

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2021-25(3)-18

УДК: 618.19+616-006.6

ВІКОВІ, АНАМНЕСТИЧНІ ТА КЛІНІКО-ТЕРАПЕВТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТОК ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Шамрай В. А.^{1,2}, Місюрко О. І.^{1,2}, Гребенюк Д. І.¹

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018),

²Подільський регіональний центр онкології (Хмельницьке шосе, 84, м. Вінниця, Україна, 21000)

Відповідальний за листування:
e-mail: Doctor.Svo@gmail.com

Статтю отримано 01 липня 2021 р.; прийнято до друку 17 серпня 2021 р.

Анотація. У статті наведено результати аналізу даних 2173 пацієнток із злоякісними новоутвореннями молочної залози, які протягом 2015-2017 років проходили лікування у Подільському регіональному центрі онкології. Було проведено детальний аналіз характеристик даного контингенту пацієнток із вивченням вікової структури, класифікації злоякісних новоутворень молочної залози відповідно до МКХ-10, структуру супутніх новоутворень, стадію онкопроцесу на момент виявлення захворювання, наявність та локалізацію метастатичного поширення процесу, структуру проведених лікувальних заходів. Одержані дані піддавалися обробці за допомогою пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows. Вікова структура контингенту пацієнток із злоякісними новоутвореннями молочної залози, структура локалізації та стадії онкопроцесу свідчать про надзвичайну актуальність даної патології. Велика частка пацієнток репродуктивного віку (24,67%) потребує ретельного вибору комплексу лікувальних методик та наступної реабілітації для збереження репродуктивної функції та працездатності.

Ключові слова: рак молочної залози; Подільський регіональний центр онкології; лікування.

Вступ

Рак молочної залози є другим у структурі захворюваності на онкопатологію у світі та найпоширенішим онкологічним захворюванням серед жінок [11]. Навіть у розвинених країнах кожна восьма жінка ризикує захворіти на дану патологію [3].

Частота захворюваності на рак молочної залози варіює в різних частинах світу, коливаючись від 27 на 100 000 у Середній Африці та Східній Азії до 92 на 100 000 у Північній Америці [6, 7]. Для більш розвинених регіонів даний показник становить 74,1, для менш розвинених - 31,3. Для Західної Європи захворюваність на 100 000 населення становить 96,0, для Північної Америки - 91,6, для Північної Європи - 89,4, для Австралії та Нової Зеландії - 85,8, для Південно-Центральної Азії - 28,2, для Східної Азії - 27,0 [13].

Майже чверть усіх випадків даної патології припадає на Азіатсько-Тихоокеанський регіон, причому найвищі показники спостерігаються в Китаї, Японії та Індонезії [6, 7, 15]. У період з 1988 до 2006 року найбільша поширеність раку молочної залози зареєстрована у Кореї, а в період з 1988 по 2013 рік - у Південно-Східній Азії [8]. Так, у 2012 році було діагностовано 277 054 нових випадків раку молочної залози у Східній Азії, 107 545 - у Південно-Східній Азії та 223 899 - у Південно-Центральній Азії [4].

Враховуючи теперішні темпи росту, рівень захворюваності на рак молочної залози може сягнути 3,2 млн до 2050 року [9].

Щодо структури захворюваності на рак молочної залози, то, наприклад, у Сполучених Штатах Америки у 2017 році було діагностовано приблизно 252 710 нових випадків інвазивного раку молочної залози та 6 341 ви-

падків раку молочної залози in situ [3].

Завдяки високій доступності сучасних діагностичних та лікувальних процедур у розвинених країнах загальна виживаність у даному контингенті постійно зростає, а 5-річна виживаність сягає 89% [12]. Однорічна виживаність в Європі коливається: 94,1% - у Шотландії до 97,1% - в Італії [14]. У той же час серед африканських жінок рівень виживаності значно нижчий [1].

Щодо смертності від раку молочної залози то антирекорд для країн, що розвиваються, було встановлено у 2012 році, коли дана патологія вийшла на п'яте місце у структурі смертності від онкозахворювань із 324 000 летальних випадків. У той же час у розвинених країнах даний показник поступався лише летальності від раку легень та складав 197 000 або 15,4% усіх летальних випадків в онкології [4]. Хоча поширеність раку молочної залози вища в розвинених країнах, вищі показники смертності спостерігаються у менш розвинених регіонах [5].

