

А.Д. Кучеренко, О.Г. Марьева,
И.И. Дзидзава, И.И. Старков



Рак молочной железы у женщин-военнослужащих — состояние проблемы

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Представлены результаты анализа отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблемам диагностики и лечения рака молочной железы у женщин-военнослужащих. Установлено, что у женщин-военнослужащих отмечается тенденция к росту заболеваемости раком молочной железы. Обсуждаются возможные различия факторов риска рака молочной железы у военнослужащих и лиц гражданской принадлежности и возможности профилактики рака молочной железы у женщин-военнослужащих. Несмотря на прогресс, достигнутый в диагностике рака молочной железы, высоким остается процент выявленных при первичном обращении запущенных опухолей. роцент Высокий запущенных форм рака молочной железы среди впервые выявленных опухолей свидетельствует не только о формальном характере проводимой по месту службы диспансеризации, но и о недостаточной онкологической настороженности врачей и низкой санитарной культуре военнослужащих. Обоснована необходимость проведения скрининга рака молочной железы у женщин-военнослужащих. Показана необходимость совершенствования системы оказания помощи женщинам-военнослужащим, страдающим раком молочной железы, которая предусматривает раннюю диагностику, своевременное комплексное лечение и динамическое наблюдение. Предлагается создание единого ракового регистра Министерства обороны Российской Федерации. Обоснована необходимость внедрения единых стандартов диагностики, лечения и профилактики рака молочной железы для организаций военного здравоохранения.

Ключевые слова: рак молочной железы, ранняя диагностика, маммография, ультрасонография, онкологическая помощь, военнослужащие Министерства обороны Российской Федерации, льготный контингент, раковый регистр.

Рак молочной железы (РМЖ) – наиболее распространенная злокачественная опухоль у женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется более 1 миллиона случаев РМЖ (20% от общего количества вновь выявленных случаев рака), а погибает от него около 500 тысяч женщин. Эксперты ВОЗ прогнозируют увеличение заболеваемости РМЖ до 2 миллионов случаев в год, главным образом за счет выявления его у лиц молодого и среднего возраста. Каждая восьмая женщина в мире, по данным ВОЗ, рискует в течение жизни заболеть РМЖ [18, 20]. По данным В.И. Чисова, В.В. Старинского Г.В. Петрова [15], в структуре онкологической заболеваемости женского населения Российской Федерации (РФ) РМЖ занимает первое место – 20,9%. В возрастной группе 30–59 лет РМЖ встречается в 15,6% случаев, в группе 60 лет и старше – в 9,8%. В 2013 г. диагноз РМЖ впервые установлен у 60717 женщин в России (в 2003 г. – у 46288). Среднегодовой темп прироста для РМЖ составляет 2,51%. Заболеваемость населения России РМЖ существенно различается по федеральным округам. Наиболее высока заболеваемость в Центральном (Москва и Московская область), Северо-Западном (Санкт-Петербург и Ленинградская область), Приволжском и Сибирском федеральных округах.

Наименьшее количество заболевших РМЖ в 2013 г. выявлено в Еврейской автономной области, Чукотском

автономном округе, Магаданской области, Алтайском крае, республике Тыва, Ямало-Ненецком автономном округе и республике Калмыкия. Столь малое количество больных может быть объяснено как малой плотностью населения в данных субъектах федерации, так и мало-доступностью медицинской помощи для их населения.

Высокой остается смертность от РМЖ. Доля РМЖ в общей смертности от онкологических заболеваний составляет 8%, в смертности женского населения – 17% [15]. Анализируя выделяемые на сегодняшний день факторы риска возникновения РМЖ [12], можно предположить, что даже устраняя один или несколько этих факторов, невозможно уменьшить заболеваемость и смертность от него. Основа снижения смертности от РМЖ – диагностика доклинической стадии заболевания, когда возможно радикальное лечение [4, 11, 12].

