

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав. Кафедрой

д.м.н., доцент Здитовецкий Д.Э.

Реферат на тему: Рак молочной железы.

Выполнил: ординатор 2 года обучения

Тесленко Юрий Александрович

г.Красноярск, 2019

Оглавление

1. Определение	3
2. Эпидемиология	3
3. Этиология и патогенетические формы	3-4
4. Топографо-анатомические особенности (кровоснабжение и лимфоотток)	4
5. Клинические формы РМЖ	4-5
6. Диагностика РМЖ	5-6
7. Лечение РМЖ	7-8
8. Заключение	8
9. Литературный список	8

1 Определение

Рак молочной железы—злокачественная—опухоль,—исходящая—из—эпителия—ткани—молочной—железы.

2 Эпидемиология

Рак молочной железы (РМЖ)—наиболее частое злокачественное заболевание у женщин в РФ.

В 2015 году зарегистрировано 66366 новых случаев, что составляет 20,8% от всей опухолевой патологии у женщин. Средний возраст заболевших составил 61,2 года. Ежегодный стандартизованный показатель прироста заболеваемости составил—1,8% за последние 10 лет. Кумулятивный риск развития РМЖ составляет 5,4% при продолжительности жизни 74—года. В последние годы увеличивается количество пациентов, у которых заболевание диагностировано в I-II стадиях. Так в 2015 году этот показатель составил 69,5%, тогда как 10 лет назад равнялся 61,8%. Летальность в течение первого года после установки диагноза снижается в течение десяти лет с 10,9% в 2005 году до 6,6 в 2015. Доля женщин, состоящих на учете 5 и более лет, составляет 59,8%. В структуре смертности женского населения РМЖ также находится на первом месте, составляя 17,0%.

3 Этиология и патогенетические формы

У—3 10—%—больных раком молочной железы развитие заболевания связано с наличием мутаций в генах BRCA1,BRCA2,CHECK,NBS1,tP53.

У остальных пациентов рак молочной железы имеет спорадический характер.

- **Так все-таки- у кого возникает???**
- пойдем исходя из патогенетических форм.

Основные патогенетические формы:

- **Гипотиреодная форма** — рак молодых (4,3 %), встречается в возрасте 15 – 32 лет.
Особенности: гипотиреоз, раннее ожирение, месячные до 12 лет, часто встречаются фолликулярные кисты яичников и гиперплазия ткани.
- **Яичниковая форма** имеет место у 44 % женщин. Патогенетические влияния для этой группы связаны с функцией яичников (родами, половой жизнью, фиброаденоматозами).
- **Гипертензионно-надпочечниковая** (39,8 %) – больные 45 – 64 лет, страдают ожирением, повышением возрастного уровня холестерина, кортизола, гипертонической болезнью. Характерны фибромиомы матки, диабет, признаки интенсифицированного старения.
- **Старческая, или гипофизарная** (8,6 %) встречается у женщин в глубокой менопаузе. Характерны возрастные изменения.
- **Опухоль на фоне беременности и лактации.** Прогноз крайне неблагоприятный в связи с повышением уровня пролактина и гормона роста.

Группы повышенного риска:

- Отягощенный анамнез (более 2-х родственников страдали РМЖ).
- Большое количество абортов.
- Поздний брак.
- Ожирение.
- Сочетание всего-вышеперечисленного

Анатомия молочной железы.

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.

Кровоснабжение.

Артериальная кровь поступает к молочной железе из внутренней грудной артерии (60%), наружной грудной артерии (30%) и ветвей межреберных артерий (10%).

Венозный отток осуществляется через межреберные и внутренние грудные вены.

Лимфатическая система.

Лимфа от наружных квадрантов молочной железы оттекает к группе подмышечных лимфатических узлов. Подмышечные лимфатические узлы подразделяют на узлы 3 уровней (в зависимости от взаиморасположения с малой грудной мышцей). От внутренних квадрантов молочной железы лимфоотток происходит в парастернальные лимфатические узлы.