Завдяки високому рівню медицини у Сполучених Штатах у 2017 році 89% летальних випадків від раку молочної залози припадали на жінок у віці 50 років і старше [2, 3]. Рівень смертності коливається від 6 випадків на 100 000 осіб у Східній Азії до 20 випадків на 100 000 осіб у Західній Африці [11]. Для більш розвинених регіонів даний показник становить 14,9, для менш розвинених - 11,5. Для Західної Європи смертність на 100 000 населення становить 16,2, для Північної Америки - 14,8, для Північної Європи - 16,4, для Австралії та Нової Зеландії - 14,5, для Південно-Центральної Азії - 13,5, для Східної Азії - 6,1 [13]. Коефіцієнт співвідношення смертності та захворюваності для Північної Америки

становить 0,16, а в Азії коливається від 0,23 до 0,48 [10].

Мета дослідження - вивчити анамнестичні, клінічні та терапевтичні особливості пацієнток зі злоякісними новоутвореннями молочної залози, які проходили лікування у Подільському регіональному центрі онкології в період 2015-2017 років.

Матеріали та методи

Перспективне дослідження проводили на кафедрі акушерства і гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі Подільського регіонального центру онкології.

Протягом 2015-2017 років у Подільському регіональному центрі онкології було проліковано 2 173 пацієнтки із злоякісними новоутвореннями молочної залози.

Нами був проведений детальний аналіз характеристик даного контингенту пацієнток із вивченням вікової структури, класифікації злоякісних новоутворень молочної залози відповідно до МКХ-10, структури супутніх новоутворень, стадії онкопроцесу на момент виявлення захворювання, наявності та локалізації метастатичного поширення процесу, структури проведених лікувальних заходів.

Одержані дані піддавали обробці за допомогою пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

Результати. Обговорення

Нами були проаналізовані дані 2 173 пацієнток із злоякісними новоутвореннями молочної залози.

Розподіл пацієнток відповідно до року діагностики злоякісного новоутворення наведено на рисунку 1.

Як видно із діаграми (рис. 1), у досліджуваному контингенті із року в рік мало місце збільшення кількості пацієнток із злоякісними новоутвореннями молочної залози. Так, приріст кількості випадків злоякісних новоутворень у 2016 році відносно 2015 року становив 3,92%. У 2017 році приріст даного показника відносно 2016 року складав 7,69%.

Розподіл пацієнток досліджуваного контингенту відповідно до вікових груп класифікації ВООЗ наведено у таблиці 1.

Як видно із таблиці 1, переважна кількість пацієнток

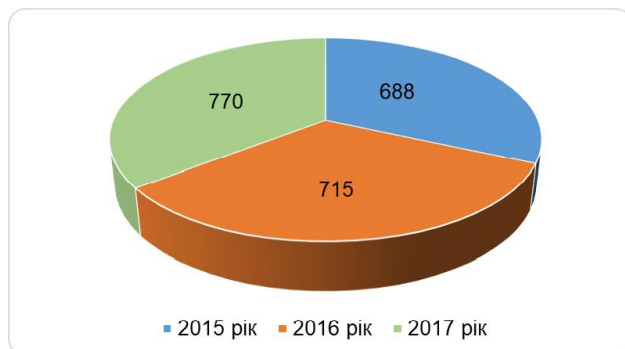


Рис. 1. Розподіл пацієнток відповідно до року діагностики злоякісного новоутворення.

Таблиця 1. Розподіл пацієнток досліджуваного контингенту відповідно до вікових груп класифікації ВООЗ.

Вікові групи	Кількість пацієнток			
	2015 рік	2016 рік	2017 рік	Всього
Молодий вік (18-44 роки)	94 (13,66%)	105 (14,69%)	118 (15,32%)	317 (14,59%)
Середній вік (45-59 років)	270 (39,24%)	270 (37,76%)	284 (36,88%)	824 (37,92%)
Похилий вік (60-74 роки)	266 (38,66%)	295 (41,26%)	303 (39,35%)	864 (39,76%)
Старечий вік (75-89 років)	58 (8,43%)	45 (6,29%)	63 (8,18%)	166 (7,64%)
Довгожителі (90 та більше років)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,26%)	2 (0,09%)
Всього	688	715	770	2173

Таблиця 2. Розподіл пацієнток відповідно до класифікації здоров'я осіб жіночої статі (за даними ВООЗ).

