

Рак молочной железы

проф. З.В.Курбанова

2017 год

Рак молочной железы



Исторические описания

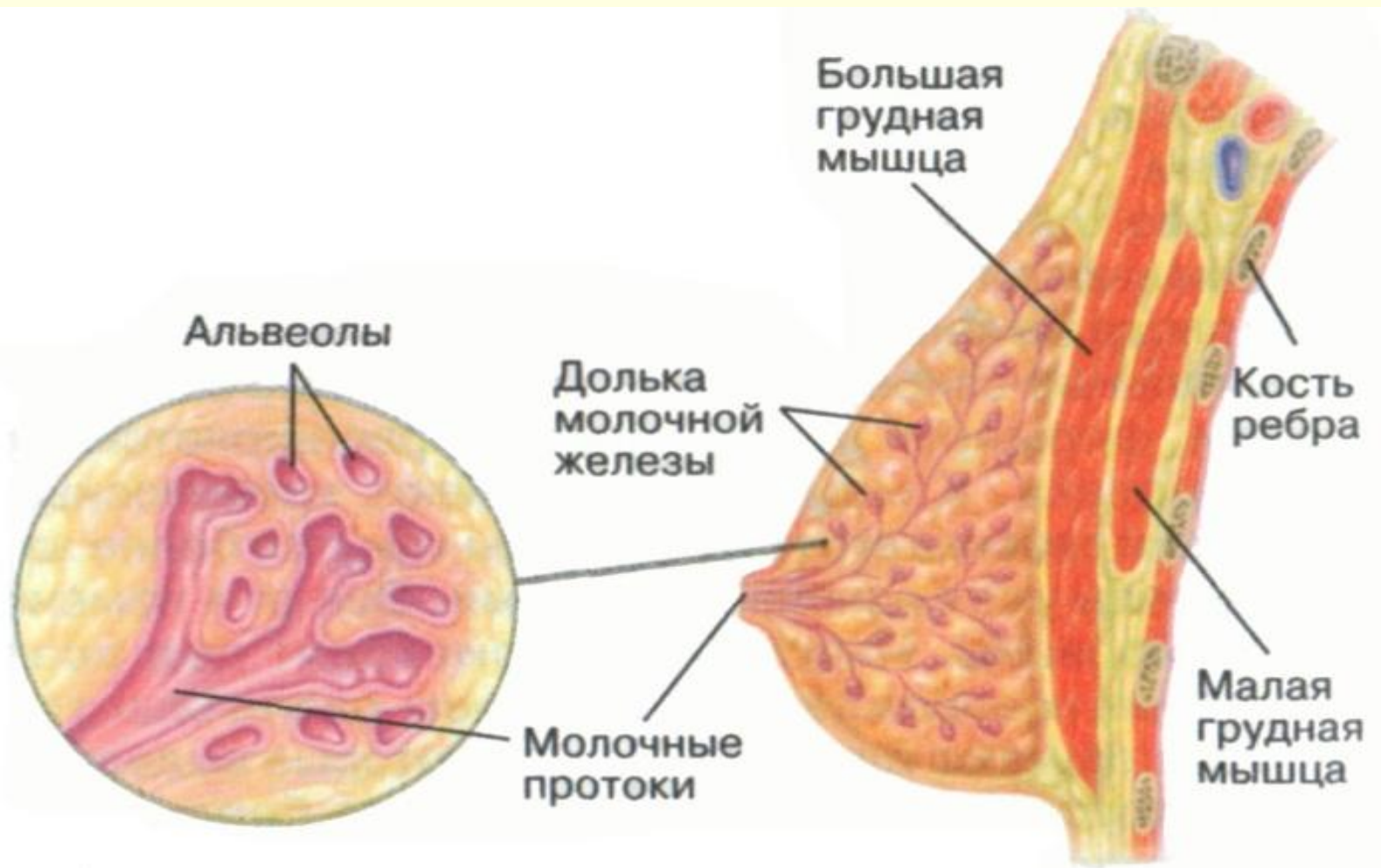
Рак молочной железы является одной из самых изученных и изучаемых форм рака. Древнейшее из известных описаний рака молочной железы было найдено в Египте и датируется примерно 1600 годам до н.э. Так называемый «Папирус Эдвина Смита» описывает 8 случаев опухолей или изъязвлений молочной железы, которые были подвергнуты лечению прижигание огнем. Текст гласит: «От этой болезни нет лечения; она всегда приводит к смерти».

В течение многих столетий врачи описывали подобные случаи в своей практике с тем же печальным заключением. Никаких сдвигов в лечении рака молочной железы не происходило до тех пор, пока в 17 веке врачи не добились лучшего понимания работы кровеносной и лимфатической систем организма и не смогли понять, что рак молочной железы распространяется по лимфатическим путям и в первую очередь поражает ближайшие – подмышечные лимфатические узлы. Французский хирург Жан-Луи Пейти (1674 -1750) и вскоре после него шотландский хирург Бенджамин Белл (1749-1806) были первыми , кто догадался удалить при раке молочной железы не только молочную железу, но и ближайшие лимфатические узлы и подлежащую грудную мышцу. Их успешная работа была подхвачена Уильямом Стюартом Холстедом(1852-1922), который в 1882 году ввел в широкую медицинскую практику технически усовершенствованный вариант этой операции, которую он назвал «радикальной мастэктомией» .

Рак молочной железы

- Злокачественная опухоль железистой ткани молочной железы. В мире это наиболее частая форма рака среди женщин, поражающая женщин в возрасте от 13 до 90 лет. Это так же второе по частоте после рака легких онкологическое заболевание в популяции в целом (считая и мужское население; поскольку молочная железа состоит из одинаковых тканей у мужчин и женщин. РМЖ у мужчин составляет менее 1% от общего количества больных данным заболеванием.
- Самые высокие стандартизованные показатели в США, где РМЖ составляет 32% всех впервые диагностированных случаев рака у женщин. Показатели в Западной Европе несколько ниже, из них высокие зарегистрированы во Франции (86 на 100000 женщин). Самую низкую заболеваемость РМЖ определяют в странах Африки (Алжир-10 случаев на 100 000) и Азии (Таиланд-15 на 100000). В России структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями РМЖ занимает 1 место. Распространенность составляет 42,8%.

