

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ,
РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФТИЗИАТРІЇ

618.19-006.04-073.7(043.3)

Калашник Аліна Олександрівна

«МІСЦЕ МАМОГРАФІЇ ПРИ РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ
МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ»

Наукова робота на здобуття наукового ступеня магістра медичних наук

14.01.23 (спеціальність радіологія)

Науковий керівник
доктор медичних наук,
професор,
заслужений лікар України
Дужий Ігор Дмитрович

Суми 2015

ЗМІСТ

СКОРОЧЕННЯ.....	3
ВСТУП.....	4
ЗАВДАННЯ	5
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	6
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ	18
РОЗДІЛ 3 ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	25
ВИСНОВКИ.....	27
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	28

СКОРОЧЕННЯ

РД – рентгенологічне дослідження

МЗ – молочна залоза

РМЗ – рак молочної залози

УЗД – ультразвукова діагностика

МРТ – магнітно-резонансна томографія

КТ – комп'ютерна томографія

ПЕТ – позитронно-емісійна томографія

ОФЕКТ – однофотонна емісійна комп'ютерна томографія

Вступ

Злоякісні захворювання, зокрема рак молочної залози, являють собою одну з найбільш важливих медичних проблем, оскільки рак цієї локалізації є однією з найпоширеніших онкологічних хвороб у жінок, що і визначає актуальність наукових досліджень даного напрямку. Молочна залоза є частиною репродуктивної системи жінки і представляє собою одне з слабких місць жіночого організму. Загальновідомо, що основними факторами розвитку раку молочної залози є "онкологічна" спадковість, кількість пологів і абортів, кількість оперативних втручань на молочній залозі, гормональні порушення та несприятлива екологія навколишнього середовища. Стан молочної залози залежить від багатьох факторів, починаючи від екологічного стану регіону, місця проживання і, закінчуючи запальними процесами жіночої статеві системи. З огляду на це рання діагностика захворювань молочної залози є однією із актуальних задач сучасної медицини. В Україні, як і в більшості країн Європи, рак молочної залози займає перше місце у структурі онкологічних захворювань серед жінок, і становить 22-25%. Разом з тим результати лікування хворих на рак молочної залози залишаються невтішними, оскільки у значної частини хворих, незважаючи на проведені комбіновані і комплексні лікування, виникають віддалені метастази що і призводять до загибелі пацієнтів. З огляду на це у даний час найбільш важливим є раннє виявлення раку та передракових станів, що дозволяє підвищити результативність лікування, що і визначає актуальність проблеми.

Мета роботи

Оцінити діагностичну ефективність різних методів об'єктивного дослідження при ранній діагностиці раку молочної залози та уточнити їх місце при цьому залежно від віку і регіонів проживання хворих, оцінити діагностичну ефективність мамографії при ранній діагностиці раку молочної залози.

Завдання

1. Вивчити питому вагу різних захворювань молочної залози у вивченому регіоні.
2. Уточнити вік пацієнок схильних до раку молочної залози.
3. Вивчити вплив мешкання пацієнок на розвиток раку молочної залози.
4. Уточнити якими методами вдалося запідозрити рак молочної залози.
5. Уточнити місце мамографії при діагностиці раку молочної залози.
6. Уточнити за допомогою пункційної біопсії на якій стадії був діагностований рак молочної залози у жінок.

Розділ 1

Огляд літератури

Рак молочної залози займає перше місце у загальній структурі злоякісних пухлин у жінок. Захворюваність коливається від 50-60 на 100 тис. жіночого населення (Англія, Данія, Нідерланди, США і Канада) до 2-5 (Японія, Мексика) [12,29,50].

Згідно статистичних даних захворюваність на рак молочної залози в Україні становить у середньому 61,88 на 100 тис. населення, у Сумській області 65,28 на 100 тис. населення.

До чинників ризику відносять ендогенні та екзогенні впливи на організм жінки, які значно сприяють розвитку захворювання. На увагу серед найбільш відомих чинників розвитку заслуговують: вік хворих, гормональні зміни, спадкова схильність, онкологічні захворювання у близьких родичів, зловживання м'ясною та білковою їжею, шкідливий вплив навколишнього середовища [7,50].

Щодо віку, відомо, що показник захворюваності починає зростати у жінок після 40 років, а потім поступово знижується після 70 років. Основна маса хворих – це особи віком 50-60 років [50]. У цій віковій групі смертність від раку грудної залози посідає перше місце. В осіб віком 20-30 років це захворювання зустрічається рідко, але протягом останніх років спостерігається зростання захворюваності на рак грудної залози і у молодих жінок [50].

До чинників гормональної сфери відносять раннє менархе (до 12 років), пізню менопаузу (після 55 років), відсутність вагітності протягом життя, пізню вагітність і пологи після 35 років, відсутність лактації, нерегулярне статеве життя або тривалу відсутність його [12,50].

Серед шкідливих чинників зовнішнього середовища особливо виділяють місце проживання, вплив іонізованого випромінювання, електромагнітного поля, зловживання алкоголем, характер харчування, паління та травми [50].

Стосовно негативного впливу на розвиток раку МЗ існують численні дослідження. У Сумському регіоні спостереження за рівнем радіаційного забруднення атмосферного повітря проводила авіаметеорологічна станція. Радіаційний фон у 2009 р. склався по м. Суми - 11-12 мкР/год, м. Ромни - 11-12 мкР/год, м. Лебедин - 10-12 мкР/год, м. Конотоп - 10-12 мкР/год, м. Глухів - 12-13 мкР/год, смт Дружба Ямпільського району - 7-11 мкР/год. Вказані рівні гамма-фону не перевищують допустимих норм. Рівень радіаційного фону у різних регіонах мав приблизно однакові цифри [30].

Актуальною проблемою залишається поводження з твердими побутовими відходами, обсяги утворення яких щорічно зростають [30].

Офіційно в області тверді побутові відходи розміщуються на 324 міських, сільських та селищних полігонах та звалищах твердих побутових відходів загальною площею 281,7 га, частина з яких вже вичерпала свій ресурс. Практично всі районні центри, великі селища області мають полігони твердих побутових відходів, але не всі вони експлуатуються відповідно до чинного природоохоронного законодавства. Майже всі полігони Сумщини були введені в експлуатацію 10-30 років тому і переважна частина з них заповнена на 90% або переповнена.

