

Дорогие коллеги!

Предлагаем вашему вниманию ряд статей, подготовленных по материалам докладов сестринской секции XVIII Всероссийского онкологического конгресса, проходившего в Москве 11–13 ноября 2014 г.

© Р.А. Керимов, 2015

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – НЕ ПРИГОВОР

Р.А. Керимов, профессор

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина

E-mail: ronc@ronc.ru

Описаны разные формы рака молочной железы, приведены факторы риска развития заболевания, основные симптомы и методы диагностики.

Ключевые слова: рак молочной железы, симптомы, диагностика, обследование, самообследование.

Рак молочной железы (РМЖ) в структуре онкологической заболеваемости женщин в России и в мире с 1985 г. прочно занимает 1-е место. В России в 2012 г. доля РМЖ во всей женской онкологической патологии составила 20,7%, а прирост заболеваемости по сравнению с 2004 г. – 13,8% (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2014). В 2004 г. выявлено первичных больных РМЖ: в США – 183 тыс. (население – 300 млн), в Великобритании – 26 тыс. (население – 60 млн), в Германии – 50 тыс. (население – 80 млн), в России – 49200 (население – 145 млн). В 2012 г. в России РМЖ заболели 59538 женщин, умерли 23154. Смертность от РМЖ составила 17,1% (в 2004 г. – 17,4%).

Выделяют: *спорадический рак* (около 65% всех опухолей); ведущая роль в его этиологии отводится воздействию эстрогенов; *семейный рак* (около 25% опухолей); наличие РМЖ у матерей, сестер и дочерей повышает риск заболевания в 9 раз; *генетический рак* (около 10% всех опухолей), характеризующийся аутосомно-доминантным типом наследования, ранним возрастом возникновения, вертикальной передачей как с материнской, так и с отцовской стороны. В основе лежат мутации генов *BRCA 1/2*, *p53*, *pTEN*, *CHEK 2* и др.

Симптомы РМЖ: уплотнение или узел, часто – болезненные; кровянистые выделения из соска; изменение размеров или контуров железы, втяжение соска; покраснение, отечность или изъязвление кожи молочной железы (МЖ). На рис. 1 показаны строение МЖ и ее поражения опухолью.

Клетки протокового рака разрушают стенку протока и распространяются в окружающие

ткани. При инвазивном дольковом раке его клетки разрушают стенки дольки железы. На рис. 2 показана частота поражения разных квадратов МЖ.

Важнейшие факторы риска:

- генетический фактор: мутации генов *BRCA-1* и *BRCA-2* обуславливают раннее начало заболевания, а также риск возникновения рака второй железы у этих больных (до 46%);
- семейный анамнез (РМЖ у близких родственников);
- состояние репродуктивной сферы: риск повышается на 40%, если 1-я беременность и роды были после 30 лет, при наличии в анамнезе большого числа аборт, особенно до 1-х родов, отсутствие лактации;
- фиброзно-кистозная болезнь с атипической пролиферацией эпителия.

Второстепенные факторы риска:

- пол: соотношение мужчин и женщин – 1:100;
- возраст 65–75 лет (лишь 10% у женщин до 30 лет);
- репродуктивный статус: раннее менархе и поздняя менопауза увеличивают риск в 2,5 раза);
- гормональные факторы: риск увеличивается при продолжительном (более 10 лет) приеме оральных дифазных контрацептивов, заместительной гормонотерапии, экстракорпоральном оплодотворении;
- онкологическая патология генитальной сферы (рак яичников или эндометрия) увеличивают риск более чем в 2 раза;
- эндокринная патология (гипотиреоз, сахарный диабет, ожирение, аденома гипофиза, заболевания надпочечников и др.);
- психотравмирующие ситуации;
- пища с высоким содержанием жирных кислот;
- ожирение в постменопаузе.