Многочисленные исследования, посвященные изучению медико-социального значения рака, доказывают необходимость научного обоснования и совершенствования организации первичной медицинской помощи онкологическим больным [2, 6, 9, 11].

РМЖ является актуальной проблемой и для женщин-военнослужащих Министерства обороны (МО) РФ. В настоящее время в Российской армии служат более 45 тысяч женщин. Однако данные о распространенности этого заболевания и летальности от него у женщин-военнослужащих в литературе освещены недостаточно.

Военная медицина развивается как часть системы государственного здравоохранения, поэтому решение комплекса проблем, связанных с сохранением здоровья военнослужащих, как и работа по предупреждению социально-значимых заболеваний, в том числе и рака, должна рассматриваться как одной из важнейших направлений развития военной медицины.

Обеспечение рационального управления онкологической службой в Вооруженных силах (ВС) РФ требует наличия объективной информации о состоянии онкологической заболеваемости военнослужащих и лиц льготного контингента, об эффективности планируемых и проводимых организационных и лечебно-профилактических противораковых мероприятий. Поэтому для военной медицины особенно актуальным является системный медико-социальный анализ состояния заболеваемости РМЖ и смертности от него среди военнослужащих и лиц льготного контингента. Данные о заболеваемости и смертности от РМЖ в ВС носят фрагментарный характер, что не позволяет выстроить общую картину заболеваемости, а следовательно и выработать основные направления совершенствования помощи военнослужащим, страдающим РМЖ.

Однако, по данным опроса 1100 женщин в возрасте от 16 до 75 лет в 13 крупнейших городах России, проведенного Институтом маркетинговых исследований «GFK-Rus» в 2011 г., только 30% женщин ежегодно проходят обследование молочных желез, в то время как 40% обследуются гораздо реже, а 30% вообще ни разу не посещали маммолога. На сегодняшний день 80% РМЖ выявляется больными самостоятельно, 10% – при врачебном осмотре и только 10% – при маммографии [6]. К сожалению, маммографический скрининг РМЖ в нашей стране не имеет массового распространения, несмотря на доказанную необходимость его повсеместного внедрения [1, 4, 8, 11]. На сегодняшний день в нашей стране отсутствуют единые стандарты обследования и лечения больных РМЖ. В полной мере это относится и к лечебным учреждениям МО РФ.

В Европе и Соединенных Штатах Америки (США) врачи используют при лечении РМЖ клинические рекомендации, представляющие собой опыт авторитетных экспертов, основанный на доказательной медицине. Российским обществом онкомамологов (РООМ) в 2014 г. созданы и ежегодно переиздаются клинические рекомендации по диагностике и лечению РМЖ. Согласно этому документу, диагностика РМЖ основывается на совокупности клинического, морфологического и лучевого методов исследования. К клиническому обследованию относятся сбор анамнеза, осмотр и пальпация молочных желез и регионарных лимфатических узлов. Радиологическое исследование включает билатеральную маммографию и ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез и регионарных лимфатических узлов. Магнитно-резонансная томография (МРТ) молочных желез не рекомендуется как повседневная процедура, но

может применяться в сложных клинических случаях. Патоморфологический диагноз устанавливается на основании исследования материала, полученного при трепан-биопсии. Окончательный патоморфологический диагноз устанавливается в соответствии с системой TNM после исследования всех удаленных тканей [13].

