

Prevention of breast cancer - the importance of screening tests

Profilaktyka raka piersi – znaczenie badań przesiewowych

Elżbieta Cipora

Department of Nursing, Medical Institute, Jan Grodek State Vocational Academy in Sanok
Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

Streszczenie

Wprowadzenie. Rak piersi jest nowotworem złośliwym najczęściej występującym u kobiet. Stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów w populacji kobiet w Polsce.

Cel pracy. Przedstawienie pożądanych zachowań i działań z zakresu profilaktyki raka piersi.

Materiał i metoda. Dokonano analizy aktualnego piśmiennictwa naukowego oraz doniesień dostępnych na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia dotyczących zaleceń i efektów profilaktyki raka piersi u kobiet w Polsce.

Wyniki. Prozdrowotny styl życia sprzyjający na zmniejszeniu lub eliminacji występowania czynników zachorowania, to istotny element pierwotnej profilaktyki raka piersi. W profilaktyce wtórnej ważne znaczenie mają: regularne samobadanie piersi, badanie lekarskie i badanie skriningowe, przy czym najważniejsze znaczenie we wczesnej diagnostyce raka piersi ma mammografia.

Wnioski. Profilaktyka raka piersi powinna koncentrować się na edukacji kobiet w każdym wieku na temat potrzeby regularnego samobadania piersi, korzystania z badań lekarskich, a przede wszystkim na udziale w badaniach skriningowych.

Słowa kluczowe: rak piersi, zapobieganie, edukacja, wczesne diagnozowanie, mammografia.

Abstract

Introduction. Breast cancer is the most common malignancy in women. It is one of the leading causes of death in the population of women in Poland.

Purpose of the paper. Presentation of the desired behaviors and activities in the field of breast cancer prevention.

Material and method. There has been carried out an analysis of the current scientific literature and reports available on the websites of the Ministry of Health concerning the recommendations and effects of breast cancer prevention among women in Poland.

Results. A pro-health lifestyle conducive to reducing or eliminating the occurrence of disease factors is an important element of primary prevention of breast cancer. In secondary prevention, regular breast self-examination, medical examination and screening tests are important, with mammography being the most important factor in early diagnosis of breast cancer.

Conclusions. Prevention of breast cancer should focus on the education of women of all ages on the need for regular breast self-examination, the use of medical examinations and, above all, participation in screening tests.

Key words: breast cancer, prevention, education, early diagnosis, mammography.

1. Wprowadzenie

Nowotwory stanowią poważny problem zdrowotny współczesnego społeczeństwa. Są drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów w polskiej populacji i pierwszą przyczyną zgonów u osób przed 65 rokiem życia [1]. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet na świecie, dotyczy ponad 1/3 kobiet z rozpoznaniem choroby nowotworowej [2].

Poprawa sytuacji zdrowotnej społeczeństwa w tym zakresie jest możliwa poprzez profilaktykę chorób nowotworowych polegającą na działaniach obniżających ryzyko zachorowania na te choroby. Profilaktyka pierwszej fazy określana, jako pierwotna ma na celu redukcję ryzyka zachorowania na nowotwory oraz zmniejszenie zapadalności i umieralności poprzez promowanie zachowań prozdrowotnych.

W raku piersi profilaktyka pierwotna polega na poprawie świadomości społeczeństwa na temat czynników ryzyka zachorowania na ten nowotwór. W jej ramach propagowane jest wczesne macierzyństwo, karmienie piersią, kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych i aktywność fizyczna.

Profilaktyka wtórna, ma na celu rozpoznanie choroby we wczesnym jej stadium. W raku piersi polega na prowadzeniu nauki samobadania piersi a także uświadamianiu kobietom znaczenia systematycznej samoobserwacji, jako metody wczesnego rozpoznawania zmian patologicznych w obrębie gruczołu piersiowego. Istotne znaczenie ma wykonywanie badań przesiewowych (*screening-przesiewanie*) u kobiet, u których nie wystąpiły jeszcze kliniczne objawy raka, ponieważ rozpoznanie nowotworu w fazie przedinwazyjnej zdecydowanie zwiększa szanse na wyleczenie [3]. Badania skriningowe są ważną częścią działań profilaktycznych pozwalających na wczesną diagnostykę raka piersi. Dotyczą populacji kobiet szczególnie zagrożonej wystąpieniem raka piersi i powinny być wykonywane regularnie, bezpłatnie, zgodnie z planem.

2. Cel badań

Celem badań było przedstawienie działań z zakresu profilaktyki raka piersi ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia badań przesiewowych. Dokonano przeglądu piśmiennictwa oraz doniesień publikowanych na stronach Ministerstwa Zdrowia.

3. Wyniki

Polski Komitet Zwalczenia Raka oraz American Cancer Society (ACS) promują schemat wczesnego wykrywania raka piersi, na który składają się trzy elementy: samobadanie piersi, badanie lekarskie i mammografia [3].