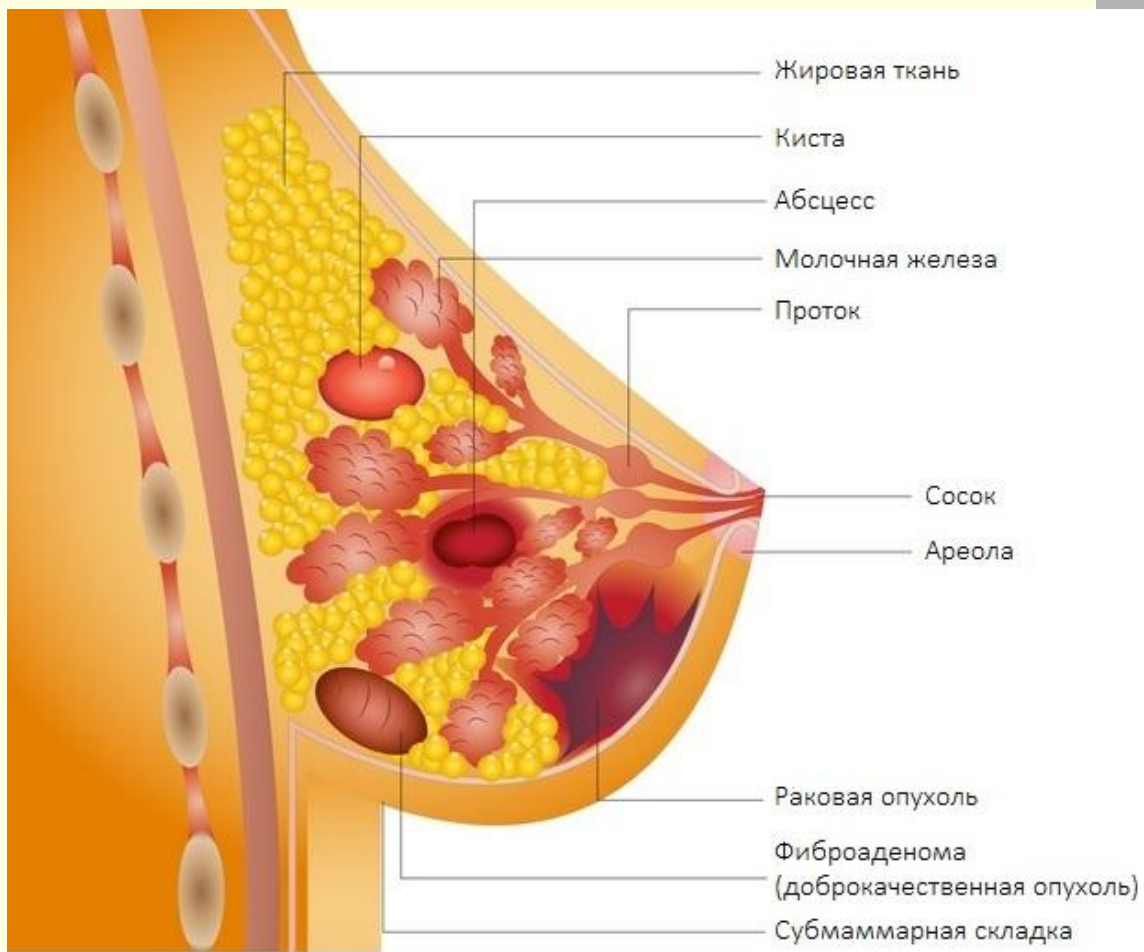




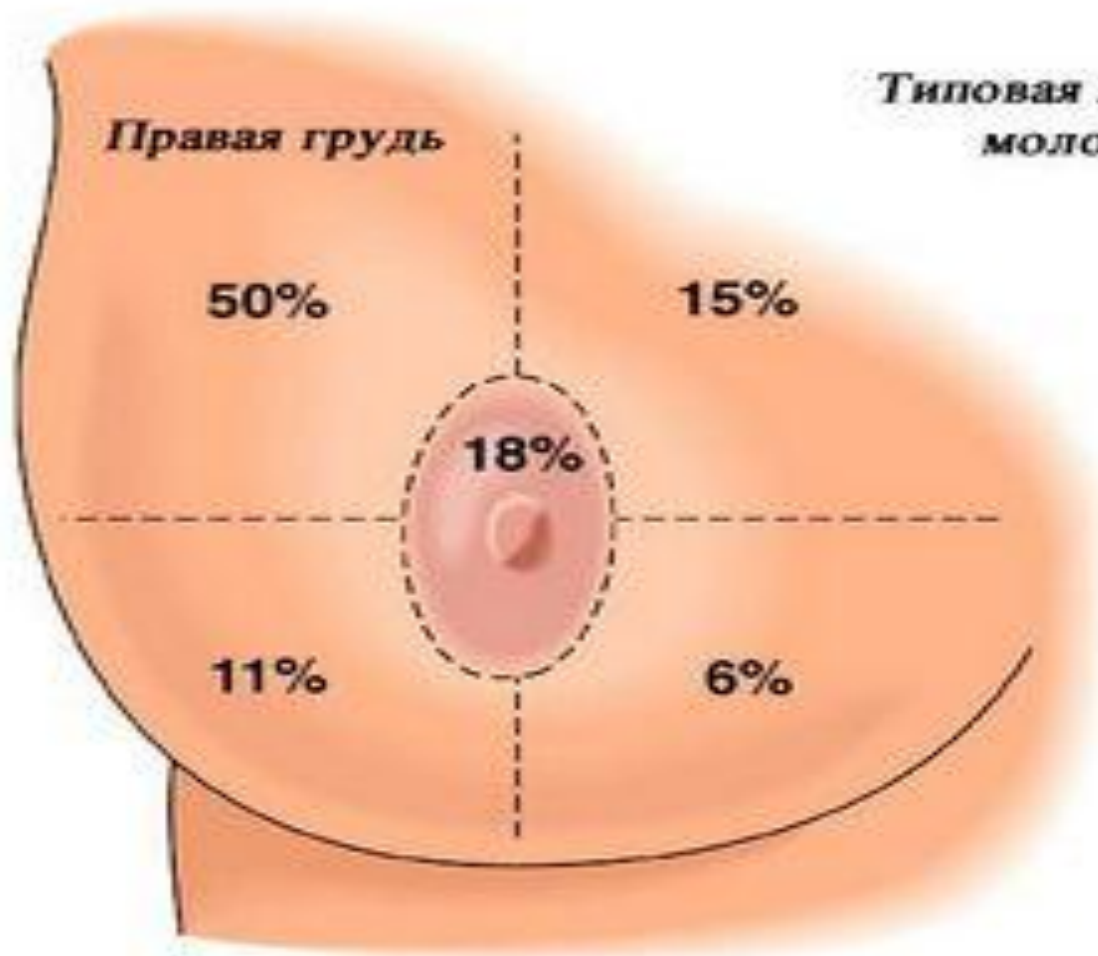
Дольки молочной железы

Поперечный срез грудной железы

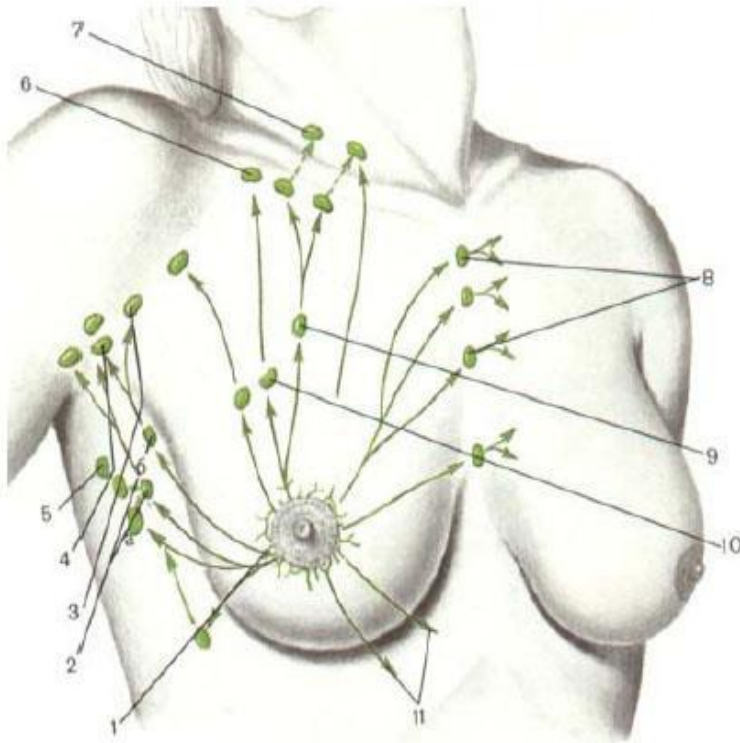
Строение грудной железы.



*Типовая локализация рака
молочной железы*



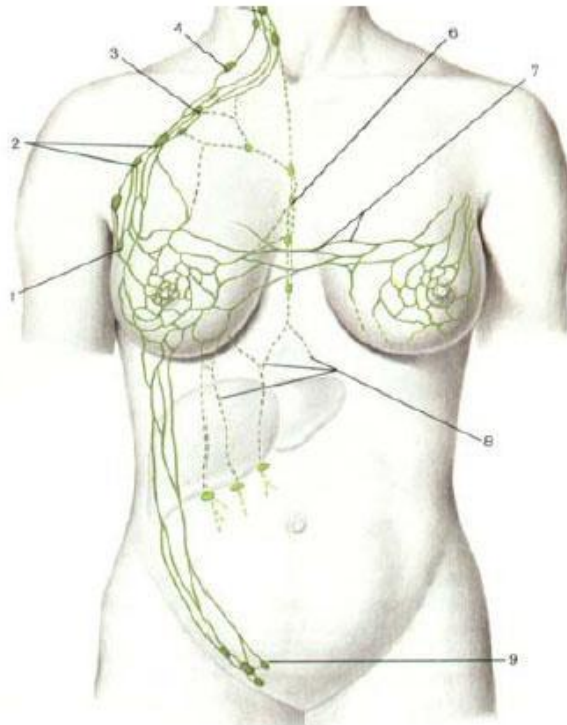
Пути лимфооттока



Мал. 9.6. Шляхи відтоку лімфи до регіонарних лімфатичних вузлів молочної залози з урахуванням квадрантів (схема запозичена з Атласу онкологічних операцій під ред. Б.Є. Петерсона)

1 - навколоареолярна сітка лімфатичних судин; 2 - парамамарні лімфатичні вузли: а) вузол Бартельса; б) вузол Зоргіуса; 3 - латеральні підпахвинні лімфатичні вузли; 4 - центральні підпахвинні лімфатичні вузли; 5 - підлопаточні лімфатичні вузли; 6 - підключичні лімфатичні вузли; 7 - надключичні лімфатичні вузли; 8 - парастернальні лімфатичні вузли; 9 - позадугрудні лімфатичні вузли; 10 - міжгрудні лімфатичні вузли (вузол Роттера); 11 - лімфатичні судини, що йдуть до епігастральної ділянки.

Пути лимфооттока



Мал. 9.7. Шляхи відтоку лімфи від молочної залози (схема запозичена з Атласу онкологічних операцій під ред. Б.Є. Петерсона)

1 - парамамарні лімфатичні вузли; 2- центральні підпахвинні лімфатичні вузли; 3 - підключичні лімфатичні вузли; 4 - надключичні лімфатичні вузли; 5 - глибокі шийні лімфатичні вузли; 6 - парастернальні лімфатичні вузли; 7 - перехресні лімфатичні шляхи, що поєднують лімфатичні системи обох молочних залоз; 8 - лімфатичні судини, що йдуть до черевної порожнини; 9 - поверхневі пахвинні лімфатичні вузли.

Основные факторы риска

- Отсутствие в анамнезе беременностей и родов
- Курение
- Раннее менархе (до 12 лет)
- Поздняя менопауза (после 55 лет)
- Отягощенный семейный анамнез
- Больные, леченные по поводу рака женских половых органов.
- Ожирение
- Сахарный диабет
- Гипертоническая болезнь
- Злоупотребление алкоголем
- Употребление экзогенных гормонов (при непрерывном употреблении с целью контрацепции или лечения более 10 лет)

Рак молочной железы и лактация



Результаты научных исследований

Кормление грудью снижает риск заболеть раком грудной железы на **4.3** процента на каждый год кормления (вне зависимости от количества детей.) Риск рака груди также дополнительно снижается на **7%** на каждые роды. Подсчитано, что заболеваемость раком грудной железы в развитых странах снизится больше чем вполонину, с **6.3** до **2.7** на 100 женщин, если бы женщины в среднем рожали и кормили грудью примерно как женщины в развивающихся странах до недавнего времени. На кормление грудью приходится **2/3** части в снижении заболеваемости.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА

МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

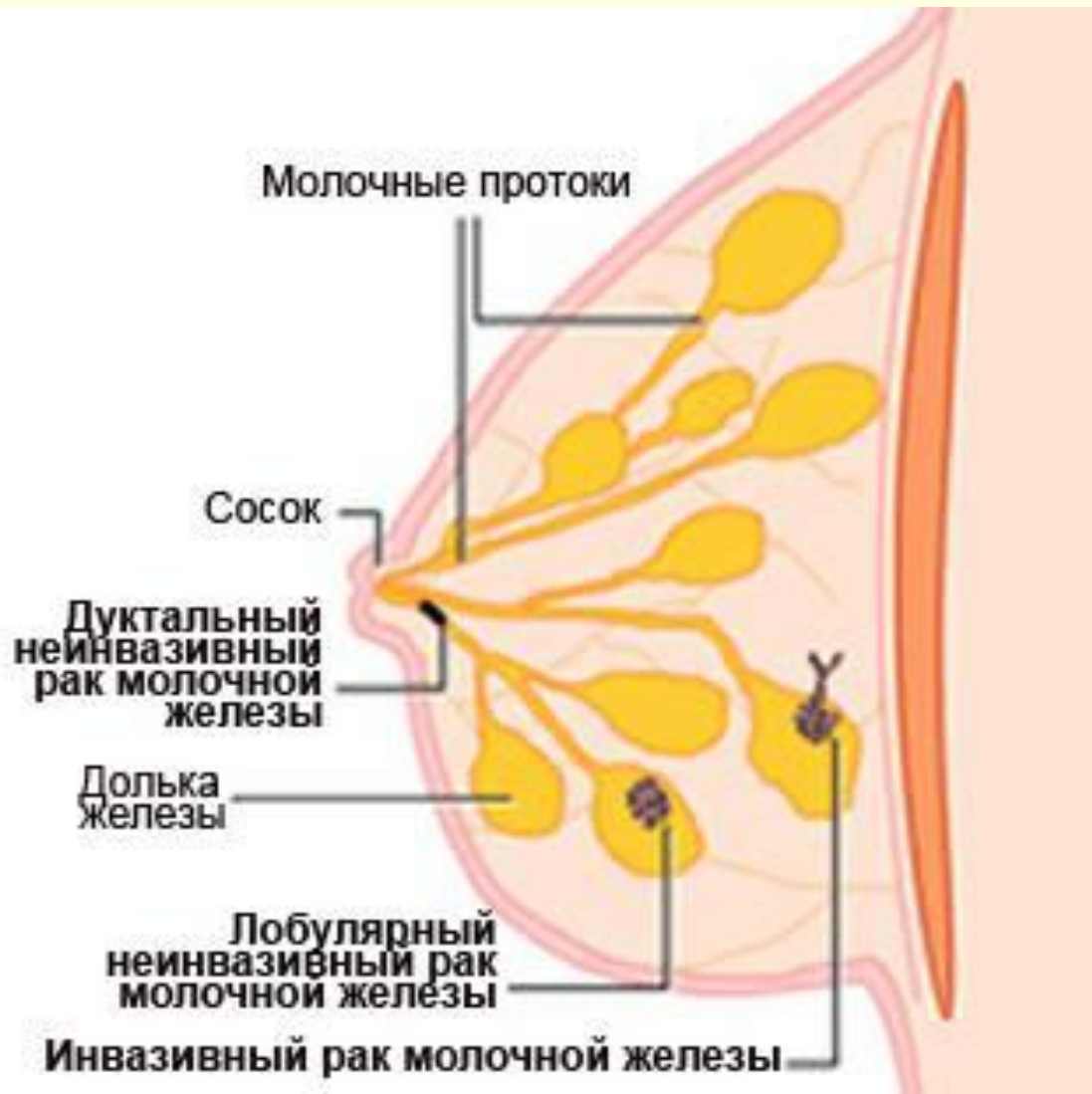
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РМЖ

