https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-06

Специализированная медицинская помощь при новообразованиях молочных желез (усовершенствованная модель)

Абрар Хуссейн,
А. Карташева, доктор медицинских наук
Российский университет дружбы народов, Москва
E-mail: dr_abrarhussain@yahoo.com

Представлена усовершенствованная организационно-функциональная модель для оказания специализированной медицинской помощи пациенткам с новообразованиями молочной железы, в том числе раком молочной железы.

Ключевые слова: онкология, молочные железы, рак, диагностика.

Для цитирования: Абрар Хуссейн, Карташева А. Специализированная медицинская помощь при новообразованиях молочных желез (усовершенствованная модель) // Врач. – 2019; 30 (11): 33–37. https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-06

Злокачественные опухоли во всем мире являются социально значимыми заболеваниями; с каждым годом их число неуклонно увеличивается. Так, в 2012 г. выявлено 14,1 млн новых случаев злокачественных новообразований (данные IARC, 2013); к 2030 г. число впервые выявленных случаев рака, по прогнозам, достигнет 22 млн.

Рак молочной железы (РМЖ) – самое распространенное злокачественное новообразование у женщин. Немаловажную роль в исходе РМЖ играют состояние овариально-менструальной функции женщины, ее возраст, состояние репродуктивной сферы, генетический фактор, особенности питания, наличие дисгормональных заболеваний молочных желез (МЖ) [2]. В 2015 г. количество впервые выявленных случаев РМЖ в России составило 23 222, что на 13,8% больше, чем в 2004 г. [3].

«Омоложение» неинфекционных заболеваний требует уточнения возраста, в котором нужно начать скрининговые обследования населения с целью выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях. Другим аспектом в оказании адекватной медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями являются необходимость привлечения бизнеса для реализации медицинских услуг по данной проблеме.

В целях ранней диагностики заболеваний МЖ целесообразно внедрение системы поэтапных взаимосвязанных мероприятий, которые определяются уровнем медицинской организации, техническим оснащением, возрастом женщины, факторами риска и экономической целесообразностью.

Существенным тормозом во внедрении наиболее эффективных комплексных программ стационарного лечения с использованием таргетной терапии являются низкие тарифы на оказание медицинской помощи больным РМЖ в стационарных условиях. Вариант решения этой проблемы – оплата стационарной помощи пациентам со злокачественными новообразованиями по клинико-статистическим группам.

Для повышения выживаемости и качества жизни пациенток, страдающих РМЖ, используются современные методы лекарственной терапии. Определенные трудности при закупках химиопрепаратов в достаточном объеме и необходимом ассортименте возникают из-за системного недофинансирования. В этих условиях научно обоснованный клинико-экономический анализ должен стать рутинной практикой для всех отвечающих за закупку лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования и комплектующих [2].

При оказании помощи пациентам со злокачественными новообразованиями МЖ остаются нерешенными серьезные вопросы, касающиеся:

- повышения эффективности выявления этой патологии;
- обеспечения доступности специализированной онкологической помощи для населения, проживающего в отдаленных от центра муниципальных образованиях;
- повышения результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь в стационарных условиях;
- оптимизации лекарственного обеспечения больных РМЖ в условиях ограниченного финансирования.

Из изложенного видна необходимость улучшения организации оказания населению онкологической помощи для наиболее полного обеспечения потребности в ней. Целью данного исследования была разработка усовершенствованной организационно-функциональной модели для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с новообразованиями МЖ, в том числе РМЖ.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ СИСТЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ МЖ У ЖЕНЩИН

Женщины любого возраста должны ежемесячно проводить самообследование МЖ после окончания менструации и при выявлении изменений обращаться к специалисту.

Женщины в возрасте от 20 до 40 лет должны 1 раз в 2 года проходить обследование в смотровом кабинете поликлиники (фельдшерско-акушерском пункте, медсанчасти или женской консультации и пр.), которое включает осмотр и пальпацию МЖ, заполнение вкладыша к медицинской карте амбулаторного больного «Факторы риска заболеваний молочной железы у женщин 20–40 лет», утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России от 15.03.2006 №154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы» [1].

