

ГОУ ВПО КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КО  
ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

# **ДИАГНОСТИКА**

## **рака молочной железы**

Методические рекомендации для врачей-терапевтов  
поликлинической службы, акушеров-гинекологов,  
интернов и студентов

Кемерово – 2004

Ю.А. Магарилл, И.Л. Васильченко, Т.И. Елова. **Диагностика рака молочной железы.** Методические рекомендации. Кемерово, 2004.-15 с.

**Составители:**

*Магарилл Ю.А.* - к.м.н., зав. кафедрой онкологии КГМА

*Васильченко И.Л.* - аспирант кафедры онкологии КГМА

*Елова Т.И.* - зав. радиологическим отделением №1 ОКОД

В методических рекомендациях описан комплексный подход к ранней диагностике рака молочной железы, которая основана на сочетании клинических данных, рентгенологическом, ультразвуковом методах исследования. Приведены показатели заболеваемости.

Рассмотрены особенности клинических признаков, в том числе ранних симптомов, рака молочной железы, которые должны знать врачи первичного звена лечебной сети.

Дана последовательность специальных методов диагностики. Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов поликлинической службы, акушеров-гинекологов, интернов и студентов.

**Рецензенты:**

*Пушкарев С.В.* - д.м.н., профессор, зав. кафедрой онкологии

Новосибирской государственной медицинской академии

*Кузнецова Т.А.* – главный врач

областного клинического онкологического диспансера г. Кемерово

Методические рекомендации рассмотрены и рекомендованы Ученым Советом ГОУ ВПО КемГМА Минздрава России 25 мая 2004 г. к утверждению Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области.

УТВЕРЖДАЮ

Начальник департамента охраны  
здоровья населения администрации  
Кемеровской области



Т.И.Швец

### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

Рак молочной железы (РМЖ), не смотря на определенные успехи, достигнутые в его лечении, остается одной из наиболее актуальных проблем онкологии. Эта проблема сегодня интересует любой регион мира независимо от уровня его экономического развития, так как заболеваемость РМЖ женщин за последнее десятилетие продолжает неуклонно расти во всех странах мира, достигнув в минувшие годы весьма высокого уровня.

Такое же положение в распространении РМЖ касается и Кузбасса. За десятилетний период четко наметилась тенденция к росту числа больных из года в год без каких либо периодов стабилизации, а тем более снижения. По итогам 2002 года претерпела изменения и структура заболеваемости ЗНО. Рак молочной железы переместился с третьего места на второе и заболеваемость достигла 30,6 на 100 т.н.

Динамика смертности от рака молочной железы соответствует заболеваемости, образуя параллельный тандем.

При анализе возрастных особенностей заболеваемости РМЖ опасным представляется его некоторое омоложение. На долю женщин до 50 лет приходится 37,2% пациенток. Основной пик заболеваемости составляют больные от 40 до 50 лет - 26%. В возрастных группах от 50 до 60 и от 60 до 70 лет уже намечается некоторое снижение до 23,3%, которое достигает после 70 лет- 16%.

Число ошибок в своевременной диагностике рака на поликлиническом этапе достаточно велико и достигает 38%. Результаты анализа распределения рака молочной железы по стадиям не утешительны. Суммарно больные с первой и второй стадиями составляют 60,8%, из которых по данным объективной статистики доля первой стадии не более 13%. Пациентки третьей стадии формируют группу в 29,8%, а последние три года происходит рост в категории четвертой клинической группы. С 7,6% в 1993 году количество этих больных возросло до 11,7% в 2002 году.

Этот негативный факт требует задуматься не только онкологов, к которым поздно попадают больные, но врачей работающих в амбулаторной сети ЛПУ. От их знаний, понимания проблемы зависит очень многое.

## КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### Классификация по системе TNM

<b>T</b>	<b>Первичная опухоль</b>
<b>Tis</b>	интрадуктальная или лобулярная карцинома In situ, или болезнь Педжета <sup>1</sup> соска без наличия опухолевого узла
<b>T1</b>	Опухоль до 2 см в наибольшем измерении
<b>T1mic</b>	До 0.1 см в наибольшем измерении <sup>2</sup>
<b>T1a</b>	До 0.5 см в наибольшем измерении
<b>T1b</b>	До 1 см в наибольшем измерении
<b>T1c</b>	До 2 см в наибольшем измерении
<b>T2</b>	Опухоль до 5 см в наибольшем измерении
<b>T3</b>	Опухоль более 5 см в наибольшем измерении
<b>T4</b>	Опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку <sup>2</sup> или кожу
<b>T4a</b>	Распространение на грудную стенку
<b>T4b</b>	Отек (включая "лимонную корочку") или изъязвление кожи молочной железы, или сателлиты в коже железы
<b>T4c</b>	Признаки, перечисленные в 4a и 4b
<b>T4d</b>	Воспалительная форма рака <sup>3</sup>
<b>N</b>	<b>Региональные лимфатические узлы</b>
<b>NX</b>	Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
<b>N0</b>	Нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов
<b>N1</b>	Метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах(е) на стороне поражения
<b>N2</b>	Метастазы в подмышечных лимфатических узлах(е) фиксированных друг с другом или с другими структурами, на стороне поражения.
<b>N3</b>	Метастазы во внутренних лимфатических узлах (е) молочной железы на стороне поражения.
<b>M</b>	<b>Отдаленные метастазы</b>
<b>MX</b>	Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
<b>M0</b>	Нет признаков отдаленных метастазов
<b>M1</b>	Имеются отдаленные метастазы

Категории M1 и pM1 могут быть дополнены в зависимости от локализации отдаленных метастазов:

<b>Легкие</b>	<b>PUL</b>	<b>костный мозг</b>	<b>MAR</b>
<b>Кости</b>	<b>OSS</b>	<b>плевра</b>	<b>PLE</b>
<b>Печень</b>	<b>HEP</b>	<b>Брюшина</b>	<b>PER</b>
<b>Головной мозг</b>	<b>BRA</b>	<b>кожа</b>	<b>SKI</b>
<b>Лимфоузлы</b>	<b>LYM</b>	<b>другие</b>	<b>OTH</b>

## Клинико-анатомическая классификация

**I стадия** - опухоль диаметром менее 3 см., расположена в ткани железы и не выходит на кожу,

**IIa стадия** - опухоль от 3 до 5 см, переходящая на окружающую клетчатку, с наличием кожных симптомов, без метастазов в регионарные лимфатические узлы

**IIб стадия** - опухоль до 5 см, имеющая метастазы в регионарные лимфатические узлы

**IIIa стадия** - опухоль от 5 до 10 см или опухоль любого размера прорастающая на кожу, но без регионарных метастазов

**IIIб стадия** - опухоль любого размера с наличием множественных регионарных метастазов в подкрыльцовые, подключичные и подлопаточные лимфатические узлы

**IIIв стадия** - опухоль любого размера с метастазами в лимфатические узлы надключичной области

**IV стадия** - распространенное поражение молочной железы с диссеминацией по коже или обширным изъязвлением; опухоль с отдаленными метастазами.

## КЛИНИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клиника РМЖ зависит от типа роста опухоли, локализации ее в молочной железе, стадии заболевания.

По типу роста опухоли выделяют 2 формы РМЖ: узловую и диффузную, которые, в свою очередь, подразделяется на диффузноинфильтративную, отечно-инфильтративную, панцирную, рожеподобную, маститоподобную, рак Педжета.

Важное прогностическое значение имеет локализация опухоли в молочной железе, что влияет на частоту и характер регионарного метастазирования при локализации опухоли подариолярной зоне и на границе наружных и внутренних квадрантов наиболее часто метастазирование происходит в аксиллярные лимфоузлы.

Опухоли расположенные в медиальных и центральных отделах молочной железы могут метастазировать в парастернальные лимфатические узлы. При поражении верхних и задних отделов молочной железы первым этапом метастазирования могут быть подключичные лимфоузлы. Отмечено тесная связь надключичных с подключичными и подмышечными лимфоузлами.

Ведущий признак узловой формы РМЖ наличие плотного бугристого узла, хорошо отличающегося от окружающих тканей или не имеющих четких границ, плотность которого уменьшается от центра к периферии. Не редко узел связан с подкожной клетчаткой или кожей, реже с подлежащей фасцией или грудной стенкой.

Диффузные формы рака характеризуются в первую очередь изменениями кожи молочной железы в виде утолщения, отека, гиперемии. Опухоль на фоне отека иногда пальпаторно определяются с трудом.

сначала на один, а затем на другой бок с запрокинутыми за голову руками) положении женщины. Последовательно пальпируют всю молочную железу, передвигая пальцы в направлении часовой стрелки. При отвисших молочных железах с обильным отложением жира ладонь левой руки располагают между молочной железой и грудной клеткой, а правой осуществляют пальпацию. Затем проводят пальпацию подмышечных, под и надключичных лимфоузлов. Ощупывание аксиллярных лимфоузлов производят при расслаблении мышц плечевого пояса, что достигается положением руки больного в опущенном состоянии или положением кисти пациентки на плече исследующего. Обследование надключичной и шейной области удобнее производить находясь за спиной сидящей больной. Пораженные метастазами лимфатические узлы приобретают плотность, увеличиваются в размерах, становятся малоподвижными, сливаются в конгломераты. Ошибка клинициста в определении стадии заболевания перед началом лечения составляет 68% (64% - гипо- и 4% - гипердиагностика регионарных метастазов).