Рост заболеваемости РМЖ среди военнослужащих является не только российской, но и общемировой проблемой. Различными авторами, изучавшими заболеваемость военнослужащих, предпринимались многочисленные попытки объяснить рост заболеваемости военнослужащих раком молочной железы. По данным Walter Reed Army Medical Center (USA), риск военнослужащих заболеть РМЖ на 20–40% выше, чем у гражданских лиц тех же возрастных групп. Среди причин высокого риска развития РМЖ у женщин-военнослужащих исследователи считают особенности военного труда, в том числе воздействие электромагнитного излучения, токсичных веществ [17]. J. Hanssen и C.F. Lassen [20] из Датского общества рака провели в 1990–2003 гг. обследование более 18,5 тыс. женщин, служивших в армии в 1964–1999 гг. Контрольная группа состояла из 900 женщин. У 218 обследуемых диагностировали рак молочной железы. Из анализа полученных данных исследователи сделали выводы, что уровень риска возрастал вдвое, если женщина работала несколько раз в неделю в ночь на протяжении минимум шести лет. Если же женщине приходилось работать в подобном режиме, но по природе она была «жаворонком», риск развития рака возрастал в четыре раза. Другой фактор риска рака у военнослужащих – стрессы, с которыми сопряжено ведение боевых действий. По данным С.Р. Rennix [15], с 2000 по 2011 г. 874 женщины-военнослужащих были эвакуированы из зоны боевых действий в связи с наличием подтвержденного или предполагаемого диагноза РМЖ, а ранения в ходе боевых действий получили более 800 женщин, то есть столько же. В 2009 г. в США проведено сравнение частоты 6 наиболее часто встречающихся видов рака (легких, ободочной кишки, простаты, яичек, шейки матки и молочной железы) среди военнослужащих и в популяции в целом. Были проанализированы данные Национального института рака и Центрального автоматизированного реестра опухолей Департамента обороны (ACTUR) за 1990–2004 гг. для лиц 20–59 лет. Показатели частоты рака молочной железы у военнослужащих были на 20–40% выше по сравнению с гражданским населением. Эти различия авторы связывают как с особенностями репродуктивной истории женщин-военнослужащих (более старший возраст при рождении первого ребенка, более частое применение оральных контрацептивов в молодом возрасте – 34% военнослужащих по сравнению с 29% гражданского населения), так и с особенностями труда военнослужащих. Другая причина – большая доступность для военнослужащих бесплатной медицинской помощи и возможность пройти скрининг РМЖ [25]. Ссылки на аналогичные

исследования в отечественной литературе нами не обнаружены. Тем не менее, единственными факторами, многократно повышающими риск РМЖ, являются принадлежность к женскому полу и возраст [10].

В России анализ онкологической заболеваемости в ведомственном здравоохранении проведен сотрудниками Института Федеральной Службы Безопасности (ФСБ) России в Нижнем Новгороде и госпиталя Управления Внутренних дел (УВД) по Нижегородской области И.В. Подушкина и др. [7]. Для оценки состояния онкологической помощи авторы использовали индекс накопления контингентов – отношение количества онкологических больных, состоящих на учете в конце отчетного года, к количеству больных с впервые выявленным диагнозом. Значение этого показателя для сотрудников силовых ведомств выше, чем в целом по России, и составляет в среднем 5,8–5,9 у. е. Это может свидетельствовать как о тяжести выявленных онкологических заболеваний, так и о лучшей выявляемости больных. Тем не менее, опережающего роста этого показателя по отношению к первичной заболеваемости, свидетельствующего об улучшении онкологической помощи, не наблюдается.

Для военнослужащих ВС РФ, по данным тех же авторов, индекс накопления контингентов составил 3,8–3,9 у. е. Это может свидетельствовать как о большей запущенности заболеваний, так и о том, что для динамического наблюдения военнослужащие со злокачественными новообразованиями (ЗНО) поступают в лечебно-профилактические организации (ЛПО) других ведомств, прежде всего – гражданского здравоохранения. При этом обращает на себя внимание более высокий показатель запущенности при всех видах злокачественных опухолей визуальной локализации (молочная железа, шейка матки, прямая кишка) – 39,2%, что несколько выше, чем в целом по России (35,6%). В структуре показателей смертности от ЗНО РМЖ занимает третье место (14,5%), уступая ЗНО системы пищеварения (31%) и мочеполовой системы (20,3%), что соответствует общероссийской статистике.