Samobadanie piersi (*breast self-examination, BSE*) powinna wykonywać każda kobieta od 20 roku życia systematycznie, co najmniej jeden raz w miesiącu, dwa, trzy dni po zakończeniu miesiączki, w pozycji stojącej i leżącej [4,5]. Kobiety po menopauzie powinny w dalszym ciągu wykonywać samobadanie, przynajmniej raz w miesiącu w określonym dniu [6]. Samobadanie należy rozpoczynać od oglądania gruczołów piersiowych, zwracając uwagę na kształt, symetrię oraz wygląd skóry piersi. Obserwować należy: barwę i ucieplenie skóry, ewentualne uwypuklenia i pofałdowania oraz kształt brodawki sutkowej i okolice jej otoczki. Czynność należy wykonywać stojąc przed lustrem z opuszczonymi swobodnie kończynami górnymi, następnie z rękami uniesionymi do góry, kolejno z założonymi za głowę i opartymi na biodrach. Te pozycje umożliwiają dobrą obserwację piersi w zakresie zmian w ich kształcie i symetrii. Kolejnym etapem samobadania jest badanie palpacyjne, które powinno być wykonane w pozycji stojącej bądź siedzącej oraz w pozycji leżącej na plecach. W badaniu tym należy, wykonując okrężne i półkoliste ruchy, zbadać piersi oraz okolice pach i fałdów podpiersiowych [7].

Ważnym elementem w profilaktyce jest uświadamianie kobietom potrzeby niezwłocznego udania się do lekarza w sytuacji stwierdzenia w czasie samobadania jakiegokolwiek nieprawidłowości w budowie piersi [8,9]. Jeśli w samobadaniu nie stwierdza się niepokojących zmian w piersiach konieczne jest również, raz w roku poddanie się badaniu przez lekarza specjalistę: ginekologa, onkologa, lekarza pierwszego kontaktu lub chirurga [5,10].

Samobadanie piersi określane również, jako nieinwazyjny test przesiewowy jest uważane za mało skuteczne w diagnozowaniu raka piersi i zmniejszaniu umieralności z powodu tej choroby, jednak sam fakt regularnego samobadania jest przejawem dbałości kobiet o zdrowie własne. Pozwala także na szybsze postawienie diagnozy, a tym samym zwiększa skuteczność leczenia w sytuacji wystąpienia choroby [3,8]. Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia samobadania i badania lekarskiego piersi nie rekomendują jako metody skriningu [4].

American Cancer Society (ACS) zaleca kobietom od 40 roku życia regularne wizyty u lekarza, podczas których powinna być dokonana indywidualna ocena ryzyka zachorowania na raka piersi i udzielane porady na temat metod wczesnego diagnozowania raka. Badanie

kliniczne piersi jest uzasadnione, ponieważ w badaniu mammograficznym niektóre wyczuwalne palpacyjnie guzki są niemożliwe do zdiagnozowania, jednak czułość i swoistość badania klinicznego piersi jest gorsza niż w badaniu mammograficznym. Specyficzność badania klinicznego piersi oceniana jest na 94% a czułość na 54-58%, natomiast specyficzność mammografii określana jest na poziomie 89-90% a czułość wynosi 63-95% [11,12]. Przyczynami małej dokładności badania klinicznego piersi mogą być, m.in.: niewłaściwa technika badania, zbyt krótki czas badania, małe doświadczenie lekarza badającego, budowa gruczołów piersiowych, umiejscowienie i przesuwalność guza nowotworowego. Nie mniej jednak przesiewowe badanie kliniczne piersi u kobiet nieobjętych programem skriningu mammograficznego, tj. po 69 roku życia i przed 40 rokiem życia może w dużym stopniu przyczynić się do wcześniejszego zdiagnozowania raka piersi [11].

Ultrasonografia piersi (USG) jest badaniem uzupełniającym w diagnozowaniu zmian patologicznych w piersiach. Zalecana jest u kobiet w przedziale wieku 20-40 lat a także u kobiet starszych i młodszych w przypadku indywidualnego zlecenia lekarskiego. Może stanowić uzupełnienie mammografii i badania klinicznego piersi. Zalecana jest kobietom, których piersi w swojej budowie mają przewagę tkanki gruczołowej oraz jest przydatna w różnicowaniu szczególnie zmian torbielowatych i litych. Jednoczesne stosowanie ultrasonografii i mammografii pozwala na osiągnięcie czułości oceny zmian patologicznych w gruczole piersiowym na poziomie 96-98% [3,4].