Побудовані у свій час без належного захисту, деякі полігони є потенційними джерелами екологічної небезпеки регіонального масштабу. Під час будівництва полігонів не виконані природоохоронні заходи, передбачені проектом, а саме: відсутні огорожі, обвалування по периметру полігону, дизбар'єри, мережа спостережних свердловин та контрольно-пропускні пункти.

Дисгормональні проліферативні захворювання, а також доброякісні пухлини грудної залози (фіброаденома, аденома, мастопатія, полікістоз, папілома протоки) також відносять до чинників ризику розвитку раку грудної залози [31,50].

Таким чином, рак грудної залози розвивається під впливом комплексу чинників: спадкової схильності та конституційних особливостей, способу життя, шкідливого впливу навколишнього середовища.

За даними матеріалів українсько-американського проекту USAID-RATH " Допомога Україні в галузі раку молочної залози 1997-1999", 27% раку молочної залози в Україні виявлено під час проведення клінічного обстеження молочної залози і 73% виявлено пацієнтами самостійно [23].

Рак молочної залози класифікують по стадіям свого розвитку.

Стадія захворювання — це анатомічне поширення процесу, яке ми об'єктивно оцінюємо під час клінічного, рентгенорадіологічного, ендоскопічного і лабораторного методів дослідження [32]. Стадія пухлини визначається на основі таких ознак: а) розмір пухлини; б) проростання у суміжні органи; в) відсутність чи наявність метастазів у регіонарних та віддалених лімфатичних вузлах.

Локалізація ракових пухлин у молочній залозі різноманітна. Однаково часто уражається як права, так і ліва залози; приблизно у 2,5% спостерігають двосторонні раки молочної залози. Вузол у другій залозі може виявитися як метастазом, так і другою самостійною пухлиною. У самій молочній залозі у 50% хворих пухлини виникають у верхньо-зовнішньому квадранті [29].

Стадії РМЗ:

Стадія I – пухлина менше 2 см, відсутні збільшені лімфатичні вузли або віддалені розповсюдження.

Стадія IIa – пухлина менше 5 см без залучання лімфатичних вузлів та віддаленого розповсюдження. Пухлина менше 2 см із залученням лімфатичних вузлів.

Стадія IIb – пухлина менше 5 см із залученням лімфатичних вузлів. Пухлина менше 5 см із залученням лімфатичних вузлів .

Стадія IIIa – пухлина більше 5 см с із залученням лімфатичних вузлів. Пухлина будь-яких розмірів із залученням локальних, але не віддалених тканин.

Стадія IIIb – будь-яких розмірів пухлина з переходом процесу на грудну клітку або шкіру. Кожна пухлина з набряком кінцівки або залученням надключичних лімфатичних вузлів.

Стадія IV – будь-яка пухлина з віддаленими метастазами.

Основний шлях метастазування раку молочної залози – лімфогенний, з огляду на це уражуються перш за все регіональні лімфатичні вузли. Віддалені метастази насамперед локалізуються у хребті, кістках тазу, ребрах, печінці, яєчниках, мозку. [31].

Перелічене свідчить за потребу раннього, дометастатичного поширення раку МЗ.

З цією метою для дослідження захворювань молочної залози застосовують наступні променеві методи діагностики:

1. Рентгенологічний:

-мамографія

-дуктографія

-пневмокістографія

2. Ультразвуковий.

3. Радіонуклідний:

- мамосцинтиграфія
- ОФЕКТ молочної залози
- ПЕТ молочної залози
- радіоімунний аналіз

4. Термографічний:

- термографія
- термометрія
- радіотермометрія

5. МРТ.

6. КТ.

Загально визнаним вважається наступний алгоритм променевого обстеження хворих із патологічними процесами молочної залози:

1 етап – фізикальне дослідження, мамографія, УЗД, термографія.

2 етап - тонкогільна аспіраційна біопсія з гістологічною верифікацією процесу.

3 етап - залежно від результатів попередніх етапів - дуктографія, мамосцинтиграфія, МРТ, КТ[17].

Насамперед проводиться фізикальне дослідження МЗ, яке складається з огляду та пальпації. Огляд має на меті виявити візуальні відхилення у будові залози. Пальпація дозволяє визначити ділянки МЗ, які відрізняються за щільністю. З метою правильного огляду та пальпації МЗ поділяють на 4 квадранти - верхньозовнішній, верхньовнутрішній, нижньозовнішній та нижньовнутрішній. Враховуються наступні особливості: аномалії розвитку

МЗ, зміни форми і об'єму залози, зміни кольору шкіри, зміни форми сосків та зміни пахвинної, підключичної та надключичної западин[31].

При обстеженні МЗ застосовують правило “семи позицій”:

1. положення - обстеження жінки проводиться спочатку у положенні сидячи, далі - стоячи, після цього - лежачи з піднятими руками.
2. розміру - звертають увагу на асиметрію розмірів залоз.
3. пальпації - проводиться “за часовою стрілкою годинника” подушечками пальців.
4. тиску - відмічають щільність МЗ, за умови наявності утворення - його щільність та зміщення.
5. методика обстеження - повинна відповідати прийнятим алгоритмам.
6. зворотного зв'язку - передбачає узгодженість та наступність дій спеціалістів різного фаху.
7. Диспансерне спостереження.

Рентгенологічні методики дослідження.

Рентгенологічний метод є основним в діагностиці захворювань МЗ. Використовують рентгенографію МЗ (мамографію), дуктографію та пневнокістографію[37].

Мамографію виконують на спеціальних рентгенодіагностичних апаратах - мамографах (рис.1).



Рис.1. Зовнішній вигляд мамографа.

Обстеження краще проводити на 7-10-й день від першого дня менструального циклу, коли груди менш болісні. Якщо мова йде про підозру на рак молочної залози (РМЗ), дослідження проводиться незалежно від дня циклу. Жінкам у менопаузі мамографія виконується в будь-який зручний час[15].

