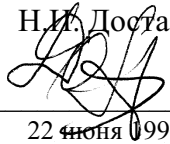


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

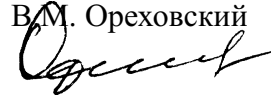
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО
Начальник отдела
науки и внедрения
Н.И. Доста



22 июня 1998 г.

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М. Ореховский



23 июня 1998 г.
Регистрационный № 41-9803

СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Минск 1998

Основное учреждение-разработчик: НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова

Учреждение-соисполнитель: Академия медицинских наук Беларуси

Авторы: Л.А. Путырский, Д.М. Михнюк, Н.П. Путырская

Рецензент: д-р мед. наук, проф. Н.И. Крутилина

В предлагаемых рекомендациях изложена ситуация с заболеваемостью раком молочной железы в Беларуси, рассказано об основных причинах, вызывающих это заболевание, а также дается методика осмотра молочных желез пациенток врачами и акушерками.

Настоящие методические рекомендации призваны оказать помощь онкологам, гинекологам, хирургам, терапевтам, педиатрам, акушеркам, которые обязаны осматривать молочные железы женщины при ее обращении в лечебное учреждение по поводу любого заболевания.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения в качестве официального документа.

I. ВВЕДЕНИЕ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Заболеваемость раком молочной железы среди женского населения Беларуси сохраняется на средних уровнях по сравнению с соответствующими показателями в других республиках СНГ. Тем не менее из года в год она заметно возрастает, в большинстве стран мира на 3–5%. Особенно нагляден рост заболеваемости в промышленно развитых странах, регионах с неблагоприятной экологической обстановкой, в том числе и в Беларуси (рис. 1.1).

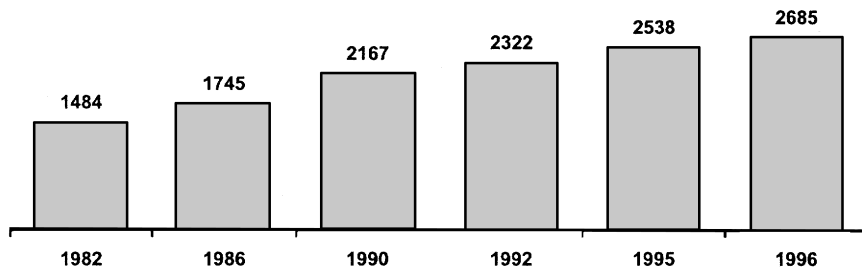


Рис. 1.1. Заболеваемость женского населения Беларуси раком молочной железы с 1982 по 1996 гг. (абсолютные цифры)

При ознакомлении с данными о заболеваемости в Беларуси нельзя не заметить, что в динамике ее показателей прослеживаются две довольно выраженные тенденции. Во-первых, только с 1982 г. по 1996 г. стандартизованные показатели указанной заболеваемости возросли с 22,2 до 49,0 на 100 000 женщин (рис. 1.2). Во-вторых, в анализируемых показателях наблюдается четкая их зависимость от места проживания женщин. Самая высокая заболеваемость раком молочной железы зарегистрирована в Минске (рис. 1.3). В Гродненской, Минской и Брестской областях она оказалась самой низкой по сравнению с аналогичным показателем среди жительниц других областей.

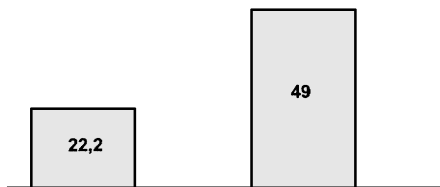


Рис. 1.2. Стандартизованные показатели заболеваемости раком молочной железы в Беларуси в 1982 и 1996 гг. (на 100 000 женщин)