Najważniejsze znaczenie we wczesnej diagnostyce raka piersi ma mammografia. W Polsce pierwsza mammografia została wykonana w Instytucie Onkologii w Warszawie w 1976 roku. Od 2007 roku mammografię wprowadzono do ogólnokrajowego programu skriningu raka piersi i obejmuje kobiety w grupie wieku 50-69 lat, które nie chorowały i nie chorują na raka piersi. Badanie to składa się z dwóch etapów - podstawowego i pogłębionej diagnostyki. W pierwszym etapie badania kobieta wypełnia ankietę, która zawiera elementy wywiadu. Następnie ma wykonane po dwa zdjęcia mammograficzne każdej piersi w projekcjach skośnej i górno-dolnej, które są oceniane w kierunku obecności zmian patologicznych niezależnie przez dwóch radiologów. W sytuacji wątpliwości oceny dodatkowo dokonuje trzeci lekarz. Kobieta rejestrowana jest w Centralnym Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki SIMP. Ostatnim elementem etapu podstawowego jest wydanie wyniku badania [5]. Standardem opisu mammograficznego jest system oceny Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS) opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Radiologiczne (ACR). Celem tej oceny jest standaryzacja opisu zdjęć mammograficznych, a tym samym zapewnienie jednoznaczności w interpretacji

wyników badania. Zgodnie z systemem BIRADS funkcjonuje 7 kategorii oceny obrazu mammograficznego piersi. BIRADS 0 oznacza stwierdzenie zmian, które wymagają wykonania badań dodatkowych, ponieważ nie można jednoznacznie zinterpretować obrazu. BIRADS 1 oznacza prawidłowy wynik mammografii, BIRADS 2 określa zmiany łagodne, BIRADS 3 - zmiany prawdopodobnie łagodne, BIRADS 4 - podejrzane zmiany, BIRADS 5 - zmiany złośliwe. Natomiast kategoria BIRADS 6 nie jest wykorzystywana w badaniu skriningowym, ale jest stosowana w celu oceny zaawansowania raka piersi, ewentualnie oceny zmiany rozrostowej w drugiej lub w tej samej piersi [3,13].

W sytuacji stwierdzenia patologii lub podejrzanych zmian kobieta jest informowana o potrzebie dalszej diagnostyki i wchodzi do drugiego etapu pogłębionej diagnostyki. Otrzymuje dokumentację oraz listę zakładów opieki zdrowotnej, które realizują ten etap. Pogłębiona diagnostyka obejmuje poradę lekarską, badanie piersi przez lekarza i badania diagnostyczne (mammografia uzupełniająca, USG piersi, biopsja cienkoigłowa celowana), które pozwolą na ostateczne postawienie rozpoznania. Atutem mammografii są: mała inwazyjność, bezbolesność i dostępność [5,14].

Skrining mammograficzny jest dobrą metodą wykrywania raka piersi, ale tylko pod warunkiem objęcia nim dużej części populacji, szczególnie zagrożonej wystąpieniem raka piersi, wykonywania badania zgodnie z wytycznymi a także monitorowania, jakości i skuteczności mammografii. Badania mammograficzne powinny realizować specjalistyczne ośrodki wykonujące, co najmniej 2000 badań rocznie [13].

Przed 40 rokiem życia u kobiet, u których nie występują objawy, które mogą świadczyć o rozroście nowotworowym i żadne dodatkowe czynniki ryzyka zaleca się wykonywanie samobadania piersi raz w miesiącu, wykonywanie w odstępach trzyletnich lekarskich badań kontrolnych, ale nie zaleca się mammografii (tab. 1).

Tab. 1. Zalecenia dotyczące badań profilaktycznych u kobiet, u których nie występują dodatkowe czynniki ryzyka i objawy raka piersi [13]

Wiek w latach	Samobadanie	Badania lekarskie	Mammografia (MMG)
20-39	raz w miesiącu	raz na 3 lata	nie
40-49	raz w miesiącu	raz w roku	nie*
50-69	raz w miesiącu	raz w roku	raz na 2 lata
70 i powyżej	raz w miesiącu	raz w roku	nie*

* Decyzja o wykonaniu MMG powinna być podejmowana indywidualnie

U kobiet w wieku 40-49 lat oraz w wieku 70 lat i więcej wskazane jest regularne wykonywanie samobadania piersi oraz coroczne badanie lekarskie. Natomiast decyzja o wykonaniu mammografii powinna być podjęta indywidualnie, poprzedzona zebraniem wywiadu na temat chorób nowotworowych w rodzinie pacjentki oraz obecności czynników ryzyka i aktualnych objawów chorobowych u badanej osoby. W przedziale wieku 50-69 lat kobiety powinny raz w roku mieć wykonane badanie lekarskie, a mammografię co dwa lata [13].