Мамографію виконують у положенні пацієнтки стоячи або сидячи. Для виконання знімка в краніокаудальній проекції МЗ укладається на поверхню перед тубусом апарата. За допомогою другої планки МЗ злегка притискають (компресія), пацієнтка затримує дихання, після чого виконують знімок. Звичайно проводиться по два знімки кожної залози у двох проекціях. У ряді випадків проводяться додаткові знімки. [27].

При мамографії основні проекції виконуються такі:

- Краніокаудальна
- Медіолатеральна коса

Додаткові проекції:

- Медіолатеральна (бокова).
- Краніокаудальна (пахвової ділянки).

Мамографи оснащені стереотаксичним приладом для пункції МЗ і забору матеріалу для гістологічного дослідження.

Показаннями для проведення скринінгової мамографії є РМЗ у найближчих родичів, вік 40 років і більше, дисгормональні гіперплазії МЗ, ендокринні порушення (патологія щитоподібної залози, цукровий діабет, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркові захворювання, ожиріння), порушення репродуктивної функції (аборт після 35 років, перші пологи після 30 років, безпліддя, ранні чи пізні місячні), захворювання репродуктивних органів (пухлини матки та придатків, запальні хвороби, порушення менструальної функції), проліферативні захворювання після лікування.

У разі наявності трьох і більше факторів пацієнтку слід направити на мамографію.

Проте слід пам'ятати, що мамографія має ряд недоліків серед яких провідними є променеве навантаження, не рекомендується використовувати при обстеженні жінок до 35-40 років, труднощі виявлення невеликих пухлин на фоні фіброзно-кістозної хвороби, не визначає мінімального раку в перехідній складці, ретромамарному просторі, при МЗ невеликих розмірів, не визначає раку Педжета без пухлинного вузла в МЗ.

При діагностиці РМЗ використовують таке поняття як мамографічна щільність - це ступінь рентгенологічної щільності тканини МЗ. Висока мамографічна щільність спостерігається при переважанні фіброзної тканини, низька - при жировій інволюції МЗ, проміжна - при тому або іншому ступені візуалізації протокових структур. Оцінка мамографічної щільності при інтерпретації мамограм виконується рентгенологом відповідно до класифікації мамографічної щільності МЗ, згідно з якою виокремлюють чотири типи мамограм: 1. Паренхіма представлена повністю або майже повністю жировою тканиною; можуть бути поодинокі фіброзні сполучнотканинні тяжі; 2. Візуалізуються протокові структури, що займають до 25% обсягу МЗ; 3. Протокові структури займають понад 25% обсягу МЗ; 4. Надзвичайно щільна (непрозора) паренхіма (дисплазія), що зазвичай вказує на гіперплазію сполучної тканини. [13].

Встановлення мамографічної щільності має важливе діагностично-прогностичне значення: ризик розвитку РМЗ у жінок із підвищеною мамографічною щільністю у 3 рази вищий, ніж у хворих із нормальною мамографічною щільністю.

Цифрова мамографія - відносно новий метод діагностики захворювань МЗ. Для зменшення променевого навантаження в цифрових мамографах використовують спеціальні підсилюючі екрани. Рентгенівське

випромінювання, яке проходить через МЗ, потрапляє на екран люмінофора. При цьому виникають численні сцинтиляції легких фотонів, які діють на рентгенівську плівку. Робота з даними в цифровому форматі розширює можливості при аналізі, збереженні і передачі даних. Особливо перспективною представляється цифрова мамографія при скринінгу завдяки високій пропускну здатності та економічній ефективності при проведенні великої кількості досліджень. Одержання цифрових мамограм дозволяє скористатися можливостями телемамографії - передачі даних для консультативних заключень. Цифрова мамографія дозволяє аналізувати мамограми з екрану монітору спеціалізованої робочої станції. Це надає в розпорядження рентгенолога широкий арсенал засобів цифрової обробки й аналізу зображень. Використання функцій зміни контрастності, яскравості, збільшення, інверсії та збільшення зображень дозволяє отримати максимальну інформацію про стан МЗ[22].

Дуктографія проводиться після мамографії. Це метод рентгенологічного дослідження МЗ з використанням штучного контрастування молочних проток. Перед дослідженням обережно видавлюють максимальну кількість вмісту протоку, проводять його канюляцію і вводять 0,5-1 мл водорозчинного контрасту.

Показання до дуктографії:

- Виділення із соска кров'янистого чи серозного характеру.
- Усі випадки патологічної секреції.
- Вибір оптимальної тактики хірургічного лікування.
- Визначення ступеня поширеності дифузно розповсюдженої карциноми.

Пневмокістографію проводять для діагностики кіст МЗ. Пунктують кісту і видаляють її вміст, після чого порожнину кісти заповнюють газом і роблять знімки в прямій та боковій проекціях. Пневмокістографія дає

можливість оцінювати архітектуру кісти, стан її внутрішніх стінок, наявність включень в порожнині. Введений газ розсмоктується на 7-10 день. Нерідко після аспірації вмісту кіста виліковується. Проведення одночасного склерозування порожнини кіст дозволяє уникнути хірургічного лікування в 88% випадків.

Ультразвуковий метод дослідження.

Для дослідження МЗ використовують УЗ-апарати з частотою датчика 7,5-10 МГц. Дослідження проводиться в звичайному В-режимі або з використанням кольорового доплерівського картування. Пацієнтка знаходиться сидячи (або лежачі) обличчям до лікаря, руки на колінах при обстеженні верхніх квадрантів МЗ, за головою - при обстеженні нижніх.

Показання до УЗД МЗ:

- Обстеження МЗ у пацієток із збільшеним вмістом залозистої або фіброзної тканини.
- Диференційна діагностика кіст і солідних пухлин, які визначаються при пальпації.
- Оцінка незрозумілих ущільнень в МЗ.
- Локалізація вогнищ, які визначаються при мамографії тільки в одній проекції.
- Корекція руху голки при тонкогільній біопсії пухлин.
- Контроль за ефектом лікування.
- Контроль за станом імплантованих протезів.

При моніторингу ефективності хіміотерапевтичного лікування РМЗ УЗД виконується до і після лікування в послідовності:

- УЗД МЗ і патологічного утворення в В-режимі.

- Допплерографія пухлинного утворення МЗ.
- УЗД надключичних, підключичних, аксиллярних та парастернальних ділянок з обох боків в В-режимі.
- Допплерографія лімфатичних вузлів.