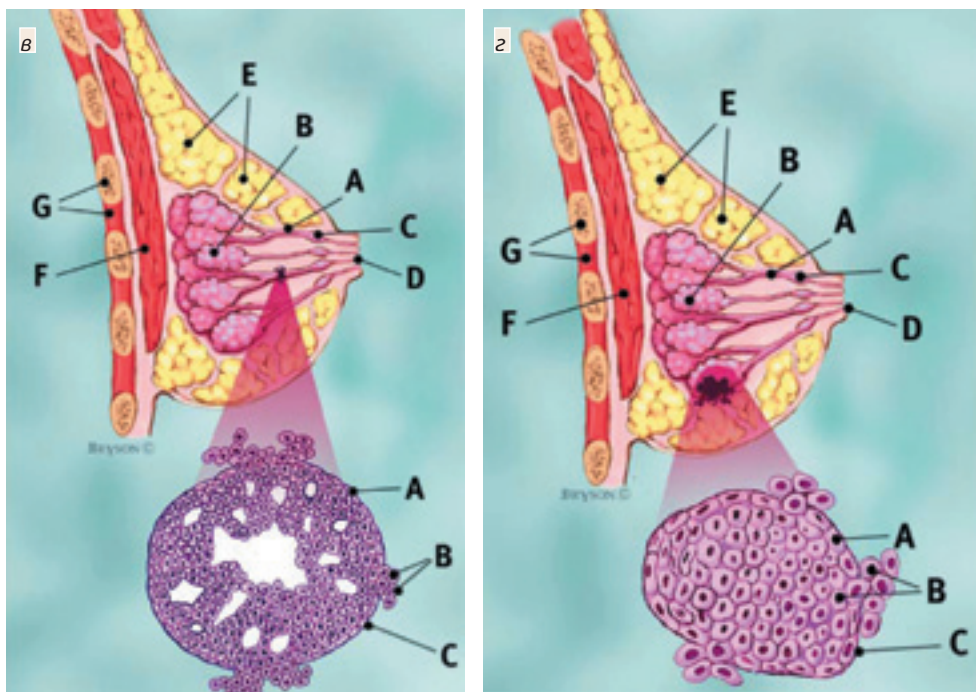
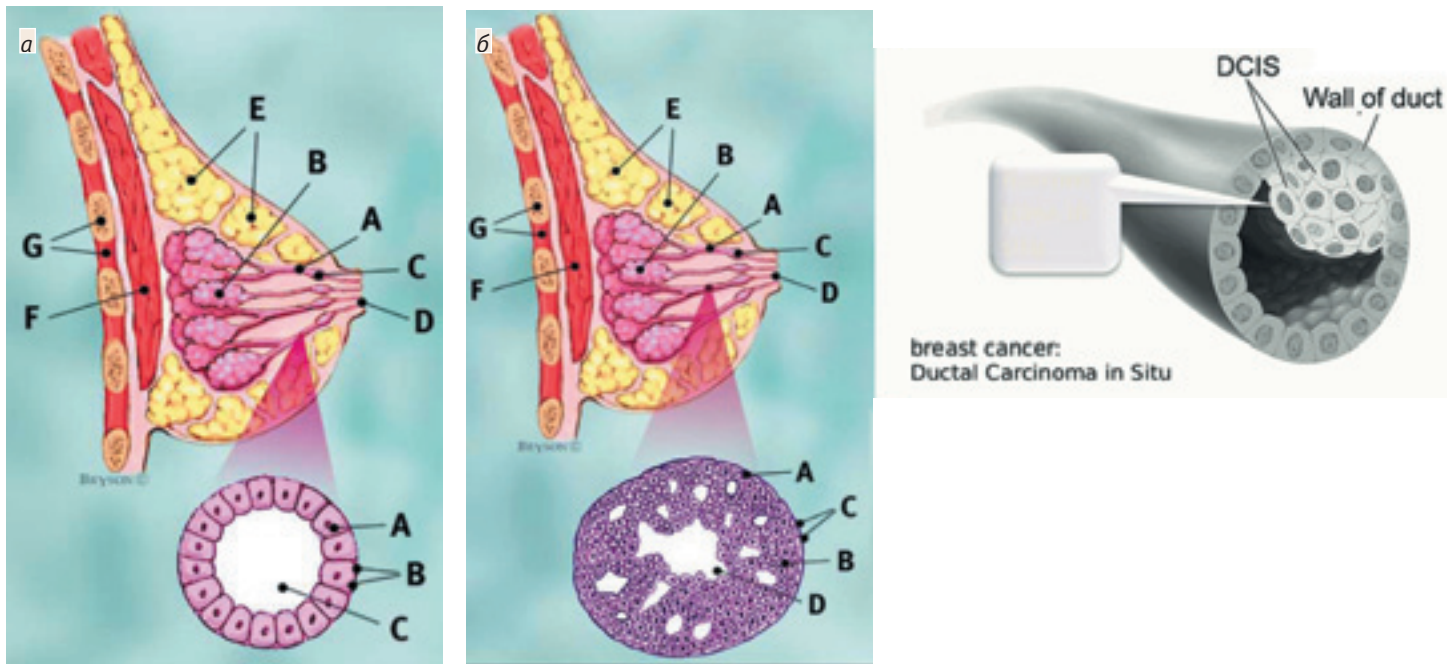
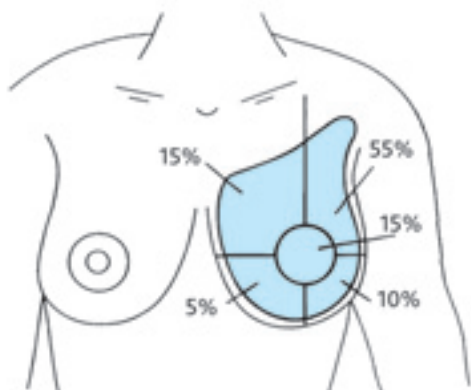