Zakres procedur wykonywanych u kobiet należących do grupy wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi jest wdrażany już od 18-tego roku życia a badania wykonywane są z większą częstością. Regularne, comiesięczne samobadanie piersi zaleca się wykonywać już od 18-tego roku życia. Od 25-tego roku życia bądź, od w wieku poniżej 10 lat najwcześniejszego zachorowania na raka piersi w rodzinie, kobieta powinna, co 6 miesięcy mieć wykonane badanie piersi przez lekarza oraz badania obrazowe. Rezonans magnetyczny piersi (MR) powinny wykonywać kobiety z tej grupy, kobiety poniżej 30-tego roku życia, bądź w sytuacji wątpliwego wyniku mammografii. Natomiast mammografię na przemian z rezonansem magnetycznym zaleca się u kobiet powyżej 30 roku życia, przy czym USG piersi, jako badanie uzupełniające, powinno być wykonywane co 12 miesięcy. Należy pamiętać, że u kobiet w wieku poniżej 30 lat, u których stwierdzono mutacje w genach BRCA zaleca się wykonywanie rezonansu magnetycznego ze względu na niemal 2-krotnie zwiększone ryzyko zachorowania na raka piersi z powodu wykonywania mammografii. Jako metodę pierwotnej profilaktyki raka piersi w grupie kobiet wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka zachorowania zaleca się kobietom w przedziale wieku 40-50 lat profilaktyczną amputację piersi. Takie postępowanie może zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka piersi o 90-95% [13,15].

Mammografia pozwala na wczesne wykrywanie raka piersi i zwiększa szansę na wyleczenie kobiety. Wyniki badań świadczą, że może obniżyć ryzyko umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi o 15-35% [14]. W Polsce problemem w profilaktyce raka piersi jest stosunkowo mała zgłaszalność kobiet na mammografię. W 2006 roku badanie to miało wykonane zaledwie 23,37% kobiet z całej populacji kobiet objętych programem. Jednak na przestrzeni ostatnich kilku lat można zaobserwować systematyczną poprawę zgłaszalności kobiet na to badanie (tab. 2).

Tab. 2. Zestawienie wykonywania mammografii latach 2006-2014 w ramach programu profilaktyki raka piersi [16]

Rok	Liczba mammografii (n)	Procentowe objęcie populacji (%)
2006	572660	23,37
2007	934412	39,37
2008	753576	31,05
2009	891273	35,97
2010	985391	39,07
2011	1119991	43,74
2012	1115850	42,92
2013	1141423	43,30
2014	1178199	44,16

Po pierwszym roku funkcjonowania programu, tj. w 2007 roku mammografię wykonano u 39,37% kobiet w grupie wieku 50-69 lat, ale już w 2008 roku odsetek kobiet, u których wykonano to badanie obniżył się do 31,05%. W kolejnym - 2009 roku 35,97% kobiet objętych programem zgłosiło się na badanie mammograficzne. W następnych latach 2010-2011 nastąpił wzrost liczby kobiet w przedziale wieku 50-69 lat, które skorzystały z programu. W roku 2012 odsetek kobiet, u których wykonano mammografię uległ obniżeniu w porównaniu do roku poprzedniego (42,92% vs 43,74%). W latach 2013 i 2014 zaobserwowano niewielką poprawę zgłaszalności kobiet na badanie skriningowe piersi – 43,30% i 44,16% (tab. 2).

W 2014 roku sytuacja w poszczególnych województwach pod względem udziału kobiet w wieku 50-69 lat w badaniach mammograficznych była zróżnicowana. Najlepsza zgłaszalność kobiet objętych programem była w województwie lubuskim - 53,62%, następnie w województwach: lubelskim - 53,20%, wielkopolskim - 53,39% i zachodniopomorskim – 49,50%. Najniższa zgłaszalność miała miejsce w województwach: małopolskim – 35,44%, świętokrzyskim – 39,45% i śląskim – 41,11% (tab. 3) [16].

Tab. 3. Udział kobiet w wieku 50-69 lat w programie badań mammograficznych w 2014 roku z podziałem na poszczególne województwa [16]

Województwo	Populacja	Profilaktyka raka piersi	
	Liczba (n)	Liczba (n)	Procent (%)
Dolnośląskie	216 644	96 183	44,40
Kujawsko -Pomorskie	146 628	56 928	48,82
Lubelskie	145 856	77 601	53,20
Lubuskie	72 691	38 979	53,62
Łódzkie	189 297	82 812	43,75
Małopolskie	212 809	75 418	35,44
Mazowieckie	363 411	153 691	42,29
Opolskie	68 876	28 367	41,19
Podkarpackie	134 018	57 761	43,10
Podlaskie	78 219	37 196	47,55
Pomorskie	152 655	71 597	46,90
Śląskie	337 268	138 643	41,11
Świętokrzyskie	88 701	34 990	39,45
Warmińsko-Mazurskie	98 107	43 902	44,75
Wielkopolskie	236 639	121 612	51,39
Zachodniopomorskie	126 300	62 519	49,50
Polska	2 668 119	1 178 199	44,16

Dane uzyskane z Sytemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z raportu objęcia populacji Programem Profilaktyki Raka Piersi i przekazane przez COK [16].

W zestawieniu przedstawionym w tabeli 3 nie uwzględniono mammografii wykonywanej kobietom w prywatnych zakładach, co może wskazywać, że programem profilaktyki raka piersi objęto większy odsetek kobiet w przedziale wieku 50-69 lat niż to wynika z powyższego zestawienia. Eksperti Unii Europejskiej rekomendują poziom zgłaszalności na badania przesiewowe powyżej 75% [17].

