


МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ САХА(ЯКУТИЯ)

ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущена к защите
Зам.директора по УР

 Иванова М.Н.



ПАВЛОВА НЬУРГУЙААНА АНАТОЛЬЕВНА

**РОЛЬ САМООБСЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.02.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

Якутск 2018г.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	5
1.1.ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	5
1.2.ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	18
ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ САМООБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	35
2.1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РФ РС(Я) ДВО С 2012-2017.	35
2.2 Клиническое исследование пациентов больных раком молочной железы в ЯРОД РС(Я) для изучения роли самообследования молочной железы в ранней диагностике. .. Ошибка! Закладка не определена.	
ВЫВОДЫ:	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	51
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:.....	53

ВВЕДЕНИЕ.

Рак молочной железы занимает первое место среди злокачественных опухолей у женщин в большинстве европейских стран и в России. Анализ причин запущенности, проведенный онкологическим институтом им. П. А. Герцена, показал, что в значительной степени это связано с низкой медицинской культурой населения. При этом 42 % пациенток из этого контингента всеми способами откладывали свой визит к врачу, мотивируя это занятостью, семейными обстоятельствами, неблагоприятной ситуацией на работе и т. п., 10,9 % больных откровенно заявляли, что они боялись идти к врачу, 6,5 % – занимались самолечением, что нередко приводило к быстрому прогрессированию заболевания. Однако в 32,5 % случаев запущенность опухоли оказалась целиком на совести врачей общей лечебной сети, ввиду их низкой онкологической грамотности и отсутствия онкологической настороженности. У 51,7 % больных от момента появления первых клинических признаков РМЖ до установления диагноза проходит от 1 до 6 месяцев. География распространения РМЖ также неоднородна. Наибольший уровень заболеваемости отмечен у женщин, живущих на Гавайях, в Британской Колумбии и Калифорнии. В этих районах показатель заболеваемости составляет 80–90 случаев на 100 тыс. женщин. Наименьшее число случаев приходится на Японию, где РМЖ встречается в 12–15 случаях на 100 тыс. женщин. В Восточной Европе ежегодно выявляется 40–60 случаев на 100 тыс. женщин. Неоднородно представлена заболеваемость и в различных социальных слоях. Так, по данным финских авторов, наибольший риск развития РМЖ отмечается у представительниц высокого социального класса. В Италии смертность от РМЖ в более развитых северных регионах страны более чем в 2 раза превышает таковую в южных сельских районах.

Среди административных территорий РФ самая высокая заболеваемость отмечается в Республике Северная Осетия (49,5 на 100 тыс. чел.), Санкт Петербурге (49,0), Магаданской области (48,2), Москве (46,4). Таким

образом, для жителей Санкт Петербурга и Северо Западного региона России эта проблема является особенно актуальной.

Актуальность темы.

РМЖ в структуре онкологических заболеваний женщин занимает 1 е место, составляя 20,9 %, причем заболеваемость постоянно растет. Несмотря на то, что опухоли молочной железы относятся к новообразованиям наружной локализации, а орган легко доступен для исследования, рак I–II стадии диагностируется лишь у 57,6 % пациенток, причем смертность на первом году с момента установления диагноза составляет 12,6 %. Таким образом, больные с распространенными формами рака молочной железы составляют 42,4 %. Для исхода заболевания играет большую роль выявление в ранней стадии, для этого эффективным методом является самообследование женщиной молочной железы.

Цель: Изучение роли самообследования в ранней диагностике рака молочной железы.

Задачи:

1. Ознакомиться с теоретическими основами рака молочной железы из литературных источников.
2. Изучить заболеваемость раком молочной железы по РФ и РС(Я) за 2012-2017 годы.
3. Провести клиническое исследование пациентов больных раком молочной железы в ЯРОД РС(Я) для изучения роли самообследования молочной железы в ранней диагностике.

ГЛАВА 1. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1.1.ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Определение рака молочной железы- злокачественное новообразование, развивающиеся из клеток эпителия долек и протоков паренхимы железы. Опухоль возникает вследствие накопления генетических повреждений в нормальных клетках молочной железы, индуцируемых гормональными и иммунологическими факторами .Конкретной причины появления рака молочной железы в настоящее время не установлено. Этиологию рака молочной железы принято считать многофакторной, где определенную роль играют факторы внешней среды, гормоны и генетическая предрасположенность.

Молочная железа расположена на передней поверхности грудной клетки от 3 до 7 ребра. Это сложная трубчато-альвеолярная железа (производное от эпидермиса, ее относят к железам кожи). Развитие железы и ее функциональная активность зависят от гормонов половой сферы. Во время полового созревания формируются выводные протоки, а секреторные отделы - во время беременности. Паренхима железы состоит из 15-20 отдельных сложных трубчато-альвеолярных желез (доли, или сегменты), открывающиеся выводным протоком на вершине соска. Доли (сегменты) представлены 20-40 дольками, состоящими из 10-100 альвеол каждая.

Этиология.

Влияние низкодозной радиации у пациентов в постпубертатном периоде и до менархе:при лечении воспалительных заболеваний молочной железы лучевыми методами -повторные флюорографии при лечении туберкулеза лица, находившиеся в зоне ядерного взрыва.Эстрогенная стимуляция увеличивает риск заболевания. В настоящее время считается, что оральные контрацептивы не увеличивают риск возникновения рака молочной железы

Молочная железа – это орган репродуктивной системы женщин. Поэтому среди причин возникновения рака на первом месте стоят дисгормональные нарушения, обусловленные дисфункцией яичников, надпочечников, щитовидной железы, гипоталамуса. Механизмы дисгормональных расстройств, приводящие к развитию РМЖ, пока окончательно не изучены. Однако отмечается четкая связь между заболеваемостью раком молочной железы и деторождением. Так, коренные жители Средней Азии, Забайкалья и Крайнего Севера в отличие от проживающих там русских не пользуются противозачаточными средствами, не делают абортов, рожают в более молодом возрасте, имеют больше повторных родов и длительное время кормят детей грудью. Заболеваемость РМЖ у этой категории женщин наименьшая в стране. Защитная роль лактации против РМЖ состоит в уменьшении эстрогенной активности в этот период, а также в том, что с молоком из молочной железы выводятся химические канцерогены и мутантные клетки. По данным американских авторов, женщина, родившая впервые в 18 лет, имеет втрое меньший риск заболеть РМЖ, чем женщина, впервые родившая в 35 лет. Ранняя первая беременность способствует резкому увеличению продукции одного из трех эстрогенов – эстриола, который является продуктом метаболизма эстрадиола и эстрона и тормозит канцерогенное воздействие последних. С другой стороны, поздние первые роды (после ЗСМ 0 лет) приводят к резкому повышению уровня эстрадиола, что может способствовать развитию РМЖ. С ростом числа родов в сыворотке крови снижается уровень пролактина, избыток которого может действовать на молочную железу как канцероген. Многие больные связывают появление у них в молочной железе злокачественной опухоли с различными психическими травмами, то есть с различными стрессовыми ситуациями. Это легко понять, если учесть, что такой стресс сопровождается выбросом в кровь кортикоидов, обладающих иммуносупрессивными свойствами. До 25 % женщин, страдающих РМЖ, отмечают в анамнезе механическую травму пораженной железы. Среди кровных родственников больных женщин РМЖ

встречается в 8,5 раза чаще, чем во всей популяции. Многие авторы указывают, что риск заболевания РМЖ увеличивается в 3,5 раза среди женщин, в анамнезе которых три и более аборта. Желтое тело в полной мере расцветает во время беременности. После прерывания беременности оно продолжает длительное время функционировать, вследствие чего в организме происходят изменения в гормональном балансе, сопровождающиеся преобладанием процессов пролиферации.

Клиническая картина

Злокачественные опухоли молочной железы развиваются преимущественно у женщин, хотя в небольшом числе случаев (до 1 %) возникают и у мужчин. Правая и левая молочные железы поражаются одинаково часто. Одновременное (двустороннее) поражение обеих молочных желез встречается с частотой от 1,4 % до 13 % в зависимости от формы рака (реже при узловых и чаще при диффузных опухолях).

Ранние фазы развития РМЖ в большинстве случаев протекают бессимптомно. Чаще всего опухоль выявляют случайно сами пациентки или врачи во время профилактического осмотра. К сожалению, обнаружение пальпируемой опухоли нередко свидетельствует о поздней стадии развития заболевания, когда уже имеются регионарные или отдаленные метастазы рака. В связи с этим для решения проблемы ранней диагностики злокачественных заболеваний молочной железы необходимо выделение групп риска, подлежащих более тщательному и регулярному обследованию.¹

Опухоль.

Опухоль -патологический процесс, в основе которого лежит безграничное и нерегулируемое размножение клеток с потерей их способности к дифференцировке. Наука, изучающая причины, механизмы развития, виды,

¹ Онкология. Национальное руководство. Автор:ЧиссовВ.И,ДавыдовМ.И.2014год.

морфологию и клинику опухолей, а также их последствия, называется онкологией. В отличие от всех других видов размножения клеток (при воспалении, репаративной регенерации, гипертрофии и т. п.) опухолевый рост не имеет никакого приспособительного или компенсаторного смысла. Это чисто патологический процесс, который существует столько же времени, сколько и жизнь на Земле. При этом нет такого живого организма, в котором не могла бы возникнуть опухоль. Она может развиваться у всех животных, птиц, рыб, насекомых, одноклеточных растений. Однако наиболее часто опухоли встречаются у людей, являясь второй среди основных причин смерти.²

Опухоли могут иметь разнообразную форму — либо в виде узлов различной величины и консистенции, либо диффузно, без видимых границ, прорастают в окружающие ткани. Опухолевая ткань может подвергаться некрозу, гиалинозу, обызвествлению.

Опухоль нередко разрушает сосуды, вследствие чего возникают кровотечения. Любая опухоль состоит из паренхимы (клеток) и стромы (внеклеточного матрикса, включающего строму, сосуды микроциркуляции и нервные окончания). В зависимости от преобладания паренхимы или стромы опухоль может быть мягкой или плотной. Строма и паренхима новообразования отличаются от нормальных структур тканей, из которых оно возникло. Это отличие опухоли от исходной ткани называется атипизмом или анаплазией. Различают морфологический, биохимический, иммунологический и функциональный атипизм.

