

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВШИХ ЖЕНЩИН

В развитых странах 46 случаев рака регистрируется в возрастной группе людей старше 64 лет, а в 2050 г. – ожидается до 71 %. Согласно прогнозам ВОЗ, увеличение народонаселения и старение человеческой популяции могут стать причиной роста онкологических заболеваний к 2020 г. у 15 млн человек и привести примерно к 10 млн смертельных исходов.

По данным М. Miller (2000), доля пожилых и преклонного возраста людей составляла приблизительно 14% в мировом сообществе, а к 2050 г. это число может составить 25% и более.

Риск развития рака молочной железы (РМЖ) у женщин нарастает с возрастом. Более 75% случаев РМЖ у женщин выявляется после 50 лет. У женщин моложе 30 лет данная форма рака встречается в 0,3% случаев.

Несмотря на все достижения общемировой онкологии, РМЖ продолжает оставаться значительной проблемой для международной системы здравоохранения, являясь среди женщин наиболее частым злокачественным новообразованием и пятой по частоте причиной смерти. В 2012 г. во всем мире было зарегистрировано около 1,7 млн новых случаев РМЖ (что соответствует второму показателю в структуре онкологической заболеваемости в мире), и это составило приблизительно 12% всех новых случаев злокачественных опухолей и 25% всех злокачественных опухолей у женщин [1].

Удельный вес РМЖ в структуре заболеваемости среди 10 основных нозологических форм на злокачественные образования среди женского населения Украины составляет 20,1%.

Удельный вес РМЖ в структуре смертности среди 10 основных нозологических форм на злокачественные образования среди женского населения Украины составляет 19,9% [2].

Показатели 5-летней выживаемости больных РМЖ с 0 и I стадии, приближающиеся к 100%, при II стадии заболевания данный показатель неуклонно снижается до 93%, при III стадии – до 72%, при IV – до 22% [3]. Вместе с тем, в Украине в 2018 г. распределение по стадиям I-II ст. – 74,2%; III ст. – 15,0%; IV ст. – 8,2% [3]. Следует учесть, что для лечения запущенных форм заболевания требуются значительно более высокие затраты. Так, например, затраты на лечение РМЖ 0, I/II, III и IV стадии в течение года после постановки диагноза в США составили 60 637, 82 121, 129 387 и 134 682 USD соответственно, в течение 2 лет – 71 909, 97 066, 159 442 и 182 655 USD соответственно. Наблюдаемое различие стоимости лечения РМЖ отдельных стадий преимущественно обусловлено стоимостью химио- и сопутствующей непротивоопухолевой терапии [4].

Таким образом, стоимость от 11 744 до 41 8476 грн, а при наличии метастазов в костях еще дополнительно от 8800 до 13 800 грн в год. Таким образом, общая

Лечение рака молочной железы при I и IV стадиях заболевания отличается в основном проведением химиотерапевтического лечения. Хирургическое лечение и лучевая терапия одинаковые.

Наказ МОЗ України від 30.06.2015 № 396 – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги – Рак молочної залози [5]*

Схеми медикаментозного лікування при РМЖ 1 стадії

	Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів	Вартість за 1 курс, грн	Σ, грн
Основний перелік схем медикаментозного лікування	CMF Циклофосфамід — 600 мг/м ² в/в, 1 день; Метотрексат — 40 мг/м ² в/в, 1 день; Флуороурацил — 600 мг/м ² в/в, 1 день.	585 250 466	1301
	AC Доксорубіцин – 60 мг/м ² в/в, 1 день; Циклофосфамід – 600 мг/м ² в/в, 1 день.	812 585	1397
	FAC: Циклофосфамід – 500 мг/м ² в/в, 1 день; Доксорубіцин – 50 мг/м ² в/в, 1 день; Флуороурацил – 500 мг/м ² в/в, 1 день.	585 812 466	1863

*Подається мовою оригіналу

Лечение проводят 4-6 курсов, таким образом лечение стоит 5200 – 11 178 грн.