Полученные данные могут свидетельствовать о недостаточном уровне диагностики и профессиональных знаний специалистов в ведомственных лечебных организациях. Это требует реорганизации онкологической помощи сотрудникам силовых ведомств с приоритетом территориального звена медицинской службы и введением в лечебных учреждениях МО РФ штатных должностей врачей-онкологов. В исследовании, проведенном В.В. Каневцовым, С.Г. Весницким, Н.Н. Тихомировой [9] на базе 25 Центрального военного клинического госпиталя (ЦВКГ) в 1990–1999 гг., РМЖ 1 стадии был выявлен у 9% пациенток, тогда как у большинства (68%) при первичном обращении выявлен запущенный рак (III и IV стадии). Лишь у 2,3% пациенток РМЖ был выявлен при диспансерном обследовании, остальные выявили у себя новообразование самостоятельно, причем лишь около 30% пациенток обратились к врачу менее чем через 1 ме-

сяц после выявления образования. У 20,3% больных с момента обнаружения образования до обращения к врачу прошло более полугода. Других исследований, посвященных заболеваемости РМЖ женщин-военнослужащих, в отечественной литературе нам найти не удалось.

Несмотря на существующую нормативную базу, в Вооруженных силах РФ сохраняется низкая эффективность диспансерной работы. Ежегодный прирост больных со злокачественными новообразованиями в ЛПО МО РФ составляет около 3%, при этом отмечается тенденция к росту показателя онкологической заболеваемости как населения РФ в целом, так и военнослужащих в частности. Более половины всех злокачественных опухолей выявляется на поздних (III–IV) стадиях. Военнослужащих со злокачественными новообразованиями рекомендовано направлять для лечения в Главный военный клинический госпиталь (ГВКГ) им. Бурденко и его филиалы, а также в клиники Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (преимущественно пациенты из Северо-Западных зон Западного военного округа). Хирургическое лечение военнослужащих со злокачественными новообразованиями также возможно в онкологических отделениях окружных военных клинических госпиталей и 2 Центрального военного клинического госпиталя (ЦВКГ) им. П.В. Мандрыка. Лечение онкологических больных, имеющих в соответствии с законодательством РФ право на бесплатную медицинскую помощь в лечебно-профилактических организациях Минобороны (пенсионеры МО РФ и члены их семей, члены семей военнослужащих), рекомендовано осуществлять в онкологических диспансерах государственной и муниципальной систем здравоохранения по месту жительства. Директива Главного военно-медицинского управления (ГВМУ) также требует обеспечивать обследование больных с подозрением на онкологическое заболевание в сроки до 10 суток, а также провести анализ состояния помощи онкологическим больным в ЛПО МО РФ и принять меры для устранения существующих недостатков.

До сих пор не существует нормативных документов, регламентирующих процедуру раннего выявления РМЖ у женщин-военнослужащих МО РФ. Согласно «Руководству по диспансеризации военнослужащих в Вооруженных силах Российской Федерации» от 18 июня 2011 г., статья «Особенности диспансеризации военнослужащих женского пола и оказания им акушерско-гинекологической помощи», п. 52, в объем обязательного обследования женщин при приеме на военную службу входят общий осмотр, осмотр молочных желез гинекологом. Для женщин в возрасте старше 40 лет дополнительно назначают ультразвуковое исследование молочных желез и органов малого таза с определением толщины и структуры эндометрия. Маммографический скрининг не проводится, несмотря на то, что международное агентство по изучению рака в Лионе и отдел рака ВОЗ рекомендуют маммографию как единственный метод скрининга,

эффективность которого доказана в 7 проспективных исследованиях [19].

В 90-х гг. Американским обществом радиологов в сотрудничестве с Национальным институтом рака, Центром по контролю заболеваемости и профилактики, Американской медицинской ассоциацией, Американским обществом хирургов, Обществом американских патологов, а также Управлением по контролю над продовольствием и медикаментами, разработано шкалу BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System), позволяющую стандартизировать интерпретацию данных обследования молочных желез лучевыми методами (рентгеновская маммография, УЗИ и МРТ), а также выработать четкий план ведения пациенток в зависимости от полученных данных [14, 24].