Наступним етапом УЗД є використання кольорового доплерівського картування, яке дозволяє отримати зображення судин і оцінити кровоплин в малих судинах (до 1 мм). При дослідженні оцінюється судинний малюнок в ділянці ураження і в здоровій тканині, зміни параметрів кровоплину, характеристик доплерівського спектру.

Недоліки УЗД:

- Неможливість візуалізації протокової системи, якщо діаметр протоків менше 3-4мм.
- Неможливість визначення мікрокальцинатів.

Морфологічний (цитологічний та патогістологічний) метод дослідження раку молочної залози входить в тріаду обов'язкових методів обстеження хворих разом з клінічним оглядом, пальпацією та методами візуалізації пухлини (маммографія, ультразвукове дослідження). Метод пункційної та трепан біопсії є стандартом діагностики захворювань молочної залози. Пункційна біопсія дозволяє отримати матеріал пухлини для цитологічного дослідження. Трепан біопсія дозволяє обстежити фрагмент пухлини гістологічно. Доведено, що проведення біопсії не відображається на результатах перебігу онкологічного захворювання, не спричинює метастазування пухлини [50].

Крім вище названих методів морфологічної діагностики в практиці використовують також ексfolіативну цитологію (мазок виділень із сосків) для диференційної діагностики проліферативних процесів в протоковій системі [9,12,15,50].

Ексцизійну біопсію виконують під час операції, під загальним знеболенням, для можливості розширити обсяг оперативного втручання до радикального. Хвора завчасно має бути попереджена про можливість такої тактики. Метод в 99% випадків відображає характер захворювання [15,21].

Для встановлення діагнозу важливо оцінити стан регіонарного лімфатичного апарату, а також органів найбільш частого метастазування пухлини [13].

Обстеження регіонарних лімфатичних колекторів можна провести за допомогою ультразвукового дослідження пахвової ділянки. З метою цитологічної верифікації виконують пункційну біопсію збільшених лімфатичних вузлів [32].

Для діагностики віддалених метастазів слід використати рентгенографію легенів, сканування кісток з Tc^{99m} , ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та малого таза [34].

Біохімічні показники крові – лужна фосфатаза, трансамінази, Ca^{+} , креатинін, лактат дегідрогеназа та інші можуть свідчити про активність процесу.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ретроспективно нами проаналізовано 1500 історій хвороб пацієнтів, яким було виконано мамографічне дослідження у мамографічному кабінеті Сумського обласного психо-неврологічного диспансера (СОПНД) за період з січня 2013 року по грудень 2013 року.

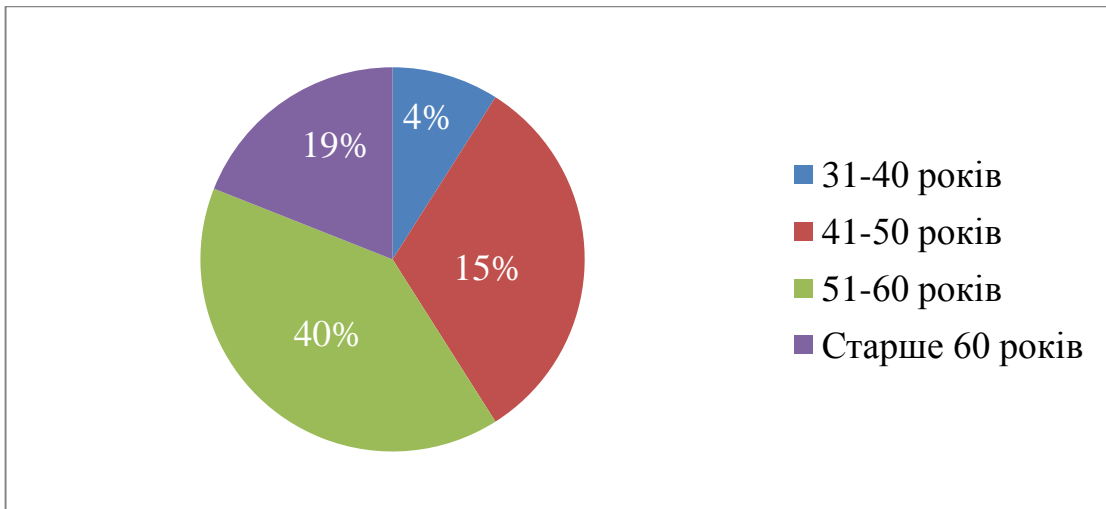
Табл. 2.1

ПАТОЛОГІЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ



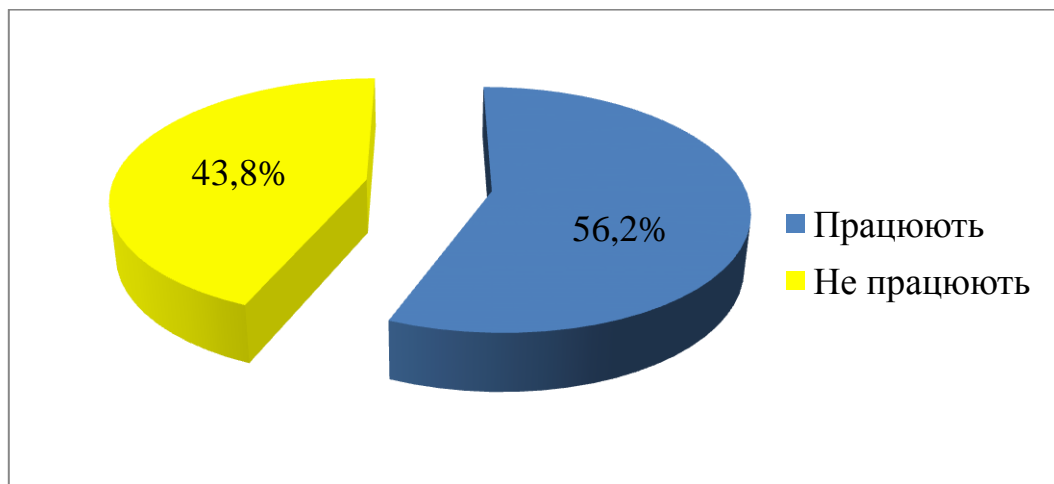
Серед патологічних змін молочних залоз у хворих переважає фіброзно-кістозна мастопатія – 445 хворих (29,7%), доброякісні новоутвори молочних залоз – 78 хворих (5,2%), інволютивні зміни – 462 хворих (30,8%), рак молочної залози – 47 хворих (3,1%).