- Узловая форма.
- Диффузная форма:
 - а) отечно-инфильтративная;
 - б) маститоподобная;
 - в) рожеподобная;
 - г) панцирная.
- Редкие формы:
 - а) рак Педжета ;
 - б) атипичные формы.

Патогенетическая форма РМЖ

- Гипотиреоидная форма
- Яичниковая форма
- Надпочечниковая форма
- Инволютивная
- Особой патогенетической формой является рак, развившийся на фоне беременности, лактации, после родов или аборта

Схема локализации РМЖ



Международная классификация рака молочной

железы (2009г.)

T - Первичная опухоль (кодограмма 6)

Tis - преинвазивная карцинома (carcinoma in situ), неинфильтрирующая внутри протоковая карцинома, или болезнь Педжета соска без определяемой опухоли.

Примечание. Сочетание болезни Педжета с определяемой опухолью в ткани молочной железы классифицируется по размерам последней.

T0 - опухоль в молочной железе не определяется.

Примечание. Морщинистость кожи, ретракция соска или любые другие изменения кожи, за исключением перечисленных в T4, могут иметь место в T1, T2 или T3, но не влияют на классификацию.

T1 - опухоль не более 2 см в наибольшем измерении:

- T1a - опухоль до 0,5 см.;
- T1b-опухоль от 0,5 до 1 см.;
- T1c - опухоль от 1 до 2 см.

T2 - опухоль от 2 до 5 см в наибольшем измерении.

T3 - опухоль более 5 см в наибольшем измерении:

T4 - опухоль любых размеров с прямым распространением на грудную стенку или кожу.

Примечание. Грудная стенка включает ребра, межреберные мышцы и переднюю зубчатую мышцу.

- T4a - с фиксацией к грудной стенке;
- T4b - с отеком, инфильтрацией или изъязвлением кожи молочной железы (включая "лимонную корку") либо сателлитами на коже той же железы;
- T4c - сочетание обоих указанных выше признаков;
- T4d - воспалительная форма рака.

Примечание. Маститоподобные и рожеподобные раки молочной железы выделяют в отдельную группу

Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

N — Регионарные лимфатические узлы

- ~~**N0** - подмышечные лимфатические узлы на стороне поражения не прощупываются;~~
- N1** - прощупываются смещаемые подмышечные лимфатические узлы:
 - N1a** -лимфатические узлы расценивают как не метастатические;
 - N1b** -лимфатические узлы расценивают как метастатические;
- N2** - подмышечные лимфатические узлы спаяны между собой или с другими структурами и расцениваются как метастатические;
- N3** - подключичные или внутренние маммарные лимфатические узлы расценивают как метастатические или имеется отек руки.

Примечание. Отек руки может быть обусловлен блокадой лимфатических путей, лимфатические узлы при этом могут не прощупываться.

- Nx** - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

M - Отдаленные метастазы

M₀ - нет признаков отдаленных метастазов;

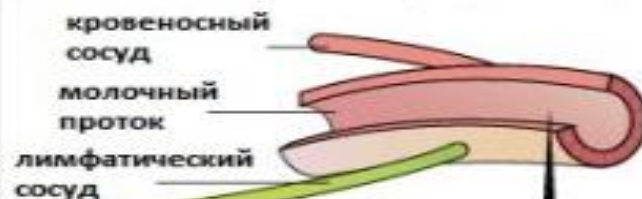
M₁ - имеют отдаленные метастазы;

M_x - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

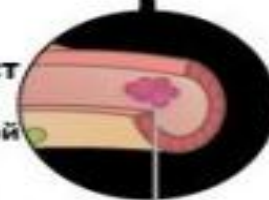
Лимфатические сосуды



Проток молочной железы

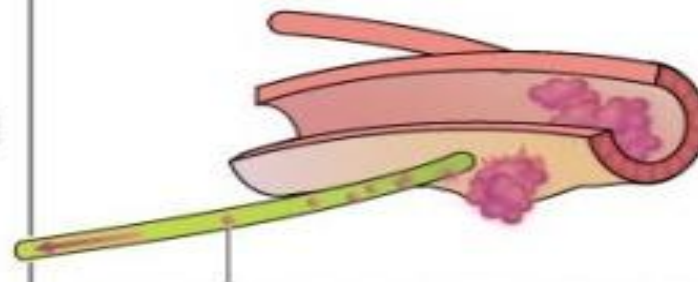


Патологический рост
изменения в генетике
клеток протоков молочной
железы, приводящие к
неконтролируемому их
росту



Метастазирование

распространение клеток за пределы очага
первичной опухоли в другие ткани



Места метастазирования рака молочной железы



G - Гистологические градации дифференцировки опухоли

- **G1** - высокая степень дифференцировки;
- **G2** - средняя степень дифференцировки;
- **G3** - низкая степень дифференцировки или недифференцированный рак;
- **Gx** - степень дифференцировки не установлена.

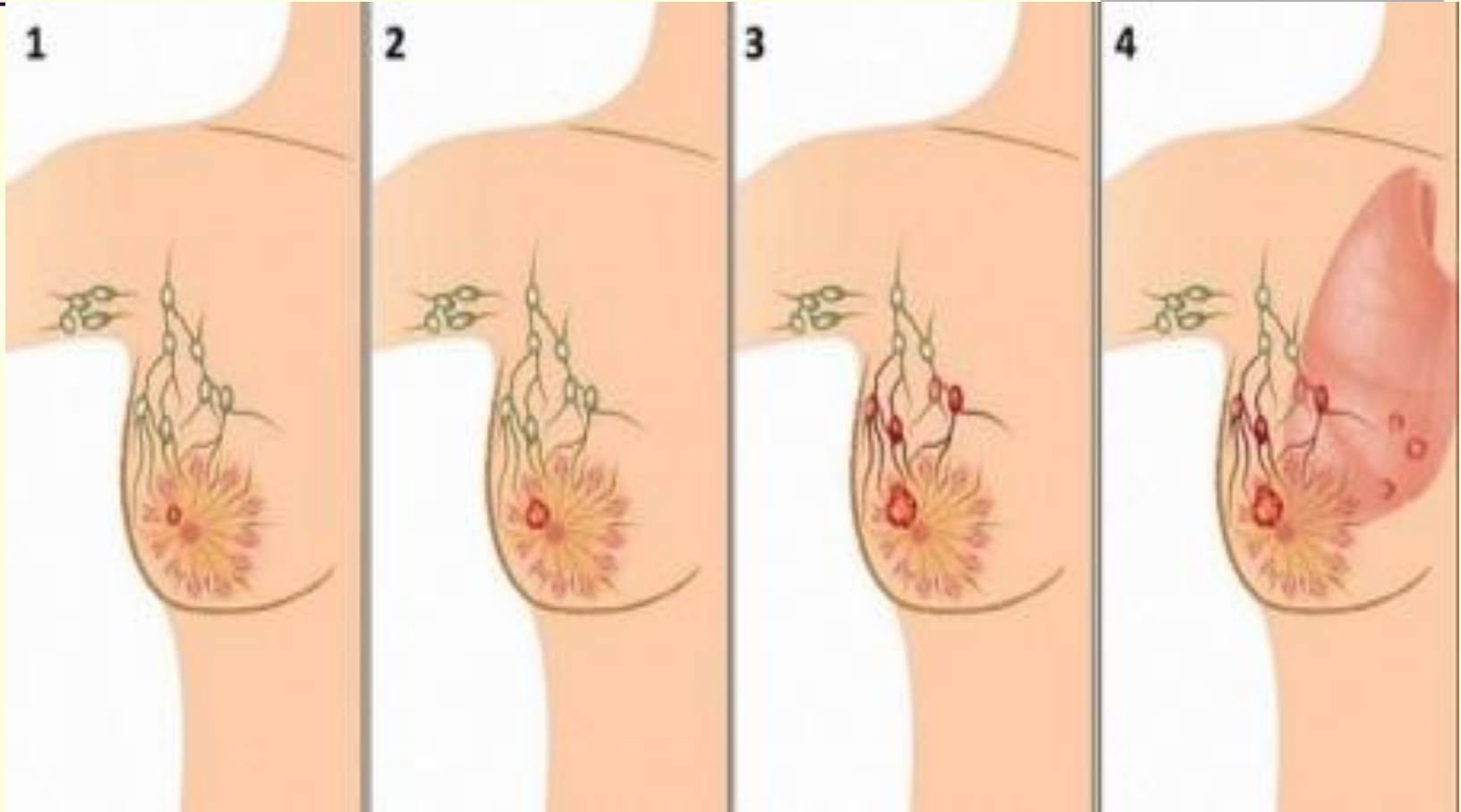
В специализированных учреждениях в диагнозе используют *дополнительные символы*: **C** - фактор надёжности - характеризует методы исследования, на основании которых был поставлен диагноз:

- **C1** - данные клинического обследования;
- **C2** - специальные диагностические методы;
- **C3** - данные пробного хирургического лечения;
- **C4** - патогистологические данные после радикального хирургического лечения;
- **C5** - данные вскрытия.

