молочных желез или с подозрением на нее после прохождения профилактического медосмотра направляются на специализированный прием врача-онколога, прошедшего специализацию по маммологии, который уточняет диагноз и определяет тактику ведения пациентки.

Анализ работы медико-санитарной части по скринингу рака молочной железы убедительно показывает положительные результаты, так как диагностика рака молочной железы на ранних стадиях (I-II) составил в среднем 90% (по РФ этот показатель составляет 25-30%).

В данной статье мы хотели представить случай ранней диагностики рака молочной железы. В 2005 году пациентка Т., 48 лет, проходила R-маммографию в рамках ежегодного медицинского осмотра. На маммограммах в левой молочной железе в нижнем наружном квадранте определялась дополнительная тень до 7 мм в диаметре с ободком просветления по периферии (фиброаденома?). После прохождения медосмотра пациентка направлена к онкологу. При клиническом осмотре убедительных данных за наличие узловых патологий в молочных железах не получено. Пациентка направлена на УЗИ молочных желез

УЗИ молочных желез: в архитектонике молочных желез смешанный тип строения, железистая ткань толщиной до 22 мм, диффузный фиброз. Млечные протоки на всем протяжении до 1-2 мм в диаметре, центральный отдел млечного протока - справа до 3 мм в диаметре, слева до 2 мм. Слева в нижнем наружном квадранте просматривается гипэхогенное образование до 12×10 мм с нечетким контуром карманообразной формы. В подмышечных областях единичные лимфоузлы 8-10 мм в диаметре, нормальной эхоплотности.

Учитывая полученные результаты обследования, под контролем ультразвукового датчика выполнена тонкоигольная пункция образования левой молочной железы. Цитологический анализ пунктата – подозрение на аденокарциному.

Следует отметить, что при сдаче крови на онкомаркеры отмечалось повышение титра СА-125 до 46 Ед (норма – до 6,5 Ед). Пациентка была госпитализирована в профильное маммологическое отделение ГУЗ «Астраханский областной онкологический диспансер». Первым этапом, учитывая отсутствие морфологической верификации процесса, выполнена секторальная резекция молочной железы в нижнем наружном квадранте. Макроскопически – опухоль до 4 мм, серого цвета, звездчатой формы. Результат срочного гистологического исследования препарата – инвазивный протоковый рак, солидный вариант. Выполнены мазки

отпечатки по линии произведенной резекции. Цитологическое исследование мазков – злокачественности не получено. Рана после выполнения секторальной резекции ушита послойно с наложением внутридермального кожного шва. Из дополнительного разреза в подмышечной ямке выполнена лимфоаденэктомия всех 3-х уровней лимфооттока. При исследовании удаленных лимфоузлов – данных за метастазы не получено. Анализ рецепторного статуса: РП – 0 баллов, РЭ - 5 баллов, HER-2 neu – 0.

В послеоперационном периоде швы сняты на 8 сутки после операции. Начат курс адъювантной лучевой терапии на молочную железу в режиме укрупненного фракционирования (РОД 2,5 Гр; СОД 60 Гр). После окончания лучевой терапии в течение 2 недель пациентка выписана.

На протяжении последующих 3-х лет регулярного диспансерного наблюдения данных за прогрессирование заболевания и местный рецидив выявлено не было. В течение 6 месяцев после окончания лечения уровень онкомаркера СА-125 вернулся к норме (5,5 Ед).

Заключение: 1) Комплексная работа НУЗ МСЧ, направленная на раннюю диагностику рака молочной железы, включающая в себя рациональное и последовательное применение клинических и параклинических методов диагностики, проведение диспансерного обследования, а также онкологическая настороженность позволили диагностировать рак молочной железы на начальном этапе развития опухоли. Ранняя диагностика данного заболевания, в свою очередь, позволила применить к пациентке органосохранный тип хирургического лечения (лампэктомия), существенно улучшив реабилитационный прогноз и качество жизни.

2) Полученный опыт убедительно доказывает правильность выбранного подхода в диагностике рака молочной железы и преимущество активной тактики в отношении пациентов с непальпируемыми формами патологии молочной железы на доклиническом этапе с широким применением уточняющих методов обследования (прицельная маммография, пункция образования под контролем УЗИ или маммографии, исследование крови на онкомаркеры).

ЛИТЕРАТУРА

1. Рожкова Н.И. Маммографический скрининг рака молочной железы // Материалы 3 Всероссийской научно-практической конференции «Состояние, перспективы развития маммологической службы России и роль общественных организаций». – М., 2005. – С. 3–5.
2. Рожкова Н.И., Кузовцева Н.А. Опыт работы поликлиники по выявлению заболеваний молочной железы и ранней диагностике рака молочной железы в системе комплексного диспансерного наблюдения // Материалы 2 научно-практической конференции «Научные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии в маммологии». – М., 2003. – С. 30–34.
3. Семиглазов В.Ф. Роль хирургического и системного лечения операбельного рака молочной железы // Материалы 6-й Ежегодной Российской онкологической конференции. – М., 2002. – С. 10–12.