ВІКОВА СТРУКТУРА ХВОРИХ

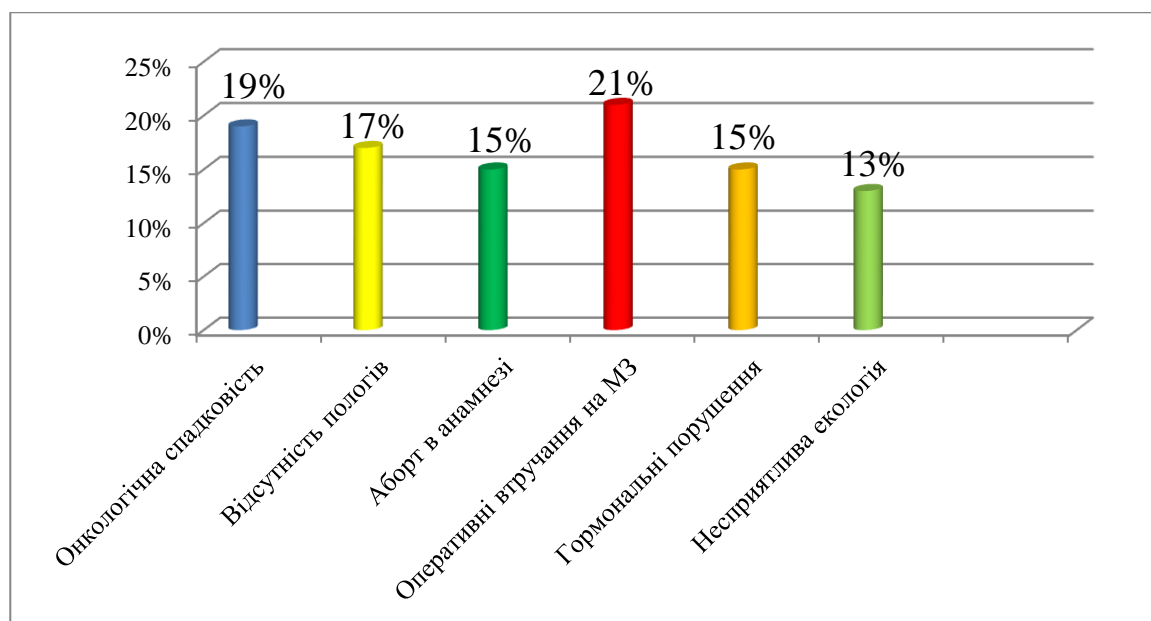


У віковій структурі найбільшою виявилась група віком 51-60рр – 19 (40%), дещо меншою – група віком 41-50рр – 15 (32%). Група хворих віком старше 60рр склала 9 (19%) осіб, а група 31-40рр - 4 (9%). Найменшими показники були у групі 31-40рр - 4 (9%), найбільшими у групі 51-60 рр – 19 (40%).

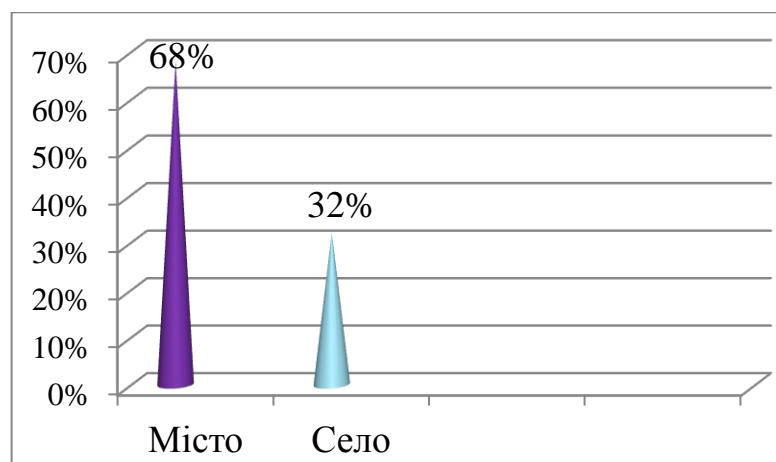
СТРУКТУРА ЗАЙНЯТОСТІ ХВОРИХ



Серед хворих на рак молочної залози переважають жінки, що працюють – 27 хворих (56,2%), що на 12,4% більше, ніж жінок, що не працюють – 20 хворих (43,8%).

ФАКТОРИ РИЗИКУ

Серед причин, які могли спровокувати виникнення раку молочної залози найвагомішими виявилися оперативні втручання на МЗ – 10 жінок (21%), що на 2% вище ніж онкологічна спадковість – 9 жінок (19%), відсутність пологів – 8 жінок (17%), гормональні порушення у 7 жінок (15%), вплив несприятливої екології – 6 жінок (13%), аборт в анамнезі – 7 жінок (15%).

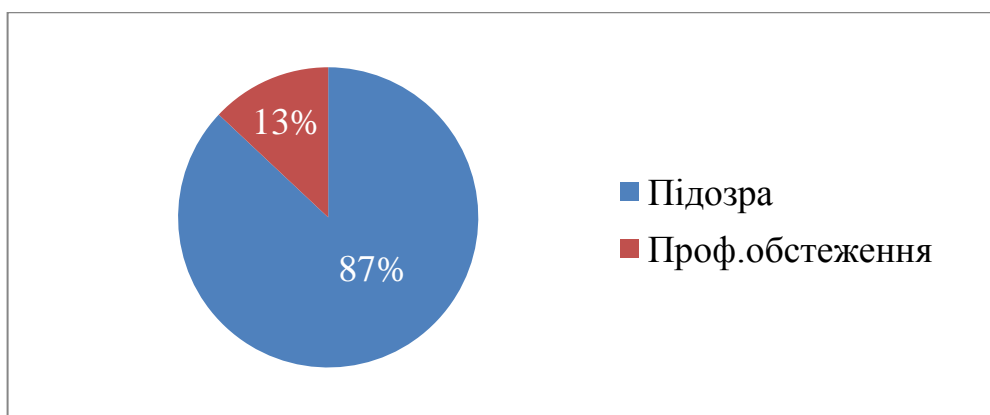
МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ ХВОРИХ

За місцем проживання частіше траплялися жителі міст – 32 жінки (68%), ніж жителі сіл – 15 жінок (32%), що частіше у 2,1 рази ($P < 0,05$).