После проведенного обследования и изучения факторов риска заболеваний МЖ медицинским персоналом кабинета формируются следующие группы:

- 1-я группа – здоровые лица, не имеющие факторов риска и изменений в МЖ;
- 2-я группа – обследованные с анамнестическими факторами риска без изменений в МЖ;
- 3-я группа – женщины с анамнестическими факторами риска и изменениями в МЖ;
- 4-я группа – обследованные с изменениями в МЖ без наличия анамнестических факторов риска.

От результатов проведенного обследования зависят дальнейшие медицинские назначения.

Пациенткам 1-й группы рекомендуется пройти очередной осмотр в смотровом кабинете не позже чем через 2 года.

Пациенткам 2-й группы рекомендуется провести дополнительное УЗИ МЖ, при наличии показаний – консультации соответствующих специалистов, занятия в школах здоровья. Пациенткам 3-й и 4-й групп рекомендуется дополнительное обследование в рентгеномаммографическом кабинете общего назначения. При наличии показаний – дообследование в рентгено(соно)-операционном блоке.

Как показал многолетний опыт, при конкретных клинических ситуациях целесообразно выполнение определенного алгоритма обследования, который наиболее эффективен, рационален и экономичен.

Во всех случаях наиболее эффективно комплексное использование клинического, рентгенологического и цитологического методов исследования, дополненных при необходимости широким спектром методик УЗИ-диагностики; при выборе учитываются возможности каждой из них с учетом конкретной клинической ситуации.

Обследование всегда следует проводить в I фазу менструального цикла (7–10 дней после окончания менструаций) и начинать с клинического исследования, которое определяет дальнейшую программу. Затем следует рентгенологические методики исследования, дополненные УЗИ при неясном диагнозе. На заключительном этапе осуществляются цитологическое, гистологическое и иммуногистохимическое исследования.

В зависимости от полученных результатов на том или ином этапе исследования применяется наиболее

информативная методика в соответствии с описанным далее алгоритмам.

При синдроме пальпируемого узлового образования в МЖ рекомендуются:

1) клиническое обследование (сбор анамнеза, осмотр, пальпация МЖ и регионарных зон лимфооттока);
2) обзорная рентгенография МЖ (в прямой и косой проекциях);
3) при необходимости уточнения деталей – прицельная рентгенография с прямым увеличением рентгеновского изображения, традиционное УЗИ, допплерсонография, при необходимости 3–4D-реконструкция изображения;
4) при подозрении на рак с целью поиска метастазов – УЗИ мягких тканей подмышечных областей;
5) для дифференциальной диагностики кист и других узловых образований неясной природы, а также при обследовании женщин до 40 лет – УЗИ МЖ с плотной структурой тканей;
6) тонкоигольная или аспирационная биопсия новообразования, цитологическое и гистологическое исследование биоптата в зависимости от находок.

В случае получения жидкости при наличии показаний по результатам цитограммы производят пневмокистографию или склерозирование кисты (предпочтительнее) под УЗ-контролем.

Показаниями к хирургическому лечению кист являются наличие геморрагического аспирата, атипии и пролиферации клеток, пристеночных разрастаний в полости кисты.

При отсутствии перечисленных данных показано консервативное лечение путем склерозирования кисты, обеспечивающего облитерацию полости в 90% случаев, с последующим (через 6 мес) динамическим наблюдением.

При отсутствии жидкости:

- хирургическое лечение показано при наличии в биоптате клеток пролиферирующего эпителия или признаков клеточной дисплазии, атипии;
- при отсутствии указанных цитологических изменений назначают консервативное лечение с контролем через 3–6 мес.