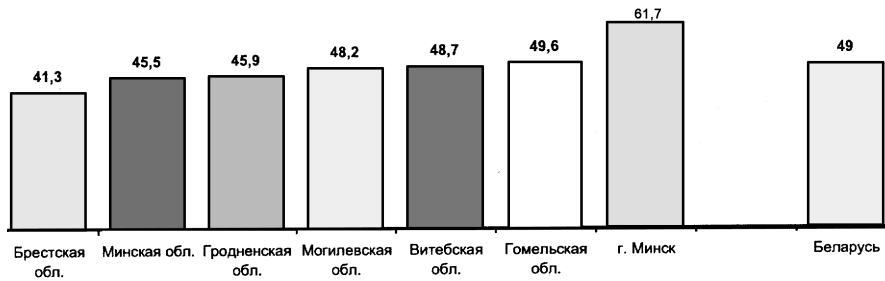
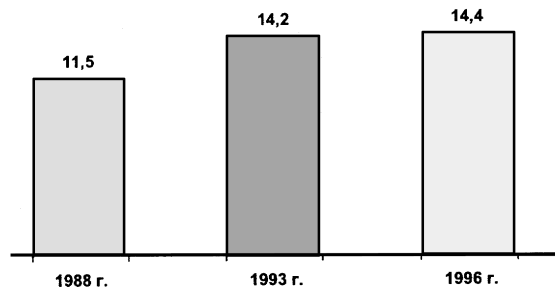


Рис. 1.3. Заболеваемость раком молочной железы по областям Беларуси в 1996 г. (на 100 000 женщин)

Наряду с ростом заболеваемости растет в республике и смертность от рака молочной железы (рис. 1.4). Так, если в 1988 г. этот показатель составил 11,5 на 100 тыс. женщин, то в 1993 г. уже 14,2, а в 1996 г. — 14,4.



*Рис. 1.4. Показатели смертности от рака молочной железы в Беларуси (на 100 000 женщин) (СП-*W*)*

Как известно, успешное лечение любого заболевания, злокачественного особенно, в значительной степени зависит от возможностей диагностики патологического процесса на ранних стадиях его развития. Результаты же диагностики рака молочной железы в Республике Беларусь нельзя признать удовлетворительными: около 40–50% больных поступают на лечение с заведомо запущенной стадией (рис. 1.5). Положение дел в этой области за десятилетие мало изменилось.

Из общего числа больных с впервые установленным диагнозом рака молочной железы в 1982 г. по республике, I стадия отмечена лишь у 12% (рис. 1.6). Лучшие показатели в этом отношении были в Гродненской области (18,1%), худшие — в г. Минске (9,8%) и Витебской области (8,4%).

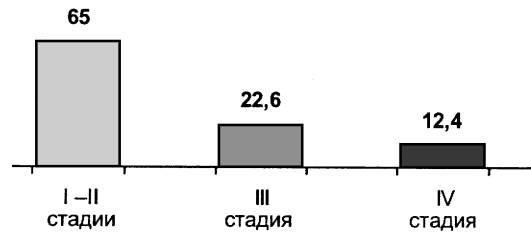


Рис. 1.5. Распределение вновь выявленных больных раком молочной железы по стадиям (1996 г.)

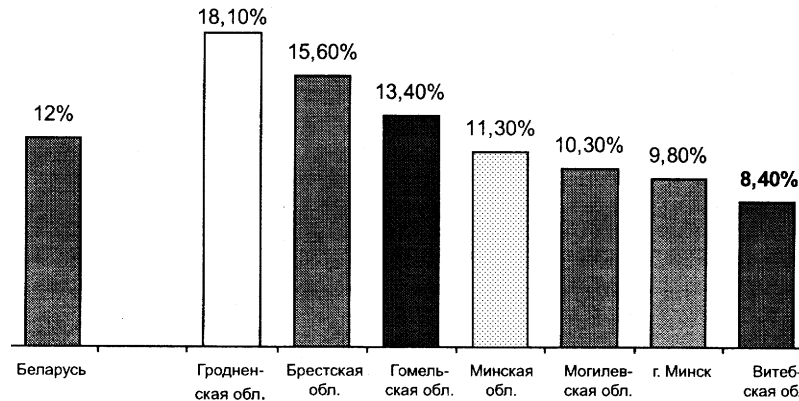


Рис. 1.6. Частота I стадии у вновь выявленных больных раком молочной железы в Беларуси в 1982 г.