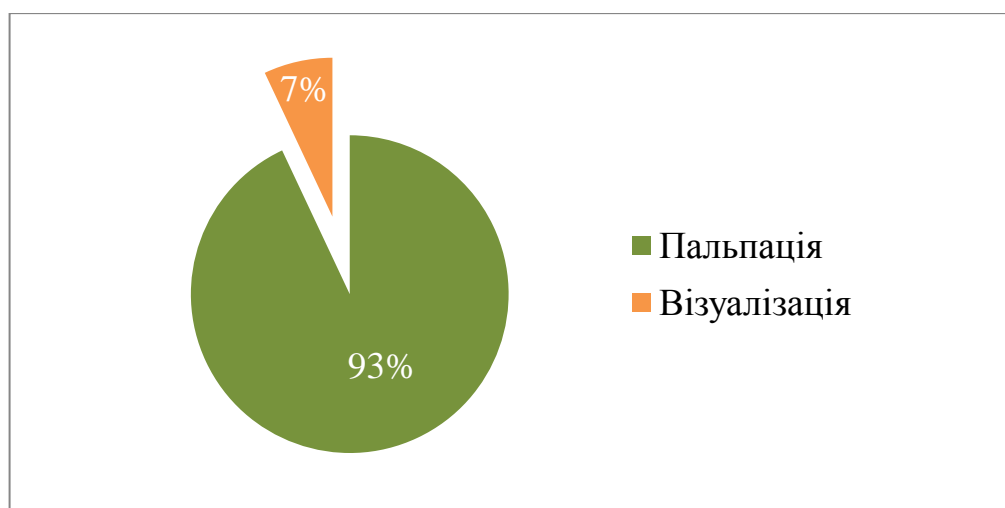
МСЦЕ ПРОЖИВАННЯ

	Кількість, чол.	Відсоток, %	Кількість хворих на 100 тис. нас. (2014 рік)
Сумська обл.	9	19,1	37,0
м. Суми	21	44,7	
м. Охтирка	2	4,3	
м. Глухів	1	2,1	
м. Конотоп	3	6,4	
м. Лебедин	1	2,1	
м. Ромни	3	6,4	
м. Шостка	1	2,1	
Охтирський р-н.	1	2,1	
Білопільський р-н.	2	4,3	
Глухівський р-н	1	2,1	
Лебединський р-н	2	4,3	

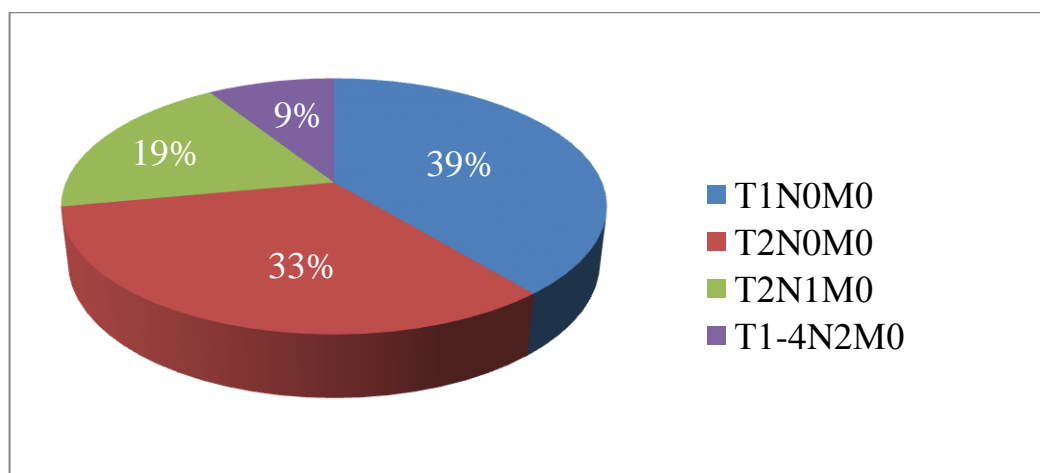
Найбільше хворих жінок на рак молочної залози було з м. Суми – 21 жінка (44,7%), що на 12 хворих більше ніж у Сумській області – 9 жінок (19,1%).

СПОСІБ ВИЯВЛЕННЯ

Жінок, які були направлені з підозрою на рак молочної залози було виявлено більше - 41 жін. (87%), ніж тих, що були направлені на профілактичне обстеження – 6 жін. (13%).

МЕТОД ВИЯВЛЕННЯ

Під час пальпації новоутвори були виявлені у 38 жінок (93%), а візуально – у 3 (7%).

СТАДІЇ РМЗ

За допомогою мамографії було виявлено 47 випадків раку молочної залози. У подальшому вони були направлені у СОКОД, де їм проведена пункційна біопсія і у 100% жінок діагноз був верифікований. Серед виявлених випадків раку злоякісні пухлини у 1-2 стадіях (T1,2N0M0) склали – 34 жінки (72%), T2N1M0 – 9 жінок (19%), T1-4N2M0 – 4 жінки (9%).

РОЗДІЛ 3

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед 1500 ретроспективно проаналізованих історій хвороб, де було виконане мамографічне дослідження переважала фіброзно-кістозна мастопатія – 445 хворих (29,7%), доброякісні новоутвори молочних залоз – 78 хворих (5,2%), інволютивні зміни – 462 хворих (30,8%), значний відсоток займає рак молочної залози – 47 хворих (3,1%), що майже у 10 разів менше, ніж фіброзно-кістозна мастопатія.

Отримані результати вказують на те, що рак молочної залози трапляється у значному відсотку випадків.

Серед причин, які могли спровокувати виникнення раку молочної залози найвагомішими виявилися оперативні втручання на МЗ – 10 жінок (21%), що на 2% вище, ніж онкологічна спадковість – 9 жінок (19%), відсутність пологів – 8 жінок (17%), гормональні порушення у 7 жінок (15%), вплив несприятливої екології – 6 жінок (13%), аборт в анамнезі – 7 жінок (15%).