Лікування при 4 стадії

Схеми лікування, що містять Вінорельбін			
	V Вінорельбін 25 мг/м ² в/в, 1 день або Вінорельбін 30 мг/м ² в/в, 1 день	1468	1468
	VG Вінорельбін 25-30 мг/м ² в/в, 1, 8 день; Гемцитабін 1000 або 1200 мг/м ² в/в 1, 8 дні	1468 2297	3765
Схеми лікування, що містять Капецитабін			
	Сар Капецитабін 1000 або 1250 мг/м ² , двічі на день, перорально 1-14 дні або Капецитабін 650 мг/м ² , двічі на день, перорально 1-21 дні	2288	2288
Схеми лікування на основі таргетної терапії			
	Трастузумаб - 4 мг/кг в/в 90 хв інфузія, 1 день; - 2 мг/кг в/в 30 хв інфузія.	150 мг – 14619 440 мг – 32401 600 мг – 34873	
	При наявності метастатичного ураження кісток скелету внутрішньовенно застосовують «Інгібітори резорбції кісткової тканини» (бісфосфонати): Золедроновна кислота 4 мг в/в (15 хв введення); Памідронова кислота 90 мг в/в протягом 2-4 годинної інфузії.	734 1150	734 1150

Лечение проводится от 8 до 12 курсов.

сумма на лечение за 1 год достигает 43 2276 грн. Химиотерапевтическое лечение при I стадии заболевания стоит в 38 раз дешевле, чем лечение IV стадии. (Цены указаны только на те препараты, которые можно приобрести в аптеках Украины).

Ценность раннего выявления заболевания заключается в том, что становится возможным обнаружить рак на стадии, когда он носит локальный характер и может быть излечен. Кроме этого, скрининг снимает психологическую нагрузку с женщин, убеждая их в том, что у них нет заболевания. Каждый из доступных и используемых в настоящее время методов диагностики РМЖ и предшествующих ему гиперпластических процессов в молочных железах имеет определенные преимущества и недостатки. Так, при самообследовании женщины выявляют приблизительно 90% случаев РМЖ, однако почти 50% из них – заболевание уже в запущенной стадии. Следует отметить, что с возрастом женщины чувствительность данной методики снижается. Влияние регулярного проведения самообследования на уровень смертности среди женщин не доказано. Регулярно обследуют молочные железы только 8% пациенток, нерегулярно – 36%,

около 66% женщин самостоятельно этого не делают. При проведении обследования медицинским персоналом, который прошел специальную подготовку, чувствительность данного метода, несомненно, выше, однако зависит от стадии заболевания: рак *in situ* выявляют у 48%, I стадии – у 70%, II стадии – у 90%, III стадии – у 89% и IV стадии – у 93% женщин [6].

При рассмотрении любой скрининговой программы серьезному вниманию и обсуждению подлежат три положения: снижение смертности в результате проводимых мероприятий, возможные неблагоприятные последствия и вопрос стоимости и эффективности. Во всем мире в качестве основного метода скрининга РМЖ наиболее широко используется маммография (МГ), поскольку только данный метод при регулярном выполнении позволяет снизить смертность от РМЖ на 15-25% [7]. Метод может обнаруживать опухоли раньше, чем иные диагностические технологии. Размеры выявленных образований в среднем составляют 9–12 мм в диаметре.

При этом следует отметить, что при размере первичной опухоли МЖ >1 см вероятность регионарного метастазирования (т.е. II или большей стадии) состав-

ляет 35% (по сравнению с 13% при опухолях ≤ 1 см) [8].

Первое рандомизированное исследование, посвященное скринингу с использованием МГ, было опубликовано в США в 1963 г. (Sam Shapiro и Philip Strax). В исследовании показано, что треть злокачественных опухолей удалось выявить в доклинической стадии («скрининговый» рак), что позволило снизить смертность от рака молочной железы на 30%.

В настоящее время МГ является идеальным методом скрининга и уточняющей диагностики ввиду доступности, высокой чувствительности и специфичности, простоты использования и постоянного технологического совершенствования. С появлением цифровой МГ возможности маммографического скрининга заболеваний молочной железы существенно увеличились. Цифровая МГ предусматривает преобразование рентгеновского излучения в электрические сигналы, такое изображение молочной железы можно отобразить на экране компьютера и другой электронной техники. Чувствительность цифровой МГ существенно выше, чем рентгеновской. Так, по данным голландского исследования J. Timmers и соавт., доля выявленных раков при скрининговой цифровой ММГ составила 7,8 на 1000 обследованных женщин, в то время как при рентгеновской ММГ была существенно ниже – 5,5 на 1000 женщин [9].