Badania przesiewowe w dużym stopniu przyczyniają się do zdiagnozowania raka piersi w stadium przedinwazyjnym. W tabeli 4 przedstawiono dane liczbowe określające efekty badań przeprowadzonych w Polsce w latach 2006-2012.

Tab. 4. Osiągnięte wyniki z realizacji badań skryningowych w ramach programu wczesnego wykrywania raka piersi (kobiety w przedziale wieku 50-69 lat) [18]

Rok	Liczba zdiagnozowanych raków piersi	Liczba zdiagnozowanych łagodnych zmian w piersi	Liczba podejrzeń raka piersi
2006	1 558	78 239	52 620
2007	1 762	189 922	10 573
2008	1 474	176 479	6 104
2009	2 658	224 253	5 347
2010	4 810	245 648	4 952
2011	3 240	304 425	5 376
2012	5 152	336 762	4 567

Szacuje się, że znaczny odsetek (3-30%) wyników badania mammograficznego stanowią wyniki błędnie ujemne. Ich przyczyną mogą być, m.in. niewłaściwie uwidocznione zmiany w obrazie rentgenowskim z powodu zbyt gęstego utkania gruczołu piersiowego, niewłaściwego ułożenia piersi na płycie, czy niedostosowania parametrów technicznych aparatu do indywidualnej sytuacji diagnostycznej kobiety [3,17,19].

Mammografia jest bardzo dobrą metodą diagnostyczną pozwalającą na wykrycie zmian przedklinicznych, stosowaną w badaniu piersi w budowie, których przeważa tkanka tłuszczowa. Badanie to pozwala nie tylko na wykrycie patologii, ale również na określenie charakteru zmian w piersiach. Należy podkreślić, że jest to jedyne badanie skryningowe o potwierdzonym wpływie na obniżenie umieralności z powodu raka piersi [19].

Na podstawie aktualnego piśmiennictwa można stwierdzić, że istotne znaczenie dla życia kobiety ma wczesne zdiagnozowanie choroby nowotworowej. Efekty leczenia raka piersi u kobiet w Polsce są znacznie gorsze niż w wielu krajach Europy. Przyczyną takiego stanu może być m.in. niewłaściwa profilaktyka oraz opóźnienia w rozpoznaniu nowotworu [20]. Obecnie w Polsce profilaktyka wtórna, mająca na celu jak najwcześniejsze zdiagnozowanie raka piersi jest realizowana w oparciu o Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) [16]. W ramach programu prowadzony jest Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, którego celem jest sprawna realizacja profilaktyki tego nowotworu. Centralny Ośrodek Koordynacji i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące zarządzają wykonywaniem i czuwają nad skuteczną realizacją Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Monitorowanie i ewaluacja programu jest prowadzona

za pomocą Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), który jest nadzorowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia [16]. W ramach realizacji programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi podejmowane są działania na rzecz poprawy zgłaszalności kobiet na badania skiriningowe, wysyłka zaproszeń imiennych na mammografię, kontrola jakości wykonanych mammografii, w tym ocena kliniczna zdjęć wykonywanych w czasie mammografii oraz organizowane są szkolenia specjalistyczne dla osób wykonujących skriningi. Kontrola jakości badań mammograficznych w 2014 roku została przeprowadzona na podstawie oceny jakości zdjęć mammograficznych wykonanych na wszystkich aparatach, które biorą udział w programie. Kontrolą objęto 202 systemy mammografii analogowej, 61 systemów mammografii cyfrowej oraz 117 systemów mammografii ucyfrowionej. W przypadku wszystkich systemów mammografii uzyskano akceptowalne wyniki badań powyżej 93%, tj. w przypadku mammografii ucyfrowionej 93,2%, mammografii analogowej 96,8%, mammografii cyfrowej 98,4%. Ogółem 95,5% pracowni mammograficznych uzyskało akceptowalny poziom jakości. W 2014 roku w porównaniu do dwóch lat poprzednich stwierdzono wzrost jakości badań mammograficznych w grupie pracowni wykonujących badania przesiewowe [16,21].

4. Dyskusja

Współcześnie nowotwory złośliwe stanowią duży problem zdrowia publicznego. Zapadalność na raka piersi wzrasta na całym świecie, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i w krajach rozwijających się, w których była jeszcze do niedawna uważana za niską [22,23]. W tej sytuacji epidemiologicznej istotne znaczenie ma profilaktyka.

Celem profilaktyki pierwotnej jest zapobieganie powstawaniu nowotworom, a istotą prowadzenie prozdrowotnego trybu życia. W profilaktyce raka piersi styl życia polega, m.in. na ograniczeniu narażenia na stres i umiejętności radzenia sobie ze stresem, utrzymaniu aktywności fizycznej, stosowaniu zbilansowanej diety. W swoich badaniach Szkiela i wsp. potwierdzili zależność między regularną aktywnością fizyczną a występowaniem raka piersi. U kobiet ćwiczących regularnie zmniejsza się o około 30-40% ryzyko zachorowania na raka piersi w porównaniu do kobiet o malej aktywności fizycznej [13]. Należy zwrócić szczególną uwagę na te elementy profilaktyki, które można zastosować w każdym wieku.