Вікові групи	Кількість пацієнток			
	2015 рік	2016 рік	2017 рік	Всього
Грудний вік та дитинство (0-9 років)	-	-	-	-
Підлітковий вік (10-19 років)	-	-	-	-
Репродуктивний вік (15-49 років)	165 (23,98%)	176 (24,62%)	195 (25,32%)	536 (24,67%)
Зрілий вік (20-59 років)	364 (52,91%)	375 (52,45%)	402 (52,21%)	1141 (52,51%)
Жінки 60 років та старші	324 (47,09%)	340 (47,55%)	368 (47,79%)	1032 (47,49%)
Всього	688	715	770	2173

знаходилася у групах середнього (37,92%) та похилого віку (39,76%). Жінки молодого віку становили 14,59%, старечого - 7,64%. Довгожителів було всього 2 (0,09%).

Розподіл пацієнток досліджуваного контингенту відповідно до вікових груп, згідно яких класифікують здоров'я осіб жіночої статі (за даними ВООЗ) наведено у таблиці 2.

Відповідно до даної класифікації, переважна більшість жінок (52,51%) знаходилися у групі зрілого віку (20-59 років). Решта жінок (47,49%) знаходилися у групі 60 років і старше. У даній класифікації окремою групою виділяють жінок репродуктивного віку (15-49 років). У нашому дослідженні в репродуктивному віці знаходилися 24,67% жінок.

Загалом, вік пацієнток у нашому дослідженні коливався від 24 до 95 років. У 2015 році вікові межі становили 28-88 років, у 2016 році - 24-87 років, у 2017 році - 25-95 років.

Структура захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози у досліджуваному контингенті відповідно до МКХ-10 наведена у таблиці 3.

Таблиця 3. Структура захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози у досліджуваному контингенті відповідно до МКХ-10.

Вікові групи	Кількість пацієнток			
	2015 рік	2016 рік	2017 рік	Всього
ЗН соска та ареоли (C50.00)	13 (1,89%)	5 (0,7%)	2 (0,26%)	20 (0,92%)
ЗН центральної частини МЗ (C50.10)	54 (7,85%)	70 (9,79%)	81 (10,52%)	205 (9,43%)
ЗН верхньо-внутрішнього квадранта МЗ (C50.20)	85 (12,35%)	103 (14,41%)	102 (13,25%)	290 (13,35%)
ЗН нижньо-внутрішнього квадранта МЗ (C50.30)	41 (5,96%)	30 (4,2%)	45 (5,84%)	116 (5,34%)
ЗН верхньо-зовнішнього квадранта МЗ (C50.40)	363 (52,76%)	342 (47,83%)	362 (47,01%)	1067 (49,1%)
ЗН нижньо-зовнішнього квадранта МЗ (C50.50)	73 (10,61%)	95 (13,29%)	104 (13,51%)	272 (12,52%)
ЗН пахової задньої частини МЗ (C50.60)	0 (0%)	1 (0,14%)	0 (0%)	1 (0,05%)
ЗН (ураження) МЗ, які виходять за межі однієї і більше вищезазначених локалізацій (C50.80)	74 (10,76%)	92 (12,87%)	95 (12,34%)	261 (12,01%)
ЗН МЗ, неуточнене (C50.90)	13 (1,89%)	7 (0,98%)	16 (2,08%)	36 (1,66%)
Карцинома in situ МЗ лобулярна (D05.00)	1 (0,15%)	1 (0,14%)	0 (0%)	2 (0,09%)
Карцинома in situ МЗ внутрішньопотокова (D05.10)	1 (0,15%)	1 (0,14%)	0 (0%)	2 (0,09%)
Всього	718	747	807	2272

Примітка. ЗН - злоякісне новоутворення. МЗ - молочна залоза.

Найбільш частою локалізацією злоякісних новоутворень молочної залози у досліджуваному континенті була локалізація у верхньо-зовнішньому квадранті (49,1%). Практично з однаковою частотою зустрічалися локалізації у верхньо-внутрішньому квадранті (13,35%), нижньо-зовнішньому квадранті (12,52%), а також злоякісні новоутворення (ураження) молочної залози, які виходять за межі однієї і більше локалізацій (12,01%). Найрідше зустрічалися карцинома in situ молочної залози лобулярна (0,09%) та карцинома in situ молочної залози внутрішньопотокова (0,09%). У 99 (4,6%) пацієнток мала місце подвійна локалізація пухлини, причому пухлини відрізнялися стадією онкопроцесу.

Аналіз захворюваності на доброякісні та злоякісні новоутворення в анамнезі продемонстрував наступне.

Всього попередньо було діагностовано 478 новоутворень різної локалізації. Із новоутворень з локалізацією в молочної залозі мали місце доброякісна дисплазія (N60.) у 102 (21,34%) випадках та доброякісні новоутворення (D24.00) у 55 (11,51%) випадках.

