

Винахід відноситься до медицини, а саме до онкології і може бути використаний у комплексному лікуванні диспластичних доброякісних захворювань молочної залози.

В даний час рак молочної залози займає перше місце серед онкологічних захворювань у жінок, особливо дітородного віку. При цьому відзначається тенденція до подальшого росту даної патології серед жіночого населення України. За даними ряду дослідників, у 30% жінок хворих на рак молочної залози, в анамнезі були виявлені ряд прогностичне несприятливих чинників, що привели надалі до розвитку злоякісного новоутвору. Диспластичні зміни молочних залоз статистичне впливають на розвиток у послідуєчому раку, особливо у жінок передклімактеричного періоду у віці 45-49 років, що співпадає з піком захворюваності на рак молочної залози [1]. Так наявність диспластичних змін, особливо полікістозу, збільшує ризик розвитку раку молочної залози в 3-4 рази [2, 3, 4].

Проведення своєчасного диспансерного спостереження і лікування хворих із передраковими захворюваннями молочних залоз дозволить виключити прогресування патологічних проліферативних змін молочних залоз із подальшою малігнізацією процесу.

Діагностика захворювань молочної залози складається з двох етапів: первинна діагностика й уточнена (об'єктивна) діагностика. До первинної діагностики відносять самообстеження пацієнток і індивідуальний огляд лікарями-мамологами або гінекологами. Додатково на даному етапі проводиться тестування пацієнток і визначення групи ризику по захворюваннях молочних залоз. Виявлення в пацієнтки ряду чинників ризику, навіть при негативних результатах об'єктивного обстеження (ультразвуковому дослідженні і мамографії), дозволяє віднести її до тієї або іншої групи ризику і проводити профілактичні заходи. Така тактика диспансерного спостереження пацієнток дозволяє вчасно провести ряд профілактичних заходів для запобігання подальшого прогресування захворювання.

При диспластичних захворюваннях молочних залоз вивчення прогностичних факторів часто зовсім не проводиться, а отримані результати проведення профілактичної терапії мають свої недоліки, оскільки показники рівня гормонів у плазмі крові знаходяться на рівні норми під час лікування і, таким чином, не можуть служити маркером ефективності проведеної терапії [5, 6]. У випадках, коли виконати дослідження всіх прогностичних факторів важко, для визначення групи ризику диспластичних захворювань молочної залози застосовують анкетне тестування хворих [7]. Отже застосування анкетного тестування дозволяє виділити групу жінок з передраковими захворюваннями молочних залоз, які підлягають пильному диспансерному нагляду та лікуванню [8].

За прототип нами обрано спосіб прогнозування, розроблений на базі Українського наукового-дослідного інституту онкології і радіології в 1993 році для формування серед жінок групи ризику на рак молочної залози, який включає об'єктивне обстеження (огляд, мамографія, ультразвукове дослідження) та анкетне тестування жінки [9, 10]. Спосіб тестування проводиться за допомогою комп'ютерної програми.

Спосіб має недолік, який полягає в тому, що перерахованих факторів ризику недостатньо для отримання достовірного прогнозування подальшого перебігу патологічного процесу молочної залози, що має актуальне значення для населення України в теперішній час.

В зв'язку з урахуванням рекомендацій сьомої конференції по ад'ювантній терапії раку молочної залози, а також беручи до уваги неповний перелік усіх відомих факторів ризику раку молочної залози, вище означена анкета не використовується повсюдно в сучасній клінічній онкології [11].

Задачею заявленого винаходу є визначення прогностичне достовірного ризику прогресування захворювання в певної пацієнтки з передраковими процесами молочних залоз.

Технічний результат буде полягати у своєчасному попередженні можливих негативних наслідків процесу шляхом визначення більш індивідуалізованої схеми диспансерного нагляду та спеціального лікування.

Проведення такого спеціального лікування сприятиме запобігання прогресування хвороби та подальшої малігнізації процесу. Це, в свою чергу, дозволить знизити відсоток хворих на рак молочної залози за рахунок проведення профілактичних попереджувальних заходів.

Поставлену задачу досягали тим, що у відомому способі, який включає огляд хворої, проведення мамографії, ультразвукове дослідження молочних залоз, щитоподібної залози, органів малого тазу, органів черевної порожнини та анкетне тестування з показниками факторів ризику раку молочної залози, згідно до винаходу в анкетному тестуванні додатково визначають методи контрацепції, наслідок першої вагітності, вплив іонізуючої радіації та проживання на радіактивно-забрудненій території, тип вищої нервової діяльності, наявність операцій молочних залоз у минулому, визначення алергічного та гормонального статусу, конституційний тип пацієнтки.