Рис. 1. Молочная железа (схематично); а – строение МЖ; б – неинвазивный протоковый рак; в – инвазивный протоковый рак; г – инвазивный дольковый рак. Обозначения: А – протоки; В – дольки; С – расширение протоков (депо молока); D – сосок; E – жировая клетчатка; F – большая грудная мышца; G – грудная стенка/ребра

Рис. 2. Частота поражения квадрантов ЛЖ



Существуют факторы, снижающие риск возникновения РМЖ. Это – ранние 1-е роды; регулярные осмотры специалистов; адекватное кормление грудью; низкокалорийная диета; отсутствие аборт; регулярная половая жизнь; своевременная коррекция дисгормональных гиперплазий МЖ. Для женщин, входящих в группу риска, обязательны ежегодное обследование у маммолога, начиная с 20-летнего возраста, ежегодное УЗИ МЖ, маммография – 1 раз в 2–3 года до 40 лет и ежегодно с 40 лет.

Клинически РМЖ проявляется опухолевым узлом в МЖ, увеличением или уменьшением размеров МЖ, втяжением кожи над опухолью, кровянистыми выделениями из соска, втяжением соска, увеличением подмышечных лимфатических узлов, отеком и(или) покраснением кожи соска и ареолы.

Рак Педжета (рис. 3) имеет особое строение, развивается из эпителия сосков, распространяется на ареолу и кожу. На поздних стадиях опухоль становится инвазивной и протекает как обычная карцинома.

Отечно-инфильтративный РМЖ (воспалительная, рожеподобная, маститоподобная формы) характеризуется отеком, диффузным утолщением, гиперемией и гипертермией кожи. При первичной отеочно-инфильтративной форме опухолевый узел в МЖ не определяется (рис. 4), при вторичной наблюдаются отек и гиперемия кожи, а также опухолевый узел в МЖ (рис. 5).

В России около 80% опухолей МЖ женщины обнаруживают самостоятельно, поэтому ежемесячное самообследование (рис. 6) рекомендуется проводить всем женщинам, начиная с 20 лет.

Диагностический алгоритм при РМЖ включает в себя сбор анамнеза, осмотр, пальпацию МЖ и регионарных зон, УЗИ МЖ и регионарных зон, маммографию, магнитно-резонансную томографию – МРТ, (рис. 7), изотопное исследование.

Маммография

Для исследования МЖ используется низкодозная рентгеновская установка. При цифровой маммографии рентгеновское изображение заменяется изображением, полученным с помощью твердотельных детекторов, преобразующих рентгеновские лучи в электрические сигналы. Эти сигналы используются для построения изображений, которые можно посмотреть на экране компьютера (аналогично цифровым камерам). Маммография может показать изменения в МЖ за 2 года до их определения врачом клинически.