У віковій структурі найбільшою виявилась група віком старше 60 рр – 22 (46,8%), а найменшою група 31-40рр - 4 (8,5%).

У структурі зайнятості переважала частка хворих, що працюють (56,2%). Це можливо пояснити тим, що жінки, які працюють уважніше ставляться до себе, частіше проходять медичні профілактичні огляди.

Аналізуючи місце проживання хворих, робимо висновок, що жителі міст зустрічалися частіше - 32 жінки (68%), ніж жителі сіл – 15 жінок (32%). Останнє пояснюється значною скупченістю людей у місті та дією негативних чинників. Окрім цього, має значення зменшення населення сіл, вищим кваліфікаційним рівнем лікарів та кращим діагностуванням у містах, шкідливими звичками, негативним впливом стресу, малою кількістю пологів, забрудненістю повітря у містах та споживанням неякісних продуктів харчування.

Під час пальпації новоутвори були виявлені у 38 жінок (93%), а візуально – у 3 (7%). Це говорить про те, що фізикальне дослідження молочної залози, а саме огляд і пальпація відіграють велику роль на ранньому етапі діагностики раку молочної залози.

За допомогою мамографії було виявлено 47 випадків раку молочної залози. У подальшому вони були направлені у СОКОД, де їм проведена пункційна біопсія і у 100% жінок діагноз був верифікований. Серед виявлених випадків раку злоякісні пухлини у 1-2 стадіях (T1,2N0M0) склали 72%.

ВИСНОВКИ

1. Серед захворювань молочної залози переважає фіброзно-кістозна мастопатія (29,7%), але достатньо значний відсоток займає рак молочної залози (3,1%).
2. Найбільш вразливим віком щодо виникнення раку молочної залози є жінки 45-55 років.
3. Частіше вражаються жінки, що мешкають у містах (68%) та працюють (56,2%).
4. Фізикальне дослідження молочної залози, а саме огляд та пальпація, на першому етапі встановлення діагнозу раку молочної залози мають провідне значення.
5. За даними пункційної біопсії у 100% жінок діагноз був верифікований. Серед виявлених випадків раку злоякісні пухлини у 1-2 стадіях (T1-2N0M0) склали 72%, що майже у 2 рази більше, ніж T1-4N2M0. Таким чином доведено, що мамографія є ефективним методом ранньої діагностики раку молочної залози.
6. Для діагностики раку молочної залози потрібно застосовувати декілька методів, а саме: фізикальний, мамографічний, ультразвуковий, пункційна біопсія.

Список використаних джерел

1. Александер С. К. Вивчення мембранного антигену епітеліальних клітин молочної залози людини як маркера для радіо імуноного корекції раку молочної залози. Збірник: Імунологічні аспекти діагностики злоякісних новоутворень / Александер С. К. – Київ: Наук. Думка, 2009. - 186 с.
2. Артамонов В.В. Изучение ассоциации полиморфных маркеров генов CYP 19 CYP 17 со спорадическим раком молочной железы / Артамонов В.В., Любченко Л.Н., Шабанов М.А. – Москва: Мол. биол., 2003 - 267 с.
3. Александров М. М., Вивчення імунологічної реактивності хворих дисгормональних гіперплазія і рак молочної залози і вплив на неї деяких видів лікування. Збірник: Імунологія пухлин / Александров М. М., Григорович Н. А., Рісіна Д. Я. – Київ: Наук. Думка, 2009 – 234 с.
4. Баженова А. П. Рак молочной железы / Баженова А. П., Островцев Л. Д., Хаханашвили Г. Н. – Москва: «Медицина», 2009 - 222 с.
5. Білінський Б.Т. Онкологія / Білінський Б.Т. – Львів: Медицина світу, 1998 – 158 с.
6. Боева М. Зміна імуноного статусу у хворих на рак молочної залози в процесі лікування. Збірник: Імунологія пухлин / Боева М., Хаджікірова М., Дончев Т. - Київ: Наук. Думка, 2008 – 214 с.
7. Быкорез А. И Экология и рак. / Быкорез А. И., Рубенчик А. И., Слепян Э. И. - Київ: Наук. Думка, 2008 – 126 с.
9. Булынский Д.Н. Современные технологии диагностики и лечения рака молочной железы: учеб. пособие / Д.Н.Булынский, Ю.С. Васильев. – Челябинск: Здоровье, 2009 – 213 с.
10. Віторган Ю.Є. Клінічне застосування імунологічних тестів при ранніх формах раку молочної залози. Збірник: Імунологічні аспекти

діагностики злоякісних новоутворень / Віторган Ю.Є. – Москва: Здоровье, 2004 – 158 с.

11. Городилово В.В Пухлиноасоційованих антигени з тканини раку молочної залози. Збірник: Імунологія пухлин / Городилово В.В., Мандрик Е.В., Єрмошина М.В. - Київ : "Здоров'я", 2002 – 178 с.

12. Галайчук І. Й Клінічна онкологія / Галайчук І. Й. – Тернопіль: «Наука», 2003 – 175 с.

13. Дымарский Л. Ю. Рак молочной железы / Дымарский Л. Ю. – Москва: «Медицина» – 2005, 224 с.

14. Дымарский Л. Ю. Рак молочной железы / Дымарский Л. Ю. – Москва: «Медицина» – 2007, 320 с.

15. Давыдов М.И. Рак молочной железы / М.И. Давыдов, В.П. Летяги. – М.: «Медицина» - 2004, 126 с.

16. Дубинин Н.П. Общая генетика / Дубинин Н.П. - М.: наука, 2009 – 214 с.

17. Дистанционная-гамма терапия в комбинированном лечении рака молочной железы / [авт. текста В. З. Шейко]. – Москва: наука, 2006. – 111с.

18. Еталони практичних навиків з терапії / [Н. І. Швець, А. В. Підаєва, Т. М. Бенца, В. І. Миронець, О. О. Федорова, Т. О. Маланчук]. – Київ: Главмеддрук, 2005 – 540 с.