Структура новоутворень з іншою локалізацією була наступною:

- C07.00 Злоякісне новоутворення привушної слинної залози - 4;
- C15.80 Злоякісне новоутворення (ураження) стравоходу, яке виходить за межі однієї і більше вищезазначених локалізацій - 1;

чених локалізацій - 1;

- C16.00 Злоякісне новоутворення кардії шлунка - 1;
- C16.20 Злоякісне новоутворення тіла шлунку - 4;
- C16.30 Злоякісне новоутворення переддвер'я пілоруса шлунка - 1;
- C18.00 Злоякісне новоутворення сліпої кишки - 2;
- C18.20 Злоякісне новоутворення висхідної ободової кишки - 3;
- C18.40 Злоякісне новоутворення поперечноободової кишки - 3;
- C18.70 Злоякісне новоутворення сигмовидної кишки - 5;
- C19.00 Злоякісне новоутворення ректосигмоїдного з'єднання - 3;
- C20.00 Злоякісне новоутворення прямої кишки - 5;
- C34.10 Злоякісне новоутворення верхньої долі бронху або легені - 2;
- C43.50 Злоякісна меланома тулуба - 1;
- C43.60 Злоякісна меланома верхньої кінцівки, включаючи ділянку плечового суглобу - 3;
- C43.70 Злоякісна меланома нижньої кінцівки, включаючи ділянку кульшового суглобу - 2;
- C44.00 Злоякісне новоутворення шкіри губи - 1;
- C44.10 Злоякісне новоутворення шкіри повіки - 1;
- C44.20 Злоякісне новоутворення шкіри вуха та зовнішнього слухового каналу - 1;

- C44.30 Злоякісне новоутворення шкіри інших та неуточнених частин обличчя - 14;
- C44.40 Злоякісне новоутворення шкіри волосистої частини голови та шиї - 1;
- C44.50 Злоякісне новоутворення шкіри тулуба - 2;
- C49.10 Злоякісне новоутворення сполучної та м'якої тканини верхньої кінцівки, включаючи верхню ділянку грудної клітки (плече) - 1;
- C51.00 Злоякісне новоутворення великої соромітної губи - 2;
- C51.80 Злоякісне новоутворення (ураження) вульви, які виходять за межі однієї і більше вищевказаних локалізацій - 1;
- C53.00 Злоякісне новоутворення внутрішньої частини каналу шийки матки - 2;
- C53.10 Злоякісне новоутворення зовнішньої частини каналу шийки матки - 7;
- C53.80 Злоякісне новоутворення (ураження) шийки матки, які виходять за межі однієї і більше вищевказаних локалізацій - 4;
- C54.10 Злоякісне новоутворення ендометрію - 43;
- C54.20 Злоякісне новоутворення міометрію - 2;
- C54.90 Злоякісне новоутворення тіла матки, не уточнене - 2;
- C55.00 Злоякісне новоутворення матки, неуточненої локалізації - 1;
- C56.00 Злоякісне новоутворення яєчника - 15;
- C64.00 Злоякісне новоутворення нирки, за винятком ниркової миски - 3;
- C67.20 Злоякісне новоутворення бокової стінки сечового міхура - 1;
- C67.80 Злоякісне новоутворення (ураження) сечового міхура, які виходять за межі однієї і більше вищевказаних локалізацій - 2;
- C71.10 Злоякісне новоутворення лобової долі головного мозку - 2;
- C73.00 Злоякісне новоутворення щитовидної залози - 7;
- C81.20 Хвороба Ходжкіна, змішано-клітинний варіант - 1;
- C81.30 Хвороба Ходжкіна, лімфоцитарне виснаження - 1;
- C81.90 Хвороба Ходжкіна, неуточнена - 1;
- C83.30 Неходжкінська лімфома великоклітинна (дифузна) - 1;
- C85.70 Інші уточнені типи неходжкінської лімфоми - 1;
- C90.00 Множинна мієлома - 1;
- D06.10 Карцинома in situ екзоцервікальної зони шийки матки - 2;
- D07.00 Карцинома in situ ендометрію - 1;
- D11. Доброякісне новоутворення великих слинних залоз - 1;
- D12. Доброякісне новоутворення ободової кишки, прямої кишки, ануса та анального каналу - 1;
- D13. Доброякісне новоутворення інших та неточно

визначених органів травлення - 4;

- D17. Доброякісне новоутворення жирової тканини - 30;
- D18.00 Гемангіома та лімфангіома будь-якої локалізації - 6;
- D21. Інші доброякісні новоутворення сполучної та інших м'яких тканин - 1;
- D22. Меланоформний невус - 3;
- D23. Інші доброякісні новоутворення шкіри - 7;
- D25. Лейоміома матки - 83;
- D26. Інші доброякісні новоутворення матки - 5;
- D27.00 Доброякісне новоутворення яєчника - 4;
- D28. Доброякісне новоутворення інших та неуточнених жіночих статевих органів - 1;
- D30. Доброякісне новоутворення сечових органів - 2;
- D34.00 Доброякісне новоутворення щитовидної залози - 7;
- D39.10 Новоутворення невизначеного або невідомого характеру яєчника - 1;
- D44.00 Новоутворення невизначеного або невідомого характеру щитовидної залози - 1.