Клинические формы рака молочной железы

1. Узловая.

2. Диффузная инфильтративная:

- 1) отечно-инфильтративная;
- 2) воспалительная (инфламаторная):
 - а) маститоподобная;
 - б) рожеподобная
 - в) панцирная.

3. Рак в протоке.

4. Рак Педжета.

Узловая форма - наиболее часто встречаемая среди других форм рака молочной железы (75 – 80 %). На ранних стадиях опухоль обычно не причиняет неприятных субъективных ощущений. Единственной жалобой, как правило, является наличие безболезненного плотного опухолевидного образования или участка уплотнения в том или ином отделе железы, чаще в верхне-наружном квадранте.

Диффузно –инфильтративные формы

- Отечно-инфильтративный рак - характеризуется наличием безболезненного или слегка болезненного плотного инфильтрата без четких границ, занимающего большую часть железы. Молочная железа при этом увеличена в размерах, кожа отечная, гиперемирована в складку, собирается с трудом, имеет вид «апельсиновой корки» за счет блокады лимфатических путей опухолевыми эмболами или сдавления опухолевым инфильтратом.

Отек наиболее выражен на ареоле и окружающих тканях. В подмышечной впадине нередко определяются плотные лимфатические узлы, сливающиеся в конгломерат.

- Воспалительный (инфламативный) рак. Эта форма представлена маститоподобным и рожистым раком. Они встречаются довольно редко, но зачастую являются причиной серьезных диагностических ошибок.
- Маститоподобная форма – характеризуется гиперемией кожи, отеком мягких тканей, участка или всей грудной железы и повышением температуры тела, что создает картину острого мастита.
- **Рожеподобный рак.** При рожеподобном раке молочной железы кожа резко гиперемизирована, с неровными фестончатыми краями в виде «языков пламени» за счет распространения опухолевых клеток по лимфатическим капиллярам и сосудам – раковый лимфангит. Отек кожи, гиперемия и гипертермия приобретают наибольшую степень выраженности.
- **Панцирный рак** - это сравнительно редко встречающаяся форма, протекает длительно, торпидно. Панцирный рак характеризуется обширной опухолевой инфильтрацией как самой ткани железы, так и покрывающей ее кожи. Процесс может выходить за пределы молочной железы и распространяться на грудную клетку, а также на другую молочную железу. Проявляется сморщиванием, уплотнением и уменьшением в размерах молочной железы. Изменения кожи напоминают панцирь: появляется множество мелких сливающихся опухолевых узлов, кожа становится плотной, пигментированной и плохо смещается.
- **Внутрипротоковый рак** молочной железы чаще всего развивается из внутрипротоковой папилломы и представляет собой микрофолликулярные очаги. В начальной стадии единственным симптомом, указывающим на наличие патологического очага, являются кровянистые выделения из соска. Пальпаторно опухоль вначале определить не удастся вследствие ее небольших размеров и мягкой консистенции.

Рак Педжета - внутрипротоковый эпидермотропный рак молочной железы, возникающий из устьев крупных выводных млечных протоков соска. Болезнь Педжета имеет различное клиническое течение: наиболее часто на первый план выступает поражение соска и ареолы, реже вблизи соска определяется опухоль, а изменения соска носят вторичный характер. Больные ощущают в области соска чувство жжения, покалывания и умеренный зуд. В начальной стадии на соске и ареоле появляются чешуйки, поверхностные эрозии, незаживающие трещины. Сосок увеличен в объеме, уплотнен, отмечается также отечность ареолы. Кожа имеет красноватый цвет, местами она представляется зернистой, как бы лишенной эпидермиса.

Диагностика

Диагностика заболеваний молочной железы основывается на:

- осмотре молочных желез,
- их пальпации,
- маммографии,
- УЗИ,
- пункции узловых образований и подозрительных участков и цитологическом исследовании пунктата.

При осмотре оценивается:

- а) Симметричность желез (симметричны, ассиметричны);
- б) состояние кожи (отек и инфильтрация кожи – симптом «лимонной корки»; заметное на глаз втяжение кожи над опухолью – симптом «умбиликации»; симптом «площадки»);

- в) состояние соска и ареолы (отечность ареолы и уплощение соска – симптом Краузе, прорастание и изъязвление кожи, втяжение и фиксация соска);

Оценивается при пальпации:

- г) особенности пальпируемого уплотнения (узел при пальпации чаще безболезненный, без четких контуров, плотной консистенции, ограниченно подвижный вместе с окружающей железистой тканью);
- д) состояние регионарных лимфатических узлов (пальпируются /не пальпируются; **если да, то где**).

Маммографическое исследование высокоэффективный метод при распознавании и дифференциальной диагностике заболеваний, играющий большую роль в диагностике рака молочной железы.

- **Первичные рентгенологические признаки рака:** наличие характерной опухолевой тени. Чаще всего это неправильная, звездчатая, амёбовидная, с неровными, нечеткими контурами тень с радиарной тяжистостью. Опухолевый узел может сопровождаться «дорожкой» к соску, его втяжением, утолщением кожи. Наличие микрокальцинатов, т. е. отложений солей в стенке протока. Они встречаются как при раке, так и при мастопатиях и даже в норме. Однако их характер при этом отличается. При раке микрокальцинаты обычно бывают менее 1 мм, напоминают песчинки. Чем их больше, чем они мельче, тем больше вероятность рака.

Дуктография (галактография или контрастная маммография). Осуществляется после введения контрастного вещества в молочные протоки. Показана при наличии выделений из соска любого характера и цвета, но особенно при значительном их количестве и кровянистом характере.

УЗИ молочных желез

- Можно выявить в молочной железе патологический очаг, его локализацию, форму и размеры.
- Однако эффективно УЗИ лишь у молодых женщин, у которых хорошо развита железистая ткань.

При необходимости МРТ МЖ

- **Показания:**
- 1. Возраст до 30 лет.
- 2. Наличие мутаций в генах BRCA1, BRCA2, CHECK, NBS1, tP53.
- 3. *высокая рентгенологическая плотность молочных желез,*
- 4. *наличие имплантатов молочных желез при невозможности выполнения качественного маммографического исследования,*
- 5. *Наличие долькового рака in situ*

Дополнительно:

- КТ органов грудной клетки является стандартом уточняющей диагностики при раке молочной железы в большинстве развитых стран для исключения метастазов в легкие, лимфоузлы средостения.
- На практике данное исследование может

быть отчасти заменено рентгенологическим исследованием у пациентов с небольшой местной распространенностью опухолевого процесса.

Инвазивные методы диагностики рака МЖ

- **Пункционная биопсия** - цитологический метод диагностики рака молочной железы позволяет судить о процессе до начала лечения, когда требуется максимально достоверное подтверждение клинического диагноза.
- **Инцизионная биопсия** – взятие кусочка ткани на цитологическое и гистологическое исследование. Эту процедуру производят под местной анестезией.

- **Диагностическая секторальная резекция молочной железы** применяется при непальпируемых образованиях молочной железы или при невозможности верификации процесса при помощи других методов исследования.

Лечение

- Хирургическое.
- Химиотерапевтическое.
- Лучевое.
- Комбинированное.

Хирургическое

- 1. Радикальная мастэктомия по Halls W., Meyer W. заключается в удалении единым блоком молочной железы вместе с большой и малой грудными мышцами и их фасциями, подключичной, подмышечной и подлопаточной клетчаткой с лимфатическими узлами в пределах анатомических футляров.
- 2. Радикальная модифицированная мастэктомия по Patey D., Dyson W., которая отличается от операции Холстеда тем, что при ней сохраняется большая грудная мышца.
- 3. Простая мастэктомия. Удаление молочной железы с фасцией большой грудной мышцы. С онкологических позиций расценивается как нерадикальная операция, поскольку при ней не удаляется регионарный лимфоколлектор.
- 4. Радикальная квадрантэктомия молочной железы представляет собой органосохраняющую операцию. Операция заключается в удалении сектора молочной железы вместе с опухолью, подлежащей фасцией большой грудной мышцы, малой грудной мышцей или только ее фасцией, а также подключичной, подмышечной и подлопаточной клетчаткой с лимфатическими узлами в одном блоке.
- Мастэктомия по Мадену: Молочная Железа+ регионарный лимфоколлектор.

Лучевая терапия

- Это метод локорегионарного воздействия на опухолевый процесс. Его применяют как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах. Предоперационная лучевая терапия позволяет снизить степень злокачественности первичной опухоли за счет гибели ее низкодифференцированных элементов, уменьшить интраоперационную диссеминацию опухолевых клеток, лишает девитализированные опухолевые клетки способности к имплантации в отдаленные органы в зоне облучения и, тем самым, предупреждает возникновение ранних рецидивов.
- Для достижения этих целей считаются достаточными суммарные очаговые дозы (СОД) 40 – 50 Гр, подведенные за 4 – 5 недель к послеоперационному рубцу (или молочной железе) по 40 Гр на зоны лимфооттока.

Виды лучевой терапии:

1. Предоперационная. Больные РМЖ после установления диагноза получают курс предоперационной лучевой терапии на молочную железу и зоны регионарного метастазирования.

2. 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).

3. Облигатная 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.

4. 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.

Химиотерапия и гормонотерапия

- В отличие от лучевой терапии химиотерапия является методом системного лечения, т. е. способного воздействовать на опухолевые клетки во всех органах и тканях организма. Для снижения уровня эстрогенов у больных репродуктивного возраста применяют двустороннюю овариоэктомию, лучевую кастрацию или гонадотропин-рилизинг гормон. Синтетический аналог этого гормона – препарат Золадекс (Zoladex) – при постоянном применении за счет ингибирования выделения гипофизом лютеинизирующего гормона приводит к снижению содержания эстрадиола в сыворотке крови до уровня, сопоставимого с тем, который бывает у женщин в менопаузе. Широкое распространение при раке молочной железы получил антиэстрогенный синтетический препарат тамоксифен (нолвадекс, зитазониум), механизм действия которого основан на способности препарата конкурентно связываться с эстрогенными рецепторами клеток опухоли и препятствовать их взаимодействию с эстрогенами, прежде всего – с эстрадиолом. В настоящее время тамоксифен назначают по 20 мг в сутки на протяжении 5 лет.

Профилактика

эффективная профилактика рака молочной железы включает такие меры:

- Внимательное отношение к состоянию эндокринной системы – коррекция гормонального фона при климаксе, прием оральных контрацептивов;
- Беременность и роды - своевременно;
- Отсутствие аборт, а соответственно – эффективная контрацепция;
- Предупреждение и своевременное лечение доброкачественных опухолей груди – мастопатии, кистозной болезни, фиброаденомы;
- Регулярное прохождение маммографического обследования – 1-2 раза в год;
- Отказ от вредных привычек, здоровое питание, активный образ жизни, полноценный сон.

Заключение

- Статистика показывает, что только от своевременной ранней диагностики зависит благополучный результат лечения. В запущенных стадиях заболевания суть лечения будет сводиться к продлению жизни, и отдаление неизбежного.
- В виду чего – только регулярное самообследование женщиной; своевременное обращение ко врачу; регулярные и качественные профилактические осмотры со стандартным перечнем обследования женщин способны значительно снизить количество впервые выявленных запущенных случаев РМЖ, а следовательно и повлиять на исход лечения.

Список используемой литературы:

1. Национальные клинические рекомендации: <http://kokb45.ru/wp-content/uploads/2018/06/Rak-molochnoj-zhelezy-.pdf>