Символ **r** характеризует рецидив опухоли; **y** - использование до операции других спец.методов лечения **R** - наличие резидуальных опухолей после лечения.

Стадии рака молочной железы

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1 ³	N0	M0
Стадия IB	T0, T1 ³	N1mi	M0
Стадия IIA	T0, T1 ³	N1	M0
	T2	N0	M0
Стадия IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Стадия IIIA	T0, T1 ³ , T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Стадия IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Стадия IIIC	Любая T	N3	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1





1



2



3



4

I СТАДИЯ*

T1[†], N0, M0

Опухоль ≤ 2 см в наибольшем измерении

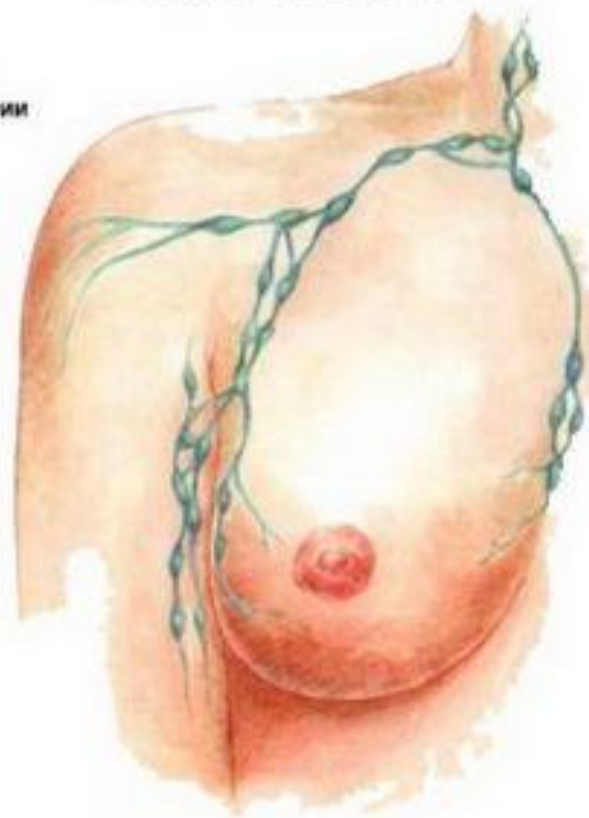
или

Микроинвазивный рак, распространяющийся за пределы базальной мембраны в прилегающие ткани (≤ 0,1 см в наибольшем измерении)



Опухоль ≤ 2 см в наибольшем измерении

Нет поражения регионарных лимфатических узлов или отдаленных метастазов



IIВ СТАДИЯ*

T2, N1, M0

Характеризуется одним из следующих описаний:

- Опухоль > 2 см, но < 5 см в наибольшем измерении и метастазы в смежных подмышечных лимфатических(ом) узлах(е) на стороне поражения



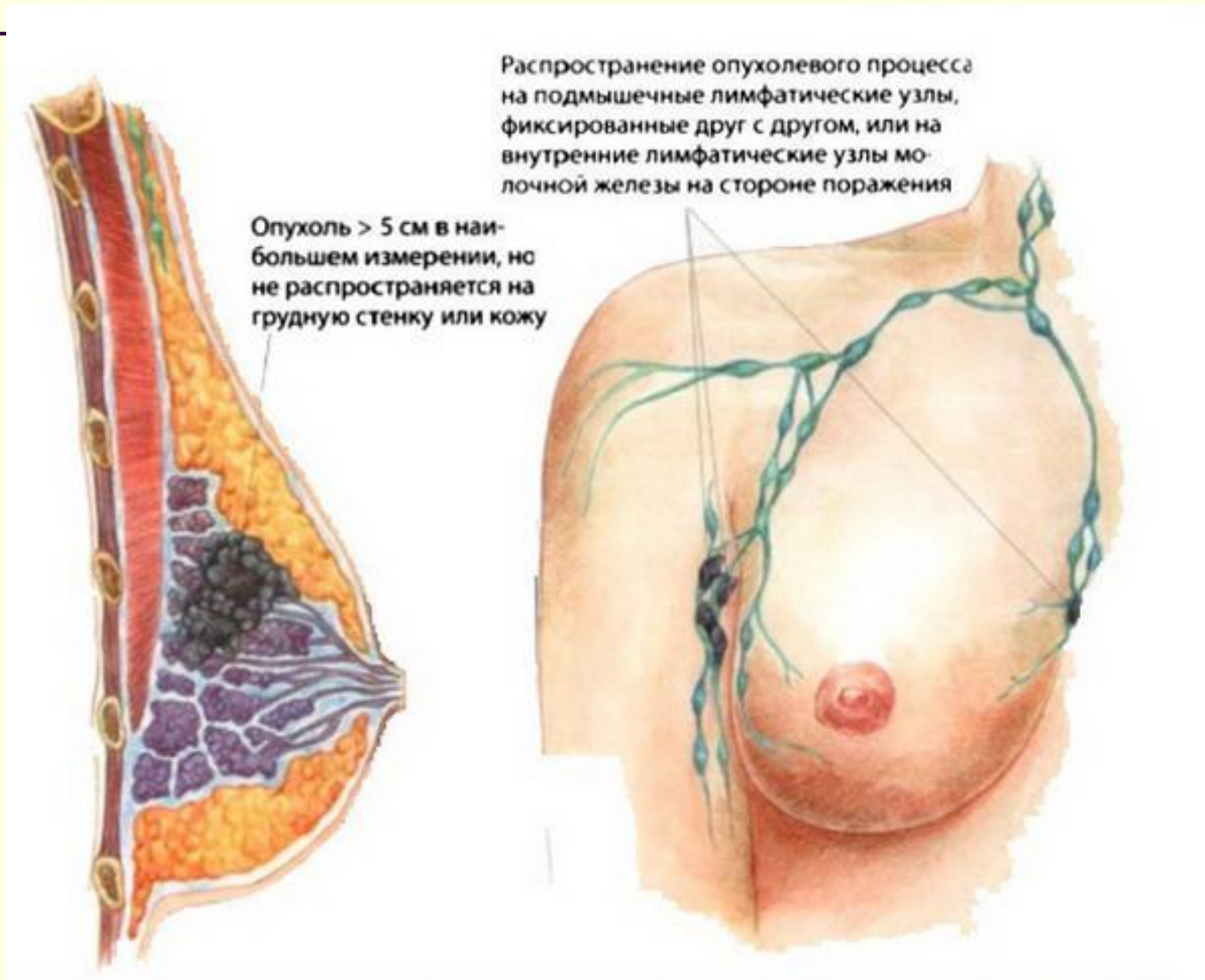
Опухоль > 2 см, но < 5 см в наибольшем измерении

Распространение опухолевого процесса на подмышечные лимфатические(ий) узлы(ел) на стороне поражения

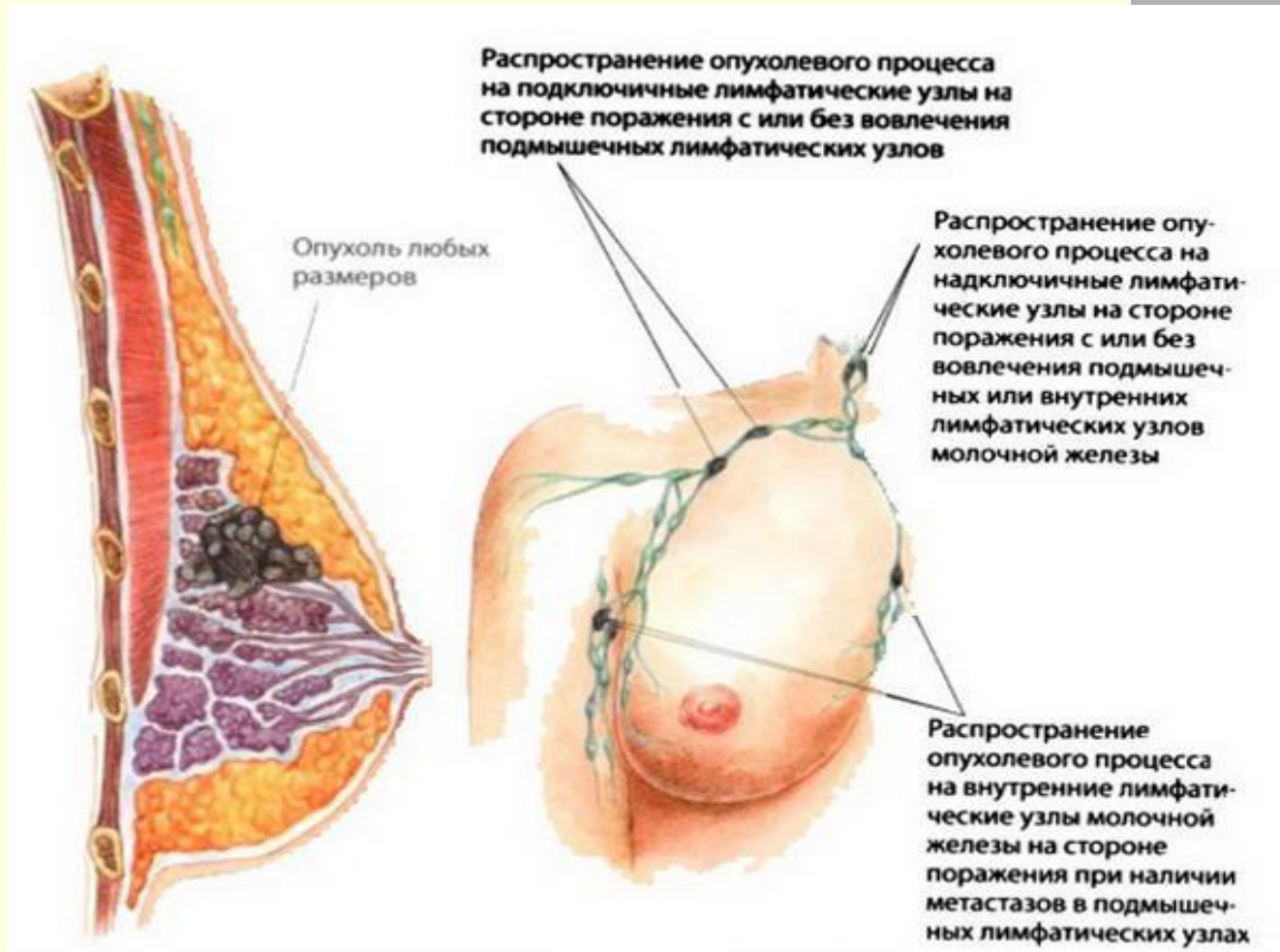


Продолжение описания IIВ
ом на следующей странице!

