

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

2. Организация оптимальной маршрутизации пациенток с онкопатологией молочных желез, 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 фиброно-кистозной болезни с атипической 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 узловых формы фиброно-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 желез (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).

8. Метастатическое поражение, доказанное гистологическим исследованием, парастеральных лимфоузлов (на стороне первичной опухоли).

9. Гормононегативный рак, доказанный ИГХ исследованием.

10. HER2/neu позитивный (+++) рак, доказанный ИГХ исследованием или, в спорных случаях, подтвержденный FISH.

11. Трижды негативный рак (ЭР-, ПР-, HER2/neu 0).

12. Генетически ассоциированный рак молочной железы, доказанный лабораторными исследованиями (BRCA 1,2; CHEK2).

Наличие хотя бы одного из вышеперечисленных факторов определяет пациентку в группу индивидуального наблюдения. Остальные больные – не имеющие этих особенностей, наблюдаются в базовой группе. Оценкой клинических и биологических характеристик опухоли занимается как лечащий врач на этапе стационарного лечения, так врач поликлинического приема при отсутствии всех данных о первично опухоли (например, при отсутствии результата иммуногистохимического исследования при выписке из стационара). Они определяют наличие факторов риска и фиксируют это в выписном эпикризе и карте амбулаторного больного.

Врач диспансерного приема после анализа всех клинических и биологических особенностей течения заболевания окончательно «делит» пациенток на две группы (базовую и индивидуальную) и, исходя из этого, определяет оптимальные сроки наблюдения и график обязательных обследований.

Кроме того, при появлении у больной каких-либо жалоб он дает им соответствующую оценку и проводит все необходимые диагностические мероприятия.

Параллельно с диспансерным наблюдением пациентка получает адьювантную терапию у специалистов соответствующего профиля (химиотерапевта, радиолога). В случае прогрессирования заболевания больная снимается с учета и направляется на лечение к специалисту в зависимости от сложившейся ситуации (химиотерапевту, радиологу, хирургу).

Данный подход к диспансеризации заметно увеличивает нагрузку на врача маммологического кабинета. По этой причине определились требования к организации дополнительного приема. Руководствуясь приказами департамента здравоохранения Тюменской области №50 от 16 марта 2011 г. – «Об организации работы маммологического приёма в поликлинике онкодиспансера» и

№173 от 18.10.2011 г. – «Об открытии дополнительного приёма в поликлинике онкодиспансера» был организован кабинет диспансерного наблюдения, основной задачей которого является – своевременное выявление больных с прогрессированием РМЖ после радикального лечения.

С целью повышения уровня информированности пациенток о необходимости регулярного обращения к маммологу и соблюдения сроков обследования разработаны памятки диспансерного наблюдения больного раком молочной железы. Соответственно существуют две формы – базовая и индивидуальная. Памятки выдаются больным на руки при выписке из стационара.

В рекомендациях для базовой группы, осмотр маммолога проводится в первый год – через 3 месяца, далее каждые 6 месяцев – до трёхлетнего срока, а затем – один раз в год. Там же указан график рекомендованных обследований:

1. Рентгенография легких – 1 раз в год.

2. Маммография (женщинам с 40 лет) – 1 раз в год.

3. УЗИ области хирургического вмешательства, зон регионарного лимфооттока и здоровой молочной железы – 1 раз в 6 месяцев до 3 лет. Далее – 1 раз в год.

4. УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза 1 раз в 6 месяцев до 3 лет. Далее – 1 раз в год.

5. Сканирование костей скелета (остеосцинтиграфия) – 1 раз в год.

Для индивидуальной группы базовые рекомендации дополняются тем, что осмотр маммолога проводится в первые 3 года каждые 3 месяца, далее – один раз в 6 месяцев – до 5 лет, а затем – один раз в год. Существуют отличия и в графике проводимых обследований, что обусловлено большей вероятностью прогрессирования заболевания:

1. Рентгенография легких – 1 раз в 6 месяцев до 3 лет. Далее – 1 раз в год.

2. Маммография (женщинам с 40 лет) – 1 раз в год.

3. УЗИ области хирургического вмешательства, зон регионарного лимфооттока и здоровой молочной железы 1 раз в 6 месяцев до 5 лет. Далее – 1 раз в год.

4. УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза 1 раз в 6 месяцев до 5 лет. Далее – 1 раз в год.

