

УДК № 618.19-006

Д.Й. ЦИГИКА, Є.С. ГОТЬКО

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра променевої діагностики, клінічної онкології, анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів, Ужгород

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ БІЛАТЕРАЛЬНОГО РАКУ ГРУДНИХ ЗАЛОЗ

На основі обробки та ретроспективного аналізу архівних даних онкологічних установ чотирьох Західних областей України виявлено 148 випадків двобічного ураження грудних залоз за період з 1995 до 2011 року.

Оцінюючи критерій Т, у більшості випадків (42,56%, n=63) друга пухлина не відрізнялась від першої (це стосується тих випадків, коли і перша, і друга пухлина виявлялись з показниками Т1 – Т2). У 34,46% (n=51) другий новоутвір виявлявся меншим від першого за розмірами, а у 22,98% (n=34) друга пухлина відрізнялась від першої більшим розміром. Час від виявлення першої пухлини до початку спецікування у майже 80% випадків є довшим за час від виявлення другої пухлини до початку її спецікування.

Раннє виявлення другої пухлини із меншим розміром у порівнянні з першою, або на ранніх стадіях (Т1 – Т2), пов'язане, насамперед, із підвищеною онконастороженістю самих пацієнток та є проявом ефективності системи моніторингу пролікованих пацієнток з раком грудної залози.

Ключові слова: білатеральний рак грудних залоз, методи діагностики

Вступ. Об'єктом наших досліджень є двобічне ураження раком грудних залоз. Синхронний та метахронний варіант цього захворювання об'єднують у собі поняття білатерального раку грудних залоз (БРГЗ). Дана патологія зустрічається рідко і, за даними різних джерел, частота білатерального раку по відношенню до загальної кількості захворювань на рак грудної залози коливається від 2 до 15% [1, 2, 3, 4].

У ході досліджень виявлено те, що «обтяжений» сімейний анамнез, ранній вік виявлення первинної пухлини, негативний рецепторний статус та лобулярний гістологічний тип первинної пухлини значно підвищують ризик розвитку раку у контрлатеральній грудній залозі. Хоча, лікування хімотерапією та тамоксифеном можуть знизити цей ризик. Немає переконливих доказів про те, що такі фактори ризику, як проведена променева терапія, вживання алкоголю, тютюнопаління чи вага тіла відіграють роль у розвитку БРГЗ. Ці дані корелюють із загальносвітовими у основних напрямках.

Протягом останніх десятиліть дедалі більше зростає інтерес до двостороннього РГЗ, оскільки захворюваність цією формою раку, як очікується, зросте внаслідок покращених можливостей виявлення [1, 3]. Однак, незважаючи на удосконалення методів діагностики та вивчення етіологічних чинників, показники виживаності пацієнток із двобічним ураженням грудних залоз достовірно нижчі у порівнянні із пацієнтками з одностороннім процесом [3, 6, 8, 9].

Стандартними методами променевої діагностики новоутворів грудної залози є двобічна мамографія у двох проекціях, ультразвукове обстеження грудних залоз. Цих обстежень достатньо для виявлення та прослідковування динаміки новоутворень досліджуваного органу. Однак, комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна

томографія можуть дати більш чітку картину про пухлину грудної залози та паренхіму, що її оточує. Стосовно оцінки поширеності процесу, найбільш чітку та повноцінну інформацію може дати комп'ютерна томографія, що виконується з відповідним кроком та контрастуванням [7, 8].

У високорозвинених країнах за останнє десятиліття досягнуто незначного зниження смертності від раку грудної залози завдяки широкому впровадженню скринінгу та індивідуалізованого підходу до ад'ювантного лікування [5].

Оптимальний алгоритм обстежень, профілактичних та лікувальних заходів є актуальною темою обговорень стосовно жінок із підвищеним ризиком захворіти на двобічний рак грудних залоз.

