

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

І.М. Пономарьов,
Ю.Г. Ткаченко

ДУ Інститут медичної
радіології ім. С.П. Григор'єва
АМН України, Харків

Окультний рак грудної залози

Occult breast carcinoma

Захворюваність і смертність від раку грудної залози (РГЗ) нині посідає одне з перших місць в онкопатології у жінок. Пухлини грудної залози (ГЗ) мають особливу позицію в онкології з погляду їх частоти, особливостей епідеміології, зокрема, зв'язку зі статевою і дітородною функцією жінок, різними методами лікування та неоднозначним прогнозом. Пухлини ГЗ найчастіше уражують жінок зрілого віку, що породжує певні психологічні проблеми, пов'язані з можливістю втрати органа.

Незважаючи на розвиток і удосконалення хірургічних, променевих, медикаментозних, імунологічних методів лікування, знизити летальність від РГЗ можливо лише з поліпшенням стану ранньої діагностики [1–3]. На жаль, частіше хворі звертаються до лікаря вже з наявністю уражених лімфатичних вузлів.

Уперше в 1907 р. W.S. Halsted [4] описав два випадки ураження пахвових лімфатичних вузлів метастазами РГЗ у хворих, у яких пухлина в самій залозі не визначалася. За кілька місяців, після виконаної лімфодисекції, в обох пацієнтів виявили РГЗ. Це дало авторові можливість зробити висновок, що при наявності метастазів раку в пахвових лімфовузлах необхідно видаляти ГЗ, оскільки первинний осередок у ній може бути дуже малим і клінічно не виявляється. Цей висновок обґрунтований недостатньо, адже не завжди метастази раку в лімфовузлах прямо пов'язані з РГЗ.

Після першої публікації W.S. Halsted узагальнив повідомлення 31 автора і описав 220 спостережень, коли при первинному звертанні до лікаря клінічно була встановлена прихована форма РГЗ. При подальшому обстеженні і лікуванні виявилось, що прихована форма з локалі-

зацією пухлини в ГЗ була тільки в 130 із 220 хворих (59,1 % випадку), рак з додатковою часткою ГЗ у пахвовій клітковині — в 60 (27,3 %) та аксилярні метастази раку без виявленої первинної пухлини — в 30 пацієнток (13,6 % випадку). Майже всі автори мали окремі спостереження прихованого раку. Лише Ashkinasi R. et al. представили 25 таких випадків [6].

Випадки, коли знаходили метастази в пахвових лімфатичних вузлах за клінічної відсутності первинної пухлини, різні автори стали розцінювати як аксилярну, пахвову, мікроскопічну, «дрімливу», німу, приховану, окультну форму РГЗ. До неї належить і рак дистопійованої у пахвову зону тканини ГЗ. Така патологія становить від 0,19 % (Naagensen E., 1956) — 0,5 % (Owen H. et al., 1954) до 2 % (Гремілов В.А., Друкін Е.Я., 1968) випадків РГЗ [5]. Аналіз даних літератури свідчить про труднощі діагностики та нерозв'язаність питань тактики лікування пацієнтів у схожих спостереженнях.

Якщо форма РГЗ є прихованою, велика роль у діагностиці належить мамографії, яку, зазначимо, необхідно виконувати всім хворим з даною патологією.

Ми вважаємо доцільним привернути увагу до нашого випадку спостереження окультного РГЗ.

Пацієнтка Д., 1958 р. нар., звернулася в клініку Інституту медичної радіології АМН України вперше у листопаді 2003 р. зі скаргами на наявність пухлини в лівій ГЗ, яку виявила випадково ще в серпні. При клініко-інструментальному і цитологічному обстеженні у хворої встановили діагноз: фіброзно-кістозна мастопатія.

Операція — секторальна резекція лівої грудної залози була виконана 13.11.2003 р. Пухлина розташовувалась у проекції верхніх квадрантів. При гістологічному дослідженні даних стосовно неопластичного процесу не виявлено.

Пацієнтку було виписано з клініки з рекомендаціями динамічного спостереження.

У лютому 2005 р. (тобто через 14 міс.) хвора звернулася повторно до клініки інституту зі скаргами на збільшення лімфатичних вузлів у аксилярній зоні зліва. Хвору обстежили. При мамографії даних щодо пухлинної патології в грудних залозах не знайдено. Під контролем УЗД була виконана пункційна біопсія аксилярних лімфовузлів. При цитологічному дослідженні пунктату (№ 9332/42014) виявлено метастатичне ураження пахвових лімфовузлів залозистим раком.

Згідно з рішенням консилиуму фахівців інституту, хворій було проведено хірургічне лікування в об'ємі аксилярної, підключичної, підлопаткової лімфаденектомії. При гістологічному дослідженні (ПГЗ № 2043-46 від 21.02.05 р.) в 5 із 6 видалених лімфовузлів знайдені метастази інфільтруючої карциноми.

У післяопераційний період хворій виконали курс променевої терапії на зону пахвових над-, підключичних лімфовузлів, ліву ГЗ — в класичному режимі. Променеву терапію було припинено через те, що розвинувся променевий дерматит.

Описаний випадок підтверджує складність діагностики окультного раку грудної залози. Щоб запобігти пухлинному ураженню, всім хворим зі збільшеними пахвовими лімфовузлами необхідно проводити ретельне обстеження грудних залоз. Вчасне встановлення діагнозу й планування оптимального обсягу комплексного лікування дасть можливість підвищити ефективність лікування хворих на рак грудної залози.

Література

1. Шалімов С.О., Федоренко З.П. Стан та перспективи розвитку онкологічної допомоги населенню України // Матер. XI з'їзду онкологів України (29 трав. — 2 черв. 2006 р., Судак, АР Крим). — К., 2006. — С. 3.
2. Конопацкова О.М., Плохов В.Н., Прыпкова М.А. Непальпиремые опухоли молочной железы // Матер. VI Всерос. съезда онкологов. — Ростов, 2005. — С. 330–337.

3. Жукова Л.Г. // Маммол. — 2006. — С. 30–39.
4. Halsted W. // J. Ann. Surg. — 1907. — Vol. 46. — P. 1–19.
5. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханавили Г.Н. Рак молочной железы. — М.: Медицина, 1985. — 272 с.
6. Ashkinasi R., Huvos A., Shuder R. et al. // Path. Res. Pract. — 1980. — Vol. 166, № 4. — P. 481–490.

Надходження до редакції 27.03.2007.

Прийнято 30.03.2007.

Адреса для листування:

Ткаченко Юрій Григорович,
ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМНУ,
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна