

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

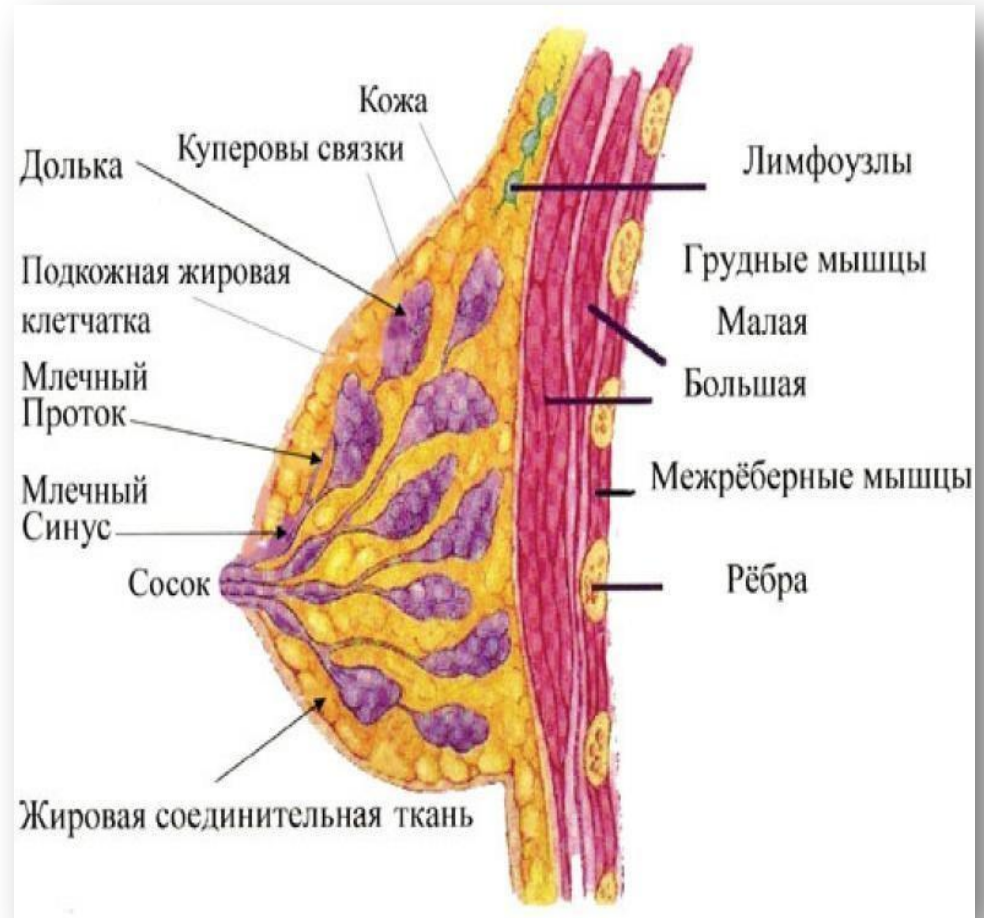
**Особенности организма пациентов с
онкопатологией молочной железы.
Функциональное состояние больного.
Компенсация соматических расстройств.**

Выполнил: 7 курс интерн-хирург Такымай К.Б

Проверил:

Рак молочной железы

- Рак молочной железы — злокачественное новообразование,
- развивающееся из клеток эпителия протоков и/или долек паренхимы железы.



Этиология. Генетические факторы. Доказана наследственная предрасположенность к раку молочной железы. Исходя из этого, выделяют:

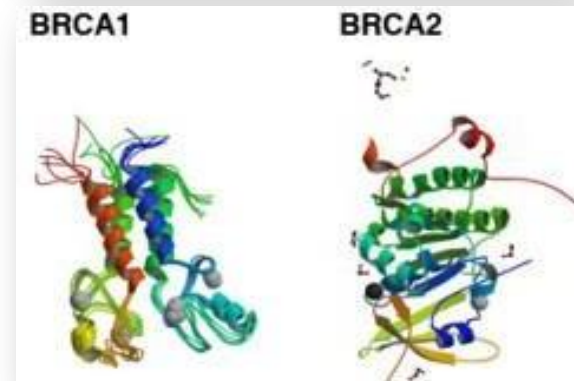
- Генетическое предрасположение к раку в результате наличия мутаций генов BRCA1/BRCA2 (около 9%). Ген BRCA1 и BRCA2 – это часть ДНК человека. Его изменение повышает риск развития злокачественных новообразований молочной железы и яичников у женщин, предстательной и грудной желез у мужчин. Отмечают случаи рака молочной железы у кровных родственников, а также ассоциированный рак (первичная множественность — поражение яичников, толстой кишки).

Этиология. Гормональное влияние

- Гормоны играют важную роль в развитии и функционировании молочной железы. Развитие ткани молочной железы начинается с появлением менструального цикла, а окончательная дифференцировка ткани происходит во время беременности, поэтому считают, что между этими событиями воздействие на ткань железы различных факторов (радиация, эстрогены) может оказывать наиболее повреждающее действие.
- Применение заместительной гормонотерапии с целью лечения патологического климакса и остеопороза также привело к увеличению риска развития рака молочной железы.

Этиология. Наиболее важные факторы

- женский пол;
- раннее менархе (до 12 лет);
- позднее наступление менопаузы (после 55 лет);
- поздние первые роды (после 30 лет) и нерожавшие женщины;
- возраст старше 50 лет;
- Атипическая (*не характерная*) гиперплазия ткани молочной железы;
- наличие семейного рака молочной железы (особенно рака у прямых родственниц в пременопаузе);
- мутации генов BRCA-1, BRCA-2;
- рак молочной железы в анамнезе.



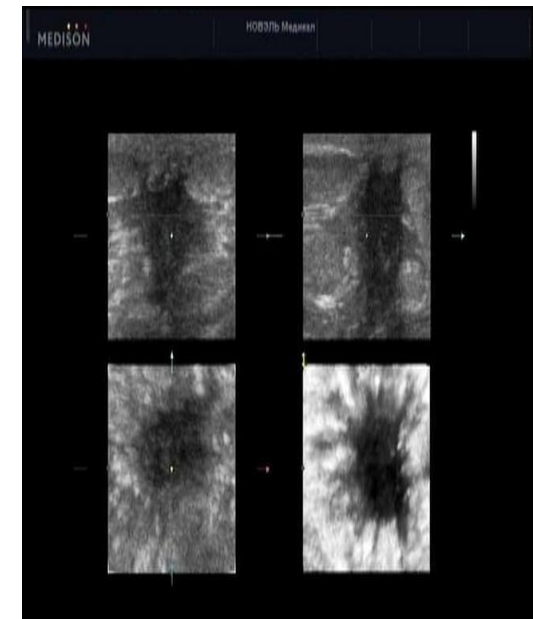
Клиническая картина. Узловая форма.

- Локальный рост в виде узла встречаются наиболее часто. Пальпаторно выявляют плотное, округлое, бугристое безболезненное образование с нечёткими контурами, нередко ограниченно подвижное из-за инфильтрации окружающих тканей. В случае расположения под соском и малых размерах опухоли первыми симптомами могут быть отклонение соска в сторону, его фиксация или втяжение. Иногда над опухолевым узлом происходит фиксация кожи (симптом площадки) или её втяжение (симптом умбиликации).
- Указанные явления происходят за счёт вовлечения в процесс связок Купера. Лимфатический отёк кожи («лимонная корка») — поздний симптом заболевания.



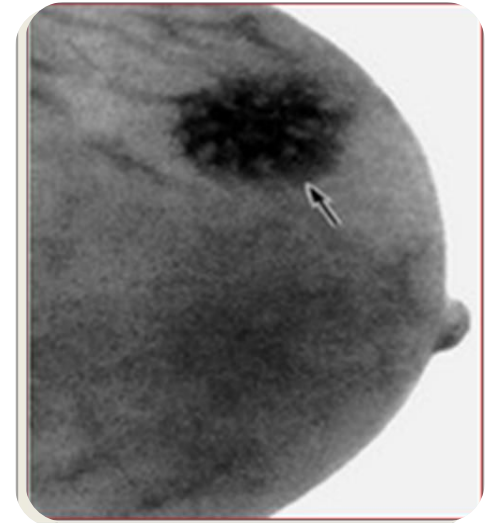
Клиническая картина

- Увеличение или уплотнение подмышечных лимфатических узлов даже при
- небольшой подвижной опухоли с чёткими контурами должно вызвать подозрение на рак молочной железы.
- При **УЗИ** характерно превышение высоты образования над шириной, неровные края, наличие акустической тени,
- неоднородная внутренняя структура.



Клиническая картина

- При маммографии выявляют солидное образование с неровными, лучистыми (спикулообразными) краями, часто содержащее микрокальцинаты. Можно определять «дорожку» к соску или грудной мышце, инфильтрацию кожи, увеличенные подмышечные лимфатические узлы повышенной плотности и округлой формы. Выявление скоплений микрокальцинатов по ходу протоков к соску может свидетельствовать о продолженном внутрипротоковом росте опухоли.



Клиническая картина. Отечная форма

- Отечная форма рака грудной железы — это одна из разновидностей диффузной опухоли, которая отмечается в 2-5% случаев всех раковых опухолей молочных желез. Отечная форма отличается неблагоприятным прогнозом: выжить на протяжении пяти лет удастся лишь 15-50% больных.



Клиническая картина. Отечная форма

- Выделяют первичный и вторичный вариант отечной формы. Для заболевания характерно стремительное клиническое развитие, когда уже на начальных этапах наблюдается значительное увеличение размеров и отечность пораженной железы, покраснение кожных покровов и типичная «лимонная корка». Местно повышается температура, грудь уплотняется. В первичном варианте патологии отсутствует четкий пальпируемый раковый узел, который ярко выражен при вторичном течении.
- После того как в железе начинается отечная стадия, рак принимает агрессивный характер и стремительно развивается, отдавая массовые метастазы.

Рожистоподобный рак

- Эту форму рака молочной железы сопровождает выраженная гиперемия кожи с неровными языкообразными краями, внешне напоминающими рожистое воспаление. Гиперемия может распространяться на грудную стенку. Чаше всего заболевание протекает остро, с высокой (до 40 °С) температурой тела. Течение злокачественное, опухоль быстро метастазирует в лимфатические узлы и отдалённые органы.
- УЗИ и маммография малоэффективны. Данные УЗИ могут быть интерпретированы как характерные и для воспалительного процесса, а маммография затруднена в связи с невозможностью проведения полноценной компрессии железы. При дифференциальной диагностике с воспалительными заболеваниями молочной железы в любом сомнительном случае необходима биопсия ткани образования (предпочтительнее трепан-биопсия).

Рожистоподобный рак



Маститоподобная форма

- Молочная железа увеличена в объёме за счёт быстро растущей опухоли без чётких контуров. Кожа железы над опухолью покрыта розовыми пятнами (раковый лимфангит) или гиперемирована. В глубине пальпируют инфильтрат без признаков размягчения. Железа ограничена в подвижности. Часто наблюдают повышение температуры тела, хотя и не обязательно до высоких цифр. Не бывает лейкоцитоза. При тонкоигольной аспирационной биопсии — гнойного отделяемого нет или получают гнойно-геморрагическое содержимое.
- В дифференциальной диагностике наиболее эффективна сцинтимаммография. УЗИ не информативно, маммография затруднена из-за технических проблем (невозможность компрессии железы) и высокой плотности ткани.



Рак Педжета

- Локализованный рак соска и ареолы считают наиболее благоприятной формой рака молочной железы. Клинически проявляется в виде явлений мацерации (экземы) и изъязвления соска. Больных нередко длительно наблюдают дерматологи. При медицинских осмотрах наличие корочки ошибочно расценивают как высохший секрет из протоков. При прогрессирувавшем заболевании сосок разрушается и на его месте возникает язвенная поверхность.
- Довольно часто рак Педжета сочетается с инвазивной протоковой формой рака. В такой ситуации больная выявляет узел в железе, но не обращает внимания на изменения соска.
- При поражении соска и ареолы УЗИ неинформативно. При маммографии можно выявить микрокальцинаты или перестройку структуры ткани железы под соском.

Рак Педжета



Скрытый (оккультный) рак

- Первый клинический признак — увеличение поражённых метастазами подмышечных лимфатических узлов без определяемой клинически опухоли в самой железе. Зачастую больных долго лечат от лимфаденита «инфекционной» природы и они попадают к онкологу уже
- при появлении отдалённых метастазов.
- При наличии увеличения подмышечных лимфатических узлов показано проведение УЗИ и маммографии, тонкоигольной аспирационной биопсии лимфатических узлов под контролем УЗИ. Использование маммографии, КТ, МРТ, сцинтимаммографии позволяет выявить локализацию первичной опухоли. При отсутствии данных за первичную опухоль в молочной железе показано выполнение хирургической биопсии подмышечных лимфатических узлов для проведения гистологического и гистохимического анализов.

Скрытый (оккультный) рак



Диагностика

- Учитывая, что многие заболевания молочной железы имеют дисгормональный характер и тесным образом связаны с деятельностью различных органов, участвующих в выработке и метаболизме гормонов, сбор анамнеза не следует ограничивать только длительностью и характеристикой процессов в самой железе.

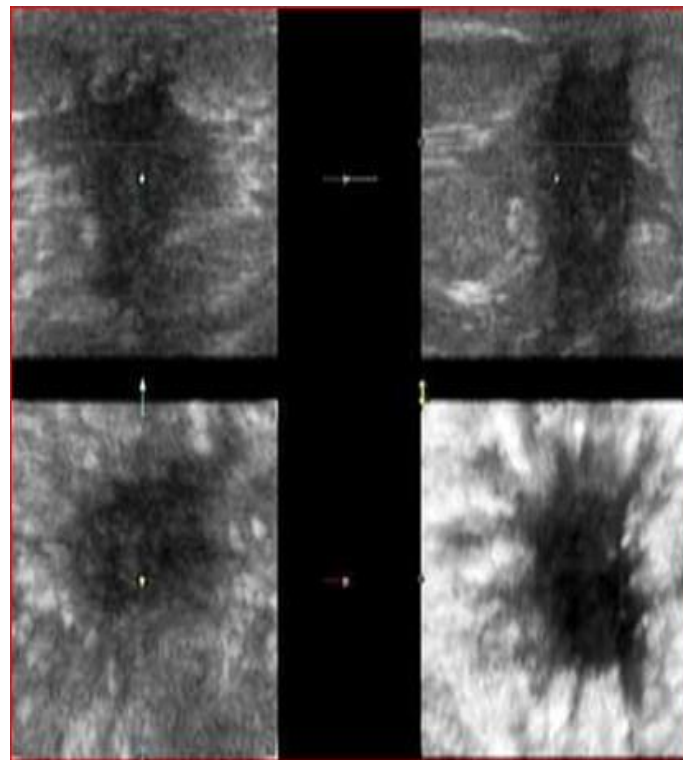


Диагностика

- При опросе необходимо выяснить:
 - наличие в семейном анамнезе рака молочной железы,
 - характер менструальной функции,
 - акушерский анамнез,
 - длительность лактации,
 - наличие заболеваний матки и яичников,
 - состояние нервной, пищеварительной систем, щитовидной железы,
 - приём гормональных препаратов.
 - оценить изменение симптомов в зависимости от фазы менструального цикла, физической нагрузки или психологических стрессов.

Диагностика. Ультразвуковое исследование

- Чувствительность метода УЗИ в диагностике заболеваний молочной железы составляет 98,4%, а специфичность — 59%.
- Его преимущества: возможность использования у молодых женщин, отсутствие вредного влияния на организм.
- Однако УЗИ не может служить методом скрининга рака, поскольку не выявляет микрокальцинаты и перестройку структуры ткани железы, характерных для рака *in situ*.



Рак молочной железы на УЗИ

Диагностика. Ультразвуковое исследование

- При наличии патологических образований оценивают края и форму, акустический эффект позади образования, внутреннюю эхоструктуру, эхогенность, эффект компрессии, отношение высоты образования к ширине. Необходимо также обследовать регионарные лимфатические узлы.



Вид новообразований на УЗИ

Диагностика. Маммография

- В интерпретации маммограмм учитывают:
- асимметрию плотности и васкуляризации (*насыщенность тканей организма, кровеносными сосудами*) симметричных участков желёз;
- нарушения архитектоники железы;
- наличие опухолевидных образований:
- локализация, размер, плотность, форма, контуры;
- наличие микрокальцинатов;
- структуру и степень развития железистой ткани с учётом возраста и гормонального статуса;
- состояние кожи, соска и ретромаммарного пространства;
- наличие патологически изменённых
- лимфатических узлов.

Диагностика. Маммография

- Наиболее частая находка — микрокальцинаты и округлые образования различной плотности (чаще кисты, реже — солидные опухоли). Локальное скопление обызвествлений наиболее характерно для рака *in situ*, в то время как округлые образования и локальная перестройка структуры, асимметрия плотности и гиперваскуляризация характерны для инвазивного рака.