Матеріали та методи. Нами проведено аналіз ретроспективних даних хворих на білатеральний рак грудних залоз за допомогою обробки архівних даних онкологічних установ Закарпатської, Львівської, Волинської та Івано-Франківської областей. Для аналізу були використані реєстраційні карти хворих на злоякісні новоутворення, амбулаторні карти та медичні карти стаціонарних хворих 148 випадків двобічного ураження грудних залоз за період з 1995 до 2011 року. До уваги брали використані методи діагностики першої та другої пухлини, розмір пухлини (першої та другої) на момент виявлення, анамнез захворювання, тобто час від самовиявлення пухлини пацієнткою, чи виявлення пухлини на профоглядах до початку спецікування.

Результати дослідження та їх обговорення. При зверненні пацієнток з приводу новоутворення у грудній залозі виконувались стандартні обстеження у вигляді пальпаторного обстеження, двобічної мамографії у одній чи двох проекціях, рентгенографії органів грудної клітки, УЗД грудних залоз та органів черевної порожнини, трепан-біопсія пухлини з наступним патогістологічним

дослідженням та тонкогілковою біопсією з наступним цитологічним дослідженням для визначення стадії злоякісного процесу. Комп'ютерна томографія органів грудної клітки та органів черевної порожнини для визначення поширеності раку грудної залози виконувалась значно рідше у порівнянні із рентгенографічним та ультразвуковим методами. Радіоізотопне сканування кісток скелету виконувалось при підозрі на наявність метастазів у кістковий апарат.

Під час обробки медичної документації звертає на себе увагу той факт, що оформлення її часто є незадовільним. Анамнез захворювання описується вкрай стисло, а іноді й суперечливо. Відмітка про наявність чи відсутність в анамнезі злоякісних новоутворень у кровних родичів часто буває відсутня навіть при наявності відповідної графі у шаблоні первинного огляду пацієнта. Ця обставина унеможливує оцінити вплив генетичних факторів на прогноз захворювання.

Світовий досвід показує, що індивідуалізація у підході до лікування хворих на рак грудної залози має позитивний ефект. Тому, лікар-онколог повинен враховувати не лише дані об'єктивних та інструментальних методів обстеження, але й звертати увагу на епідеміологічні фактори ризику для того, щоб побудувати оптимальний алгоритм обстежень, профілактичних та лікувальних заходів для досягнення позитивних результатів у лікуванні раку грудної залози.

На нашу думку, внесення у перелік обов'язкових запитань при зборі анамнезу питання про наявність чи відсутність злоякісних новоутворень у кровних родичів I-III порядків призведе до покращення у лікуванні та моніторингу за пацієнтами із високим ризиком розвитку білатерального раку грудних залоз.

У ході аналізу стадійності першої та другої пухлин грудних залоз ми отримали неоднозначні результати. Оцінюючи критерій T, у більшості випадків (42,56%, n-63) друга пухлина не відрізнялась від першої (це стосується тих випадків, коли і перша, і друга пухлина виявлялись з показниками

T1 – T2). У 34,46% (n-51) другий новоутвір виявлявся меншим від першого за розмірами, а у 22,98% (n-34) друга пухлина відрізнялась від першої більшим розміром. Час від виявлення першої пухлини до початку спецікування у майже 80% випадків є довшим за час від виявлення другої пухлини до початку її спецікування.

Раннє виявлення другої пухлини із меншим розміром у порівнянні з першою, або на ранніх стадіях (T1 – T2), пов'язане насамперед із підвищеною онконастороженістю самих пацієнок та є проявом ефективності системи моніторингу пролікованих пацієнок з раком грудної залози.

Виявлення другої пухлини, більшою у розмірі за першу, або на пізніх стадіях, у поєднанні із меншим часом від самовиявлення новоутвору до початку його лікування свідчить про менш відповідальне ставлення пацієнок до самообстежень, нехтуванням профілактичними оглядами після закінченого комбінованого чи комплексного лікування. Відповідальність за занижений рівень онконастороженості може лягати як на пацієнок, які впевнені у тому, що вони є вилікованими, так і на лікарів, які вважають, що вони вилікували рак грудної залози.