Маммография (рис. 8) выполняется в двух проекциях – прямой и боковой, при необходимости – с прицельным увеличением. Она рекомендована всем пациенткам старше 40 лет, а пациенткам моложе 40 лет – при сомнительной ультразвуковой картине.

Маммографические признаки наличия злокачественного новообразования – звездчатый узел с тяжами в окружающие ткани, кальцинаты, отек кожи (рис. 9).

Преимущества и недостатки маммографии.
Преимущества: высокая чувствительность и возможность выявлять 85–90% случаев РМЖ; обнаруживать микрокальцинаты размером до 0,5 мм; выявлять



Рис. 3. Рак Педжета

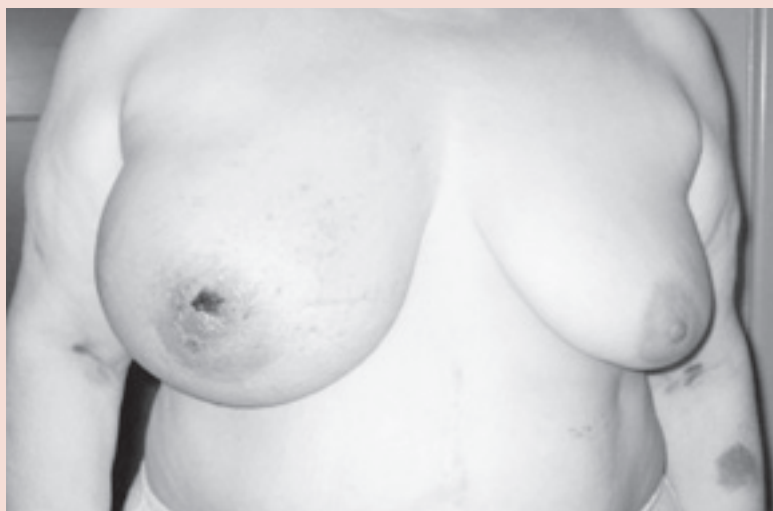
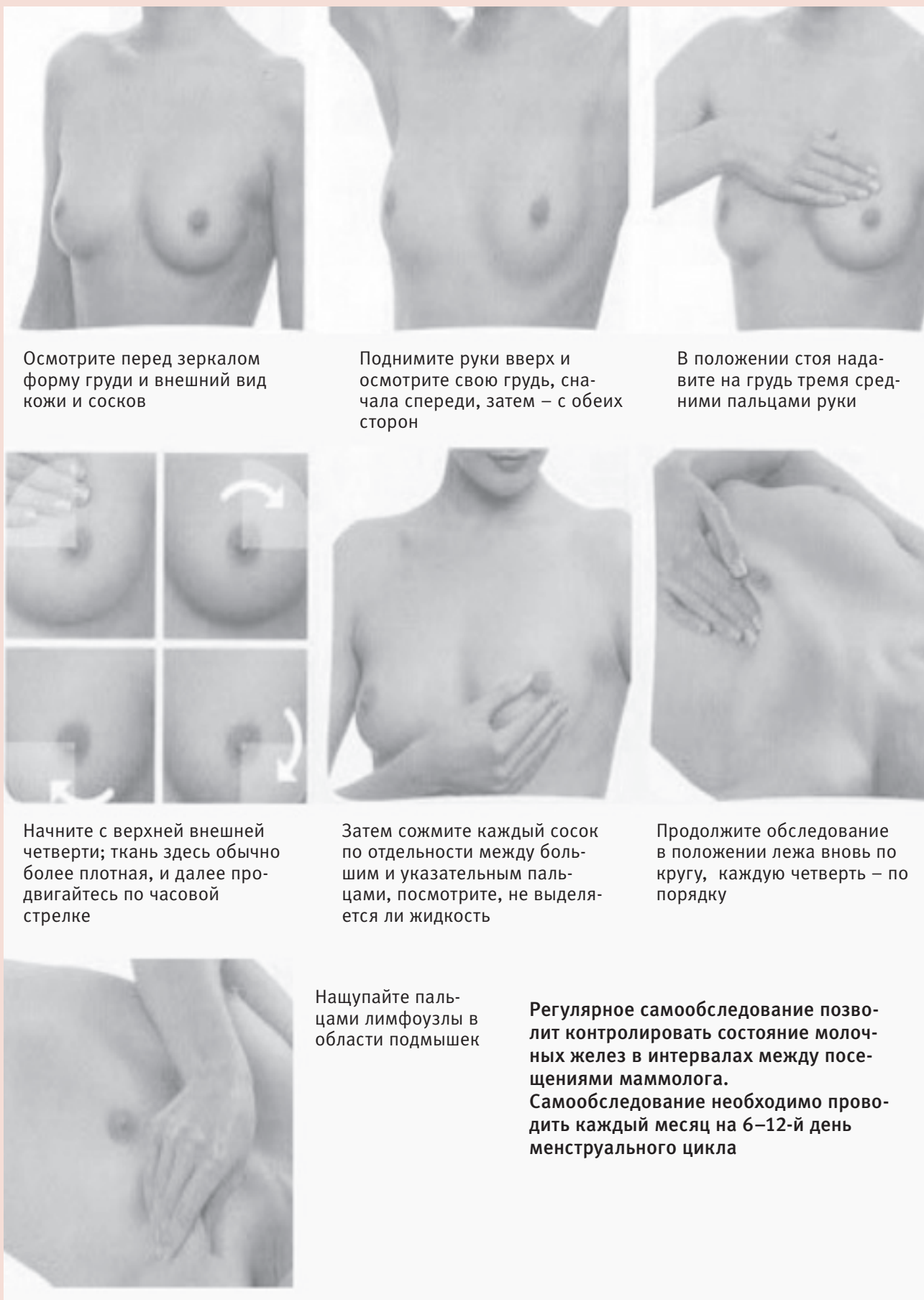