5. Сканирование костей скелета (остеосцинтиграфия) 1 раз в 6 месяцев до 3 лет. Далее – 1 раз в год.

6. КТ головного мозга – 1 раз в год.

Кроме того, в памятке указано, что в случае появления у больной каких-либо симптомов (кашель, одышка, боли и т.д.) ей нужно немедленно обратиться в кабинет диспансерного наблюдения, не дожидаясь сроков очередной явки.

С открытием в г. Тюмени Радиологического центра появилась возможность использовать такие методы как ПЭТ/КТ всего тела и ОФЭКТ молочных желез в трудных диагностических случаях и в качестве ежегодного рутинного обследования.

Вывод: считаем, что данный подход к диспансерному наблюдению больных с РМЖ после радикального лечения позволит выявлять прогрессирование заболевания раньше, благодаря чему больные своевременно получают необходимое спецлечение, что приведет к увеличению 5 летней выживаемости.

Литература:

1. Журавлев Е.А., Важенин А.В., Доможирова А.С. Организация и оценка эффективности технологий раннего выявления опухолей визуальных локализаций // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3-4. – С. 32-33.
2. Кузнецов В.В., Зотов П.Б. Метастатическое поражение скелета: вопросы диагностики // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 1. – С. 26.
3. Мажарова Е.С., Лысенко О.В., Коробкова Т.Н. Сравнительный анализ основных диагностических методик в постановке диагноза рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 29-30.
4. Селезнева Т.Д. Ошибки в диагностике полинеоплазий молочных желез // Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – № 5. – С. 44.
5. Синяков А.Г., Зотов П.Б., Никитина М.В., Кузнецов В.В. Вопросы ранней диагностики метастатического поражения скелета и головного мозга при раке молочной железы в системе третичной профилактики // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 33-35.
6. 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.
7. 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. 13-14.
8. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году / под ред. Чиссова В.И., Старинского В.В., Петровой Г.В. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2011. – 196 с.
9. Терехова С.А., Лазарев А.Ф., Цивкина В.П. и др. Влияние пола и возраста на показатели пятилетней выживаемости больных злокачественными новообразованиями в Алтайском крае // Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – № 5. – С. 20-21.
10. Ткаченко Г.А., Воротников И.К. Современные подходы к реабилитации больных раком молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 48-49.
11. Турунцева А.А. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области (без автономных округов) за период с 2001 по 2011 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 24-25.
12. Федоров Н.М., Нохрин Д.Д., Нохрин Д.А., Гайсина А.А. Роль ультразвукового исследования в распознавании рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 33-35.
13. Weinberg R.A. The biology of cancer // New-York: Garland Science, 2007. – 57 с.

ДИАГНОСТИКА

ПЭТ/КТ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

А.В. Важенин, Т.Р. Конурбаев, Н.А. Шаназаров

Челябинский ОКОД, г. Челябинск, Россия
Республиканский диагностический центр, г. Астана, Казахстан

Злокачественные опухоли представляют большую медико-социальную проблему, при этом уровень заболеваемости неуклонно растет [4]. Рак пищевода относится к числу наиболее распространенных онкологических заболеваний и в Республике Казахстан. В 2012 году в рак пищевода составил 4,4% в структуре онкопатологий. При этом в структуре заболеваемости среди мужчин рак пищевода выявлен в 5,3%. Заболеваемость раком пищевода в 2011 году составила 8,1 случая на 100 тыс. населения заняв шестое ранговое место в структуре онкозаболеваемости (в 2005 году – 9,3 случаев на 100 тыс. населения, в 2009 году – 8,2^{0/0000}). Среди общего числа умерших онкологических больных доля рака пищевода составила 6,2%, заняв четвертое ранговое место в структуре смертности от онкологических заболеваний. Смертность от рака пищевода по Республике Казахстан в 2011 году составила 6,3 случая на 100 тыс. населения (в 2005 году – 8,0^{0/0000}; в 2009 году – 6,9^{0/0000}). Количество больных состоящих на диспансерном учете с диагнозом рак пищевода в 2012 году составило 16,0 случаев на 100 тыс. населения (в 2005 году – 16,1^{0/0000}; в 2009 году – 15,9^{0/0000}). В Республике Казахстан при раке пищевода низкий процент выявления заболевания на ранней