² СПРАВОЧНИК ПО ОНКОЛОГИИ, под ред. В.А. Горбуновой, 2015 год.

Рост опухолей.

Рост опухолей является определяющим признаком опухоли, ибо он характеризуется беспредельностью и автономностью. Это означает, что опухоль не подвержена регулирующим влияниям организма и растет без остановки так долго, как долго будет продолжаться жизнь человека, у которого она возникла.

Различают доброкачественные и злокачественные опухоли.

Доброкачественные опухоли состоят из зрелых дифференцированных клеток и поэтому близки к исходной ткани. В них нет клеточного атипизма, но наблюдается тканевый атипизм. Например, опухоль из гладкомышечной ткани — миома состоит из пучков мышц, имеющих разную толщину, идущих в разных направлениях, образующих многочисленные завихрения, причем в одних участках больше мышечных клеток, в других — стромы. Те же изменения наблюдаются и в самой строме. Нередко в опухоли появляются очаги гиалиноза или обызвествления, что указывает на качественные изменения ее белков. Доброкачественные опухоли растут медленно, обладают экспансивным ростом, оттесняя окружающие ткани. Они не дают метастазов, не оказывают общего отрицательного влияния на организм. Вместе с тем при определенной локализации морфологически доброкачественные опухоли могут клинически протекать злокачественно. Так, доброкачественная опухоль твердой мозговой оболочки, увеличиваясь в размерах, сдавливает головной мозг, что приводит к смерти больного. Кроме того, доброкачественные опухоли могут озлокачествляться, или малигнитроваться, т. е. приобретать характер злокачественной опухоли.

Злокачественные опухоли характеризует ряд признаков: клеточный и тканевый атипизм, инфильтрирующий (инвазивный) рост, метастазирование, рецидивирование и общее влияние опухоли на организм.

Общее влияние опухоли на организм обусловлено нарушением обмена веществ вследствие необычных рефлекторных воздействий из опухоли, усиленным поглощением ею из нормальных тканей глюкозы, аминокислот, витаминов, липидов, угнетением окислительно-восстановительных процессов. У больных развиваются анемия, гипоксия, они быстро худеют вплоть до кахексии, или истощения. Этому могут способствовать вторичные изменения самой опухоли (некроз ее ткани) и интоксикация организма продуктами распада.

Причины и механизмы возникновения опухолей-онкогенез.

В настоящее время раскрыто очень много фактов, позволяющих проследить условия и механизмы возникновения опухолей, и все же пока еще нельзя считать, что точно известны причины их развития. Однако на основе данных, особенно полученных в последние годы благодаря достижениям молекулярной патологии, можно с высокой степенью вероятности говорить об этих причинах.

Причиной развития опухолей являются изменения молекулы ДНК в геноме клетки под влиянием разнообразных канцерогенов — факторов, способных вызывать генетические мутации. При этом условием, способствующим реализации действия канцерогенов, является снижение эффективности противоопухолевой защиты, осуществляющейся также на генетическом уровне — с помощью антионкогенов Р53, Rb. Выделяют 3 группы канцерогенов: химические, физические и вирусные.

С этой целью при сборе анамнеза обращают внимание на выявление следующих факторов риска:

I. Экзогенные факторы (ионизирующее излучение, контакт с химическими канцерогенами, прием иммунодепрессантов и некоторых гормональных препаратов, избыточное употребление в пищу животных жиров и высококалорийная диета, курение).

II. Эндогенные факторы:

1. Генетические (РМЖ у кровных родственников, наследуемые синдромы).

2. Нарушения репродуктивной системы (менструальной, половой, детородной, лактационной функций, гиперпластические и воспалительные заболевания яичников и матки):

- нарушения менструальной функции – раннее (до 12 лет) начало менструаций, их нерегулярность, альгополименорея, позднее (после 55 лет) наступление менопаузы;

- нерегулярность и позднее начало половой жизни;

- кратковременное кормление грудью;

- поздние первые роды (после 30 лет) или отсутствие родов в анамнезе, первичное, вторичное бесплодие;

- заболевания женской половой сферы, протекающие с нарушениями гормонального фона (отсутствие оргазма, фригидность).

3. Эндокринно метаболические факторы (гипотиреоз, ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет пожилых, атеросклероз, заболевания печени).

4. Предраковые заболевания молочной железы:

- предшествующая или сопутствующая (в течение 5 лет и более) дисгормональная гиперплазия молочных желез (кистозный фиброаденоматоз с протоковой или дольковой пролиферацией эпителия, интрадуктальные папилломы, цистоаденомопапилломы);
- наличие травмы или мастита в анамнезе.

В подавляющем большинстве случаев (около 80 %) РМЖ выявляется в возрасте старше 50 лет, т. е. когда количество известных факторов риска и длительность их воздействия увеличиваются. Однако следует отметить, что почти у половины женщин, заболевших РМЖ, не удается выявить каких либо факторов риска этого заболевания.

Так как раннее выявление РМЖ является ведущим прогностическим фактором, способствующим успеху лечения и увеличивающим вероятность полного выздоровления, необходимо рекомендовать пациенткам из групп повышенного риска регулярно самим осматривать молочные железы, ежегодно проходить обследование у маммолога, а женщинам старше 40 лет – раз в год выполнять маммографию.

Помимо факторов риска, при сборе анамнеза у пациентки с уже имеющейся опухолью выясняют данные о сроках появления первых признаков заболевания и динамике его развития (темпы роста опухоли, изменение ее консистенции, признаки поражения кожи над опухолью, изменения характера выделений из соска и т. д.). Также следует отметить, что величина и форма опухоли зависят от ее структуры и типа роста. Медленный рост опухоли не всегда говорит о ее доброкачественности: наиболее часто встречающиеся скirrosные опухоли могут долгое время не увеличиваться или даже иметь тенденцию к уменьшению из за параллельно протекающих процессов фиброзирования и сморщивания.

Основными жалобами пациенток, больных РМЖ, являются наличие пальпируемого образования и патологические выделения (серозные, кровянистые, гнойные) из соска. Боли – это довольно редкий симптом РМЖ. Их причиной могут явиться предсуществующие изменения в молочной железе, сдавление растущей опухолью прилежащих нервных стволов, а также распространение опухоли на кожные покровы или ткани грудной клетки, имеющие хорошую чувствительную иннервацию. Болевой синдром может стать ведущим в картине заболевания при диссеминированном процессе, особенно при метастазировании в кости (при метастазировании во внутренние органы боли выражены меньше). При метастатическом раке молочной железы могут быть жалобы на кашель, одышку, желтуху, рвоту, головную боль, головокружение, диплопию и т. д. (в зависимости от поражения того или иного органа).

Прежде чем приступить к исследованию молочных желез у женщин в детородном возрасте, необходимо уточнить, в какой фазе менструального цикла они находятся. Целесообразно исследовать молочные железы в I фазе цикла – на 2-3-й день после окончания менструаций, т. к. во II фазе из-за нагубания желез велика вероятность диагностических ошибок.

- Для осмотра молочных желез женщине необходимо раздеться до пояса и встать лицом к источнику света, после чего врач оценивает внешний вид желез, обращая внимание на все проявления асимметрии (контуров, окраски кожи, положения сосков и т. д.), наличие патологических выделений из соска. Затем исследуемая должна положить руки за голову, и железы еще раз осматриваются в этом положении. После осмотра производится пальпация молочных желез сначала в положении больной стоя, а затем лежа на спине. Одновременно пальпируются подмышечные, подключичные и надключичные области. Пальпируемое образование, единичное или множественное,

-Боли в области молочной железы.

-Увеличенные плотные подмышечные лимфатические узлы: среди женщин с увеличением подмышечных узлов у 1/3 - 1/2 находят рак молочной железы.

-Исключают болезнь Ходжкина, рак легкого, яичников, поджелудочной железы и плоскоклеточную карциному кожи.

-Показана слепая мастэктомия (удаление молочной железы без предварительного цитологического исследования).

Эти изменения выявляют довольно часто при скirrosной форме рака. При этом железа может уменьшаться в размерах и смещаться кверху и кнаружи (при типичной локализации опухоли в наружноверхнем квадранте). Такая деформация происходит в силу сморщивания в ходе замещения ткани железы фиброзированной опухолевой стромой и хорошо заметна в положении больной стоя с поднятыми вверх руками.

Увеличение молочной железы может возникать либо в результате быстрого развития в ней довольно большой опухоли, выступающей над ее поверхностью, либо в результате выраженного отека (лимфостаза) при блокировании опухолевыми клетками путей лимфооттока. В обоих случаях наблюдается асимметрия молочных желез, являющаяся одним из самых частых признаков заболевания, привлекающим к себе внимание врача и самой больной.

Смещаемость молочной железы на ранних стадиях не ограничена. В последующем, когда опухолевая инфильтрация распространяется на соседнюю клетчатку, кожу или фасцию, на подлежащие мышцы и даже на кости грудной стенки, смещаемость пораженной раком молочной железы относительно прилежащих мягких тканей и грудной стенки ограничивается частично или полностью.

Изменения кожи молочной железы в ряде случаев могут быть связаны с тем, что опухоль распространяется по лимфатическим сосудам, связывающим лимфатическую систему органа с подкожной лимфатической сетью. При этом наступает ограничение смещаемости клетчатки над новообразованием, а затем и кожи над ним и наблюдаются симптомы «площадки» (уплощение и небольшое западение кожи над образованием, возможность взятия кожи в складку резко ограничена или отсутствует), «умбиликации» (полная фиксация, сморщивание и втянутость участка кожи над опухолью), «лимонной корки» (развивается на фоне лимфостаза) (рис. 4, 5).

В ряде случаев вследствие прорастания опухоли в кожу развиваются ее истончение, покраснение и, наконец, изъязвление. При диффузных опухолях может наблюдаться выраженное расширение подкожной венозной сети молочной железы.

Изменения соска не являются ранними симптомами РМЖ. В ряде случаев могут иметь место симптом Форга (сосок пораженной опухолью железы расположен выше горизонтальной линии, проведенной через сосок здоровой железы), симптом Краузе (утолщение соска и складки ареолы). Сморщивание и укорочение млечных протоков в области опухолевого инфильтрата приводят к ограничению смещаемости соска и его втяжению. Чем ближе к ареолярной области располагается опухоль, тем раньше и рельефнее проявляются эти изменения. Вторым механизмом появления симптома втяжения соска является развитие выраженного отека ареолы, на фоне которого сосок оказывается как бы погруженным в окружающие ткани.

Формы рака молочной железы.

Папиллярный рак (1% всех случаев РМЖ) - внутрипротоковое неинвазивное новообразование низкой степени злокачественности. -Медуллярный рак (5-10%) - чаще большая объемная опухоль со слабой способностью к

инвазивному росту, окруженная лимфоцитарным валом. Прогноз (по сравнению с инфильтрирующим протоковым раком) более благоприятный. - Воспалительный рак (маститоподобный, 5-10%) распространяется по лимфатическим сосудам кожи, что сопровождается ее покраснением, уплотнением и рожеподобным воспалением, повышением температуры тела. -Инфильтрирующий протоковый скirrosный рак (70%) характеризует образование гнезд и тяжей опухолей клеток, окруженных плотной коллагеновой стромой. -Болезнь Педжета (рак соска и ареолы молочной железы) - разновидность рака молочной железы; характерно экземоподобное поражение соска. В глубоких слоях эпидермиса выявляют происходящие из эпителия апокриновых желез крупные клетки со светлой цитоплазмой. Существенное значение имеет цитологическое исследование мазка, взятого с изъязвленной поверхности. По состоянию эстрогеновых рецепторов. -Эрц-положительные опухоли чаще встречаются в постменопаузе. Около 60-70% первичных раков молочной железы характеризует наличие Эрц. -Эрц-негативные опухоли чаще встречаются у больных в пременопаузе. У одной трети больных с Эрц-негативными первичными РМЖ в последующем наблюдают развитие рецидивных Эрц-положительных опухолей.

Факторы риска.

- Половые, возрастные, конституциональные факторы: женский пол, возраст старше 60 лет, высокий рост
- Генетические: кровные родственники, больные РМЖ; отягощенный семейный анамнез; носители мутантных генов BRCA1 и BRCA2
- Репродуктивные: раннее менархе (до 12 лет), поздняя менопауза (после 54 лет), отсутствие беременностей, поздние первые роды (после 30 лет); не кормившие грудью; аборты; высокая рентгеновская плотность маммограм

□ Гормональные и обменные: гиперэстрогения, гиперпролактинемия, гипотиреоз, нарушения менструального цикла, бесплодие; мастопатия, аднексит, киста яичника, миома матки, эндометриоз; ожирение в постменопаузальном возрасте, сахарный диабет, болезни печени; заместительная гормональная терапия; использование оральных контрацептивов более 10 лет

□ Факторы внешней среды: высокий социально-экономический статус; воздействие ионизирующей радиации и химических канцерогенов; избыток алкоголя, жиров, калорий, животных белков; недостаток овощей и фруктов, пищевых волокон

Эпидемиология.

Рак молочной железы возникает у 1 женщины из 10. Смертность, обусловленная раком молочной железы составляет 19-25% от всех злокачественных новообразований у женщин. Наиболее часто встречается в левой молочной железе. Наиболее часто опухоль располагается верхне-наружном квадранте. 1% от всех случаев рака молочной железы составляет рак молочной железы у мужчин. Наибольшие факторы риска - женский пол, случаи семейного заболевания раком молочной железы.

1.2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Своевременная диагностика рака молочной железы поможет обнаружить заболевание на ранней стадии. Онкологи советуют посещать маммолога один раз в два года в возрасте от 35 до 50 лет, с 50 лет лучше проводить обследование ежегодно. До этого времени можно исключить частые походы к специалисту и использовать самодиагностику. Признаки онкологии молочной железы достаточно специфичны: в груди появляется небольшое уплотнение, как правило, безболезненное и не меняющее размеры и плотность в течение месяца. Это уплотнение можно прощупать самостоятельно. Самостоятельное обследование.

Методика включает в себя поверхностную и глубокую пальпацию молочных желез одновременно двумя руками.

Поводом для обращения к маммологу служит выявление:

- Очагового или диффузного уплотнения в груди;
- Деформации с явной асимметрии;
- Втягивания участков груди или сосков;
- Шелушения, корочек, эрозий соска и ареолы;
- Боли в подмышечной впадине;
- Выделений, в том числе кровянистых;
- Отека груди в виде целлюлита – лимонной корочки;
- Покраснения кожи.

Самостоятельная диагностика онкологии молочной железы не займет много времени. Во время проверки встаньте перед зеркалом, поднимите руки над

головой, взгляните на грудь. О наличии уплотнений могут говорить характерные "ямки" на коже.

Если вы обнаружили уплотнение, если один из сосков или оба начали кровоточить, если изменилась форма соска или груди, появились неприятные ощущения, необходимо срочно посетить маммолога, который сможет точно определить, есть ли у вас онкологическое заболевание.

Обратите внимание на:

-форму соска: если сосок "втянулся", стал меньше, это может говорить об онкологическом заболевании;

-форму груди: сохранилась ли она, нет ли неровностей, которые можно принять за уплотнение;

-Структуру молочных желез: прощупываются ли какие-то уплотнения;

-размеры лимфатических узлов под мышками: их увеличение - частый симптом онкологии;

-цвет кожи;

-собственные ощущения: болит ли грудь, испытываете ли вы неприятные ощущения в течение всего менструального цикла.

Пальпация: пальпируют подмышечные, над- и подключичные лимфатические узлы. Пальпаторно определяют консистенцию железы, однородность ее структуры. Пальпацию проводят лежа на спине с небольшим валиком, подложенным под лопатку обследуемой стороны, чтобы грудная клетка была слегка приподнята; ощупывают каждую молочную железу противоположной рукой в трех положениях: рука на обследуемой стороне отведена вверх за голову, отведена в сторону, лежит вдоль тела; пальцами противоположной руки ощупывают наружную половину молочной железы

(начиная от соска и продвигаясь кнаружи и вверх). Затем пальпируют все участки внутренней половины молочной железы (начиная от соска и продвигаясь к груди). Определяют, нет ли узлов, уплотнений или изменений в структуре ткани молочной железы или в толще кожи. Пальпируют подмышечные и надключичные области. При умеренном сдавлении пальцами ареолы и соска проверяют, нет ли выделений.

Цитологическое исследование выделений из сосков молочной железы или пунктата объемных образований в молочной железе проводят для ранней диагностики рака. Термография - регистрация температуры кожи на фотопленке; над доброкачественными и злокачественными образованиями температура выше, чем над здоровой тканью. 2. Бесконтрастная маммография. Проводят в прямой или боковой проекциях или прицельно. Наиболее четкое изображение получают при электрорентгенографии. 3. Контрастная маммография показана при выделении патологического секрета из протоков молочных желез. Ее проводят после введения контрастного вещества в пораженный проток. 4. Другие исследования: УЗИ, радиоизотопное сканирование, лимфография, флебография, биопсия.

Самообследование (осмотр и пальпация) молочных желез проводят 1 раз в месяц после менструации (рекомендации ВОЗ). осмотр проводят перед зеркалом с опущенными, а затем с поднятыми кверху руками. Обращают внимание на: состояние кожи (втяжение или выбухание участка), состояния соска (втяжение соска или укорочение радиуса ареолы); формы и размер молочных желез; наличие или отсутствие выделений из соска или патологических изменений на соске (корочки).

Самообследование молочных желез-важнейший и действенный метод поиска опухолей молочной желез, позволяющий целенаправленно осуществлять отбор женщин для последующего углубленного обследования врачами при

обращении к ним женщин, обнаруживших в результате самостоятельного обследования какие-либо изменения в молочных железах.³

Рентгенологическая диагностика

Маммография—это рентгенологическое исследование молочных желез без применения контрастного вещества. Исследование выполняют на рентгеновском аппарате специальной конструкции, при этом выполняют снимки молочной железы в двух проекциях: краниокаудальной и косой. Дополнительные прицельные снимки с увеличением позволяют повысить точность получаемых данных. Вне зависимости от локализации подозрительного очага выполняют снимки обеих молочных желез, так как приблизительно в 2 % случаев при наличии злокачественной опухоли в одной железе выявляется синхронная непальпируемая опухоль и во второй железе. При маммографии можно выявить до 80 % непальпируемых опухолевых узлов диаметром менее 1 см. При диффузных формах рака диагностическая значимость лучевой диагностики существенно ниже. Характерной рентгенологической картиной злокачественного новообразования на маммограммах является наличие узла высокой плотности (на фоне которого не дифференцируются элементы структуры железы) с неровными контурами и плотными тяжами, расходящимися в окружающие ткани в виде лучей. При высокодифференцированных карциномах опухолевый узел может иметь более правильные округлые формы и четкие границы, что затрудняет дифференциальную диагностику с фибroadеномой или кистой молочной железы. При выраженном фибroadеноматозе дифференцировка опухолевого очага на фоне диффузного уплотнения ткани железы также может быть затруднительна. Дополнительным рентгенологическим признаком, позволяющим выявить опухоль, является наличие микрокальцинатов, которые при карциномах молочной железы выявляются примерно в половине всех случаев.

³<http://health.rbc.ru/diagnostics/pravilnyj-podhod-k-samoobsledovaniyu-molochnoj-zhelezy/>

Компьютерная томография, магнитно резонансная томография более сложные и дорогостоящие, но и в то же время более чувствительные методы исследования, позволяющие врачу отчетливо визуализировать узел в молочной железе, оценить его границы, выявить изменения в прилежащей ткани, уточнить диагноз в спорных случаях, на основании более точного стадирования первичной опухоли выбрать правильную лечебную тактику. Кроме того, томографические методы обладают высокой диагностической ценностью при выявлении метастазов РМЖ.