При синдроме диффузных изменений в МЖ рекомендуются:

1) клиническое обследование (сбор анамнеза, осмотр, пальпация);
2) обзорная рентгенография МЖ в прямой и косой проекциях;
3) УЗИ дополняет информацию о природе структурных изменений при выраженных и кистозных формах мастопатии;
4) дальнейшая тактика определяется выявленной формой мастопатии:
   - при кистозной форме показана аспирация содержимого кист с цитологическим исследованием аспирата под УЗ-контролем как наиболее информативным; при отсутствии противопоказаний – пневмокистография или склерозирование кисты специальными препаратами;
   - при известковых включениях типа микрокальцинатов, сгруппированных на ограниченном участке, показана вакуумная аспирационная биопсия или хирургическое лечение даже в случае нерезультативной предварительной аспирационной биопсии;
   - при фиброзной и смешанной формах мастопатии показано консервативное лечение с контролем через 1–2 года – в зависимости от степени выраженности проявлений заболевания.

При синдроме оставшейся МЖ после радикальной мастэктомии выполняют:

1) клинико-рентгенологическое обследование оставшейся МЖ, при необходимости дополненное УЗИ;
2) УЗИ мягких тканей подмышечных областей и других зон регионарного лимфооттока;
3) рентгенографию органов грудной клетки;
4) УЗИ печени;
5) остеосцинтиграфию;
6) по показаниям – рентгенографию костей с обнаруженными очагами накопления радиофармпрепарата.

При синдроме патологической секреции из соска проводятся:

1) клиническое обследование (сбор анамнеза, осмотр, пальпация);
2) взятие мазка для цитологического исследования отделяемого из соска;
3) обзорная рентгенография МЖ;
4) искусственное контрастирование молочных протоков с последующей рентгенографией в прямой и боковой проекциях;
5) при недостаточности информации – двойное контрастирование протоков.

При синдроме втянутого соска схема обследования не отличается от традиционного, но при описании снимков следует обращать большее внимание на околососковую зону для уточнения природы изменений, вызывающих втяжение соска. При изменениях кожных покровов соска показано взятие соскоба.

При синдроме узлового образования в подмышечной области (Зоргиевской зоне) показаны:

1) клиническое обследование;
2) обзорная рентгенография МЖ;
3) УЗИ (рентгенография) мягких тканей подмышечных областей;
4) в сомнительных случаях – УЗИ интересующего участка;

5) биопсия образования с патоморфологическим исследованием.

При синдроме отечной МЖ следует учитывать ряд особенностей:

1) клинический, рентгенологический методы могут быть недостаточно информативны для дифференцированной диагностики между воспалительным процессом и отечной формой рака;
2) обязательным является их сочетание с УЗИ, позволяющим выявлять и в ряде случаев дифференцировать очаги воспаления и узловые опухолевые образования;
3) рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография показаны при подозрении на наличие опухолевого узла;
4) выполняют биопсию с патоморфологическим исследованием.

При синдроме увеличения МЖ у мужчин проводится клинико-рентгенологический комплекс исследования, при необходимости дополненный УЗИ.

При синдроме оперированной МЖ по поводу доброкачественных заболеваний показаны:

1) клиническое обследование МЖ с наложением маркеров на концы рубца;
2) рентгенологическое исследование («находки» интерпретируют с учетом изменения архитектоники железы вследствие рубцовых изменений);
3) при трудностях дифференцированной диагностики – УЗИ;
4) магнитно-резонансная томография для дифференциальной диагностики жирового некроза и рака в рубце, имеющих схожие проявления.

При синдроме непальпируемого образования в МЖ технология диагностического процесса включают 3 этапа.

Предоперационный этап – рентгенография МЖ в прямой и боковой проекциях для точной локализации; дальнейшая тактика зависит от проявлений непальпируемого образования и его визуализации под УЗИ (узел) либо с рентгенологическим контролем (участок локальной тяжистой перестройки структуры, участок скопления микрокальцинатов).