19. Закенфельд Г.К. Імунокомпетентності організму хворих дисемінований формами раку молочної залози при поліхіміотерапії. Збірник: Імунологія пухлин / Закенфельд Г.К., Берзіна В.Ю., Лея Д.П. – Київ: Вища освіта, 2001 – 198 с.

20. Зарецкая Ю.М. Клиническая иммуногенетика / Зарецкая Ю.М. - М.: Медицина, 2008- 149 с.

21. Зедгенидзе Г. А. Справочник по рентгенологии и радиологии / Зедгенидзе Г. А. – Минск: Книга, 2005 – 346 с.
22. Гриневич Ю.А. Імунологія та імунотерапія пухлин молочної залози / Гриневич Ю.А., Кам'янець Л. Я., Білінській Б.Т. - Київ: "Здоров'я", 2001 – 234 с.
23. Камповой-Полевой Е. Б. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы / Е. Б. Камповой-Полевой, С. С. Чистякові. – Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2006 – 511 с.
24. Киселевой Е. С. Лучевая терапия злокачественных опухолей / Киселевой Е. С. - Москва: Медицина, 1996 – 461 с.
25. Коханова І. Д. Імуногістохімічні вивчення деяких антигенів молочної залози людини. Збірник: Імунологічні аспекти діагностики злоякісних новоутворень / І. Д Коханова, Е. Е. Соркін. – Київ: Вища освіта, 1999 – 179 с.
26. Кочеткова В.А. Імунологічний тест в діагностиці раку молочної залози. Збірник: Імунологічні аспекти діагностики злоякісних новоутворень / Кочеткова В.А. – Львів: Кальварія, 2005 – 255 с.
27. Косяков Т.Н. Изоантигены и изоантитела в норме и патологии / Косяков Т.Н. - М.: Медицина, 2009 – 116 с.
28. Козлова А. В. Лучевая терапия злокачественных опухолей. / Козлова А. В. – Москва: «Здоровье» , 2002- 168 с.
29. Куликова Е.П. Онкологія. Рак молочної залози. / Куликова Е.П.- К.: Вища школа, 2002 – 236 с.
30. Летягін В. П. Рак молочної залози / Летягін В. П., Лактіонов К.П., Висоцька І.В. – Київ: Наук. Думка, 2009 – 112 с.

31. Летягин В. П. Опухоли молочной железы. Клиника, диагностика, лечение, прогноз / Летягин В. П. – Москва: «Здоровье», 2007 – 222с.
32. Мандрик Е.В. Імунна відповідь організму хворих на рак молочної залози на оперативне видалення пухлини. Збірник: Імунологія пухлин / Мандрик Е.В., Островцу Л.Д., Купріянов А.А. – Житомир: "Полісся", 2009 – 265 с.
33. Павлова А. С. Рентгено-диагностика захворювань молочної залози / А. С. Павлова. – Москва: «Медицина», 1993 - 222 с.
34. Позмогов А. И. Лучевая диагностика, лучевая терапия / А. И. Позмогов, Я. С. Бабий. – Київ: «Здоров'я», 2009 – 111 с.
35. Павлов А. С. Роль лучевой терапии в комплексном лечении рака молочной железы / А. С Павлов, В. С. Даценко. – Кіровоград: Наука, 2003 – 88 с.
36. Пурде М. К. Эпидемиология рака молочной железы / Пурде М. К. –Москва: Здоровье, 2008 – 178 с.
37. Петрова Н.Н. Злокачественные опухоли / Петрова Н.Н. – Медгиз: Книга, 1999 – 326 с.
38. Святухина А. С. Клиническая онкология / Святухина А. С.- Москва: «Медицина», 2005 – 199 с.
39. Семиглазов В. В. Рак молочної залози / Семиглазов В. В., Э.Э. Топузов. - К.: «Здоров'я», 2001 – 114 с.
40. Трапезников М.М. Дослідження показників клітинного та гуморального імунітету у хворих на рак молочної залози / Трапезников М.М., Кадагідзе З. Г., Купин В. І.- Донецьк: Навч. кн., 2007 – 189 с.
41. Урманчеева А.Ф. Вопросы Онкологии / Урманчеева А.Ф.- Москва: Медицина, 2007- 150 с.

42. Фогель А. Генетика человека / А. Фогель, А. Мотульски. – М: Мир, 2000 – 217 с.
43. Харченко В. П. Маммология: национальное руководство / В. П. Харченко, Н. И. Рожковой. – М.: Медицина, 2009. – 198 с.
44. Шишкина В. В Радионуклиды в диагностике и лечение рака молочной железы / Шишкина В. В., Чеботарева Э. Д., Мечев Д. С. – Київ: «Здоров'я», 1999 – 102 с.
45. Щепотіна І. Б. Онкологія / Щепотіна І. Б. – Київ: Книга плюс, 2006 – 496 с.
46. Яншевский Ф. И. Рак молочной железы. Клиника, диагностика, лечение / Яншевский Ф. И. – Москва: «Медицина», 2004 – 202 с.
47. Honrado E, Benitez J, Palacios J. The molecular pathology of hereditary breast cancer: genetic testing and therapeutic implications. *Modern Pathology*, 2005 – 218 p.
48. TNM Classification of malignant tumors. Fifth Edition. UICC, J.Willey and Sons International, 2005 – 67 p.
49. Brewer G.J. Human ecology an expanding role for the human geneticist. "*Amer. J. Hum. Genet.*", 2006 – 144 p.
50. Cameron J. M. Blood groups in tumours salivary tissue /*Lancet*, 2005.
51. Higginson J, Muir C. //*Nat.Cacer Inst.* 2004.Vol.63. P1291-1298.
52. Wang, L et al (2005). «The inhibitory effect of flaxseed oil on the growth and metastasis of estrogen receptor negative human breast cancer xenografts is attributed to both its lignan and oil components». *International Journal of Cancer* 116 (5): 793-8. PMID 15849746.

53. Elwood J, Cox B, Richardson A. «The effectiveness of breast cancer screening by mammography in younger women.». Online J Curr Clin Trials Doc No 32: [23,227 words; 195 paragraphs]. PMID 8305999.

54. Лазненко Д. О. Програма моніторингу довкілля Сумської області на 2011-2015 роки / Лазненко Д. О. – Суми: СумДУ, 2010 – 88 с.