У переважній більшості випадків злоякісні новоутворення молочної залози діагностувалися при маніфестації захворювання. Діагностика пухлин на початкових стадіях, коли симптоми захворювання ще не проявлялися, відбувалася переважно за рахунок профільного обстеження при профілактичних оглядах.

Розподіл злоякісних новоутворень залежно від стадії онкопроцесу наведено в таблиці 4.

Найбільш часто злоякісні новоутворення молочної залози діагностували в стадіях 1 (26,94%), 2A (29,4%) та 2B (24,16%), найрідше - в стадії 0 (0,18%). Діагностування пухлини в стадії 4 мало місце в 141 (6,21%) випадку. Переважна кількість пацієнток, яким було діагностова-

Таблиця 4. Стадія онкопроцесу на момент встановлення діагнозу.

Стадія онкопроцесу	Кількість пацієнток			
	2015 рік	2016 рік	2017 рік	Всього
0	2 (0,28%)	2 (0,27%)	0 (0%)	4 (0,18%)
1	208 (28,97%)	187 (25,03%)	217 (26,89%)	612 (26,94%)
2A	197 (27,44%)	229 (30,66%)	242 (29,99%)	668 (29,4%)
2B	178 (24,79%)	184 (24,63%)	187 (23,17%)	549 (24,16%)
3A	45 (6,27%)	36 (4,82%)	39 (4,83%)	120 (5,28%)
3B	41 (5,71%)	52 (6,96%)	49 (6,07%)	142 (6,25%)
3C	11 (1,53%)	11 (1,47%)	14 (1,73%)	36 (1,58%)
4	36 (5,01%)	46 (6,16%)	59 (7,31%)	141 (6,21%)
Всього	718	747	807	2272

Таблиця 5. Локалізація діагностованих метастазів у досліджуваному контингенті.

Метастазування	Кількість пацієнтів			
	2015 рік	2016 рік	2017 рік	Всього
<i>Регіонарні метастази</i>				
Л/в надключичні	11	6	15	32
Л/в підключичні	6	2	5	13
Л/в підключично-пахвової області	2	1	2	5
Л/в пахові	236	283	243	762
Шкіра МЗ	5	6	6	17
Всього регіонарних метастазів	260 (35,09%)	298 (33,67%)	271 (33,96%)	829 (34,2%)
<i>Віддалені метастази</i>				
Л/в внутрішньогрудні	4	1	1	6
Л/в медіастинальні	9	10	8	27
Л/в глибокі шийні	3	5	3	11
Л/в парааортальні	3	1	-	4
Л/в (інша локалізація)	9	9	10	28
Легені	29	38	46	113
Плевра	25	26	23	74
Середостіння	1	3	-	4
Печінка	21	35	30	86
Головний мозок	1	10	7	18
Шкіра грудної клітки	11	23	14	48
Шкіра (інша локалізація)	4	10	5	19
М'які тканини грудної клітки	10	4	17	31
Кістки грудної клітки (груди, ребра)	14	6	9	29
Хребет	30	39	36	105
Кістки (крім грудної клітки та хребта)	30	47	25	102
Інша локалізація	17	22	22	61
Всього віддалених метастазів	481 (64,91%)	587 (66,33%)	527 (66,04%)	1595 (65,8%)
Всього метастазів	741	885	798	2424

но пухлини на пізніх стадіях були старше 60 років, проживали у віддалених місцях та не мали доступу до висококваліфікованої медичної допомоги. Великий відсоток діагностування злоякісних новоутворень молочної залози на ранніх стадіях досягався, переважно, за рахунок широкого впровадження профілактичних оглядів та скринінгових методик виявлення захворювання, а також санітарно-просвітницької роботи із групами ризику.

Аналіз даних пацієнтів дозволив встановити структуру метастазування в досліджуваному контингенті (табл. 5). У пацієнтів мало місце як регіонарне, так і віддалене метастазування, які поєднувалися на пізніх стадіях

захворювання.

Загальна кількість діагностованих метастазів становила 2 424 випадки.