Рис. 4. Первичная отеочно-инфильтративная форма РМЖ



Рис. 5. Вторичная отеочно-инфильтративная форма РМЖ



Осмотрите перед зеркалом форму груди и внешний вид кожи и сосков

Поднимите руки вверх и осмотрите свою грудь, сначала спереди, затем – с обеих сторон

В положении стоя надавите на грудь тремя средними пальцами руки



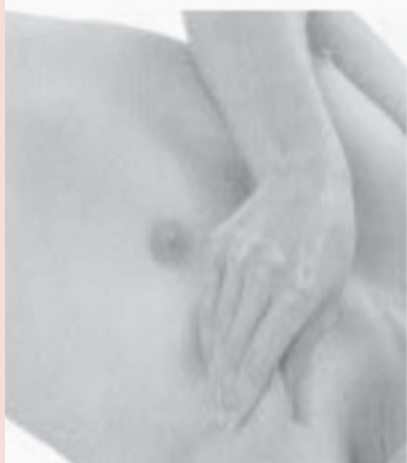
Начните с верхней внешней четверти; ткань здесь обычно более плотная, и далее продвигайтесь по часовой стрелке



Затем сожмите каждый сосок по отдельности между большим и указательным пальцами, посмотрите, не выделяется ли жидкость



Продолжите обследование в положении лежа вновь по кругу, каждую четверть – по порядку



Нащупайте пальцами лимфоузлы в области подмышек

Регулярное самообследование позволит контролировать состояние молочных желез в интервалах между посещениями маммолога. Самообследование необходимо проводить каждый месяц на 6–12-й день менструального цикла

Рис. 6. Алгоритм самообследования

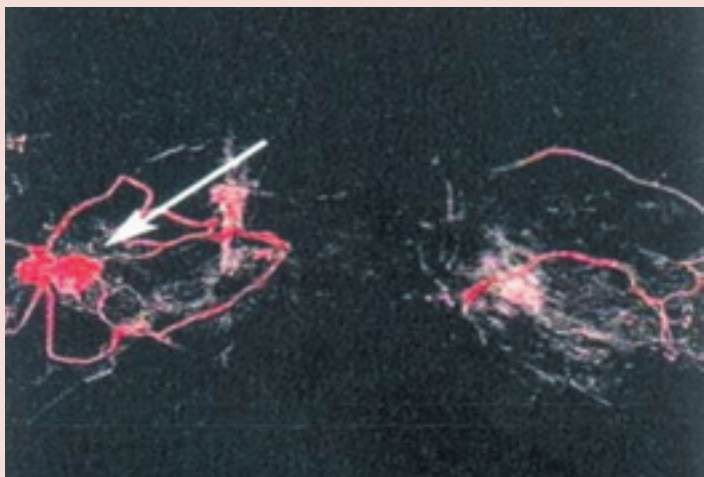


Рис. 7. Изображение опухоли МЖ при МРТ (указана стрелками)