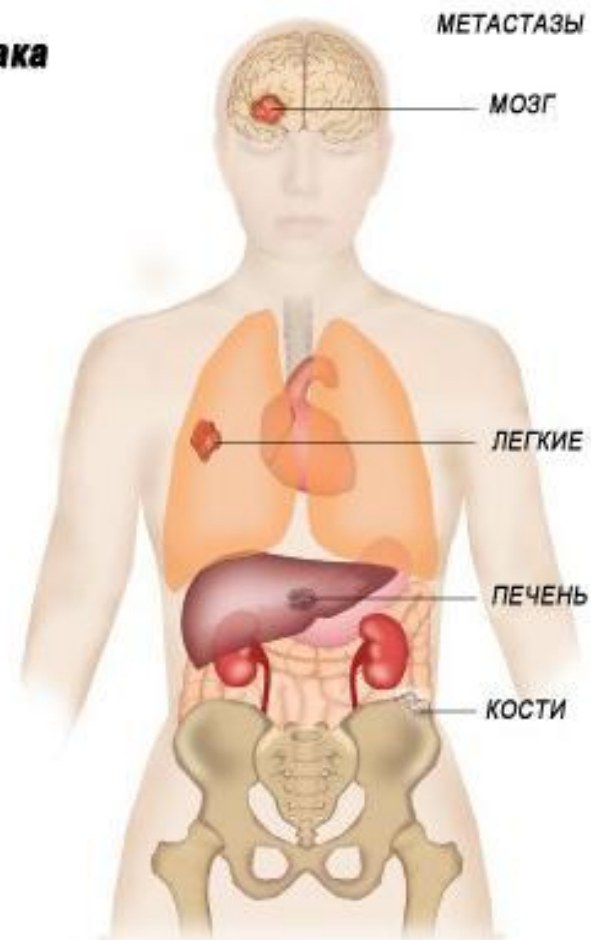
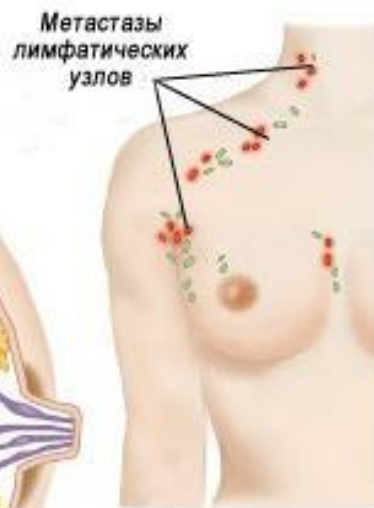
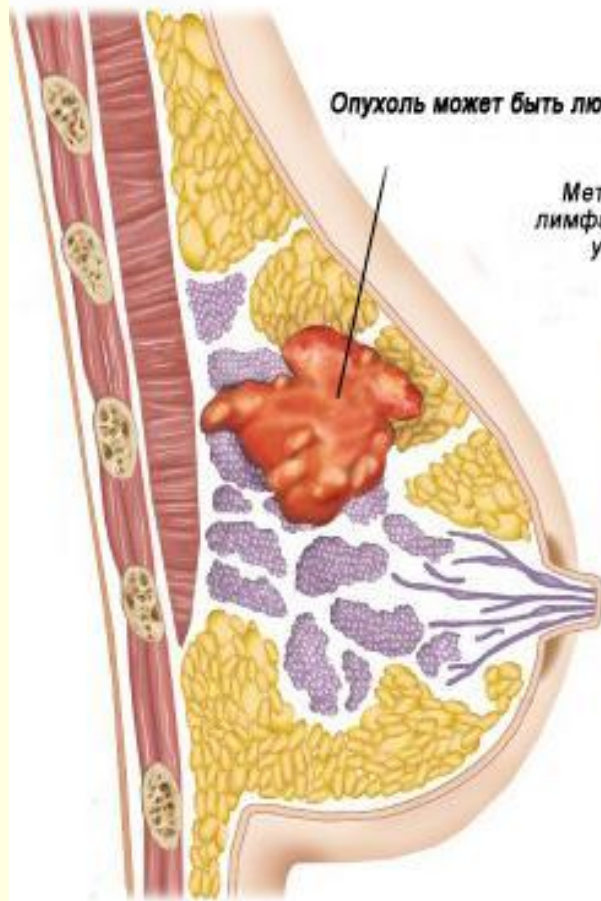
Стадия 11а



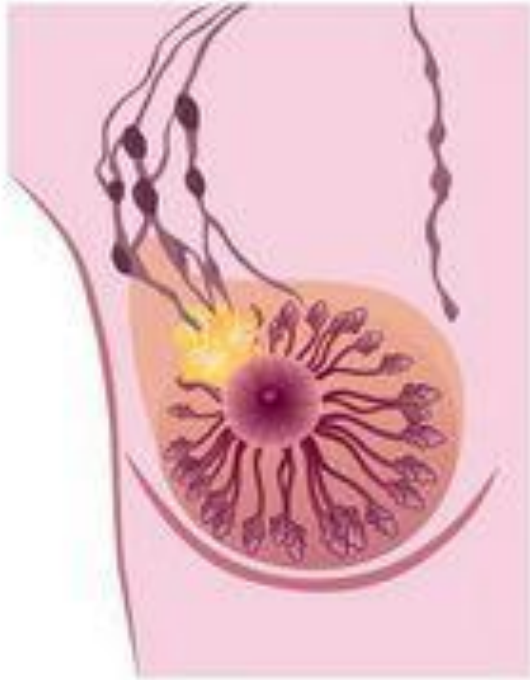
стадия 11б



IV стадия рака



Поздние стадии Р М Ж

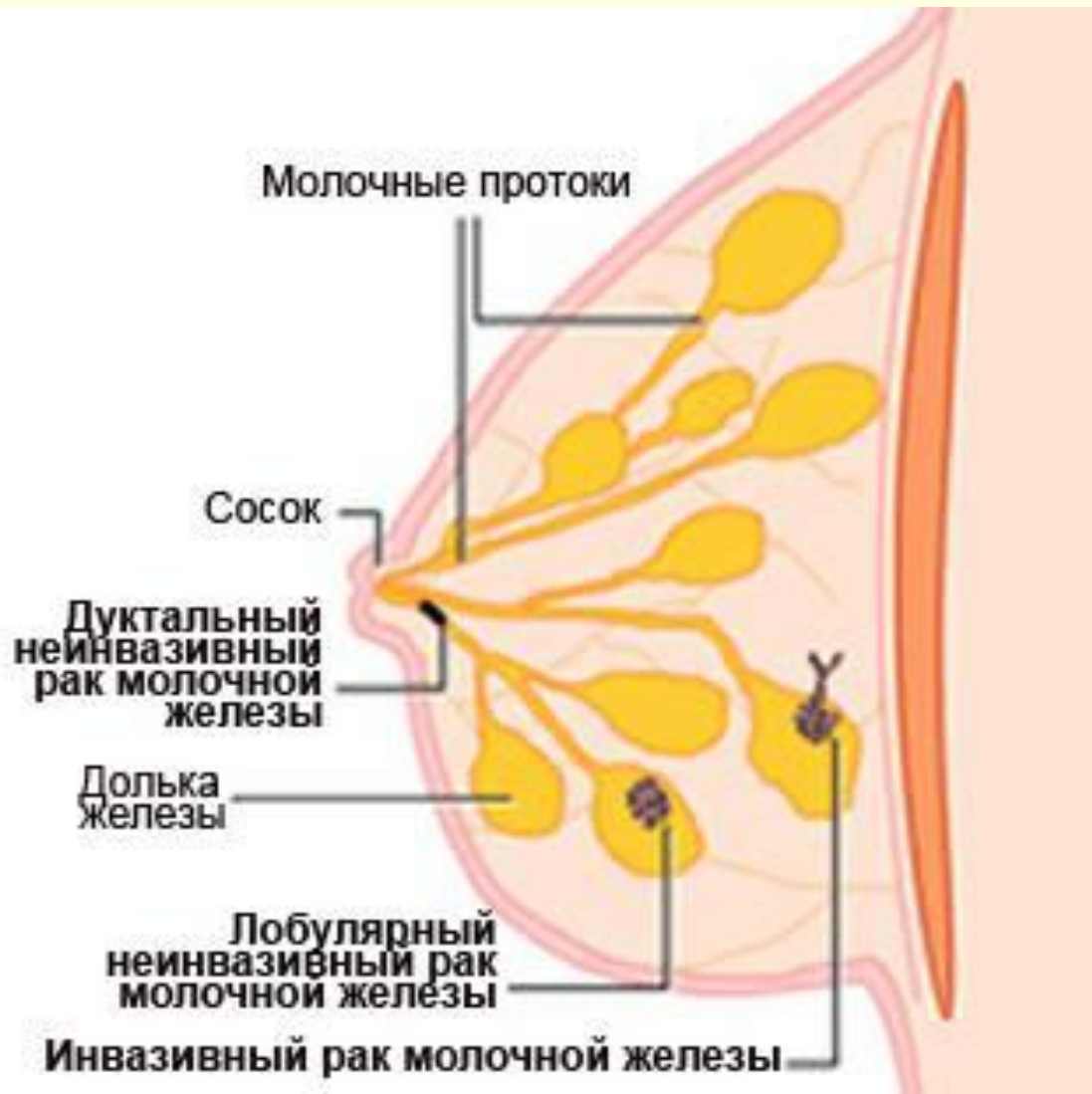


Стадия III



Стадия IV

Схема локализации РМЖ



Алгоритм обследования при раке молочных желез

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

- Анамнез
- Осмотр молочных желез
- Пальпация:
 - молочных желез
 - регионарных лимфоузлов (подмышечных, подключичных, надключичных - лимфоузлов с обеих сторон)

3. Гинекологический и репродуктивный анамнез.

- характер и время наступления первой менструации, климакса, менопаузы, дата последней менструации;
- возраст больной при наступлении первой, последней беременности, число родов, искусственных и самопроизвольных абортов;
- при отсутствии беременностей - причины (virgo, бесплодие и т. д.);
- полноценность кормления грудью, его длительность, количество молока, наличие выделений из сосков после окончания кормления.

4. Сексуальная функция.

- регулярность половой жизни;
- либидо;
- вид контрацепции (биологическая, механическая, химическая, гормональная).

5. Социально-бытовая характеристика и профессиональные факторы:

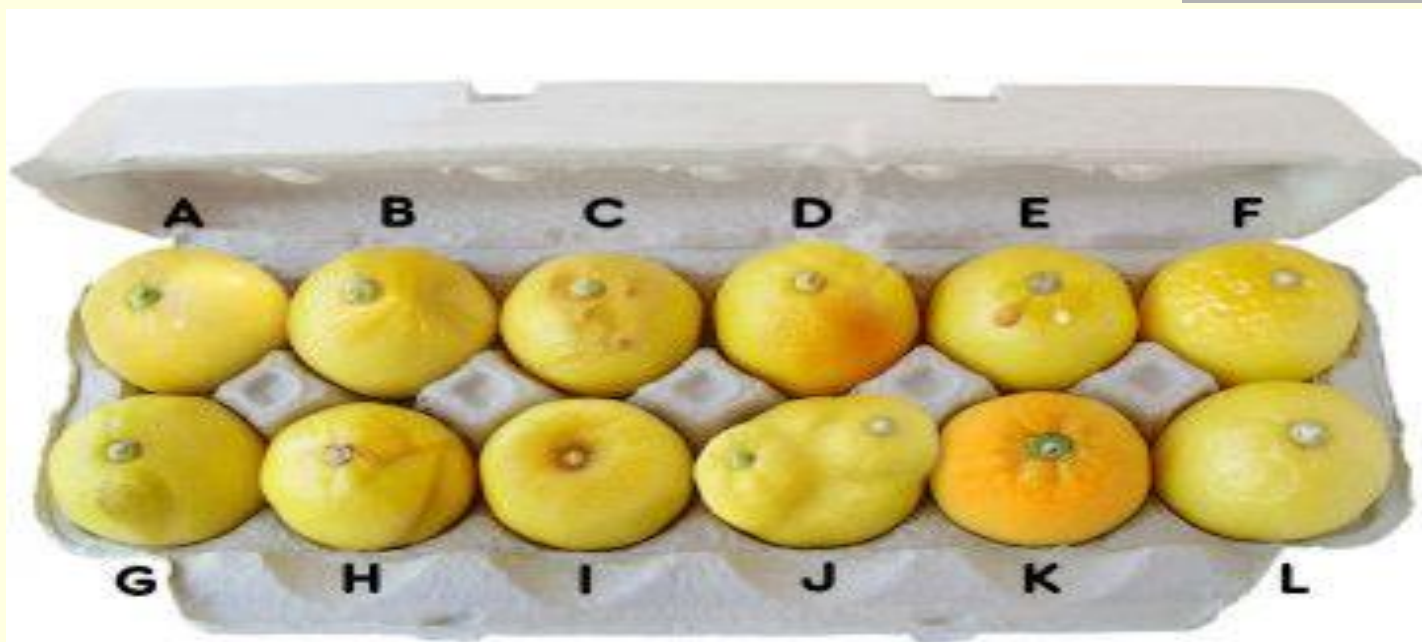
- семейное положение;
- наличие стрессовых ситуаций;
- профессиональные вредности.

6. Заболевания по линии отца и матери: эндокринные, обменные, онкологические.



Осмотр молочных желез больной, обнаженной до пояса, проводится в положении стоя как при опущенных, так и при поднятых руках и в положении лёжа. При этом обращают внимание на следующие признаки:

- увеличение или уменьшение размеров желез, их форма, степень развития, симметричность;
- смещение вверх или в сторону, наличие подвижности или фиксация;
- нарушение конфигурации желез (втяжения, выпячивания);
- состояние соска и ареолы (втяжение, деформации, изъязвление);
- наличие выделений из соска, их характер (молозивные, зеленовато-бурые, мазеобразные, серозные, кровянистые);
- состояние кожных покровов железы:
- локальная или разлитая гиперемия кожи железы, распространение её на соседние участки;
- локальный или тотальный отёк по типу "лимонной корки";
- расширение кровеносных сосудов;
- наличие узелков, изъязвлений кожи, корок, мокнущих поверхностей, свищей, распада тканей.

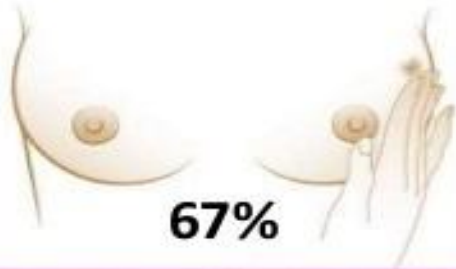


**12 симптомов рака
молочной железы**

Симптоматика РМЖ

Какие симптомы рака молочной железы чаще всего встречаются?

- уплотнение, образование узла, истончение кожи в груди



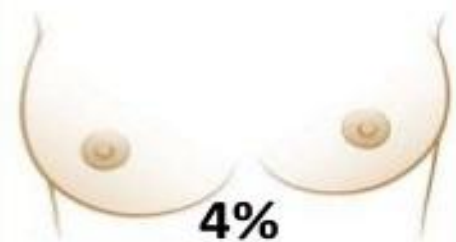
67%

- отечность, горячая кожа, покраснение, потемнение



1%

- изменение размеров одной из грудей, явная асимметрия



4%

- стягивание или сморщивание кожи над образованием



1%

- выделения из соска при надавливании на него или молочную железу



2%

- непроходящая боль в груди в каком то одном месте



5%

Симптомы рака молочной железы



Втяжение кожи при
раке молочной
железы



Поверхностный компонент
опухоли может кровоточить и
нагнаиваться.



СИМПТОМ «ЛИМОННОЙ КОРКИ»



Специфические симптомы метастатического поражения лимфоузлов при РМЖ:

- симптом Зоргиуса - у наружного края большой грудной мышцы пальпируется увеличенный узел Зоргиуса величиной от горошины до лесного ореха.
- симптом Труазье (узел Труазье) - лимфоузел расположен в медиальном отделе надключичного треугольника у места слияния внутренней яремной и подключичной вен. Поражение этого узла указывает на предшествовавшие ему метастазы в парастернальные и медиастинальные лимфоузлы, т. е. на значительное распространение рака. Особо отмечают наличие кожных и специфических пальпаторных симптомов, патогномоничных для РМЖ:
- «Лимонной корки» (лимфатический отёк сосочкового слоя дермы вследствие блокады оттока от кожного лимфатического сплетения, с точечными втяжениями кожи в местах локализации волосяных фолликулов).
- «Площадки» (ригидность кожи, инфильтрированной опухолью).

СИМПТОМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Язва на коже молочной железы. Свидетельствует о прорастании опухоли кожу. Является симптомом запущенной опухоли.

- «**Умбиликации**» - втяжение кожи, напоминающее пупок, в месте прорастания опухоли (обусловлено инфильтрацией и укорочением связок Купера).
- **Янишевского** симптом - появление втяжения кожи над опухолью при поднятии рук вверх (снижение эластичности и подвижности кожи при инфильтрации куперовых связок).
- **симптом Пайра** - кожа над опухолью с трудом берётся в складку, складки эти неравномерные и как бы "огибают" опухоль.
- **симптом ладони** - уплотнение чётко определяется пальпаторно при захватывании тканей железы между большим и остальными пальцами руки. Если после этого пальпировать железу плашмя, прижимая её к грудной стенке, узел исчезает в тех случаях, когда пальпировавшееся уплотнение обусловлено потерей эластичности и податливости тканей железы на почве отека и уплотнения внутريدольковой ткани, растяжения железистых просветов - отрицательный симптом ладони (при мастопатиях). При раке, фибroadеноме опухолевый узел не меняется - положительный симптом ладони.



www.alcala.ru



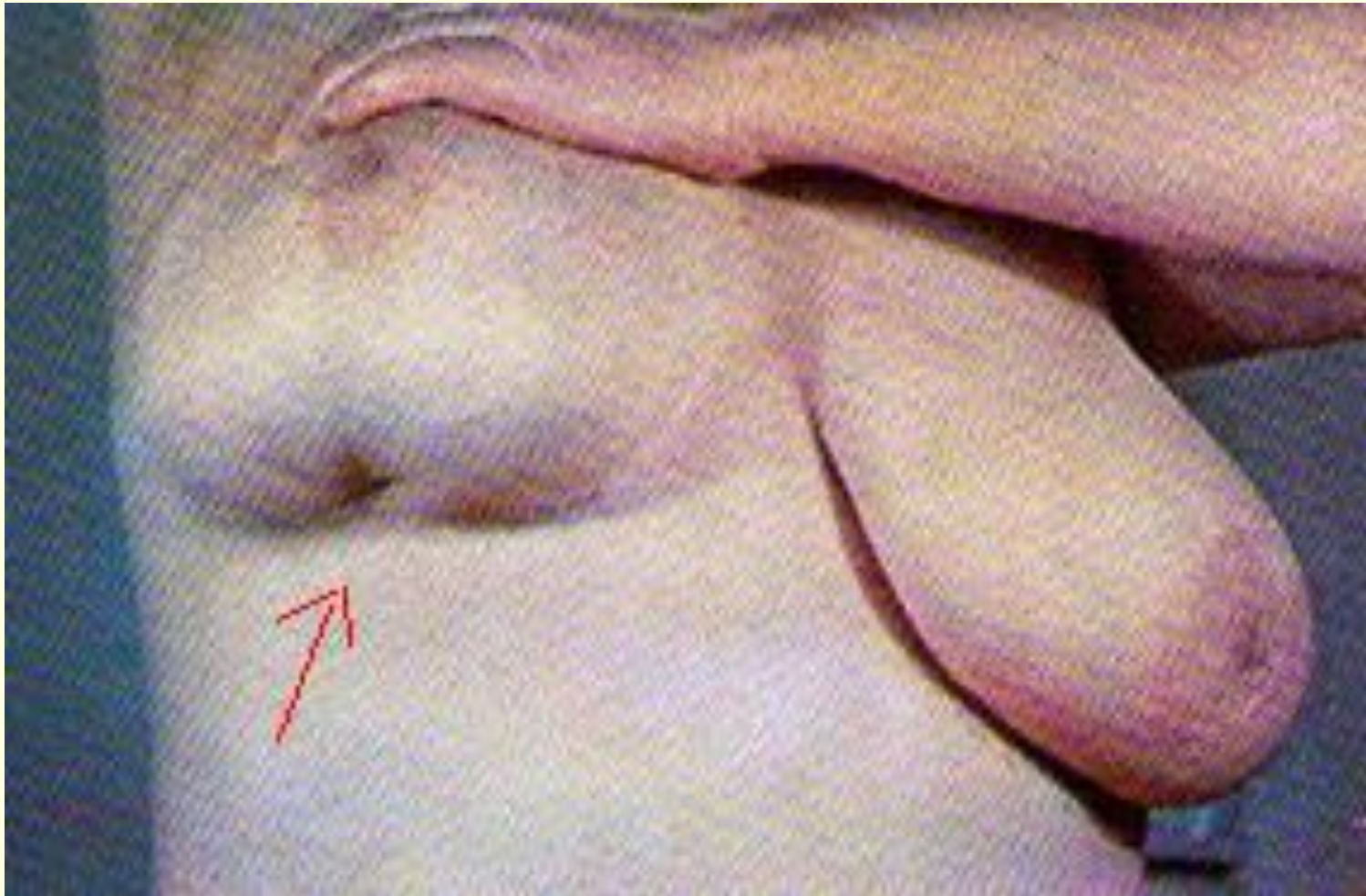
- симптом Кёнига - узловое уплотнение хорошо пальпируется в положении больной стоя. При переходе её в горизонтальное положение узел перестаёт определяться, "теряется" в окружающих тканях. Патогенез как при симптоме ладони.
- симптом Краузе - утолщение соска и ареолы при РМЖ.
- симптом Прибрама - при потягивании за сосок, раковая опухоль смещается за ним.
- симптом Холстеда - легкое сдавление опухоли между пальцами в случае коллоидного рака создаёт впечатление разрыва капсулы опухоли и разжижения желеподобного вещества, размер опухоли не меняется.

ВТЯЖЕНИЕ КОЖИ В СУБМАММАРНОЙ СКЛАДКЕ



СИМТОМ «УМБЛИКАЦИИ»





Осмотр надключичных, подклю- чичных и подмышечных областей

позволяет установить сглаженность одной из них, что может свидетельствовать о наличии увеличенных лимфатических узлов. Особое внимание обращают на наличие *отёка верхней конечности, шеи*, что может быть вызвано блоком лимфооттока.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В настоящее время для диагностики РМЖ во всём мире принят **"диагностический стандарт"**:

- ***физикальное обследование***
- ***маммография***
- ***ПТАБ - пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия***
- ***УЗИ***
- ***КТ и МРТ***

Дополнительные инструментальные методы:

- Пневмокистография

 - Дуктография

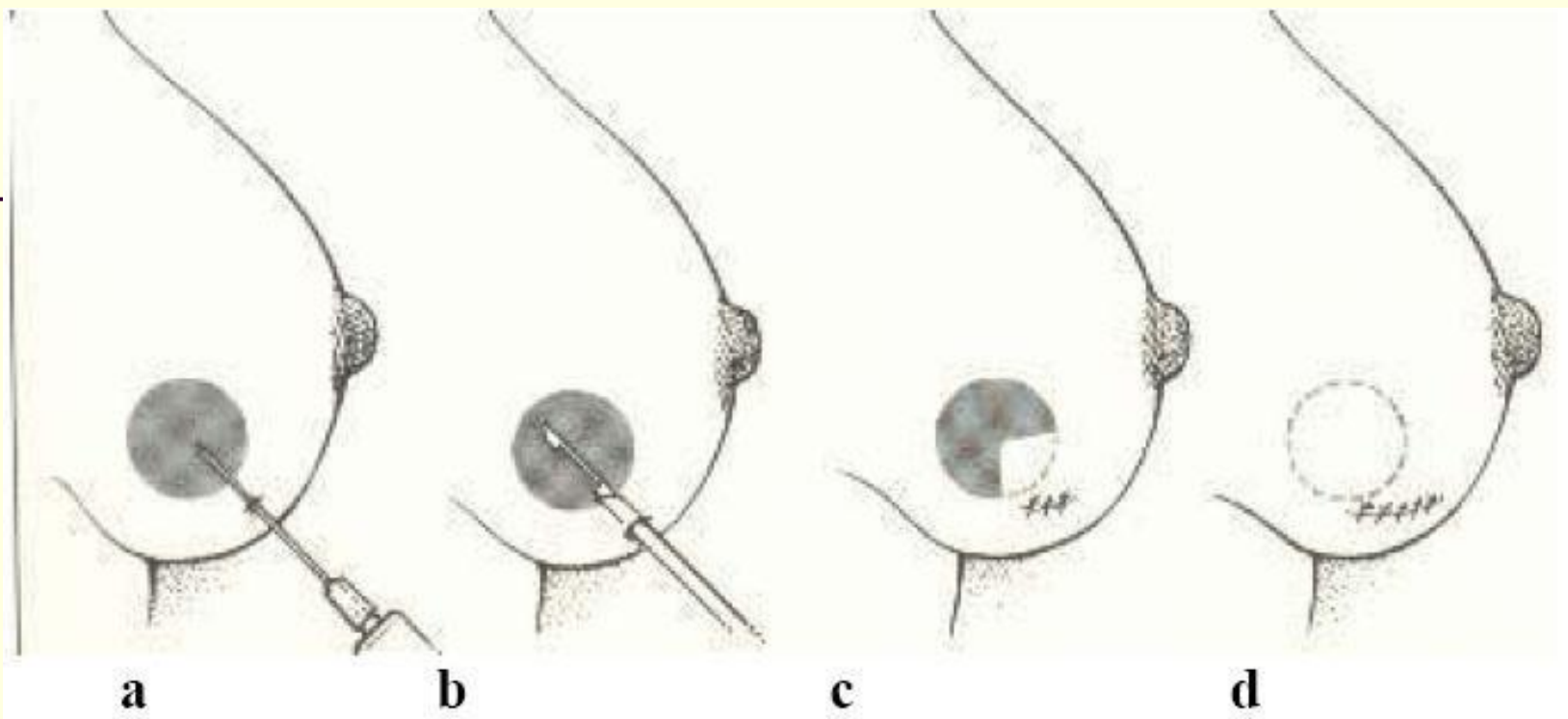
 - КТ + ПЭТ

 - Термография

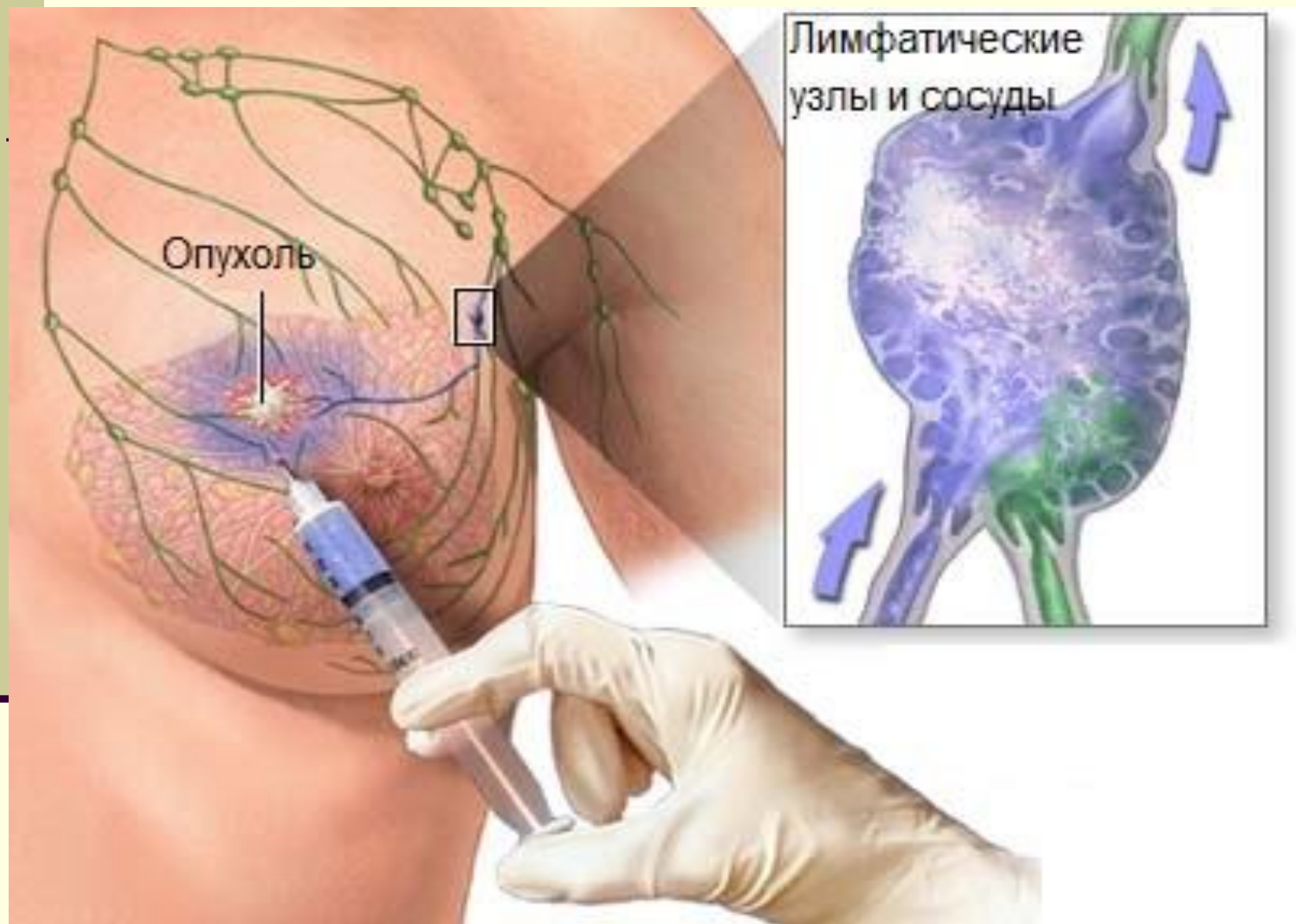
 - Радиоизотопное сканирование костей

Морфологическое исследование

- Пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия (ПТАБ)
- Биопсия толстой режущей иглой (трепан-биопсия)
- Эксфолиативная цитология (мазок-отпечаток)
- Эксцизионная биопсия со срочным гистологическим исследованием