## **ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Основные практические методы диагностики рака молочной железы – маммография, дуктография и ультразвуковое исследование (эхография).

Маммография – это рентгенография молочной железы без применения контрастных веществ.

Исследование обеих молочных желез производят в двух перпендикулярных стандартных проекциях – прямой и боковой. При необходимости делают прицельные рентгенограммы. С целью скрининга достаточно выполнение обзорных маммограмм обеих молочных желез в одной “косой” проекции. “Косая” проекция обеспечивает включения в кадр всех отделов железы и подмышечного отростка.

Маммографию выполняют в первую фазу менструального цикла (на 3 – 10-й день после окончания очередной менструации). Женщинам находящимся в менопаузе, маммограммы производят в любое время.

**Рентгеносимптомология рака молочной железы**

При размерах опухоли более 2см на маммограммах в большинстве случаев распознаются узлы высокой плотности, неправильной формы с неровными контурами, от которых в ткань железы распространяются радиарные тяжи различной частоты, длины и толщины. Очень часто в структуре опухоли или рядом с ней выявляются микрокальцинаты разной плотности и размеров. Также нередко опухолевый узел сопровождается “дорожкой” к соску и втяжением последнего, утолщением кожи железы, иногда с ее втяжением.

Минимальные формы карцином (до 1см) характеризуются на маммограммах, как правило, наличием звездчатого образования или маленького узла неправильной формы, выделяющегося повышенной плотностью тени. Внутрипротоковые раки размером менее 0,5см чаще всего не выявляются при обычной маммографии. Информативность метода 83 – 95%.

более. Показаниями к рентгенологическому исследованию костей служат жалобы больных раком молочной железы на боли в любом отделе скелета.

Радиоизотопное исследование (сканирование) костей широко не используется в диагностике отдаленных метастазов РМЖ. Метастазы обычно обнаруживают раньше, чем при рентгенографии в среднем на 5 месяцев. Частота ложно положительных результатов при этом составляет 14-26,7%, ложно отрицательные ответы встречаются реже – от 3,3% до 8%.

Метастазы РМЖ в головном мозге находят в 5,9-39% случаев. Симптомы метастазов в головной мозг при раке молочной железы: головная боль, изменение поведения, изменение походки, гемипарез и др. Ведущим методом диагностики сегодня следует считать компьютерную томографию головного мозга.

При раке молочной железы метастазы часто локализуются в печени. По данным аутопсий, их частота достигает 70%. Клинические симптомы метастазов в печень достаточно характерны и включают потерю веса, боли, лихорадку и желтуху. При выраженном метастазировании можно прощупать увеличенную печень с плотной, бугристой поверхностью и плотным краем. Основным методом диагностики УЗИ – печени, КТ – печени.

Метастатическое поражение легких составляет 26,3%. Экссудативный плеврит наблюдают у 50% больных. По данным литературы экссудативный плеврит в 65% случаев локализуется на стороне поражения молочной железы, в 25% - контрлатеральном и 10% бывает - двусторонним. Клинические симптомы скопления в плевральной полости характеризуются одышкой, кашлем, болями в грудной клетке. Больным показано рентгенологическое исследование органов грудной клетки. При выявлении скопления жидкости в плевральной полости - пункция с цитологическим исследованием пунктата. У 20% больных метастатический плеврит длительное время остается бессимптомным.

## **РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ**

Рак молочной железы наиболее частая форма злокачественных опухолей, диагностируемых во время беременности. Частота рака молочной железы в период беременности колеблется от 1 случая на 1360 до 1 случая на 3200 женщин. У 7,3% женщин моложе 45 лет раком молочной железы, выявляются во время беременности или кормлением грудью. Учитывая тенденцию к увеличению возраста рожаящих женщин, рак молочной железы может стать одной из основных опасностей для беременных.

Под определением "рак молочной железы, связанный /"ассоциированный"/ с беременностью", следует понимать возникновение рака молочной железы во время беременности, на фоне лактации и в течение одного года после завершения беременности. С момента появления первых симптомов до установления диагноза у беременной женщины проходит гораздо больше времени, чем в обычной ситуации: 11 и 4 мес. соответственно.

Поздняя диагностика заболевания в период беременности скорее правило, чем исключение. Увеличение размеров молочных желез, изменение консистенции, усиленная васкуляризация, ряд возможных осложнений (мастит,

Отпечатано редакционно-издательским отделом  
ГОУ ВПО КемГМА Минздрава России

650029, Кемерово,  
ул. Ворошилова, 22а.  
Тел./факс. +7(3842)734856;  
[epd@kemsma.ru](mailto:epd@kemsma.ru)



Подписано в печать 13.07.2004.  
Гарнитура таймс. Тираж 300 экз.  
Усл. печ. листов 0,8.

Технические редакторы: С.В.Черно, О.В.Богданова  
Лицензия ЛР №21244 от 22.09.97