Регіонарні метастази склали 34,2% від усіх випадків метастазування. Найчастішою локалізацією регіонарних метастазів були пахові лімфатичні вузли, які зустрічалися у 91,92% випадків. Найрідше регіонарні метастази діагностували у підключичних лімфатичних вузлах та лімфатичних вузлах підключично-пахвової області, а також у шкірі молочної залози.

Щодо віддаленого метастазування, то частіше за інші локалізації, зустрічалися метастази у легені - 113 випадків, хребті (переважно грудний та поперековий відділи) - 105 випадків та кістках (крім грудної клітки та хребта) - 102 випадки. Найрідшими локалізаціями віддалених метастазів були внутрішньогрудні, глибокі шийні та парааортальні лімфатичні вузли, середостіння, головний мозок, шкіра (крім шкіри молочної залози).

Пацієнтки із досліджуваного контингенту отримували лікування відповідно до чинних Стандартів та Протоколів. За винятком випадків часткової або повної відмови від медичної допомоги, лікування носило комплексний характер та поєднувало в собі різні підходи та методи (табл. 6). Серед усіх пацієнтів протягом досліджуваного періоду повністю відмовилися від лікування 29 жінок.

Хірургічні втручання, як з приводу пухлини молочної залози, так і з приводу регіонарних та/або віддалених метастазів були проведені у 1 785 випадках (табл. 7).

Пацієнткам із досліджуваного контингенту найчастіше виконувалися радикальні оперативні втручання такі, як мастектомія по Мадену (827 втручань) та радикальна квадрантектomia (415 втручань). Секторальна резекція була виконана 85 пацієнткам, ампутація молочної залози - 56 пацієнткам, підшкірна ампутація молочної залози - 33 пацієнткам. Інші методики оперативних втручань застосовувалися вкрай рідко та наведені у таблиці 7. Оперативні втручання поза молочною залозою були

Таблиця 6. Структура лікувальних заходів, проведених у досліджуваному контингенті.

Вид лікування	Кількість пацієнтів			
	2015 рік	2016 рік	2017 рік	Всього
Хірургічне лікування (як з приводу пухлини МЗ, так і з приводу метастазів у регіонарні лімфатичні вузли, шкіру, плевру тощо)	574	569	642	1785
Хіміотерапія	1254	1246	1328	3828
Променева терапія	268	228	283	779
Гормонотерапія	14	21	50	85
Імунотерапія	-	1	-	1
Неспецифічна медикаментозна терапія	16	4	18	38
Відмова від лікування	13	10	6	29

Таблиця 7. Структура оперативних втручань, що були виконані пацієнткам із злоякісними новоутвореннями молочної залози.

Вид оперативного втручання	Кількість пацієнток			
	2015 рік	2016 рік	2017 рік	Всього
Ампутація МЗ	19 (3,31%)	27 (4,75%)	10 (1,56%)	56 (3,14%)
Ампутація МЗ підшкірна	4 (0,7%)	7 (1,23%)	22 (3,43%)	33 (1,85%)
Гемірезекція МЗ	10 (1,74%)	6 (1,05%)	5 (0,78%)	21 (1,18%)
Квадрантектomia	3 (0,52%)	2 (0,35%)	5 (0,78%)	10 (0,56%)
Квадрантектomia радикальна	151 (26,31%)	117 (20,56%)	147 (22,9%)	415 (23,25%)
Мастектомія	0 (0%)	5 (0,88%)	2 (0,31%)	7 (0,39%)
Мастектомія по Мадену	258 (44,95%)	264 (46,4%)	305 (47,51%)	827 (46,33%)
Мастектомія по Холстеду	0 (0%)	2 (0,35%)	1 (0,16%)	3 (0,17%)
Резекція	0 (0%)	1 (0,18%)	0 (0%)	1 (0,06%)
Секторальна резекція	25 (4,36%)	36 (6,33%)	24 (3,74%)	85 (4,76%)
Екстирпація МЗ	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,16%)	1 (0,06%)
Видалення пухлини	3 (0,52%)	3 (0,53%)	4 (0,62%)	10 (0,56%)
Видалення пухлини при локалізації на шкірі МЗ	2 (0,35%)	3 (0,53%)	3 (0,47%)	8 (0,45%)
Оперативні втручання поза МЗ	99 (17,25%)	96 (16,87%)	113 (17,6%)	308 (17,25%)
Всього	574	569	642	1785