Badania polecane najczęściej w celu wczesnego wykrycia raka piersi, to: samobadanie piersi, mammografia i badanie USG [24]. Skrining mammograficzny powinien wykrywać

chorobę w takim okresie, gdy jeszcze nie występują jej symptomy i obejmuje tą część populacji, w której stwierdza się największe ryzyko zachorowania.

Z badań wielu autorów wynika, że w Polsce kobiety najczęściej wykonują samobadanie piersi i mammografię. W badaniach Bul i Kurpas 96,25% kobiet zadeklarowało, że potrafią wykonać samobadanie piersi, ale już tylko 21,25% respondentek, badanie to wykonywało regularnie [25]. Zadarko-Domaradzka i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród pielęgniarek i nauczycielek dowiedli, że zaledwie 26,3% kobiet, co miesiąc regularnie przeprowadzało samobadanie piersi. W tych samych badaniach wykazano, że mammografię miało wykonaną zaledwie 23,5% kobiet. W grupie badanych w wieku 50 lat i powyżej mammografii poddało się 56% respondentek [24]. W badaniach Najdyhor i wsp. 64% respondentek zadeklarowało, że wykonuje samobadanie piersi. W tych samych badaniach 68% kobiet stwierdziło, iż nie skorzystało z mammografii, pomimo otrzymania imiennego zaproszenia na to badanie. W badaniach Najdyhor i wsp. wykazano, że najistotniejszym powodem niepodejmowania działań profilaktycznych przez kobiety był brak wiedzy na temat znaczenia tych zachowań a przeszkodą w wykonaniu mammografii był lęk przed rozpoznaniem choroby nowotworowej [26]. Natomiast najczęstszym powodem wykonywania mammografii według Dziubak i wsp. była dbałość kobiet o zdrowie (70%). Z tej grupy niemal połowa badanych (47,1%) miała wykonaną mammografię w ramach programu profilaktycznego, a 22,8% kobiet pod wpływem informacji podawanych przez mass-media. Znacznie mniej osób zgłosiło się na mammografię z innych powodów, tj.: rozpoznanie raka piersi u znajomych (8,6%), wystąpienia niepokojących objawów (7,1%), z powodu choroby w rodzinie (5,7%), na zlecenie lekarza (20,0%) [27].

W badaniach Koper i wsp. stwierdzono, że 48,0% respondentek nie brało udziału w badaniach profilaktycznych. Ponad połowa badanych – 52,0% prawidłowo określiło przedział wieku będący wskazaniem do wykonania mammografii, a 44,0% kobiet wiedziało z jaką częstością to badanie należy wykonać. Warto podkreślić, że zdecydowana większość respondentek – 88,0% wykonywało samobadanie piersi, z czego 49,0% przyznało, że wykonuje to badanie systematycznie, raz w miesiącu [28].

Z badań Głównego Urzędu Statystycznego, które przeprowadzono pod koniec 2014 roku wynika, że mammografia jest coraz bardziej powszechnym badaniem przesiewowym. W ciągu ostatnich pięciu lat częstość wykonywania tego badania wzrosła o niemal 7 punktów procentowych. Przynajmniej raz w swoim życiu mammografię miało wykonaną ponad 47,0% dorosłych kobiet. Najczęściej to badanie przebyły kobiety będące w przedziale wieku 50-69 lat oraz przez niemal połowę kobiet z innych grup wieku. Około 70,0% kobiet wykonało

mammografię jako badanie kontrolne, w tym 41,0% skorzystało z bezpłatnego programu badań mammograficznych, natomiast 28,0% kobiet decyzję o badaniu podjęło samodzielnie. Zaledwie, co czwarte badanie mammograficzne było zlecone przez lekarza [29].

W badaniach Bojakowskiej i wsp. oceniających skuteczność populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi w Polsce w grupie kobiet w wieku 50-69 lat dowiedziono, że w latach 2010-2012 wzrosło zainteresowanie programem z 33,68% populacji w 2010 roku do 42,45% kobiet w 2012 roku. Sytuacja ta jednak nie jest wystarczająca dla zmniejszenia umieralności z powodu raka piersi [30]. Aby było widoczne zmniejszenie umieralności kobiet z powodu raka piersi, zgłaszalność na takie badania powinna wynosić nie mniej niż 70,0% [17].