При выявлении непальпируемого рака в виде узла:

1) УЗИ для уточнения природы;
2) тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) под УЗ-контролем для получения цитологического материала;
3) при отсутствии материала – вакуумная аспирационная биопсия с диагностической целью для получения цитологического и тканевого материала для гистологического исследования, определения рецепторов гормонов и тканевых прогностических маркеров;
4) вакуумная аспирационная биопсия с лечебной целью как альтернатива секторальной резекции при доброкачественном образовании до 1,5 см;
5) внутритканевая маркировка перед операцией или брахитерапией.

При выявлении локального скопления микрокальцинатов или локальной тяжистой перестройки структуры, невидимых при УЗИ, на предоперационном этапе:

1) аспирационная биопсия под рентгенологическим контролем на стереотаксической установке, вакуумная аспирационная биопсия для получения клеточного и тканевого материала для цитологического и гистологического исследований;
2) внутритканевая маркировка перед операцией.

Интраоперационный этап:

1) рентгенография удаленного сектора МЖ;
2) при необходимости – повторная маркировка непальпируемого образования в удаленном секторе МЖ;
3) срочное гистологическое исследование операционного материала.

На послеоперационном этапе используют патоморфологические и иммуногистохимические методики исследования [6].

Помимо адекватной и своевременной диагностики заболеваний МЖ, существенный вклад вносят профилактика и патогенетическое консервативное лечение.

В настоящее время не вызывает сомнений связь большинства заболеваний с состоянием позвоночника и развитием на фоне спазмированных мышц и связок хронических заболеваний, в том числе МЖ. Накоплен большой опыт положительного влияния остеопатических практик на коррекцию заболеваний позвоночника (протрузии, грыжи и пр.). Направление пациентов на консультацию к остеопату и прохождение курса у данных специалистов значительно улучшают результаты при профилактике и лечении заболеваний МЖ, а также в послеоперационном периоде для реабилитации пациенток после мастэктомии [4].

Исследование гормонального фона для выявления патологии щитовидной железы (скрытый гипотиреоз), дисфункции надпочечников (гиперкортизолемия), дефицита прогестерона на фоне относительной гиперэстрогении также обязательны у пациенток из группы риска и должны корректироваться в случае уже имеющихся заболеваний МЖ [7].

Коррекция высокого уровня кортизола должна проводиться с учетом образа жизни пациентов (нарушение сна), состояния хронического стресса, депрессивных расстройств и пр. В ряде случаев целесообразно направлять пациенток к неврологу, психотерапевту, психиатру.

Необходимо отметить ценность определения уровня метаболитов эстрогенов в моче с целью выявления дисбаланса со смещением в сторону 16- и 4-гидрокси-

эстронов, ответственных за доброкачественные и злокачественные заболевания органов малого таза и МЖ. При обнаружении указанного дисбаланса рекомендуется установить пути поступления ксеноэстрогенов (пестицидов, фталатов, тяжелых металлов) в организм и нарушения их элиминации – повышенная кишечная проницаемость, дисбактериоз кишечника, дисфункция печени и пр. У пациентов данной группы хорошие результаты лечения дает «элиминационная» диета с исключением глютена, казеина, сахара, лектинов и прочих агентов, повышающих кишечную проницаемость для ксеноэстрогенов [5, 9].

В воздействии на патологические пути образования 16-гидроксиэстрона хорошо зарекомендовал себя индол-3-карбинол, успешно применяемый во всем мире для профилактики и лечения доброкачественных заболеваний МЖ.

Применение препаратов йода, фитоэстрогенов, восполнение недостатка прогестерона, витамина Е способствуют лечению заболеваний МЖ, профилактике их прогрессирования и помогают избежать оперативного лечения и озлокачествления.

Таким образом, улучшение качества медицинской помощи пациенткам с заболеваниями МЖ должно быть направлено на своевременную диагностику и профилактику с учетом возможных причин патологии в каждом конкретном случае. Это позволит избежать калечащих операций, сохранить репродуктивное и психоэмоциональное здоровье женщин и повысить их трудоспособность.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интерсов.