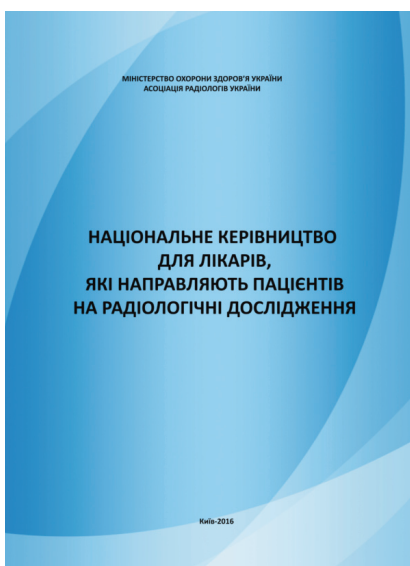
Таким образом, основной задачей представляется выявление РМЖ в 0-I стадии, когда с высокой вероятностью возможно эффективное его излечение при минимальных затратах. Регулярный маммографический скрининг не может предотвратить РМЖ, но он может снизить риск смерти от рака. Ключевым моментом маммографического скрининга является выявление заболевания на такой ранней стадии, что последующее лечение может изменить его прогноз и дальнейшее клиническое течение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Youlden D.R., Cramb S.M., Yip C.H., Baade P.D. Incidence and mortality of female breast cancer in the Asia-Pacific region // *Cancer Biol. Med.* — 2014. — 11 (2). — P. 101–115.
2. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 20 // *Рак в Україні, 2017-2018.*
3. Duggan M.A., Anderson W.F., Altekruze S., Penberthy L., Sherman M.E. The Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program and Pathology: Towards Strengthening the Critical Relationship // *Am. J. Surg. Pathol.* — 2016. — 40 (12). — P. e94–e102.
4. Blumen H., Fitch K., Polkus V. Comparison of Treatment Costs for Breast Cancer, by Tumor Stage and Type of Service. *Am Health Drug Benefits.* 2016; 9 (1): 23–32
5. Наказ МОЗ України від 30.06.2015 № 396 – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги – Рак молочної залози.
6. Ковалев А.А. Современный подход к профилактике рака молочной железы: роль маммологических скрининговых программ и прескрининговых методик // *Здоров'я України, грудень 2018.* — С. 22-23: <http://health-ua.com/article/40609-sovremennyj-podhod-k-profilaktike-raka-molochnoj-zhelezy-rol-mammologicheskij>
7. Hanley J.A., Hannigan A., O'Brien K.M. Mortality reductions due to mammography screening: Contemporary population-based data // *PLoS ONE.* — 2017. — 12(12). — P. e0188947.
8. Gajdos C., Tartter P.I., Bleiweiss I.J. Lymphatic Invasion, Tumor Size, and Age Are Independent Predictors of Axillary Lymph Node Metastases in Women With T1 Breast Cancers // *Ann. Surg.* — 1999. — 230(5). — P. 692.
9. Колядина И.В., Поддубная И.В., Комов Д.В. Скрининг рака молочной железы: мировой опыт и перспективы // *Российский онкологический журнал.* — 2015. — 20(1). — P. 42-46.

В.Б. Мякинков, М.Н. Пустовойченко,
С.М. Пустовойченко
г. Херсон

НАЦІОНАЛЬНЕ КЕРІВНИЦТВО ДЛЯ ЛІКАРІВ, ЯКІ НАПРАВЛЯЮТЬ ПАЦІЄНТІВ НА РАДІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



Керівництво розроблено на основі Європейської директиви з радіаційного захисту № 118 «Довідкове керівництво з медичної візуалізації» з урахуванням діючих у країні нормативних документів та особливостей національної радіологічної служби.

Метою видання є підвищення ефективності променевої діагностики в країні за рахунок скорочення необґрунтованих призначень радіологічних досліджень лікарями-клініцистами та наближення вітчизняної радіології до європейської.

Керівництво призначено для лікарів-клініцистів, які направляють пацієнтів на радіологічні дослідження, лікарів-радіологів та студентів медичних вузів.

Керівництво схвалено вченою медичною радою Міністерства охорони здоров'я України (Рішення № 2 від 30 липня 2015 р.)

Заказати книгу можна по телефону: +38 044 503-04-39