Рис. 8. Выполняется маммография

опухоль за 2 года до того, как она будет определяться пальпацией; безопасный, эффективный, неинвазивный метод обследования МЖ; низкий уровень рентгеновского облучения при высокой эффективности.

Недостатки: меньшая эффективность при выявлении объемных образований у женщин моложе 30 лет из-за более высокой плотности МЖ в этом возрасте; дискомфорт при проведении процедуры, вызванный сдавливанием МЖ; не подходит женщинам с силиконовыми имплантатами; требуется проявление снимков: результат нельзя получить сразу; отрицательный результат не обязательно указывает на отсутствие рака.

Ультразвуковое исследование (рис. 10)

Преимущества и недостатки УЗИ. *Преимущества:* безопасный, неинвазивный метод обследования МЖ; отсутствие рентгеновского облучения; изображение получается сразу; возможность различить кисты и солидные опухоли; возможность применения при биопсии.

Недостатки: не обладает такой детальностью, как маммография; не позволяет выявлять мелкие кальцинаты; иногда

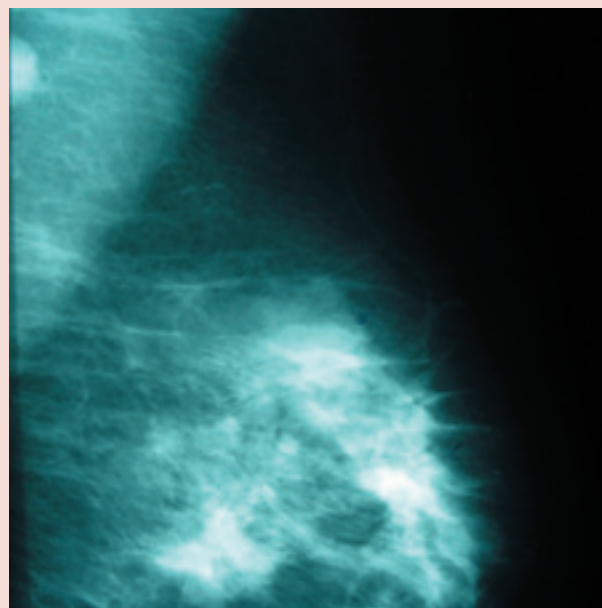


Рис. 9. Маммографические признаки злокачественного новообразования

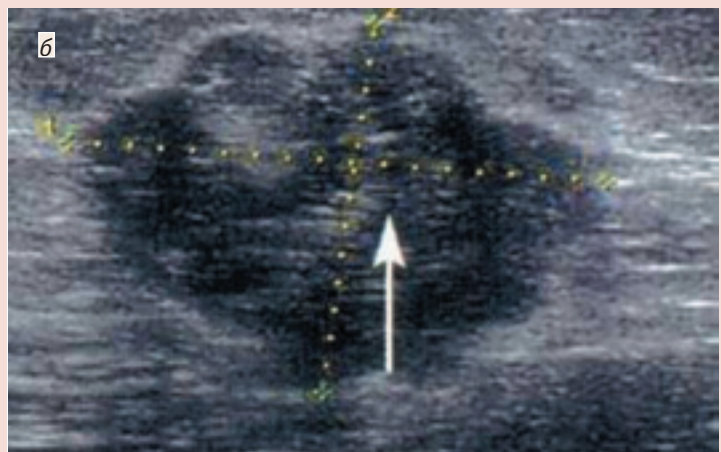
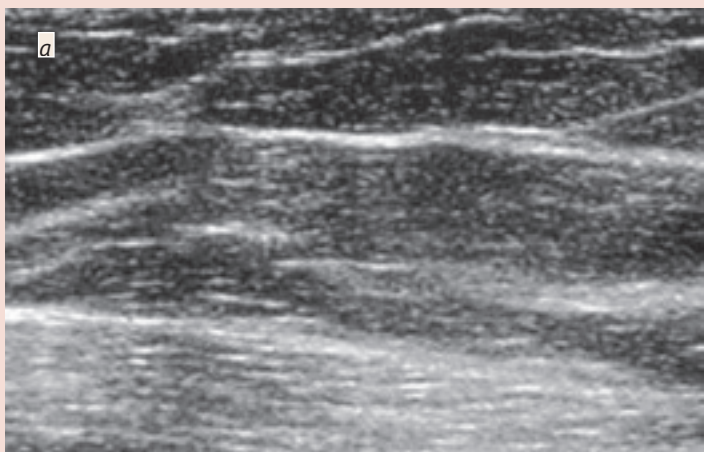