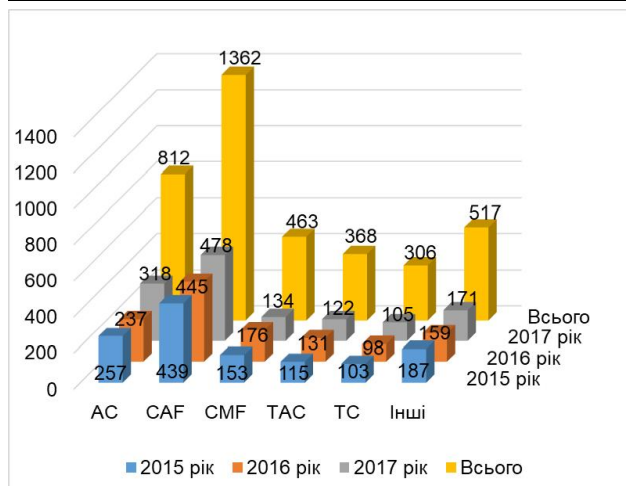


Рис. 2. Структура призначення різних схем хіміотерапії.

виконані 308 пацієнткам.

Загалом хіміотерапія була призначена у обсязі 3 828 курсів із застосуванням різних терапевтичних схем, заснованих на клінічних даних, а також даних патоморфологічного та імуногістохімічного досліджень.

Таблиця 8. Ділянки опромінення при проведенні променевої терапії.

Зона опромінення	Кількість пацієнток			
	2015 рік	2016 рік	2017 рік	Всього
Молочна залоза	75 (27,99%)	47 (20,61%)	62 (21,91%)	184 (23,62%)
Шкіра МЗ	1 (0,37%)	2 (0,88%)	0 (0%)	3 (0,39%)
Грудна стінка	138 (51,49%)	138 (60,53%)	180 (63,6%)	456 (58,54%)
Шкіра грудної стінки	15 (5,6%)	5 (2,19%)	5 (1,77%)	25 (3,21%)
Л/в надключичні	4 (1,49%)	0 (0%)	4 (1,41%)	8 (1,03%)
Л/в підключичні	0 (0%)	1 (0,44%)	1 (0,35%)	2 (0,26%)
Л/в підключично-пахвової області	3 (1,12%)	1 (0,44%)	3 (1,06%)	7 (0,9%)
Л/в пахові	15 (5,6%)	11 (4,82%)	10 (3,53%)	36 (4,62%)
Л/в вище діафрагми	2 (0,75%)	1 (0,44%)	0 (0%)	3 (0,39%)
Інша локалізація	15 (5,6%)	22 (9,65%)	18 (6,36%)	55 (7,06%)
Всього	268	228	283	779

Найпоширенішими схемами хіміотерапії у досліджуваному контингенті були:

1. AC - Доксорбіцин + Циклофосфамід;
2. CAF - Циклофосфамід + Доксорбіцин + 5-Фторурацил;
3. CMF - Циклофосфамід + Метотрексат + 5-Фторурацил;
4. TAC - Доцетаксел + Доксорбіцин + Циклофосфамід;
5. TC - Доцетаксел + Циклофосфамід.

Структура призначення різних схем хіміотерапії наведена на рисунку 2.

Схема AC загалом була призначена в обсязі 812 курсів, CAF - 1362 курси, CMF - 463 курси, TAC - 368 курсів; TC - 306 курсів. Інші схеми сумарно були призначені 517 разів.

Кількість курсів, що призначалися кожній пацієнтці визначалася індивідуально та коливалася від 1 до 12 курсів.

Променеву терапію отримали 779 пацієнток. Доза опромінення знаходилася в межах від 2 до 80 Гр та корегувалася в кожному конкретному випадку. Ділянки опромінення наведені в таблиці 8.

Найчастіше виконували опромінення грудної стінки (456 випадків) та молочної залози (184 випадки). Значно рідше проводили опромінення пахових лімфатичних вузлів (36 пацієнток) та шкіри грудної клітки (25 пацієнток). Такі локалізації, як шкіра молочної залози, надключичні або підключичні лімфатичні вузли, а також лімфатичні вузли підключично-пахвової області та розташовані вище діафрагми опромінювалися у поодинокі

ких випадках.

Протягом досліджуваного періоду гормонотерапія була застосована у 85 випадках, неспецифічна медикamentозна терапія - у 38 випадках, імунотерапія - в 1 випадку.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Аналіз вікової структури контингенту пацієнок із злоякісними новоутвореннями молочної залози, лока-

лізації та стадії онкопроцесу свідчить про надзвичайну актуальність даної патології.

2. Велика частка пацієнок репродуктивного віку (24,67%) потребує ретельного вибору комплексу лікувальних методик та наступної реабілітації для збереження репродуктивної функції та працездатності.