W swoich badaniach Khakbazan i wsp. wykazali wpływ wielu czynników na sytuację epidemiologiczną w zakresie raka piersi u kobiet. Zwrócili uwagę m.in.: na interakcje społeczne i emocjonalne oraz postulowali wdrażanie programów edukacyjnych mających na celu poprawę wiedzy społeczeństwa dotyczącej wczesnego rozpoznawania raka piersi [31]. Na konieczność wdrożenia programu edukacyjnego z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych, szczególnie wśród młodych kobiet wskazują również wyniki badań uzyskane przez Adamowicza i wsp. W badaniach tych ogólny poziom wiedzy na temat zapobiegania chorobom nowotworowym był niski szczególnie u młodych pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi i zależał od wykształcenia oraz miejsca zamieszkania ankietowanych [32]. Najdyhor i wsp. podkreślili, że ważne jest podniesienie poziomu świadomości kobiet w zakresie konieczności udziału w badaniach profilaktycznych i systematycznego wykonywania samobadania piersi [26].

Badania Kaczmarek-Borowskiej i wsp. wykazały, że najistotniejsze znaczenie w edukacji prozdrowotnej kobiet w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi mają media. Ponadto kobiety zamieszkałe na terenach wiejskich miały niewystarczającą wiedzę na temat raka piersi a poziom tej wiedzy nie zależał od wykształcenia i wieku badanych [33]. Kubiak w swoich badaniach stwierdził, że kobiety najczęściej dowiadywały się o mammografii z indywidualnych zaproszeń a w następnej kolejności z akcji prozdrowotnych od lekarzy i pielęgniarek oraz ze środków masowego przekazu [21]. W badaniach Bul i Kurpas aż 80% respondentek było zdania, iż lekarz rodzinny nie informował ich o możliwościach przeprowadzenia badań profilaktycznych w kierunku nowotworów piersi [25].

Duże znaczenie dla profilaktyki i wczesnej diagnostyki raka piersi mają inicjatywy i akcje medialne, które powodują wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Członkinie Stowarzyszenia Amazonek uczą, jak wcześniej wykrywać raka piersi i gdzie należy szukać

profesjonalnej diagnostyki. W społeczeństwie polskim w dalszym ciągu obserwuje się zachowania świadczące o pewnej kancerofobii. Zdarzają się przypadki, gdy pacjent swoim zachowaniem zaprzecza podejrzeniom lekarza o chorobę nowotworową i odmawia poddania się dalszym badaniom, czy leczeniu.

W Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 zaproponowano, między innymi działania mające na celu zwiększenie udziału kobiet w przesiewowych badaniach mammograficznych, systematyczne doskonalenie kontroli jakości mammografii [34]. W programie przewidziano także działania o charakterze informacyjno – edukacyjnym w celu wzmocnienia czujności onkologicznej kadry medycznej, w tym lekarzy rodzinnych oraz zacieśnianie współpracy ośrodków onkologicznych z samorządami i organizacjami pozarządowymi zaangażowanymi w promowanie zdrowia.

Wnioski

Konieczne jest modyfikowanie programów profilaktycznych, których skuteczność stanowi o poziomie osłabienia czynników ryzyka i wzmocnieniu czynników chroniących. Skuteczne promowanie wielorakich zachowań prozdrowotnych zmniejszających ryzyko zachorowania na raka piersi, głównie konieczności systematycznego samobadania piersi, poddawania się badaniom lekarskim i badaniom przesiewowym jest korzystnym następstwem wykrywania choroby we wczesnych jej stadiach, wydłużania lat życia w chorobie i w zdrowiu, obniżania śmiertelności i podwyższania nakładów finansowych na leczenie, rehabilitację i opiekę.

Jednym z najważniejszych elementów w profilaktyce jest podnoszenie świadomości kobiet w zakresie konieczności udziału w badaniach przesiewowych poprzez przekonywanie ich o znaczeniu mammografii we wczesnym diagnozowaniu raka piersi i o istocie choroby. Edukacja zdrowotna prowadzona od najmłodszych lat życia buduje kulturę zdrowia, a ważne to jest ze względu na to, że im wyższa grupa wieku, tym większa jest grupa czynników podwyższonego ryzyka.

Konieczne jest wprowadzanie nowoczesnych i skutecznych metod edukacji zdrowotnej, gdyż wysoka jakość programów nauczania, zarówno w sferze treści, jak i form ich przekazywania są efektywne w motywowaniu kobiet do samoopieki, świadomego korzystania z dostępnych badań profilaktycznych i ochrony członków własnej rodziny.