Литература/Reference

1. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования молочной железы: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность // Маммология. – 2006; 1: 9–13 [Aksel Ye.M. Breast malignancies: the state-of-the-art of oncological care, morbidity, and mortality // Mammologiya. – 2006; 1: 9–13 (in Russ.)].

2. Барсуков В.Ю., Плохов В.Н., Чеснокова Н.П. Рак молочной железы: современные принципы диагностики и комплексной терапии / Саратов: СГМУ, 2007; 309 с. [Barsukov, V.Yu., Plokhov V.N., Chesnokova N.P. Rak molochnoi zhelezy: sovremennye printsipy diagnostiki i kompleksnoi terapii / Saratov: SGMU, 2007; 309 s. (in Russ.)].

3. Берштейн Л.М. Эндокринология рака молочной железы как гетерогенного заболевания: десятилетие после миллениума // Вопросы онкологии. – 2013; 59 (3): 292–8 [Bershtein L.M. Endocrinology of breast cancer as a heterogeneous disease: a decade after the Millennium // Voprosy onkologii. – 2013; 59 (3): 292–8 (in Russ.)]. https://doi.org/10.18722/VO2013593292-298.

4. Гаевская О.Э., Белянин О.Л. Особенности функционального состояния опорно-двигательной системы больных с постмастэктомическим синдромом // Уч. записки Санкт-Петербургского государственного мед. университета им. акад. И.П. Павлова. – 2008; 3: 64–6 [Gaevskaya O.E., Belyanin O.L. Osobennosti funktsional'nogo sostoyaniya oporno-dvigatel'noi sistemy bol'nykh s postmastektomicheskim sindromom // Uch. zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo med. universiteta im. akad. I.P. Pavlova. – 2008; 3: 64–6 (in Russ.)].

5. Кушлинский Н.Е., Портной С.М., Лактионов К.П. Рак молочной железы / М.: ГЭОТАР, 2005; 480 с. [Kushlinskii N.E., Portnoi S.M., Laktionov K.P. Rak molochnoi zhelezy / M.: GEOTAR, 2005; 480 s. (in Russ.)].

6. Топузов Э.Э., Касянова М.Н., Плотников Ю.В. и др. Анализ показателей качества жизни больных раком молочной железы // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011; 3 (40): 223–5 [Topuzov E., Kasyanova M.N., Plotnicov Y.V. et al. Analysis of quality of life of breast cancer patients // Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina. – 2011; 3 (40): 223–5 (in Russ.)].

7. Сухотерин И.В., Павлова Н.В. «Социально-психологический портрет» больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011; 1: 32–7 [Sukhoterin I.V., Pavlova N.V. «Social-psychological picture» of patients with breast cancer and the problem of their psychological rehabilitation // Tumors of female reproductive system. – 2011; 1: 32–6 (in Russ.)]. https://doi.org/10.17650/1994-4098-2011-0-1-32-36.

8. Braithwaite D., Satariano W., Sternfeld B. et al. Long-term prognostic role of functional limitations among women with breast cancer // J. Natl. Cancer Inst. – 2010; 102 (19): 1468–77.

9. Carlson R., Allred D., Anderson B. et al. Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology // J. Natl. Compr. Canc. Netw. – 2009; 7 (2): 122–92.

SPECIALIZED MEDICAL CARE FOR BREAST NEOPLASMS (AN UPGRADED MODEL)

***Abrar Hussein**, **A. Kartasheva**, MD*

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

The paper presents an upgraded organizational and functional model for providing specialized medical care to patients with breast neoplasms, including breast cancer.

Key words: *oncology, breast, cancer, diagnosis.*

For citation: *Abrar Hussein, Kartasheva A. Specialized medical care for breast neoplasms (an upgraded model) // Vrach. – 2019; 30 (11): 33–37. https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-06*