Значно широко подана та систематизована також група професійних факторів ризику, диспластичних захворювань молочних залоз та захворювань інших органів та систем, а усі фактори ризику згруповані згідно патогенетичних форм раку молочної залози. В результаті було створено бальну систему для оцінки вагомості кожного з факторів ризику. Найбільш вагомий вплив на подальший розвиток захворювання мають наступні фактори: наявність мастопатії або ущільнень в молочній залозі (від 4,7 до 4,9 балів), наявність захворювань жіночих статевих органів та порушення менструально-оваріального циклу (від 3,4 до 4,3 балів), недостатня лактація (бала), одні роди, відсутність вагітностей та часті аборти (від 1,7 до 6,9 балів), порушення статевого життя (від 1,7 до 3,5 балів), захворювання щитоподібної залози (2,8 балів), захворювання інших органів та систем (від 1,6 до 4,8 балів), часті стреси (5,3 бала) та холеретичний тип нервової системи (3,2 бала), наявність алергії (3,3 бала), паління (1,5 бала), професійні шкідливі чинники (від 1,2 до 2,6 балів), вплив радіації (2,6 балів), обтяжена спадковість (2,1 бала), гіперстенетичний тип конституції (3,5 бала). Це дає можливість виділити 4 групи ризику по подальшому прогресуванню захворювання: 1 група ризику (низький ризик) від 0 до 56,2 балів, 2 група ризику (середній) від 56,3 до 84,3 балів, 3 група ризику (вище середнього) від 84,4 до 112,3 балів, 4 група ризику (високий) від 112,4 до 168,5 балів. Жінки, які відносяться до 3 та 4 групи ризику потребують найбільше уваги з боку мамолога або онколога з постійним контролем та проведенням необхідних профілактичних заходів.

Таким чином, анкета включає усі відомі сучасні фактори ризику та може бути використана в клінічній практиці всіма спеціалістами, які планують диспансерне спостереження та лікування групи ризику жінок з передраковими захворюваннями молочної залози.

Отримані результати дозволяють групувати виявлені фактори на патогенетичні форми захворювання та

більш точно прогнозувати подальший перебіг процесу та застосовувати селективне лікування пацієнтки.

Спосіб простий у використанні, дешевий, займає досить мало часу для діагностики, може використовуватись як допоміжний у будь-яких медичних закладах без залежності від наявності спеціалізованої діагностичної апаратури. Отримані результати легко використовувати в подальшому диспансерному нагляді за хворими з метою можливих необхідних корекцій плану лікування.

Спосіб виконується таким чином:

Хворим жінкам проводять об'єктивне обстеження (огляд, маммографія, ультразвукове дослідження молочних залоз, щитоподібної залози, органів малого тазу та органів черевної порожнини). Наступним етапом жінки отримують анкету з переліком питань та варіантами можливих відповідей (всього 26 питань) та заповнюють разом з лікарем графі. Потім лікарі перевіряють правильність заповнення анкети та вписують скарги хворої на момент дослідження, показники гормонального статусу, результати обстеження, проведене раніше лікування та його ефективність (у вигляді зведеної таблиці). У подальшому проводять визначення (або корекцію проводимої) схеми спеціального лікування з урахуванням наявних патогенетичних змін у конкретної хворої.

Приклади конкретних виконань.

Приклад 1.

Белко Тетяна Григорівна, 1954р. Захворіла на рак молочної залози у віці 41 років. Діагноз: Рак правої молочної залози, стадія I, T1NOMO, клінічна група 2. Патогістологічний висновок №7540-43/95 - аденокарцинома. Знаходиться на диспансерному обліку в онколога з 10.1995р. Було проведено спеціальне лікування. 22.5.1995 р. виконана радикальна мастектомія по Пейті справа. З 12.5 по 22.5.1995р. проведений 1 курс поліхіміотерапії (метотрексат, 5-фторурацил, циклофосфан). З 1995 по 2001р. подальше спеціальне лікування не проводилося. В 11.10.2001р. - продовження хвороби, віддалені метастази в кістки, з приводу яких був проведений 1 курс лікування радіоактивний фосфором. В 3.2003р. - множинні метастази в кістки. В 7.2003р. - метастази в пахвові і підключичні лімфатичні вузли, легені, плевру, печінку. Хвора померла від пухлинної інтоксикації 7.07.2003р.

При анкетному тестуванні встановлена група середнього ризику (69,5 балів). В анамнезі найбільше значення мали попередні диспластичні захворювання молочних залоз (4,9 бали), гінекологічні захворювання і порушення менструального циклу (14,9 балів), наявність абортів (5,2 бали), супутні захворювання (11,1 балів), професійні чинники (2,6 бали) і спадкова схильність (2,1). Відсутність диспансерного спостереження пацієнтки протягом життя і профілактичних заходів привело до розвитку даного злоякісного захворювання молочних залоз з негативним наслідком.

Приклад 2.