Рис. 10. УЗИ-изображения МЖ; а – нормальная МЖ; б – опухоль в МЖ, злокачественность которой позже подтверждена результатом биопсии: пунктирными линиями показано распространение опухоли

дает ложные результаты; только опытный врач сможет установить надежный результат.

Маммография и УЗИ – методы, дополняющие друг друга.

Таким образом, РМЖ – весьма распространенное заболевание. Поэтому необходима онкологическая настороженность и врачей, и пациентов. Но сегодня такой диагноз нельзя считать фатальным.

BREAST CANCER IS NOT A SENTENCE

Professor R.A. Kerimov

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center

The paper describes different forms of breast cancer and gives risk factors for the disease, its major symptoms and diagnostic methods.

Key words: breast cancer, symptoms, diagnosis, examination, self-examination.

ХРОНИКА

Этический кодекс медицинской сестры России



В декабре 2014 г. в Медицинском колледже №6 прошло ток-шоу, посвященное обсуждению 2 частей Этического кодекса медицинской сестры России – «Медицинская сестра и ее профессия» и «Медицинская сестра и пациент». Выбор темы неслучаен. В последнее время в средствах массовой информации слишком много негативных высказываний о работе медсестер. Безусловно, в чем-то виноваты сами работники медицинских организаций, которые дают повод для формирования такого мнения. Бывают случаи некорректного поведения по отношению к пациенту, в соцсетях выкладываются фотографии: улыбающаяся медсестра на фоне пациента и т.д. Ток-шоу позволило «разговорить» студентов, организовать дискуссию. Корректировали высказывания студентов эксперты – главная медсестра диагностического центра №5 Н.Л. Гриднева, главный медбрат медицинского центра С. Кореш, фельдшер скорой и неотложной помощи №45 А. Афонин (все – бывшие выпускники колледжа). Может возникнуть вопрос: а не рано ли первокурсникам обсуждать эти темы? Считаем, что не рано, потому что они выбрали сложную профессию и уже сейчас должны иметь представление о требованиях, предъявляемых к ней.

При подготовке проекта была проведена большая работа, в которой участвовали студенты 5 групп (всего около 50 человек). Предварительно проводились социологическое исследование на тему «Почему

я выбрал_(а) профессию медицинской сестры» с анализом и обобщением данных, мониторинг состояния здоровья студентов, рейды по оценке внешнего вида студентов. Отбирались высказывания известных людей на данную тему, сюжеты из художественных фильмов, новостных телевизионных программ, стихотворения, музыкальные клипы. Была создана яркая мультимедийная презентация, в которую был введен глоссарий терминов, помогающий понять их значение. Львиная доля этой работы легла на плечи студентов, которые охотно ее выполняли.

Никто в зале не остался равнодушным к обсуждаемым вопросам. Интересно, аргументированно прошла дискуссия по вопросу о подарках медсестрам, о недопущении фамильярности во взаимоотношениях врача и медсестры на работе, об оказании компетентной помощи пациентам независимо от их возраста, расовой принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального положения.

Сегодня наше здравоохранение оснащено самым современным техническим оборудованием, но необходимо помнить, что никакие технологии не заменят доброты, милосердия, отзывчивости, компетентности.

*И.Е. Панкова, заместитель
директора по воспитательной работе,
И.М. Воронич, преподаватель
общественных дисциплин*