В 1996 г. цифры были следующими (рис. 1.7). Как видим, картина в лучшую сторону фактически не изменилась. Более того, если сравнить частоту выявления больных в IV стадии, то можно считать, что практически по всем областям, кроме Брестской и Могилевской, наблюдается рост запущенности (рис.1.8).

Причинами поздней диагностики рака молочной железы в Беларуси можно считать:

- недостаточный уровень знаний врачей в области маммологии;
- отсутствие онкологической настороженности у медицинских работников;
- ошибки диагностики;
- неполное обследование больных;
- формальное проведение диспансеризации (высокий процент женщин, годами не бывающих у врачей);
- низкий процент охвата женщин профилактическими осмотрами молочных желез (параллельный осмотр) при их обращении в медицинские учреждения;

– позднее обращение больных за медицинской помощью (низкий уровень санитарной пропаганды среди населения, незнание важности самообследования молочных желез и тактики при выявлении изменений, страх перед диагнозом рака и т. д.).

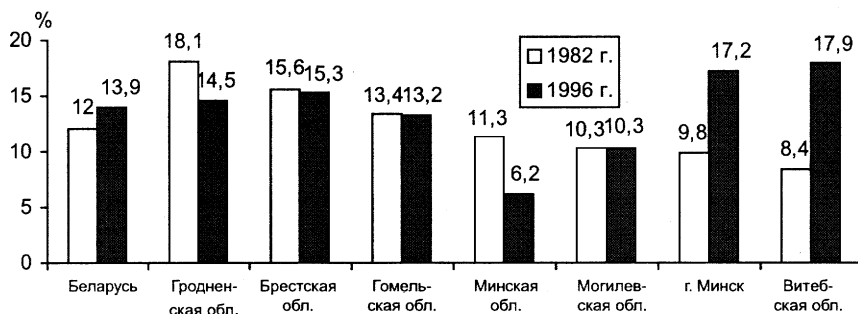


Рис. 1.7. Частота I стадии у вновь выявленных больных раком молочной железы в Беларуси в 1996 г. в сравнении с 1982 г.

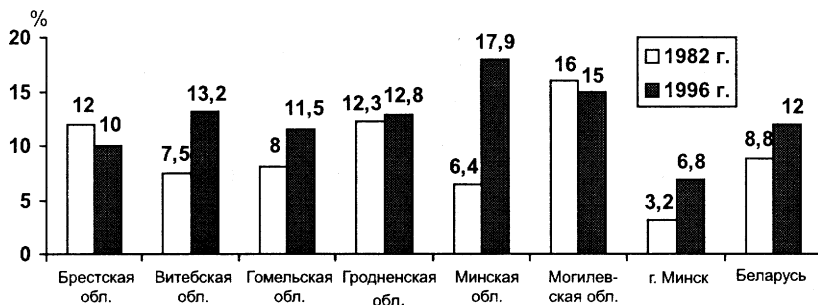


Рис. 1.8. Частота IV стадии у вновь выявленных больных раком молочной железы в Беларуси (в 1982 и 1996 гг.)

II. ВЫЯВЛЕНИЕ РАННЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

II.1. Факторы, способствующие возникновению рака молочной железы

Из множества разнообразных факторов риска при раке молочной железы можно выделить основные:

1. *Возраст.* Особенно внимательны должны быть к себе женщины старше сорока лет, так как рак молочной железы чаще выявляется в возрасте от 40 до 60 лет (около 50% всех случаев). Однако следить за своей грудью должны девушки уже с молодого возраста, так как рак «молодеет».

2. *Наследственность.* При наличии рака молочной железы у близких родственников (особенно в молодом возрасте) женщина должна следить за своей грудью особенно тщательно, так как риск выявления у нее опухоли

в 2,5–5 раз выше (в зависимости от степени родства). К счастью, лишь примерно у 5% рак молочной железы передается из поколения в поколение, у остальных имеется только предрасположенность. В настоящее время найден ген рака молочной железы в длинном плече хромосомы 17 (BRCA-1) и ген предрасположенности в длинном плече хромосомы 13 (BRCA-2). Возможно, в будущем мы сможем использовать это в клинической практике.