Васькова Раїса Петрівна, 1941р. Захворіла на рак правої молочної залози у віці 56 років. Діагноз: Рак правої молочної залози, стадія I, T1NOMO, клінічна група 2. Патогістологічний висновок 3050-55/97 - рак альвеолярно-клітинний. Знаходиться на диспансерному обліку в онколога з 1997р. Проведено спеціальне лікування. 20.2.1997р. виконана радикальна мастектомія по Пейті справа. В післяопераційному періоді проведений 1 курс променевої терапії. В 10.1999р. встановлений діагноз: рак лівої молочної залози, стадія I, T1NOMO, клінічна група 2. Патогістологічний висновок №2015-18/99 - альвеолярний рак. Проведено спеціальне лікування. 20.10.1999р. виконана радикальна мастектомія по Пейті зліва. В післяопераційному періоді проведений 2-х річний курс антигормональної терапії тамоксифеном (по 20 мг на добу). Стан хворий задовільний. На період 10.2003р. - рецидивів та метастазів пухлини не виявлено.

При анкетному тестуванні встановлена група вище середнього ризику (106,8 балів). В анамнезі найбільше значення мали попередні диспластичні захворювання молочних залоз (17,9 балів), гінекологічні захворювання і порушення менструального циклу (17,4 балів), порушення репродуктивної і сексуальної функції (29,8 балів), захворювання щитовидної залози (2,8 бали), супутні захворювання (19,9 балів) і спадкова схильність (2,1). До появи злоякісної пухлини молочної залози профілактичного лікування і спостереження пацієнтки не проводилося. Відсутність корекції наявних порушень привело до подальшому прогресуванню змін у другій молочної залозі і також розвитку раку.

Таким чином, до групи диспансерного спостереження жінок, небезпечних по розвитку злоякісних захворювань молочних залоз, доцільно відносити жінок середньої, вище середньої та високої груп ризику з проведення їм відповідного профілактичного лікування. Для групи низького ризику необхідно проведення загальноприйнятих заходів - огляд гінеколога 2 рази в рік. При необхідності - консультація онколога-мамолога. Для групи середнього ризику оптимальним є огляд маммолога 2 рази в рік з проведення одного курсу профілактичного лікування один раз у 2 роки. Для групи вище середнього та високого ризику обов'язковим є огляд маммолога 2 рази в рік із проведенням одного-двох курсів профілактичного лікування в рік.

Спосіб, що пропонується, був апробований у Київській міській онкологічній лікарні в хірургічному (маммологічному) відділенні (всього 300 хворих на рак молочної залози) та центральний районний поліклініці Оболонського району м. Києва (300 хворих з диспластичними захворюваннями молочних залоз) і показав себе як ефективний для прогнозування подальшого перебігу диспластичних захворювань, визначення патогенетичного індивідуального й ефективності проведеного лікувального підходу захворювань молочних залоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пономарев И.О. Биостатический анализ закономерностей возрастной заболеваемости предраком и раком молочной железы//Онкология, 2001, Тези X з'їзду онкологів України, Україна, Київ. 2001. - с.21.

2. Bruzzi P, Dogliotti L, Naldoni C, Bucchi L, Costantini M, Cicognani A, Torta M, Buzzi GF, Angeli A. Cohort study of association of risk of breast cancer with cyst type in women with gross cystic disease of the breast.BMJ. 1997; 314, 925-928

3. Torrisi R, Zanardi S, Pensa F, Valenti G, De Franchis V, Nicolo G, Barreca A, Minuto F, Boccardo F. Epidermal growth factor content of breast cyst fluids from women with breast cancer or proliferative disease of the breast. Breast Cancer Res Treat. 1995; 33, 219-224.

4. Hess JC, Sedghinasab M, Moe RE, Pearce LA, Tapper D. Growth factor profiles in breast cyst fluid identify women with increased breast cancer risk. Am J Surg. 1994; 167,523-530.

5. Тарутинов В.И. Фарестон в лечении больных с предраком и раком молочной железы//Онкология. - 1999.-

№2.- с.157-159.

6. Бубликов И.Д., Куликов Е.П., Варенов Б.М. Гормональный статус у больных с мастопатией//Вопросы онкологии.- 2000.-№2.-с.172-174.

7. Рішко М.Ф., Козодаєва М.П., Козодаєва Р.С., Русін В.І. Алгоритм формування груп ризику, вторинна профілактика та рання діагностика раку молочної залози на основі програми скринінгу/Онкологія, 2001, Тези Х з'їзду онкологів України, Україна, Київ. 2001. -72-73.

8. Пономарев И.О., Селюченко А.И., Першко Н.Ю, Федоренко Е.А. Методологические подходы к формированию анкет для селективного скрининга//Онкология, 2001, Тези Х з'їзду онкологів України, Україна, Київ. 2001.-71-72.

9. Тарутінов В.І., Скляр С.Ю., Букавін О.С., Крахмальова Л.П. Діагностика і лікування раку молочної залози (методичні рекомендації). Київ. -1993.-с.15.

10. Сетюнович Р.В., Ташук В.І., Станкевич В.В. Скрининг раку молочної залози.: Чернівці. -"Рута". – 1999р. – 202с.

11. Рекомендации седьмой конференции по адъювантной терапии рака молочной железы, Ст.-Галлен, Швейцария, февраль, 2001г.