У подальшому планується проаналізувати ранні та віддалені результати лікування даного контингенту пацієнок та оцінити ефективність проведених лікувальних заходів.

Список посилань - References

- [1] Abdulrahman, G. O., Jr, & Rahman, G. A. (2012). Epidemiology of breast cancer in Europe and Africa. *Journal of cancer epidemiology*, 2012, 915610. <https://doi.org/10.1155/2012/915610>
- [2] Carioli, G., Malvezzi, M., Rodriguez, T., Bertuccio, P., Negri, E., & La Vecchia, C. (2018). Trends and predictions to 2020 in breast cancer mortality: Americas and Australasia. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 37, 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.12.004>
- [3] DeSantis, C. E., Ma, J., Goding Sauer, A., Newman, L. A., & Jemal, A. (2017). Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(6), 439-448. <https://doi.org/10.3322/caac.21412>
- [4] Ferley, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., ... & Bray, F. (Eds). (2013). GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
- [5] Ghoncheh, M., Mohammadian-Hafshejani, A., & Salehiniya, H. (2015). Incidence and Mortality of Breast Cancer and their Relationship to Development in Asia. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 16(14), 6081-6087. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.14.6081>
- [6] Ghoncheh, M., Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. (2016). Epidemiology, Incidence and Mortality of Breast Cancer in Asia. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 17(S3), 47-52. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.s3.47>
- [7] Ghoncheh, M., Pournamdar, Z., & Salehiniya, H. (2016). Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 17(S3), 43-46. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.s3.43>
- [8] Gomez, S. L., Von Behren, J., McKinley, M., Clarke, C. A., Shariff-Marco, S., Cheng, I., Reynolds, P., & Glaser, S. L. (2017). Breast cancer in Asian Americans in California, 1988-2013: increasing incidence trends and recent data on breast cancer subtypes. *Breast cancer research and treatment*, 164(1), 139-147. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4229-1>
- [9] Hortobagyi, G. N., de la Garza Salazar, J., Pritchard, K., Amadori, D., Haidinger, R., Hudis, C. A., ... & Albain, K. S. (2005). The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. *Clinical breast cancer*, 6(5), 391-401. <https://doi.org/10.3816/cbc.2005.n.043>
- [10] Kim, Y., Yoo, K. Y., & Goodman, M. T. (2015). Differences in incidence, mortality and survival of breast cancer by regions and countries in Asia and contributing factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 16(7), 2857-2870. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.7.2857>
- [11] Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. (2019). Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast cancer* (Dove Medical Press), 11, 151-164. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>
- [12] Rojas, K., & Stuckey, A. (2016). Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clinical obstetrics and gynecology*, 59(4), 651-672. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000239>
- [13] Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(2), 87-108. <https://doi.org/10.3322/caac.21262>
- [14] Williams, L. J., Fletcher, E., Douglas, A., Anderson, E., McCallum, A., Simpson, C. R., ... & Wild, S. H. (2018). Retrospective cohort study of breast cancer incidence, health service use and outcomes in Europe: a study of feasibility. *European journal of public health*, 28(2), 327-332. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx127>
- [15] Youlden, D. R., Cramb, S. M., Yip, C. H., & Baade, P. D. (2014). Incidence and mortality of female breast cancer in the Asia-Pacific region. *Cancer biology & medicine*, 11(2), 101-115. <https://doi.org/10.7497/j.issn.2095-3941.2014.02.005>

AGE, ANAMNESTIC AND CLINICAL AND THERAPEUTIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BREAST MALIGNANT NEOPLASMS

Shamrai V. A., Misiurko O. I., Grebeniuk D. I.

Annotation. Results of the analysis of the data of 2173 patients with breast malignant neoplasms treated in the Podillian Regional Oncology Center during 2015-2017 are presented in this article. A detailed analysis of the characteristics of this contingent of patients was carried out with the study of the age structure, classification of breast malignant neoplasms according to ICD-10, the structure of concomitant neoplasms, the stage of the oncological process at the time of detection of the disease, the presence and localization of metastases, the structure of the treatment procedures. The obtained data were processed using the statistical software package SPSS 20.0 for Windows. The age structure of the contingent of patients with breast malignant neoplasms, the structure of localization and stages of the oncological process indicate the extreme urgency of this pathology. Most of the patients of reproductive age (24.67%) require a careful choice of a set of therapeutic procedures and subsequent rehabilitation to preserve reproductive function and working capacity.

Keywords: breast cancer; Podillian Regional Oncology Center; treatment.