Висновки. Раннє виявлення другої пухлини із меншим розміром у порівнянні з першою, або на ранніх стадіях (T1 – T2), пов'язане насамперед із підвищеною онконастороженістю самих пацієнок та є проявом ефективності системи моніторингу пролікованих пацієнок з раком грудної залози.

Дотримання стандартів лікування різних стадій раку грудної залози та алгоритму моніторингу за пацієнтками після закінчення спецікування з урахуванням факторів ризику розвитку білатерального раку грудної залози призводить до більш раннього виявлення білатерального раку грудних залоз та покращення показників загальної виживаності і якості життя пацієнок.

Необхідним є внесення у перелік обов'язкових запитань при зборі анамнезу питання про наявність чи відсутність злоякісних новоутворень у кровних родичів I-III порядків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Carmichael A.R. The long-term outcome of synchronous bilateral breast cancer is worse than metachronous or unilateral tumours / A.R. Carmichael // *European Journal of Surgical Oncology*. — 2002.— Vol. 28. — P. 388—391.
2. Chaudary M.A. Bilateral primary breast cancer: a prospective study of disease incidence / M.A. Chaudary // *British Journal of Surgery*. — 1984. — Vol. 71. — P. 711—714.
3. El Hanchi Z. Bilateral breast cancer: incidence and risk factors / Z. El Hanchi // *Gynecology Obstet Fertil*. — 2004.— Vol. 32.— P. 128—134.
4. Factors influencing survival in bilateral breast cancer / A.S. Al-Jurf, P.R. Jochimsen, L.F. Urdaneta, D.H. Scott // *Journal of Surgical Oncology*. — 1981.— Vol. 16. — P. 343—348/
5. Hartman M. Incidence and prognosis of synchronous and metachronous bilateral breast cancer / M. Hartman // *Journal of Clinical Oncology*. — 2007. — Vol. 25. — P. 4210—4216.
6. Heron D.E. Bilateral breast carcinoma: risk factors and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease / D.E. Heron // *Cancer*. — 2000.— Vol. 88. — P. 2739 — 2750.
7. Kuhl C. K. Mammography, breast ultrasound, and magnetic resonance imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer / C.K. Kuhl // *Journal of Clinical Oncology*. — 2005. — Vol. 23. — P. 8469—8476.

8. Polednak A.P. Bilateral synchronous breast cancer: a population-based study of characteristics, method of detection, and survival / A.P. Polednak // *Surgery*. — 2003.— Vol. 133. P. 383—389.
9. Pomerantz R.A. Bilateral breast cancer / R.A. Pomerantz, T. Murad, J.R. Hines // *American Surgery*. — 1989. — Vol. 55. — P. 441—444.

D.Y. TSYHYKA, Y. S. HOTKO

Uzhhorod National University, Faculty of Postgraduate Education, Department of Radiation Methods of Diagnosis, Clinical Oncology, Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine, Uzhhorod

BILATERAL BREAST CANCER DETECTION FEATURES

The retrospective analysis of archival data oncological institutions of four Western regions of Ukraine was done. Found 148 cases of bilateral lesions of the breast for the period from 1995 to 2011.

Evaluating the criterion T, in most cases (42,56%, n-63) the second tumor is different from the first (this applies to those cases where the first and second tumor revealed indicators of T1 – T2). In 34,46% (n-51) second tumor manifested lower than first in size and in 22,98% (n-34) the second tumor is different from the first large size. Time of first detection of the tumor to the specific treatment beginning in almost 80% of cases are longer than the time of detection of the second tumor before its specific treatment beginning.

Early detection of second tumors of smaller size compared to the first, or early (T1 – T2), due primarily to increased oncological alertness of the patients and is a manifestation of the effectiveness of monitoring treated patients with breast cancer.

Keywords: bilateral breast cancer, diagnostic methods

Стаття надійшла до редакції: 17.05.2012 р.