Основные существующие на настоящий момент виды лечения рака молочной железы

Хирургическое
лечение

Химиотерапия

Дистанционная
лучевая терапия

Интраоперационная
лучевая терапия

Гормональная
терапия

Таргетная
терапия

Комбинированная
терапия

Реконструктивная
пластическая хирургия груди

На тактику лечения и прогноз заболевания влияют:

- размер опухоли, ее локализация, особенности роста;
- генотип опухоли и экспрессия клетками опухоли определенных рецепторов, определяющие чувствительность к гормональным препаратам, химиопрепаратам и препаратам таргетной терапии;
- состояние регионарных лимфатических узлов;
- наличие метастазов в отдаленные органы и ткани.

Цель лечения

- Ликвидация определяемых и скрытых очагов опухолевого роста в организме
1. Хирургическое лечение
 2. Медикаментозное лечение
 3. Лучевая терапия

Хирургическое лечение

- основной метод лечения больных с РМЖ

I. Мастэктомия

1. Радикальная мастэктомия по Холстеду-Майеру;
2. Модифицированная (ограниченная) радикальная мастэктомия по Пейти-Дайсену;
3. Расширенная радикальная (подмышечно-грудинная) мастэктомия по Урбану-Холдену;
4. Радикальная мастэктомия по Маддену;
5. Мастэктомия по Пирогову;
6. Простая мастэктомия.

II. Органосохраняющие операции (радикальная резекция)

1. Туморэктомия (лампэктомия);
2. Резекция квадранта (квадрантэктомия).

Медикаментозное лечение

1. Химиотерапия
2. Таргентная терапия
3. Гормонотерапия

Медикаментозное лечение

Химиотерапия

Неoadъювантная химиотерапия (НАХТ) – направлена на подавление или уничтожение микрометастазов, а также уменьшение размеров первичной опухоли. Эффект НАХТ констатируют по степени резорбции опухоли и/или степени лекарственного патоморфоза.

Адъювантная химиотерапия (АХТ) - направлена на уничтожение скрытых метастазов после радикального удаления первичного очага опухоли.

Использование АХТ повышает выживаемость больных и удлиняет безрецидивный период

Таргентная терапия



Первым таргентным («target» - мишень) препаратом, разработанным в 1992г. Для лечения Her-2 позитивного РМЖ, стал трастузумаб. Препарат относится к классу моноклональных антител, которое высокоизбирательно связывается с внеклеточным доменом рецептора Her2.

Препарат вводится 1 раз в 3 нед в дозе 6 мг / кг

Стандартная продолжительность лечения составляет 1 год (17 введений).

Гормонотерапия

- В основе всех методов гормонотерапии РМЖ лежит попытка препятствовать воздействию эстрогенов, вызывающих пролиферацию клеток новообразования, на опухоль
- Источник эстрогенов в пременопаузе – яичники и андростендион;
- В менопаузе единственный источник - андрогены, синтезируемые надпочечниками

Лучевая терапия (ЛТ)

- предоперационная;
- послеоперационная;
- сочетанная.

Предоперационная ЛТ

I. Интенсивный курс

Цель: уничтожение или повреждение наиболее злокачественных клеток, находящихся на периферии опухоли и являющихся причиной местных рецидивов вследствие их рассеивания в операционной ране и отдаленных метастазов из-за травмы новообразования в ходе операции.

- *Операция – через 1-3 дня после окончания ЛТ*

II. Отсроченный курс

Цель: улучшение условий абластики и перевод из неоперабельной формы в операбельную.

Оперативное лечение – через 3-4 недели

Послеоперационная ЛТ

Проводится через 2-4 недели после лечения при:

- больших размерах первичной опухоли;
- медиальной и центральной локализация опухоли;
- мультицентрическом росте ее;
- множественных поражениях л/у;
- нерадикальности операции.

Профилактика рака молочной железы

Скрининг на рак молочной железы

Под скринингом понимают регулярное профилактическое обследование лиц с повышенным риском рака молочной железы. По результатам опроса в группу риска попадает около **20%** женщин. Однако они составляют не более **30%** от числа заболевших раком молочной железы. Таким образом, отсутствие факторов риска не может исключить возможность развития злокачественного новообразования.

Цель скрининга

выявление опухоли на ранних стадиях

Метод

Маммография

При неблагоприятном семейном анамнезе в отношении рака молочной железы маммографию рекомендуют проводить ежегодно

С 35 лет

Всем остальным женщинам (не имеющим патологических изменений на маммограммах) маммографию проводят ежегодно

С 50 лет

Женщины старше 75 лет должны самостоятельно принимать решение об участии в маммографическом скрининге, поскольку риск смерти от рака, выявленного при регулярном клиническом обследовании, в этом возрасте снижается.

> 50 лет