Классификация BIRADS (все методы):

- BIRADS 1 – нет изменений. Риск рака 0%;
- BIRADS 2 – доброкачественные изменения. Риск рака 0%;
- BIRADS 3 – вероятные доброкачественные изменения. Риск рака <2%;
- BIRADS 4 – вероятные злокачественные изменения. Риск рака ~ 30%;
- BIRADS 5 – высокоподозрительные изменения. Риск рака ~ 90%;
- BIRADS 6 – гистологически верифицированный рак.

К сожалению, в нашей стране подобная единая система интерпретации данных лучевых методов исследования молочных желез отсутствует. В 2013 г. в Московском Научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А. Герцена была создана русифицированная система BIRADS [15], но до настоящего времени повсеместного распространения она не получила.

Таким образом, при существующем порядке обследования военнослужащих не обеспечиваются необходимые условия для раннего выявления пациентов страдающих РМЖ. Необходимо совершенствование системы оказания помощи больным, страдающим РМЖ, предусматривающей раннюю диагностику, своевременное комплексное лечение и динамическое наблюдение за пациентами с созданием единого ракового регистра МО РФ.

Литература

1. Берзин, С.А. Возможен ли контроль смертности от рака молочной железы? / С.А. Берзин, С.М. Демидов // Мат. 1-й Всеросс. научн.-практ. конф. с междунар. участием «Акт. вопр. маммологии». – 2001. – С. 31
2. Высоцкая, И.В. Возможности улучшения скрининга рака молочной железы / И.В. Высоцкая // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010. – № 4. – С. 28–32.
3. Указания ГВМУ «О совершенствовании специализированной медицинской помощи онкологическим и гематологическим больным в лечебных учреждениях МО РФ» 10.01.2006 г. – М., 2006. – 18 с.
4. Иванов, О.А. Основные приоритеты противораковой борьбы на современном этапе. Современные технологии в онкологии. О.А. Иванов / Мат. VI Всеросс. съезда онкологов // Ростов н/Д. – 2005. – С. 6–17.
5. Каневцов, В.В. Современные методы диагностики рака молочной железы / В.В. Каневцов, С.Г. Веснин, Н.Н. Тихомирова // Тез. докл. онкол. конф. ВС. – М. – 2001. – С. 26.
6. Корженкова, Г.П. Совершенствование диагностики РМЖ в условиях массового маммографического обследования женского населения: дисс. ... канд. мед. наук / Г.П. Корженкова. – Обнинск, 2013. – С. 21–36.
7. Подушкина, И.В. Онкологическая заболеваемость как приоритетная медико-социальная проблема ведомственного здравоохранения / И.В. Подушкина [и др.] // Мед. альманах. – 2010. – № 3 (12). – С. 28–32.
8. Портной, Л.М. К вопросу о методике и роли скрининга рака молочных желез в консультативных поликлинических отделениях лечебных комплексов регионального уровня / Л.М. Портной [и др.] // Мед. визуализация. – 2004. – № 3. – С. 34–45.
9. Рассказова, Н.А. Скрининг для ранней диагностики рака молочной железы / Н.А. Рассказова, Н.И. Рожкова // Исследования и практика в медицине. – 2014. – Т. 1, № 1. – С. 45–51.
10. Семиглазов, В.Ф. Рак молочной железы / В.Ф. Семиглазов, Э.Э. Топузов. – М.: Медпресс-информ. – 2009. – 172 с.
11. Семиглазов, В.Ф. Скрининг рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов, В.В. Семиглазов // Практ. онкология. – 2010. – Т. 11, № 2. – С. 60–65.
12. Семиглазов В.Ф. Опухоли молочной железы (лечение и профилактика) / В.Ф. Семиглазов, К.Ш. Нургазиев, А.С. Арзуманов. – Алматы. – 2001. – 344 с.
13. Семиглазов, В.Ф. Зарубежные и отечественные клинические рекомендации по диагностике и лечению рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов [и др.]. – М. АБВ-пресс, – 2014. – 298 с.
14. Сеницына, В.Е. ACR BIRADS. Система описания и обработки данных исследования молочной железы. Маммологический атлас. Маммография, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография / В.Е. Сеницына. – М: Медпрактика. – 2010. – 464 с.
15. Фисенко, Е.П. Применение классификации BIRADS при ультразвуковом скрининге рака молочной железы / Е.П. Фисенко. – М. – 2013. – 32 с.
16. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. – 2012. – 260 с.
17. Incident Diagnoses of Cancers and Cancer-related Deaths/ Armed Forces, 2000 – 2011 / Medical surveillance monthly report. – 2012. – Vol. 19, № 6. – P. 18–22.
18. De Santis, C. Breast cancer statistics / C. De Santis [et al.] // CA Cancer J. Clin. – 2011. – № 61. – P. 409–418.
19. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnostics. Fourth edition. Editors: N. Perry [et al.] // International Agency for Research on Cancer. Lyon, France – 2006. – 42 p.
20. Ferlay, J. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008 / J. Ferlay [et al.] // GLOBOCAN 2008. Int J. Cancer. – 2010 – № 127. – P. 2893–2917.
21. Hansen, J. Nested case-control study of night shift work and breast cancer risk among women in the Danish military / J. Hansen, C.F. Lassen. // Occupational and Environmental Medicine. – 2012. – Vol. 69 (8). – P. 551–556.
22. Incident diagnoses of breast cancer, active component service women, U.S. Armed Forces, 200–2012 // Armed Forces Health Surveillance Center. – 2013 – Vol. 20, № 6. – P. 25–27.
23. Rennix, C.P. Risk of breast cancer among enlisted Army women occupationally exposed to volatile organic compounds C.P. / Rennix [et al.] // American Journal of Industrial Medicine. – 2005. – Vol. 48, Issue 3. – P. 157–167.