Ультразвуковое сканирование

Как правило, ультразвуковое исследование применяется для определения характера новообразования, выявляемого в ткани молочной железы при пальпации или другом методе исследования. По сравнению с маммографией в большинстве случаев этот метод является менее надежным в отношении диагностики рака. Однако для выявления минимальных опухолей на фоне фиброаденоматоза, а также при диагностике ранних форм инвазивных дольковых карцином, которые плохо визуализируются при маммографии, ультразвуковое сканирование может оказаться более информативным методом дополнительного исследования. В основном ультразвуковое сканирование молочной железы применяют при проведении дифференциальной диагностики между солидным образованием и кистой, а также при выполнении прицельной пункционной биопсии подозрительных узлов.

Еще одной областью использования ультразвуковых методов диагностики у больных с установленным диагнозом РМЖ является выявление отдаленных метастазов.

Радиоизотопная диагностика

Лимфосцинтиграфия применяется для изучения состояния путей лимфооттока от молочной железы и прогнозирования соответствующих послеоперационных осложнений (например, для выбора операции для предотвращения развития лимфедемы верхней конечности в послеоперационном периоде). Кроме того, радиоизотопное сканирование может быть применено для выявления отдаленных метастазов и уточнения стадии заболевания (сканирование костей, печени).

Термография

При выполнении этого исследования регистрируют данные о температуре поверхности кожи разных отделов молочной железы. Ее повышение свидетельствует об усиленном кровенаполнении, наличии воспаления в отдельных участках органа. Этот метод, к сожалению, не дает точной информации об опухоли и не позволяет получить дополнительных данных, важных для определения прогноза и выбора лечебной тактики. В настоящее время для диагностики РМЖ термография не имеет серьезного клинического значения.

Морфологические исследования

Все подозрительные новообразования, выявленные в молочной железе при клиническом или рентгенологическом исследованиях, должны быть подвергнуты цитологическому или гистологическому анализу для морфологической верификации диагноза. При обследовании пациентов с подозрением на РМЖ применяют следующие методы:

- цитологическое исследование выделений из соска;
- тонкоигольную аспирационную биопсию;

- трепан биопсию;
- инцизионную биопсию;
- эксцизионную биопсию.

Тонкоигольная аспирационная (или пункционная) биопсия является наименее травматичной для пациентки процедурой. Технически эта манипуляция достаточно проста: через кожу над опухолью в толщу ее ткани вводят иглу, закрепленную в шприце, после этого в шприце создают интенсивное разрежение. При этом в иглу аспирируются комплексы клеток и отдельные клеточные элементы опухоли. После этого шприц отсоединяют от иглы, последнюю извлекают и готовят препарат для цитологического исследования. При получении положительного ответа этот метод позволяет не только установить диагноз РМЖ до операции, но и выбрать лечебную тактику (дооперационная химио– или лучевая терапия), планировать объем вмешательства. Тонкоигольная аспирационная биопсия показана всем больным с узловыми образованиями молочной железы.

Выполнение пункционной биопсии целесообразно и при выявлении в молочной железе кистозного образования. Подозрение на злокачественный рост должны вызывать кисты, содержащие кровянистую жидкость, не исчезающие полностью после пункции или быстро наполняющиеся вновь после эвакуации их содержимого. В этих случаях полученное при пункции кисты содержимое должно подвергаться тщательному цитологическому исследованию.

Трепан биопсия опухоли с использованием комплекта специальных трепан игл позволяет получить столбик ткани опухоли, достаточный для проведения не только гистологического исследования, но и для исследования биологических маркеров опухоли. Кроме того, в отличие от аспирационной

биопсии, этот метод позволяет установить является ли рак инвазивным или *in situ*, что помогает правильно определить тактику дальнейшего лечения.

Следует иметь в виду, что отрицательный результат, полученный при использовании пункционных методов биопсии, не исключает диагноз злокачественной опухоли. При малых размерах карциномы и/или глубоком залегании опухолевого узла игла может пройти мимо новообразования и полученный материал не будет достоверен. Кроме того, не следует относиться к пункционной биопсии как к абсолютно безопасной манипуляции: всегда есть опасность повреждения относительно крупных кровеносных сосудов и образования гематом, диссеминации опухолевых элементов по ходу пункционного канала.

Инцизионная биопсия заключается в иссечении части опухоли с последующим гистологическим исследованием полученного препарата. Этот метод не имеет существенных преимуществ по сравнению с трепан биопсией, но является более травматичным и сопряжен с большим риском провоцирования диссеминации злокачественных клеток. В связи с этим выполнение инцизионной биопсии допустимо лишь при наличии обширных инфильтратов неясной природы, не удаляемых путем секторальной резекции.

Эксцизионная биопсия является наиболее достоверным методом верификации морфологического диагноза. При опухолях молочной железы эксцизионная биопсия заключается, фактически, в выполнении операции секторальной резекции. Иссеченный участок железы вместе с опухолью направляют на гистологическое исследование, позволяющее получить максимально полное представление обо всех особенностях опухолевого роста.

Для более точной установки стадии заболевания и, соответственно, определения лечебной тактики и прогноза заболевания может быть

выполнена эксцизионная биопсия сторожевых подмышечных лимфатических узлов и их морфологическое исследование.

Микроскопия выделений из соска или с поверхности ареолы проводится при наличии патологических выделений из млечных протоков или при наличии эрозивных изменений, мацерации соска. Выделения из соска (спонтанные или полученные путем активной аспирации), кроме цитологического исследования для выявления опухолевых клеток, должны быть проверены на содержание гемоглобина и эритроцитов. Наличие следов крови в отделяемом, поступающем из млечного протока, может свидетельствовать о протоковой папилломе или карциноме, даже если опухолевые клетки не обнаружены при цитологическом исследовании.

Если подозревают болезнь Педжета, производят цитологическое исследование снятых с мацерированной поверхности соска мазков отпечатков или выполняют инцизионную биопсию кожи соска. Диагноз рака Педжета подтверждается морфологически при обнаружении крупных клеток со светлой цитоплазмой и большим гиперхромным ядром, так называемых «клеток Педжета».

Лабораторные исследования.

Клинические и биохимические анализы крови не выявляют никаких специфических нарушений на ранних стадиях развития РМЖ.

У пациентов с генерализованным опухолевым ростом в анализах крови могут быть выявлены изменения, свидетельствующие о развитии анемии, нарушении белкового баланса, воспалительной реакции. Повышение уровня щелочной фосфатазы нередко связано с наличием в печени метастазов.

Выявление маркеров опухолевого роста в настоящее время все чаще используют для диагностики и определения прогноза у больных со

злокачественными новообразованиями молочной железы. К таким маркерам относятся: раковоэмбриональный антиген (РЭА), тканевой пептидный антиген, ферритин сыворотки крови, органоспецифические антигены (gp52), дифференцировочные антигены (DF3), рецепторы факторов роста (включая онкогены, например HER 2neu), опухолесупрессорные гены (p53) и др. Факт выявления этих маркеров в крови, отделяемом из сосков, биопсийном материале может помочь в диагностике РМЖ и уточнении прогноза заболевания.

Определение рецепторов эстрогенов и прогестерона является основным биологическим тестом, имеющим существенное значение для выбора лечебной тактики при РМЖ

Лечение.

Лечение РМЖ - комбинированное (хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, гормонотерапия).

1. Хирургическое лечение. Предоперационная подготовка. определение критериев неоперабельности по Хаагенсу: -обширный отек молочной железы -наличие узлов-саттелитов -воспалительная карцинома лимфатических сосудов и лимфатических узлов молочной железы; связок, поддерживающих молочную железу, метастазы в надключичные лимфатические узлы; -отек верхней конечности; -отдаленные метастазы.

Инструментальное исследование наличия отдаленных метастазов: 1.сканирование костей; 2.печеночные функциональные тесты; 3.рентгенография грудной клетки. 4.КТ грудной клетки выполняют для обследования надключичной области и средостения; 5.Радиоизотопное или КТ-сканирование мозга показано при наличии неврологической симптоматики. 6.КТ брюшной полости проводят для исключения поражения надпочечников, яичников, печени.

Хирургическое лечение.

В большинстве случаев применяется модифицированная радикальная мастэктомия. Операции с сохранением молочной железы позволяют правильно оценить распространенность опухолевого процесса и улучшают косметический результат: однако, возможность сохранения железы имеется не у всех больных. Операция может быть радикальной или паллиативной. Удаление всей пораженной молочной железы необходимо по причине многофокусности заболевания. Примерно у 30-35% пациенток находят предраковые или раковые поражения в участках, соседних с пораженным первичной опухолью. Удаление подмышечных лимфатических узлов необходимо для определения поражения узлов и стадии заболевания.

Виды операций:

1. Лампэктомия (секторальная резекция), лимфаденэктомия подмышечных лимфатических узлов (1 и 2 -го уровня) и послеоперационное облучение применяются при небольших опухолях (менее 4 см) и при интрадуктальных карциномах.
2. Простая мастэктомия (операция Мадена) включает удаление молочной железы с околосоковым пространством совместно с удалением лимфатических узлов 1-го уровня.
3. Модифицированная радикальная мастэктомия (операция Пэтти). Удаляют кожу вокруг железы, молочную железу, малую грудной мышцы, жировую клетчатку с лимфатическими узлами подмышечной, подключичной и подлопаточной областей. Уровень выживаемости и частота рецидивов при этой операции сравнимы с такими же при радикальной мастэктомии (операция Холстеда). Косметический дефект меньший, чем после мастэктомии по Холстеду. Реконструктивная операция - субпекторальное протезирование.

4. Радикальная мастэктомия по Холстеду. Вместе со всеми тканями, указанными выше, удаляют и большую грудную мышцу. Обширная радикальная мастэктомия включает удаление лимфатических узлов средостения. Операция показана при больших или медиально расположенных опухолях с наличием внутригрудных (парастернальных) метастазов. Высокий риск интраоперационной летальности. Операции по реконструкции молочной железы выполняют одновременно с мастэктомией либо вторым этапом после полного заживления первичной операционной раны.

Лучевая терапия.Предоперационная.

Больные РМЖ после установления диагноза получают курс предоперационной лучевой терапии на молочную железу и зоны регионарного метастазирования. Послеоперационная. Больные, перенесшие удаление опухоли и подмышечных лимфоузлов и не прошедшие курс предоперационной лучевой терапии, должны получать заключительную лучевую терапию на область молочной железы и лимфатических узлов (при обнаружении в них метастазов). Обязательная послеоперационная. Больные РМЖ должны получать послеоперационное облучение при наличии любого из ниже перечисленных факторов риска: -размер первичной опухоли более 5 см -метастазирование более чем в 4 подмышечных лимфоузла -опухоль достигает резекционной линии, проникает в грудную фасцию и/или мышцу, либо распространяется из лимфатических узлов в подмышечную жировую клетчатку. Больные с высоким риском отдаленного метастазирования могут получать лучевую терапию до завершения адъювантной химиотерапии либо ее можно проводить совместно с облучением. Послеоперационное облучение подмышечной впадины повышает риск отека верхней конечности.

Адьювантная химиотерапия.

Замедляет или предупреждает рецидив, улучшает выживаемость больных с метастазами в подмышечные лимфоузлы, а также у части больных без подмышечных метастазов. Химиотерапия наиболее эффективна у пациенток в пременопаузе с метастазами в подмышечные лимфоузлы (наблюдают снижение 5-летней летальности на 30%). Комбинированная химиотерапия предпочтительней монотерапии, особенно в группе больных с метастатическим раком молочной железы. Прием препаратов шестью курсами в течение шести месяцев - оптимальный по эффективности и по длительности метод лечения. Схемы введения препаратов. Метотрексат, циклофосфамид, 5-фторурацил. Больные с высоким риском развития рецидива могут получать циклофосфамид, доксорубин и 5-фторурацил. Эффект терапии больных с метастатическим раком молочной железы составляет 65-80%. Альтернативные схемы для больных с метастазирующим раком включают доксорубин, тиоТЭФ и винбластин; высокие дозы цисплатина; митомицин; внутривенные инфузии винбластина или 5-ФУ; циклофосфамид, метотрексат и 5 фторурацил; таксол.

Адьювантная гормональная терапия.

Подавление функций яичников облучением или овариоэктомией приводит к неоднозначным результатам; в отдельных подгруппах больных отмечают продолжительные периоды улучшения состояния. Гормональное лечение. Позитивный ответ на гормональную терапию вероятен при следующих условиях: длительный период без метастазирования (более 5 лет), пожилой возраст, наличие метастазов в костях, региональные метастазы и минимальные метастазы в легких, гистологически подтвержденная злокачественность 1 и 2 степени, длительная ремиссия в результате предшествующей гормонотерапии. Антагонист эстрогенов тамоксифен задерживает наступление рецидивов, улучшает выживаемость и

предпочтительнее для больных в постменопаузе с Эрц-позитивной опухолью. Эффективность тамоксифена более выражена у больных с Эрц-позитивными опухолями. Препарат неэффективен либо оказывает слабое воздействие на Эрц-негативные опухоли.

Гормональное лечение метастазирующего РМЖ.

Гормональное лечение применяют у больных с подкожными метастазами, вовлечением в процесс лимфоузлов, наличием плеврального выпота, метастазами в кости и нелимфогенными легочными метастазами. Больным с метастазами в печень, лимфогенными метастазами в легкие, перикард и другими опасными для жизни метастазами следует проводить химиотерапию. Больные с Эрц-позитивными первичными опухолями положительно реагируют на гормональное лечение по меньшей мере в 30% случаев. Наличие в опухоли одновременно эстрогеновых и прогестероновых рецепторов повышает лечебный эффект до 75%. Больные с неизвестным статусом гормональных рецепторов в опухолях могут реагировать на лечение гормонами при хорошо дифференцированных опухолях или при наличии интервала в 1-2 года между появлением первичной опухоли молочной железы и развитием метастазов.

Прогноз.

Гистологический тип опухоли: -неметастазирующие карциномы неинвазивны и составляют 5% всех карцином. Уровень 5-летней выживаемости - 95%. Внутрипротоковая папиллярная карцинома *in situ* не метастазирует, но может переродиться в дуктальную карциному в 50% случаев в течение 5 лет. Лечение такое же, как при дуктальной карциноме. - Неинвазивная долевая карцинома (карцинома *in situ*) имеет 15-30% риск развития аденокарциномы в течение 20 лет. В процесс вовлекаются контралатеральная молочная железа. Приемлемое лечение -

профилактическая двусторонняя мастэктомия или длительное динамическое наблюдение, так как долевая неоплазия в 50% случаев носит двусторонний характер. -Болезнь Педжета молочной железы - карцинома, поражающая сосок, происходит из подлежащих протоков. Клетки Педжета инфильтрируют эпидермис соска, вызывая экзематозный дерматит. Лечение то же, что и для инвазивной карциномы. Метастазирующие карциномы: - Слабометастазирующие карциномы составляют 15% всех случаев. Уровень 5-летней выживаемости - 80%. Виды: -Коллоидная карцинома с преобладанием продуцирующих муцин клеток. -Медуллярная карцинома представлена лимфоцитарной инфильтрацией с четкими краями, скудной фиброзной стромой; -Хорошо дифференцированная аденокарцинома (1 степень). -Тубулярная карцинома с редким метастазированием в лимфатические узлы -Комедокарцинома. -Умереннометастазирующие карциномы высоко инвазивны, рано метастазируют в региональные лимфоузлы, составляют 65% всех карцином. Уровень 5-летней выживаемости - 60%. Виды: -Инфильтративная аденокарцинома дуктального происхождения, наиболее часто встречающаяся среди всех карцином; - Внутрипротоковая карцинома с прорастанием в строму; -Инфильтративная долевая карцинома, характеризующаяся мелкоклеточной инфильтрацией долек. -Быстрометастазирующие карциномы составляют около 15% всех карцином. Характеризуются прорастанием в сосуды, быстрым недифференцированным клеточным ростом в межпротоковое пространство. Уровень 5-летней выживаемости - 55% (3 степень или анеуплоидные опухоли). Размер первичной опухоли, как и размеры, количество и локализация пораженных лимфоузлов влияют на прогноз: при опухоли менее 1 см уровень 10-летней выживаемости - 80%. При опухоли размером 3- 4 см в диаметре уровень 10 летней выживаемости - 55%. При опухоли 5- 7.5 см уровень 10-летней выживаемости - 45%. Размеры и структура лимфатических узлов, пораженных метастазами: при отсутствии пальпируемых лимфоузлов уровень 10-летней выживаемости - 60%. При наличии пальпируемых

подвижных лимфоузлов - 50%. При спаянных лимфоузлах - 20%. Количество лимфоузлов, пораженных метастазами, при клиническом обследовании может быть определено ошибочно. В 25% случаев не пальпируемых лимфоузлов микроскопически обнаруживают опухолевые клетки. У 25% больных с пальпируемыми лимфатическими узлами при патологоанатомическом исследовании содержимого аксиллярной области не обнаруживают опухолевых клеток. у больных с непораженными лимфоузлами 10-летняя выживаемость 65%. При 1-3 пораженных лимфоузлах - 38%. При более 4 пораженных узлах - до 13%. Локализация метастатически пораженных лимфатических узлов. подмышечные лимфоузлы первого уровня находятся между малой грудной мышцей и широчайшей мышцей спины. 5-летняя выживаемость - 65%. Подмышечные лимфоузлы 2-го уровня располагаются кзади от места прикрепления малой грудной мышцы. 5-летняя выживаемость - 45%. Подмышечные лимфоузлы 3-го уровня располагаются медиально к верхнему краю малой грудной мышцы. 5-летняя выживаемость при поражении - 28%.

Состояния, которые приводят к снижению выживаемости: -местные рецидивы возникают в области первичной опухоли у 15% больных после радикальной мастэктомии и у более 50% при метастазах в подмышечные лимфатические узлы. Рецидивы возникают в течение 2 лет. Лечение - иссечение, облучение или их комбинации. -вторичная карцинома молочной железы - лечение такое же, что и первичного рака. Критерии дифференцировки вторичной карциномы и метастатического поражения железы: 1.гистологическое несоответствие говорит в пользу вторичной опухоли, вторичная карцинома возникает по истечении 5 лет после лечения первичной опухоли;2. развитие метастазов происходит в течение первых 5 лет; 3.Отдаленные метастазы развиваются обычно в костях, печени, легких, реже - в ЦНС и надпочечниках. Лечение: подтвержденные гистологически рецидивы лечат химио- и гормональными препаратами. Гормональная

терапия основана на составе гормональных рецепторов в опухоли. Химиотерапия применяется у больных с ЭРц-негативными опухолями и при неэффективности гормональной терапии. В таких случаях используют комбинацию циклоосфамида, метотрексата, 5-ФУ и доксорубицина.

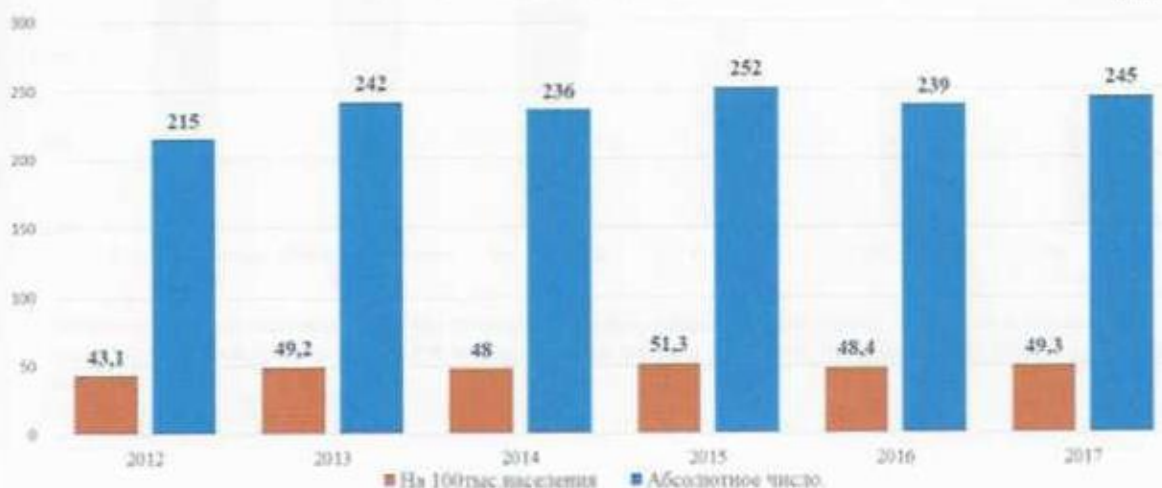


ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ САМООБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

2.1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РФ РС(Я) ДВО С 2012-2017. Диаграмма №1.

Заболеваемость раком молочной железы в РС(Я) с 2012-2017 годы.

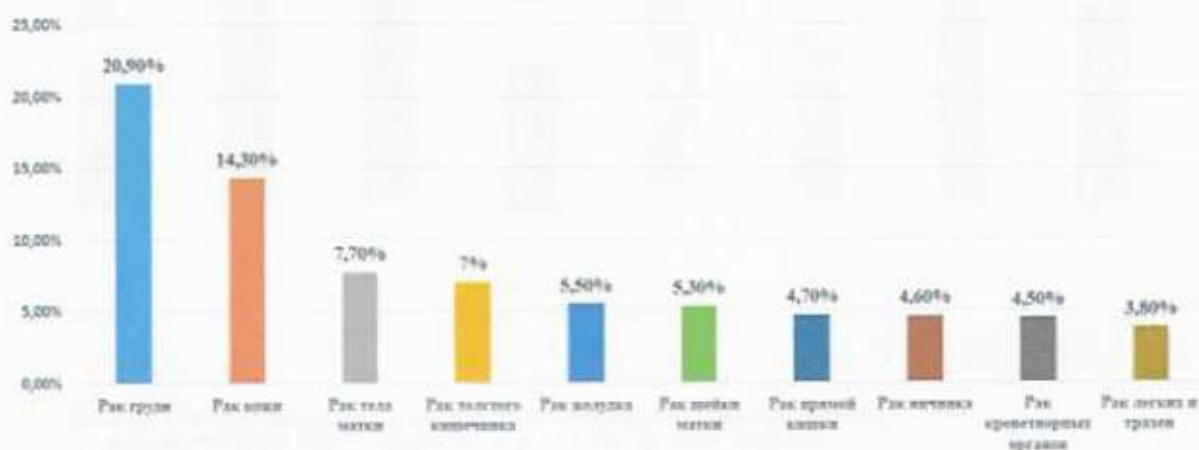
Диаграмма №1



Вывод: На 2012 г. заболеваемость раком молочной железы по РС(Я) составила 43,1% , а 2017 составила 49,3% на 100 000 человек населения. За последние шесть лет (с 2012-2017 г.) заболеваемость находится на постоянном высоком уровне.

Диаграмма №2.

Статистика заболеваемости злокачественными новообразованиями в РФ среди женщин.



Вывод: в итоге статистика показывает, что наибольшее распространение в структуре заболеваемости раком занимают органы репродуктивной системы 39,2%. Рак половых органов занимает 18,3% от всех форм онкологической патологии у женщин. Рак груди занимает 20,90% от всех форм рака и занимает первое место.

Диаграмма №3.

Статистика заболеваемости злокачественными новообразованиями в РФ среди мужчин.

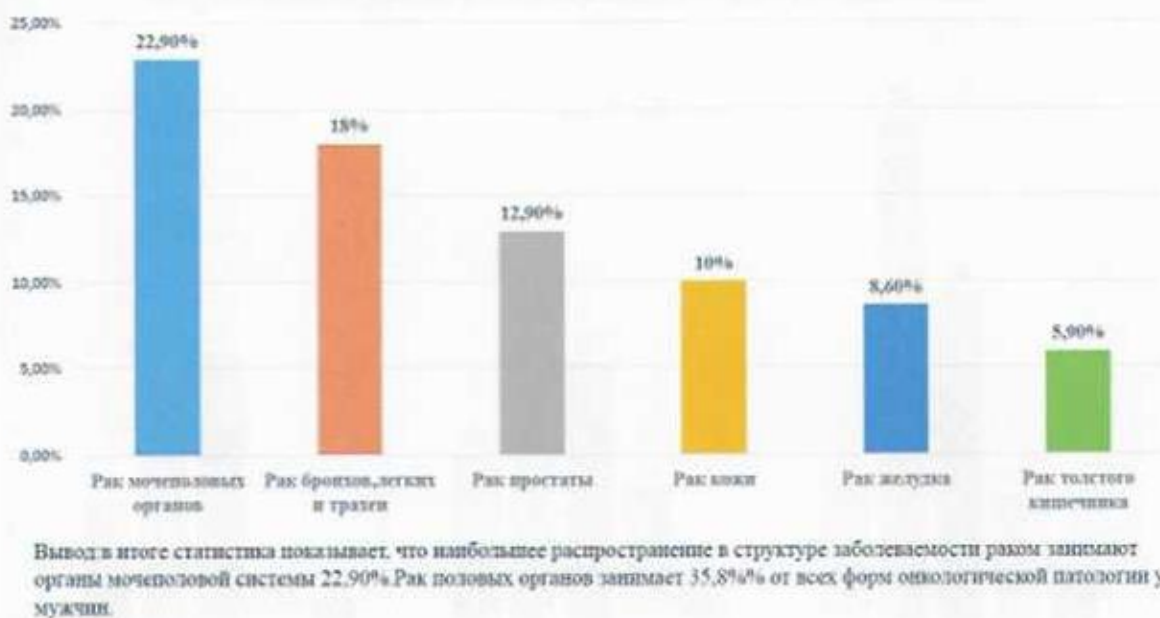
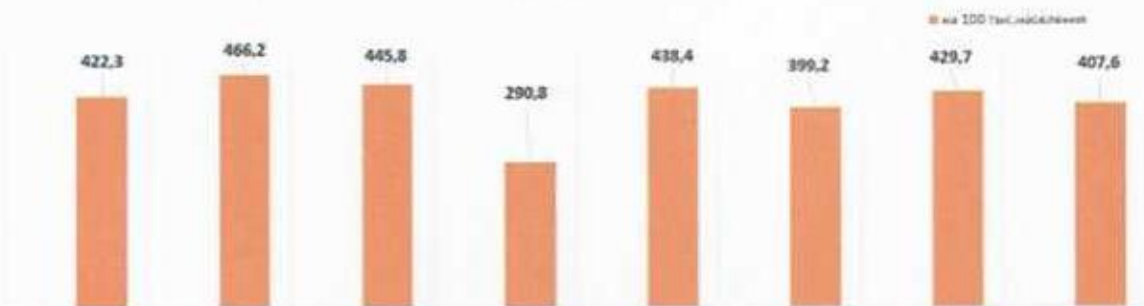


Диаграмма №4.

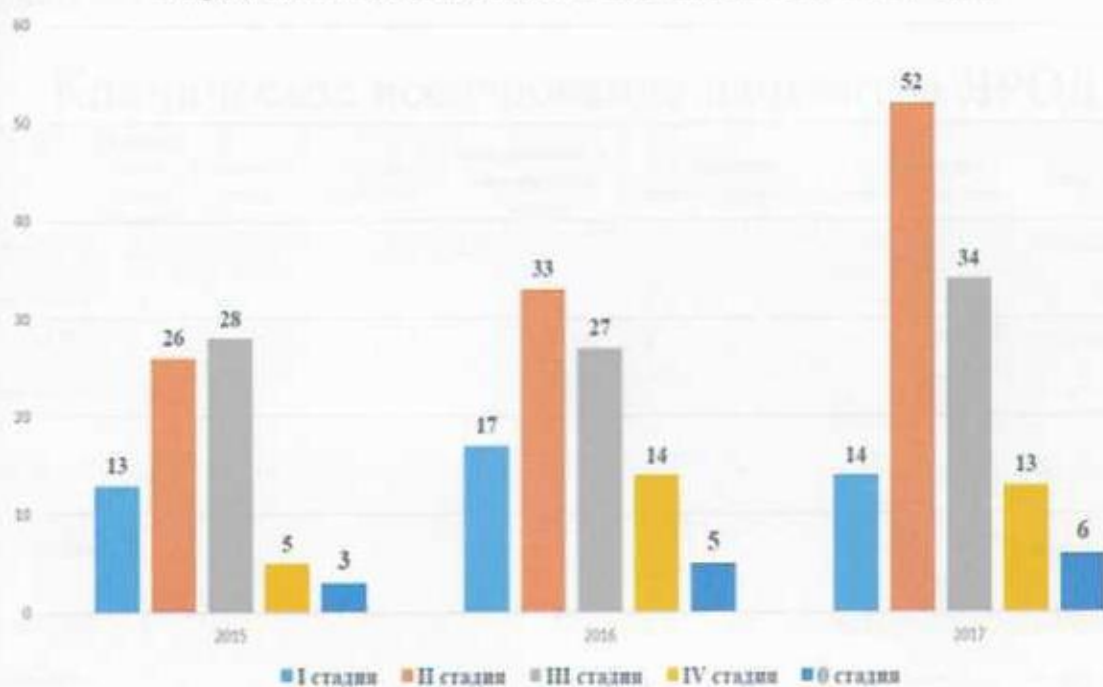
Заболеваемость населения территорий России злокачественными новообразованиями.



- Вывод: По заболеваемости злокачественными новообразованиями Дальневосточный округ занимает 6 место среди всех округов.

Диаграмма №5

Впервые выявленные на (I,II,III,IV,0 стадиях) за 2015-2017 годы



2.2 Клиническое исследование пациентов больных раком молочной железы в ЯРОД РС(Я) для изучения роли самообследования молочной железы в ранней диагностике .

Таблица №1

Клиническое исследование пациентов ЯРОД:

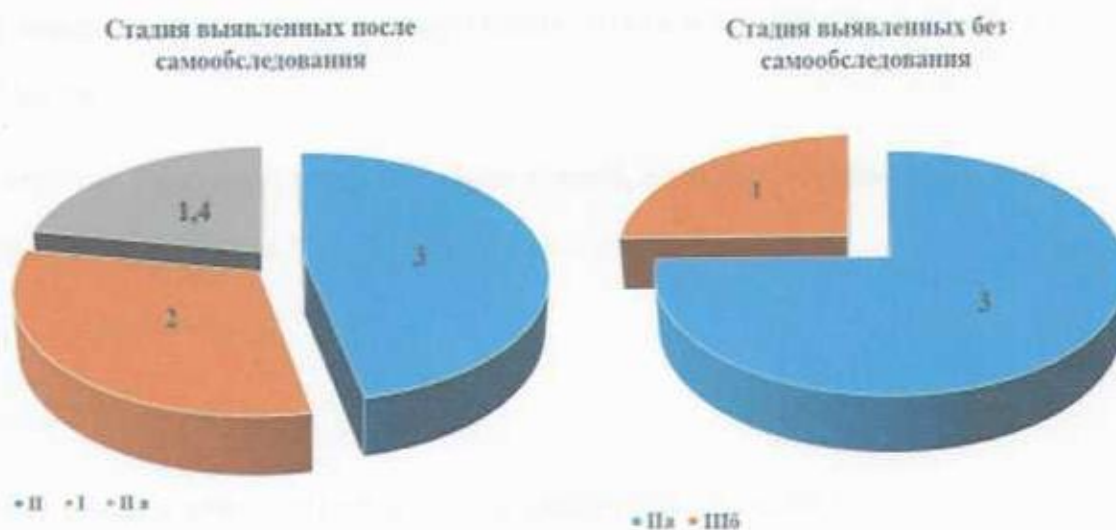
	Выявлен ная в какой стадии	Наследствен ность	Вредные привычки	Осведомленность о раке молочной железы	Проведение самообследования	Обстоятельства выявления опухоли	Метод выявления
Пациент №1	IIa	-	+	+	-	Активно, при профосмотре	Морфологический
Пациент №2	II	-	-	+	+	Обратился сам	Цитологический
Пациент №3	I	-	-	+	+	Обратился сам	Морфологический
Пациент №4	IIIб	-	+	-	-	Активно, при профосмотре	Цитологический
Пациент №5	IIa	-	+	-	-	Активно, при профосмотре	Цитологический
Пациент №6	IIa	-	-	-	-	Активно, при профосмотре	Цитологический
Пациент №7	I	-	-	+	+	Обратился сам	Морфологический
Пациент №8	II	-	-	+	+	Обратился сам	Морфологический
Пациент №9	IIa	-	+	+	+	Обратился сам	Цитологический
Пациент №10	II	-	-	+	+	Обратился сам	Цитологический

Диаграмма №7

Клиническое исследование пациентов ЯРОД:



Клиническое исследование пациентов ЯРОД:



Клиническое исследование пацентов:

Пациент №1. Н.44 года.

Жалобы: опухоль в правой молочной железе.

Объективный статус : рост 156, вес 68, ИМТ-27,942.

Состояние средней степени тяжести, кожные покровы чистые, обычной окраски, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: опухоль обнаружила в декабре 2017 года, втяжение соска, к врачу обратилась в январе, прошла частично обследование в ЦРБ ,направлена в ЯРОД, по биопсии РПМЖ, на первом этапе проведено ПХТ по схеме.

Anamnesis vitae: родилась в Якутии.

Перенесенные заболевания: С50.8 ПМЖ. Гепатит , туберкулез отрицает.

Операции-аппендэктомия ,аллергия на новокаин(сыпь).

Гинекологический анамнез: Роды 0,берем.0.

Локальный статус: ЛМЖ строма уплотнена ,неоднородная, четко узловых и опухолевых образований не выявлено, ПМЖ полностью замещена опухолью ,с ретрацией соска ,на коже пигментация, отека и гиперемии нет ,л/у в акс.области

Обоснование диагноза: На основании жалоб, анамнеза и объективного осмотра, исследования лабораторной диагностики.

Диагноз: С 50.8 РПМЖ.

Пациент №2. Б 71 год.

Жалобы: боли в зоне п.о рубца и подмышечной области.

*Объективный статус :*рост 170,вес 90,ИМТ-31,12.

Состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: Состоит на Д-учете по поводу рака щитовидной железы с 1995г,с 2015 РМЖ.обследовалась в поликлинике по мж.В конце января 2017года кашель,лечение у терапевта а/б,покраснения и узловые образования слева.Направлена в ЯРОД. Выявлен метакронный РЛМЖ,прошла 3 курса ПХт.

Anamnesis vitae:

Перенесенные заболевания: С50.8 РЛМЖ.

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез: спокоен.Гепатит ,туберкулез отрицает.

Гинекологический анамнез: Роды 2,берем.6,аборты 6.Грудное вскармливание до 4мес.

Локальный статус: ПМЖ удалена в 2015г, ЛМЖ удалена 2017г. отек незначительный, гиперемии нету, л.у не увеличены.

Обоснование диагноза: На основании жалоб, анамнеза и объективного осмотра, исследования лабораторной диагностики.

Диагноз: основной С 50.8.

Пациент №3 М. 57 лет.

Жалобы: боли в эпигастральной области.

Объективный статус : рост 168, вес 81, ИМТ-28,699.

Состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: Состоит на учете с 2015г. прошла комплексное лечение, гормональная терапия (Тамоксифен до 2016 года).

Перенесенные заболевания: С50.4 ВНК МЖ.

Перенесенные операции: операция на МЖ, 2017г.

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез: спокоен. Гепатит , туберкулез отрицает.

Гинекологический анамнез: Роды 2, берем.4, аборты 6. Грудное вскармливание до 1мес.

Локальный статус: левая молочная железа удалена, п.о рубец гладкий, безболезненный, регионарные л.у не увеличены. ПМЖ ВНК п.о рубец б.о.

Обоснование диагноза: На основании жалоб, анамнеза и объективного осмотра, исследования лабораторной диагностики.

Диагноз: основной С 50.

Пациент №4 Т.65 лет.

Жалобы: активных нет.

Объективный статус :рост 156,вес 72,ИМТ-29,586.

Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: подошла на прием впервые.

Anamnesis vitae: родилась в Якутии.

Перенесенные *заболевания:*
инсульты, инфаркты, гепатит, туберкулез, венерические заболевания ,СД
отрицает.

Операции: отрицает.

Гинекологический анамнез: Роды 2, аборт ,гв до 3 лет, мастит
отрицает, менопауза в 55 лет.

Локальный статус: ПМЖ удалена, п.о рубец
гладкий, безболезненный, регионарные л.у не увеличены. ЛМЖ строма
дольчатая, безболезненный, без узловых и опухолевых образований.

Обоснование диагноза: На основании жалоб, анамнеза и объективного
осмотра, исследования лабораторной диагностики.

Диагноз: С50.4.

Пациент №5 Б. 50 лет.

Жалобы: активных нет.

Объективный статус :рост 170,вес 90,ИМТ-31,12.

Состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое, кожные
покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, лимфоузлы не
увеличены, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: Состоит на Д-учете 2013г.обследовалась в поликлинике по мж.

Подошла на контрольное обследование.

Перенесенные заболевания: С50.2 РЛМЖ.

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез: спокоен. Гепатит ,туберкулез отрицает.

Гинекологический анамнез: Роды 2,берем.6,аборты 6.Грудное вскармливание до 6мес.

Локальный статус: ПМЖ удалена п.о рубец гладкий, отека нет, гиперемии нету, л.у не увеличены. в ЛМЖ без узловых и опухолевых образований, л.у не определяются.

Обоснование диагноза: На основании жалоб, анамнеза и объективного осмотра, исследования лабораторной диагностики.

Диагноз: основной С 50.

Пациент №6. Е.64 года.

Жалобы: боли в мелких суставах,,в коленных суставах,постоянное вздутие живота.

*Объективный статус :*рост 153,вес 50,ИМТ-21,359.

Состояние средней степени тяжести, кожные покровы чистые, обычной окраски, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: болеет с мая 2015г.первичное обращение в ЯРОД 2015году,состоит на учете с 2015года,оперативное лечение в 2015году,РЛМЖ,на втором этапе проведено 6 курсов ПХт,принимает анастрозол,переносит с явлениями болевого синдрома в суставах,к терапевту п м.ж не обращалась,пришла на плановое обследование.

Anamnesis vitae: родилась в Якутии.

Перенесенные заболевания: С 50.

Перенесенные операции: операция на левой молочной железе в 2015 году.

Наследственность: не отягощена. Гепатит, туберкулез отрицает.

Гинекологический анамнез: Роды 3, берем. б. г.в до 2,5 года.

Локальный статус: ПМЖ без узловых и опухолевых образований, ЛМЖ удален, п/о рубец без особенностей, без признаков воспаления. Периферические л.у не определяются.

Обоснование диагноза: На основании жалоб, анамнеза и объективного осмотра, исследования лабораторной диагностики.

Диагноз: С50.4.

Пациент №7. Л. 52 года.

Жалобы: активных нет.

Объективный статус: рост 163, вес 75, ИМТ-28,228.

Состояние средней степени тяжести, кожные покровы чистые, обычной окраски, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: состоит на учете с 2013 года. подошла на плановое обследование, принимает, аромазин, переносит хорошо.

Anamnesis vitae: родилась в Якутии.

Перенесенные заболевания: С 50.

Перенесенные операции: мастит в анамнезе, хирургическое лечение.

Наследственность: у матери рак легкого.

Аллергологический анамнез: спокоен.

Гинекологический анамнез: Роды 3, берем. б. г.в до 2х лет.

Локальный статус: ПМЖ удалена, п.о рубец гладкий, без доп. включений, ЛМЖ строма мягкая, б.б, без узловых и опухолевых образований, сосок и ареола б.о л.у не определяется, отека нет.

Диагноз: С 50.4 РПМЖ.

Пациент № 8 И. 64 года.

Жалобы: боли в ключицах непостоянные.

Объективный статус : рост 156, вес 78, ИМТ-32,051.

Состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: состоит на учете с 2012 года. прошла оперативное лечение, ГТ аримидекс. динамическое наблюдение.

Anamnesis vitae: Родилась в Якутии.

Перенесенные заболевания: С 50.4. Гепатит , туберкулез отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез: спокоен.

Гинекологический анамнез: Роды 2, берем. 6. Грудное вскармливание до 4 мес.

Локальный статус: ПМЖ удалена, п.о рубец, гладкий, без доп. включений, ЛМЖ строма мягкая, б.б, без узловых и опухолевых образований, л.у не увеличены.

Диагноз: основной С 50.5. ПМЖ.

Пациент №9. М. 64 года.

Жалобы: опухоль в правой молочной железе.

Объективный статус : рост 156, вес 68, ИМТ-27,942.

Состояние средней степени тяжести, кожные покровы чистые, обычной окраски, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: опухоль обнаружила в декабре 2017 года, втяжение соска, к врачу обратилась в январе, прошла частично обследование в ЦРБ, направлена в ЯРОД, по биопсии РПМЖ, на первом этапе проведено ПХТ по схеме.

Anamnesis vitae: родилась в Якутии.

Перенесенные заболевания: С50.8 ПМЖ. Гепатит, туберкулез отрицает.

Операции-аппендэктомия, аллергия на новокаин(сыпь).

Гинекологический анамнез: Роды 0, берем.0.

Локальный статус: ЛМЖ строма уплотнена, неоднородная, четко узловых и опухолевых образований не выявлено, ПМЖ полностью замещена опухолью, с ретрацией соска, на коже пигментация, отека и гиперемии нет, л/у в акс. области 1,5 см, подвижный, эластичный.

Диагноз: С50.8. ПМЖ

Пациент №10. Б. 71 год

Жалобы: боли в зоне п.о рубца и подмышечной области.

Объективный статус: рост 170, вес 90, ИМТ-31,12.

Состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, стул и мочеиспускание не нарушены.

Anamnesis morbi: Состоит на Д-учете по поводу рака щитовидной железы с 1995 г, с 2015 РМЖ. обследовалась в поликлинике по мж. В конце января 2017 года кашель, лечение у терапевта а/б, покраснения и узловые образования слева. Направлена в ЯРОД. Выявлен метакронный РЛМЖ, прошла 3 курса ПХТ.

Перенесенные заболевания: С50.8 РЛМЖ.

Наследственность: неотягощена.

Аллергологический анамнез: спокоен.

Гепатит ,туберкулез отрицает.

Гинекологический анамнез: Роды 2,беремен.6,аборт 6.Грудное вскармливание до 4мес.

Локальный статус: ПМЖ удалена в 2015г,ЛМЖ удалена 2017г.отек незначительный,гиперемии нету,л.у не увеличены.

Диагноз: С 50.8

ВЫВОДЫ:

1. Рак молочной железы занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний женщин . Опухоль состоит из недифференцированных злокачественных клеток, заменяющих железистую ткань. Болезнь характеризовалась преимущественным поражением женщин в возрасте старше пятидесяти лет. Особенность современного онкопатогенеза – заболевание в детородном возрасте.
2. По показателям распространенности злокачественных новообразований в РС(Я) и РФ отмечается тенденция к повышению рака молочной железы - с 215 больных 2012 году до 245 больных в 2017 году в ЯРОД.
3. Обоснуясь на результатах клинического исследования 10 пациентов в ЯРОД, 6 из 10 пациентов проводили самообследование молочных желез и у них РМЖ выявлено на начальных стадиях . В итоге самообследование молочных желез имеет важную роль для раннего выявления и своевременного лечения рака молочной железы.

Рекомендации по профилактике рака молочной железы:

Профилактические меры – это основной способ предотвратить РМЖ. Профилактика рака груди – это комплексные мероприятия, которые включают в себя как самообследование, так и формирование культуры здорового образа жизни в целом. При этом, такая культура должна быть заложена еще в подростковом возрасте: родителям важно объяснить подрастающей девочке, как важно заботиться о своем здоровье, и что нужно для этого делать.

1.Своевременные роды. Статистика показывает, что процент заболевших раком значительно ниже среди женщин, которые родили ребенка до тридцатилетнего возраста. Отсутствие аборт и грамотное планирование беременности – это основа первичных профилактических мер.

2.Минимизировать воздействие канцерогенных факторов. Женщине необходимы регулярные прогулки на свежем воздухе, отказ от алкоголя и курения. В условиях плохой экологии необходимо как можно чаще бывать за городом, отдыхать в санаториях. Лицам с наследственной предрасположенностью к онкологии желательно не трудиться во вредных производственных условиях.

3.Правильное питание. Грамотно составленный рацион также играет важную роль в профилактике. Ограниченное употребление жирной и жареной пищи, фастфуда, достаточное употребление продуктов, богатых белком, витаминами и минералами, позволит вам не только предотвратить рак груди, но и чувствовать себя значительно лучше, нормализовать вес.

4. Регулярное самообследование. Если своевременно проводить самостоятельную пальпацию, можно хорошо изучить собственную грудь и вовремя заметить негативные изменения. При обнаружении впадин, болезненности и даже незначительных комочков, необходимо сразу же обратиться к маммологу. Проводить домашнюю диагностику рака груди рекомендуется после завершения очередной менструации, обследование проводится круговыми движениями.

5.Маммография. Такая процедура дает возможность определить наличие новообразования на ранних стадиях его формирования. Женщинам, достигшим возраста 45 лет, необходимо делать маммографию каждый год. Что касается молодых девушек, то им эта процедура показана при подозрении на наличие злокачественных клеток в организме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Роль самообследования в ранней диагностике рака молочной железы очень важна, так как лечение при ранней диагностике рака молочной железы может быть разная по стадиям данного заболевания. Роль самообследования в профилактике и раннем выявлении рака молочной железы заключается в том, чтобы объяснить женщине, что ранняя профилактика- это предупреждение заболевания путем влияния на факторы риска, которые приводят к развитию данной патологии.

Для этого всем женщинам рекомендуется:

- самообследование молочных желез до и после менструаций;
- 1 раз в год посещать врача гинеколога или маммолога и проходить ультразвуковое исследование;
- после 40 лет –маммографию; Большая часть женщин (94 %) признает важность ранней диагностики, но всего 12 % ежегодно посещают таких специалистов как гинеколога и маммолога, более того, в ходе исследования выяснилось, что четверть женщин не проходила диагностику никогда.

Рак молочной железы (РМЖ) относится к числу наиболее часто встречающихся форм злокачественных новообразований. Планирование терапии у больных РМЖ осуществляется, как известно, с учетом небольшого числа прогностических и предсказывающих факторов, к которым относятся размер первичной опухоли, состояние регионарных лимфатических узлов, наличие отдаленных метастазов, степень дифференцировки ,рецепторный статус. Значение маркеров пролиферации (% клеток в S-фазе, плоидность) признается не всеми. Фактически объем хирургического вмешательства определяется стадией заболевания. При этом мы не в состоянии выделить группу больных, которым, возможно, не показаны локальные методы терапии. Что же касается лекарственного лечения, то сегодня имеется единственный относительно надежный показатель эффективности

гормонотерапии – рецепторный статус, однако, примерно 50% больных не реагируют на этот вид лечения. Все это стимулирует активный поиск иных возможностей индивидуального планирования терапии. Большие надежды в этой части проблемы связаны с появлением методики оценки генного профиля опухоли (micro array анализ), заключающейся в одномоментном определении экспрессии РНК для многих тысяч генов.

Вопрос лечения рака груди сегодня весьма актуален. Но любое заболевание легче предупредить, чем лечить, и в отношении рака груди это наиболее справедливо. Поэтому самообследование и профилактика рака молочной железы важна не менее, чем лечение.

Разработка и реализация программ ранней диагностики наряду с первичной и вторичной профилактикой – главное направление в борьбе за снижение смертности от рака молочной железы. Первичная профилактика рака груди направлена, прежде всего, на предотвращение болезни и, как следствие, сокращение заболеваемости. Основная цель вторичной профилактики состоит в раннем и своевременном выявлении новообразования, что ведет к сокращению смертности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. СПРАВОЧНИК ПО ОНКОЛОГИИ, под ред. В.А. Горбуновой, 2015год
2. Онкология. Национальное руководство. Автор: Чиссов В.И, Давыдов М.И.2014год.
3. Онкология. под ред. Н.Н.Трапезникова и Ш.Экхардта,- М.Медицина,2011,480с.,ил.(стр.252)
4. Якутский медицинский журнал (10)2015 года.
5. Злокачественные новообразования молочной железы: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность // Маммология. Аксель Е.М. 2007-№1(стр.9-13).
6. Сторожевые лимфоузлы: их поиск и значение при раке молочной железы //Современная онкология-2008-№3(стр.5-13) Вельшер Л.З., Губуня З.Р., Праздников Э.Н.
7. Рак молочной железы. Ганцев Ш.Х., Ханов А.М., Демидов М.И.
8. Диагностика рака молочной железы / Под.ред. В.А Хайленко, Д.В Комова, В.Н.Богатырева : МИА,2009-240с.
9. <http://www.mnioi.ru/species-diagnostic-and-treatment/rak-molochnoy-zhelezy/>
- 10.<http://www.mnioi.ru/informatsiya-dlya-klienta/onkologiya-molochnoy-zhelezy/kak-opredelit-rak-grudi/>
- 11.http://www.ayzdorov.ru/lechenie_raka_molochnoii_jelezi.php
- 12.<http://www.studentmedic.ru/>
- 13.http://www.opuhol.ru/catalogue.php?cat_part=15
- 14.<http://www.eurofemme.ru/lib/selfbreast.php>
- 15.<http://health.rbc.ru/diagnostics/pravilnyj-podhod-k-samoobsledovaniyu-molochnoj-zhelezy/>