3. *Физические травмы молочной железы.* Процент «посттравматического» рака молочной железы колеблется от 4,2 до 44,6. Необходимо оберегать молочные железы от травм. Если же на месте травмы осталось уплотнение, нужно срочно обратиться к онкологу, а не заниматься самолечением.

4. *Психические травмы* (стрессы, частые волнения и переживания). Длительные перераздражения центральной нервной системы различными факторами приводят к ее функциональному истощению и тем самым нарушают нормальный обмен в организме, что предрасполагает к развитию злокачественных новообразований.

5. *Питание* — избыточное потребление животных жиров, высоко-калорийной пищи, недостаток витаминов (особенно А, Е, С), ожирение.

6. *Детородная функция женщины.* Сюда можно отнести раннее, до 12 лет, начало менструаций и поздний климакс (после 53–55 лет), поздние первые роды (в 26 лет и старше) и вообще роды после 40 лет, малое число родов, кратковременность кормления грудью, частые аборт, воспаление придатков матки, пониженную половую возбудимость (фригидность), первичное бесплодие, нерегулярность и позднее начало половой жизни, перенесенные маститы и др.

7. *Нарушение функции печени, щитовидной железы, яичников.*

8. *Плохое качество воды и воздуха.*

9. *Повышенная ионизирующая радиация.* Изучали случаи после атомной бомбардировки в Японии. Оказалось, что частота опухолей молочной железы значительно выше у подвергшихся по этой причине ионизирующему облучению. Действие радиации наиболее сильно проявилось у тех, кто подвергся ей в возрасте 10–19 лет, слабее — у женщин старше 35 лет.

Были оценены также результаты обследования женщин по медицинским показаниям, например рентгеноскопии грудной клетки при туберкулезе, радиотерапия при мастите, анкилозирующем спондилите, сколиозе и т. д. Было показано, что ионизирующая радиация на грудную клетку в умеренно высоких дозах, например между 1 и 3 Гр, до 40 лет повышает риск рака молочной железы, и дальнейшее повышение дозы увеличивает этот риск. Рак молочной железы часто наблюдали также после радиотерапии по поводу болезни Ходжкина (лимфогранулематоза). Вторичный рак молочной железы имеет место после радиотерапии первичного рака, но только среди женщин, облученных в возрасте до 45 лет.

Сравнительно мало исследований о влиянии малых доз радиации на риск появления рака молочной железы. Повышение этого риска было отмечено у работающих с радиоактивными красками при покрытии ими циферблатов часов и получающих недельную дозу 0,001–0,004 Гр, а также у медиков-радиологов. Общие

диагностические процедуры, такие, как рентгенография грудной клетки и маммография, дают на ткани молочной железы радиацию 0,0002 и 0,00015 Гр соответственно. Менее 1% случаев рака молочной железы можно отнести к возникшим в результате общих диагностических процедур (радиологических). Поэтому большинству женщин делают маммографию после 40 лет, когда риск рака молочной железы от этого облучения очень малый.

Что касается чернобыльской аварии, то в 1995 г. отмечен более высокий темп роста заболеваемости раком молочной железы в Гомельской области.

10. *Яркий свет.* Исследований не много. Тем не менее было показано, что женщины, работающие с ярким светом, имеют повышенный риск возникновения рака молочной железы (увеличивается выработка мелатонина, затем эстрогенов и пролактина).

11. *Витамин Д.* При изучении женщин с севера и юга было обнаружено, что, возможно, витамин Д и его метаболиты могут снижать риск рака молочной железы. Однако исследования продолжаются.

12. Было отмечено также, что физическая активность снижает риск рака молочной железы.

Сочетание нескольких отрицательных факторов повышает риск заболевания.

Знание указанных факторов риска важно в плане профилактики рака молочной железы и его своевременной диагностики (см. табл.).