Piśmiennictwo

1. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J.T. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(2): 166–171.
2. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 716-726.
3. Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M., Jakiel G. Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Przegląd Menopauzalny* 2012; 4: 343–347.
4. Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. W: Kornafel J. (red.). *Rak piersi.* Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011: 5-13.
5. <http://www.profilaktykapiersi.coi.waw.pl> - dostęp z dnia 01.07.2017r.
6. Bednarczyk A., Lewicka S., Czeczulewska E. Nowotwór piersi u kobiet. *Opieka onkologiczna* 2014, 3; 2015, 1 (4): 13-18.
7. Murawa D., Dyzman-Sroka A., Kycler W., Lamch K., Kubiak A., Jędrzejczak A., Trojanowski M., Szczepański Ł. *ABC Raka Piersi.* Wielkopolskie Centrum Onkologii; Poznań 2010.
8. Smith RA., Cokkinides V., Eyre HJ., American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006; 56 (1): 11-25.
9. Smith RA., Saslow D., Sawyer KA., Burke W., Costanza ME., Evans WP 3rd, et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin* 2003; 53(3): 141–169.
10. Hoffman B., Koper K. Profilaktyka chorób nowotworowych. W: Koper A. (red.). *Pielęgniarstwo onkologiczne.* PZWL, Warszawa 2011: 64-75.
11. McDonald S., Saslow D., Alciati MH. Performance and Reporting of Clinical Breast Examination: A Review of the Literature *CA Cancer J Clin* 2004; 54 (6): 345–361.
12. Kerlikowske K., Smith-Bindman R., Ljung B.M., Grady D. Evaluation of abnormal mammography results and palpable breast abnormalities. *Ann Intern Med.* 2003; 139(4): 274-284.
13. Szkiela M., Worach-Kardas H., Marcinkowski JT. Nowotwór złośliwy piersi – epidemiologia, czynniki ryzyka, znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej, *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(2): 292-302.
14. Jassem J., Krzakowski M. (red.). *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy,* wydanie 2. Via Medica, Gdańsk 2013.

15. Flippo-Morton T, Walsh K, Chambers K, Amacker-North L, White B, Sarantou T, et al. Surgical Decision Making in the BRCA-Positive Population: Institutional Experience and Comparison with Recent Literature. *Breast J.* 2016 Jan-Feb; 22(1): 35-44.
16. <http://www.nfz.gov.pl> - dostęp z dnia 09.07.2017r.
17. Jakubowska-Najnigier M., Najnigier B. Rola badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów. *Medyczne Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie* 2014, 2: 55-66.
18. Meder J. Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku; Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. W: Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski, J. (red.). *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, Warszawa 2014: 50-101.
19. Wesołowska E. Badania przesiewowe w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi. W: Meder J. (red.). *Podstawy onkologii klinicznej*. CMKP, Warszawa 2011: 17-20.
20. Kołłątaj W., Karwat I.D., Kołłątaj B., Pieciewicz-Szczęśna H., Sowa M. Profilaktyka nowotworów u kobiet w Polsce. Sukces czy niepowodzenie? Opinie pacjentów, lekarzy i instytucji odpowiedzialnych za stan zdrowia – metaanaliza. *Journal of Education, Health and Sport* 2016, Vol 6, No 6: 318-328.
21. Kubiak A., Jędrzejczak A., Trojanowski M., Dyzmann-Sroka A. Źródła informacji o mammografii profilaktycznej, *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91 (supl. 1): k-53.
22. Parkin DM, Fernández LM. Use of statistics to assess the global burden of breast cancer. *Breast J* 2006; 12 (Suppl.1): S70-S80.
23. El Saghir NS, Anderson BO. Breast cancer early detection and resources: Where in the world do we start? *The Breast* 2012; 21: 423-425.
24. Zadarko-Domadzka M., Tłałka E., Sobolewski M. Realizacja zaleceń profilaktyki nowotworowej przez kobiety aktywne zawodowo, *Zdrowie Publiczne* 2011, 121 (3): 267-271.
25. Bul P., Kurpas D. Profilaktyka nowotworów piersi i szyjki macicy u kobiet. *Puls Uczelni* 2015, (9) 3: 23-25.
26. Najdyhor E., Krajewska-Kułąk E., Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekol Pol.* 2013, 84 (2): 116-125.
27. Dziubak M., Morawska S., Kolarczyk Z., Madetko R. Znajomość profilaktyki kobiecych chorób nowotworowych a zachowania prozdrowotne kobiet. W: Cipora E.,

- Bednarek A. (red.). Profilaktyka, epidemiologia i opieka w chorobach nowotworowych. PWSZ im. J. Grodka w Sanoku, Sanok 2010: 15-26.
28. Koper A., Kalisz Z., Mierzwa T., Kuczyńska L. Znaczenie profilaktyki raka piersi w opinii kobiet wiejskich w woj. kujawsko-pomorskim. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91 (supl. 1): k-54-55.
 29. <http://stat.gov.pl> - dostęp z dnia 09.07.2017r.
 30. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M.E. Ocena skuteczności Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi wśród kobiet w Polsce. *Pielęgniarstwo Polskie* 2013, 1(47): 18-22.
 31. Khakbazan Z., Taghipour A., Latifnejad Roudsari R., Mohammadi E. Help seeking behavior of women with self-discovered breast cancer symptoms: a meta-ethnographic synthesis of patient delay. *PLoS One*. 2014; 9 (12), e110262.
 32. Adamowicz K., Zaucha J.M., Majkowicz M. Ocena wiedzy pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2011; 61 (5): 449-456.
 33. Karczmarek-Borowska B., Strykowska A., Grądalska-Lampart M., Grybel M. Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów* 2013, 3: 298-310.
 34. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024. *Monitor Polski*, 2015 poz. 1165. Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015r.