24. Sadigh, G. Ultrasonographic differentiation of malignant from benign 208 breast lesions: a meta-analytic comparison of elasticity and BIRADS scoring / G. Sadigh [et al.] // Breast Cancer Res. Treat. – 2012. – Vol. 133. – № 1. – P. 23–35.
25. Zhu, K. Cancer incidence in the U.S. military population: Comparison with rates from the SEER Program // K. Zhu [et al.] Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention. – 2009. – Vol. 18 (6). – P. 1740–1745.
-

A.D. Kucherenko, O.G. Maryeva, I.I. Dzidzawa, I.I. Starkov

Breast cancer in female military personnel – the state of the problem

Abstract. *The results of the analysis of domestic and foreign literature devoted to the problems of diagnosis and treatment of breast cancer among female personnel are presented. It has been established that female servicemen have a tendency to increase the incidence of breast cancer. Possible differences in risk factors for breast cancer between military personnel and civilian women and the possibility of preventing breast cancer among female personnel are discussed. Despite the progress made in the diagnosis of breast cancer, the percentage of tumors released during initial treatment remains high. A high percentage of neglected forms of breast cancer among newly diagnosed tumors testifies not only to the formal nature of the on-site medical examination, but also to the insufficient oncological alertness of doctors and the low sanitary culture of servicemen. The need for screening breast cancer among female soldiers is grounded. The need to improve the system of providing assistance to female personnel suffering from breast cancer, providing early diagnosis, timely comprehensive treatment and dynamic observation. The creation of a single cancer registry of the Ministry of Defense of the Russian Federation is proposed. The necessity of introduction of uniform standards of diagnostics, treatment and prophylaxis of breast cancer for military health organizations is substantiated.*

Key words: *breast cancer, early diagnosis, mammography, ultrasonography, oncological care, servicemen of the Ministry of Defense of the Russian Federation, preferential contingent, cancer registry.*

Контактный телефон: 8-981-823-14-33; e-mail: marjeva@rambler.ru