Актуальной и во многом нерешенной проблемой представляется выявление рака молочной железы на ранних стадиях.

Следует различать:

1. Ранний рак молочной железы — неинфильтрирующие варианты рака (т. е. *in situ*). Это внутриэпителиальный рак.

2. Минимальный рак — рак с минимальной инвазией (инвазия не более 5 мм). Сюда же входит и ранний рак.

Оптимальной и в то же время выполнимой можно было бы считать задачу выявления минимального рака и рака I–II стадий у большинства заболевших. А для этого необходимо выполнение цельной государственной программы. Выполнение указанной программы уже начато, и есть определенные надежды, что все большее количество больных раком молочной железы будет выявляться на том этапе, когда лечение его дает хорошие результаты. Этому служит также и своевременное обнаружение и лечение предраковых патологических изменений. К ним можно отнести некоторые формы узловой мастопатии, фиброаденомы, цистаденопапилломы. Важно знать, что риск малигнизации дисплазий находится в прямой зависимости от степени протоковой и внутридольковой пролиферации эпителия. Так, при непролиферативной форме мастопатии малигнизация наступает в 0,87% случаев, при мастопатии с умеренной пролиферацией — в 2,34%, а при резко выраженной — в 31,4% (Puchte K., Gehm O., 1975). Следовательно, доброкачественные пролиферативные изменения в молочной железе практически надо расценивать как раннюю онкологическую патологию и относиться к ним соответственно. Поэтому при обращении больных с жалобами на патологические изменения в молочных железах необходима правильная тактика.

Факторы риска рака молочной железы

Факторы, влияющие на риск	Оцениваемый относительный риск
Установленные факторы риска:	
Пожилой возраст (65–69 лет в сравнении с 30–34)	17
Проживание в Северной Америке или Европе в сравнении с Азией	4–5
Проживание в городе	1,5
Высокий уровень образования или семейный доход	1,5
Мать или сестра болели раком молочной железы	2–3
Поздний возраст первых родов (>30 лет в сравнении с < 20)	2–3
Отсутствие кормления грудью в течение длительного периода	1,5
Ранний возраст наступления менструаций (<12 лет в сравнении с > 15)	1,5
Поздний возраст менопаузы (>55 лет в сравнении с менопаузой в возрасте < 45 лет или удалением яичников в этом возрасте)	2
Доказанные биопсией пролиферативные заболевания молочной железы	2–4
Маммографически плотные молочные железы	2–4
Ожирение (только в постменопаузе)	2
Рост (> 164 см в сравнении с < 164 см)	1,5–2
Облучение грудной клетки в умеренно высоких дозах	2–4
Рак в одной молочной железе	2–4
Рак эндометрия, яичников	1,5–2
Предполагаемые факторы риска:	
Искусственные аборты	?
Бесплодие и соответствующее лечение	?
Пренатально обусловленный высокий уровень эстрогенов в матке	?
Постнатальное длительное воздействие эстрогенов (с грудным молоком)	?
Электромагнитные поля	?
Чрезмерная яркость света	?
Ограничение инсоляции или получения витамина Д	?

II.2. Тактика врача при обращении к нему пациентки

Во-первых, врач любой специальности обязан осмотреть молочные железы женщины, если в этом году большую еще не смотрел другой врач.

Во-вторых, при появлении жалоб и обращении к врачу больная должна быть в обязательном порядке осмотрена, даже если она в этом году уже обследовалась.

В-третьих, при выявлении любых *очаговых* изменений в молочных железах врач обязан направить больную на консультацию к онкологу, который и определит дальнейшую тактику.

В-четвертых, врач любой специальности должен периодически напоминать женщинам о важности и необходимости самообследования молочных желез и своевременного обращения за лечением при необходимости.

В-пятых, женщинам старше 50 лет врач любой специальности должен объяснять необходимость выполнения профилактической маммографии раз в 2–3 года.

Диффузные формы мастопатии могут лечиться врачами консервативно, при этом за больными должно осуществляться динамическое наблюдение.

В остальных случаях (очаговые мастопатии, фиброаденомы, цистаденопапилломы) больные подлежат хирургическому лечению с проведением гистологического исследования. По существу, только гистологическое исследование удаленного препарата позволяет диагностировать рак *in situ*.

III. МЕТОДИКА ОСМОТРА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПАЦИЕНТОК

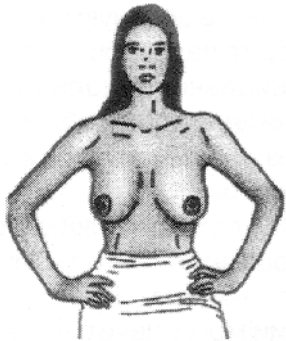


Рис. 1.

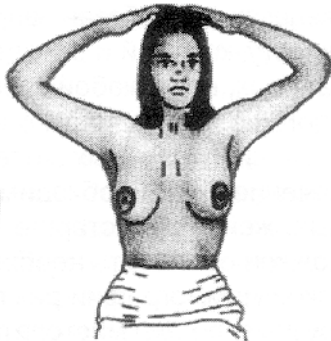


Рис. 2.

Молочные железы женщины должны быть осмотрены врачом (гинекологом, хирургом, терапевтом) или акушеркой минимум 1 раз в год либо при обращении ее в медицинское учреждение, либо при профилактическом осмотре.

Обследование состоит из осмотра при хорошем освещении и ощупывания молочных желез. Начинать надо с осмотра. Для этого женщине необходимо раздеться до пояса, осмотреть ее надо сначала с опущенными вниз руками, а затем с поднятыми вверх (рис. 1, 2). Железы должны иметь одинаковые размеры, быть симметричными. Увеличение размеров одной из них за короткий период времени (1–2 мес.), наличие выбухания (бугорка) или втяжения (ямки) кожи на ограниченном участке,

ее покраснения или отека (в виде «гусиной» кожи или «лимонной корочки»), втяжение соска, его отклонение влево или вправо, вверх или вниз, изъязвление соска, наличие из него выделений — все эти признаки могут свидетельствовать о заболевании, и женщина должна быть направлена к онкологу.



Рис. 3.

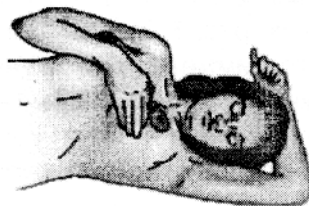


Рис. 4.

Второй этап обследования — ощупывание молочных желез — надо проводить сначала в положении стоя, а затем лежа на спине (рис. 3, 4). Внутренней поверхностью сомкнутых пальцев, с умеренным придавливанием к грудной стенке, стоя осматривают верхние отделы железы, перебирая пальцами сверху вниз. Затем исследуют подмышечные впадины, убеждаясь, что в них нет увеличенных лимфоузлов, после чего изучают состояние желез лежа. При этом пальцы перемещают от периферии железы к соску, поэтапно осматривая все отделы. При наличии уплотненных участков в железе их контуры ощущаются

между кистью руки и грудной стенкой (в виде «горошины», «вишни», «сливы», «лепешки» и т. д.).

В случае обнаружения хотя бы одного из указанных признаков заболевания необходимо сразу направить больную к онкологу, который и определит дальнейшую тактику.

С учетом того, что 80–90% всех случаев рака молочной железы в Беларуси выявляют сами женщины при самообследовании, на данном этапе очень важно добиться ситуации, когда бы большинство женщин знало об этом методе и регулярно использовало его. И второе, мы должны помочь женщинам преодолеть страх перед раком молочной железы, возможностью ее потерять, широко информируя население о консервативном, сохранном лечении. Консервативное лечение (с сохранением молочной железы) однако выполнимо только на ранних стадиях — вот почему больные должны обращаться за лечением сразу же после выявления у себя патологического очага.

Только совместные усилия онкологов, врачей всех специальностей и самих женщин приведут к улучшению ситуации в республике в плане своевременной диагностики рака молочной железы.