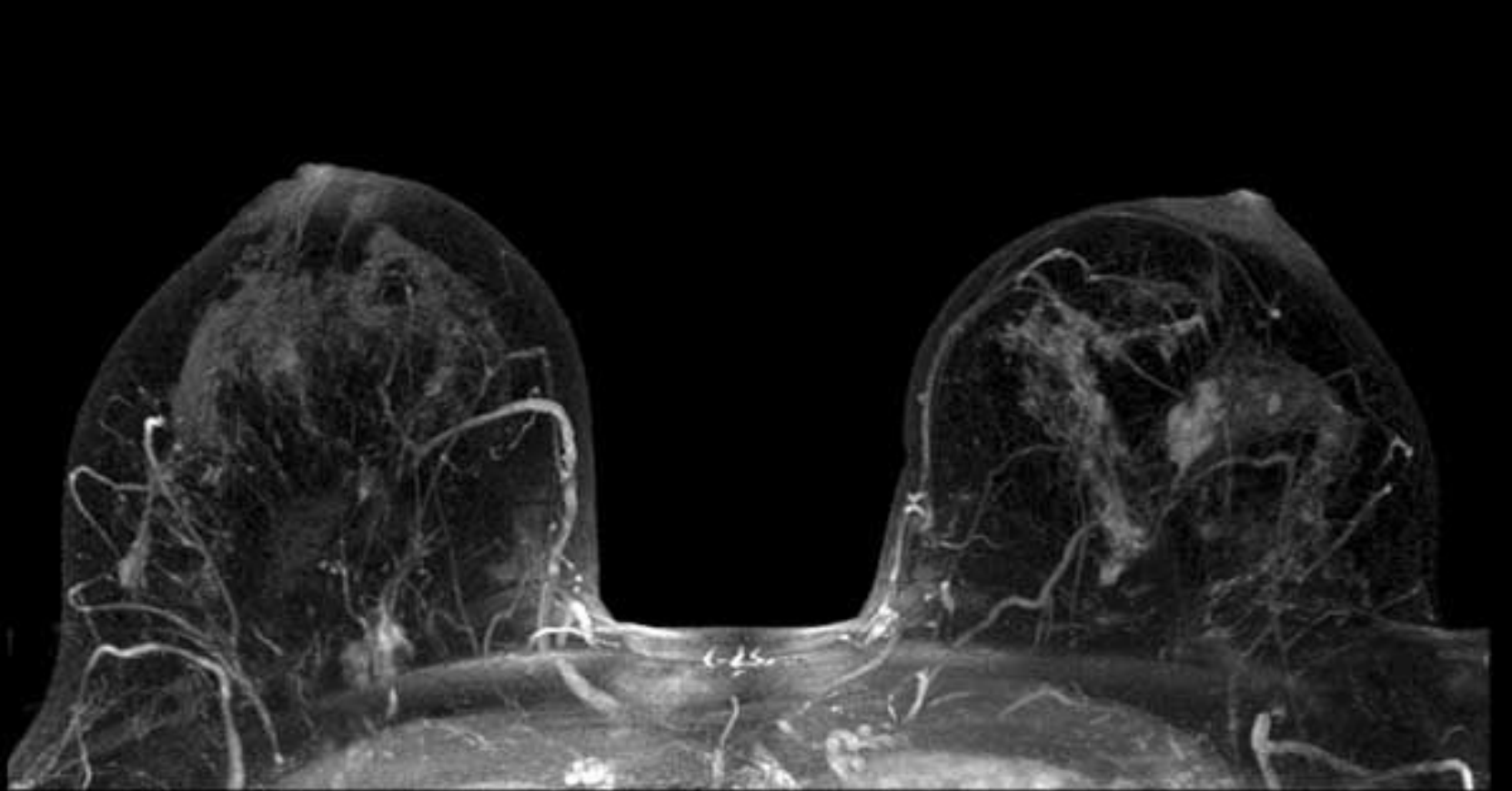


- a-пункционная биопсия
- b-трепан-биопсия
- c-инцизионная биопсия
- d-эксцизионная биопсия

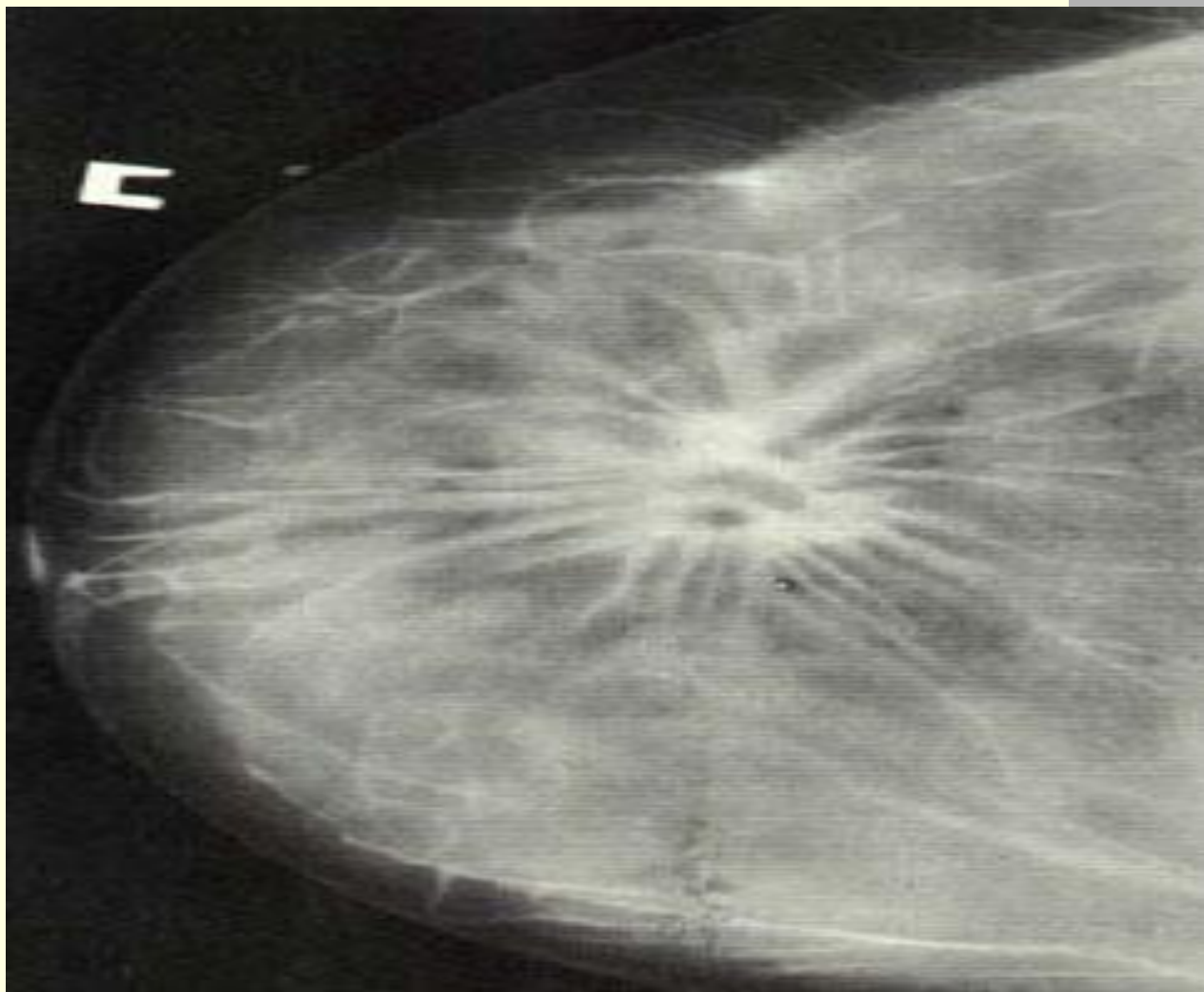




Маммография



МАММОГРАФИЯ



Прицельная биопсия

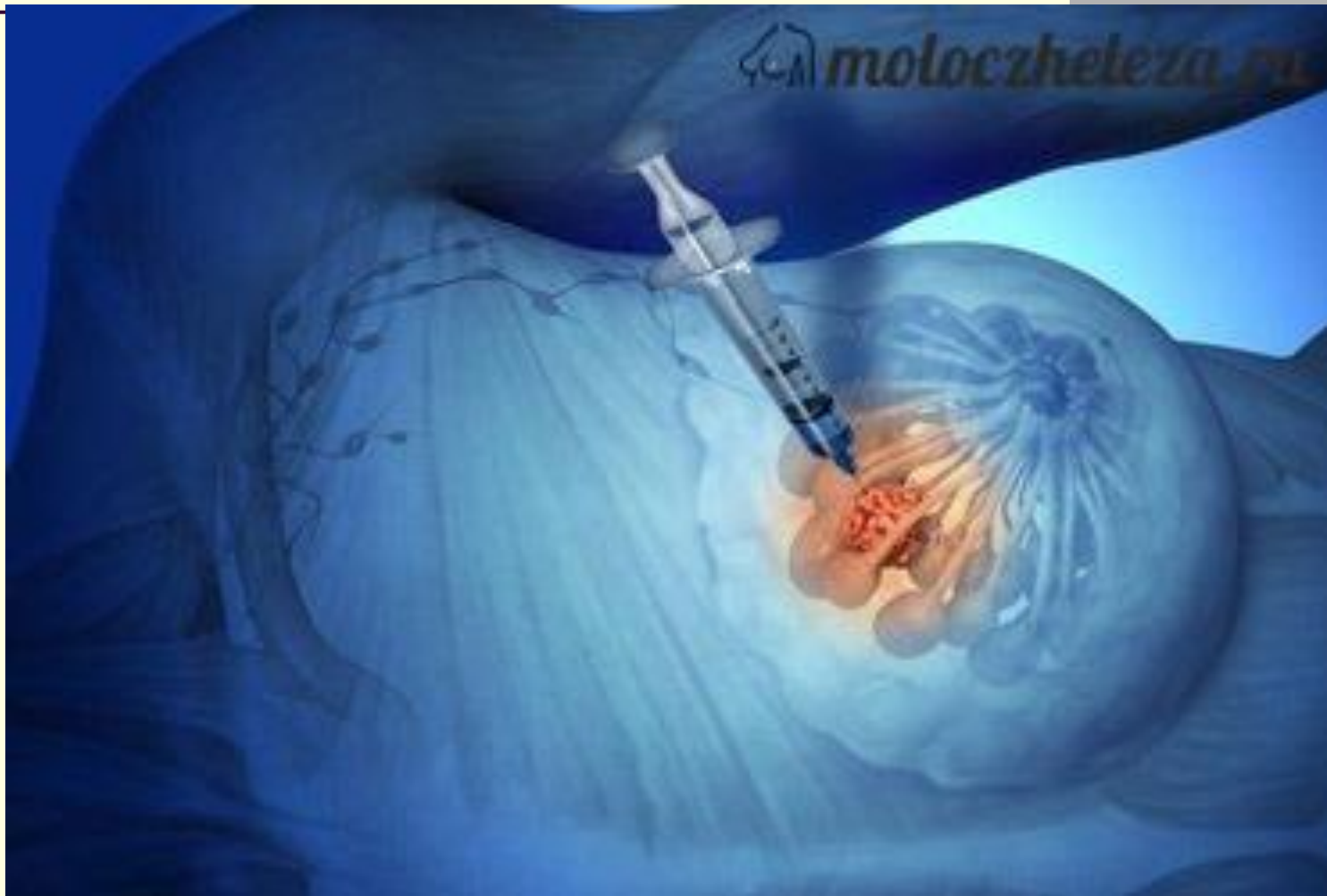
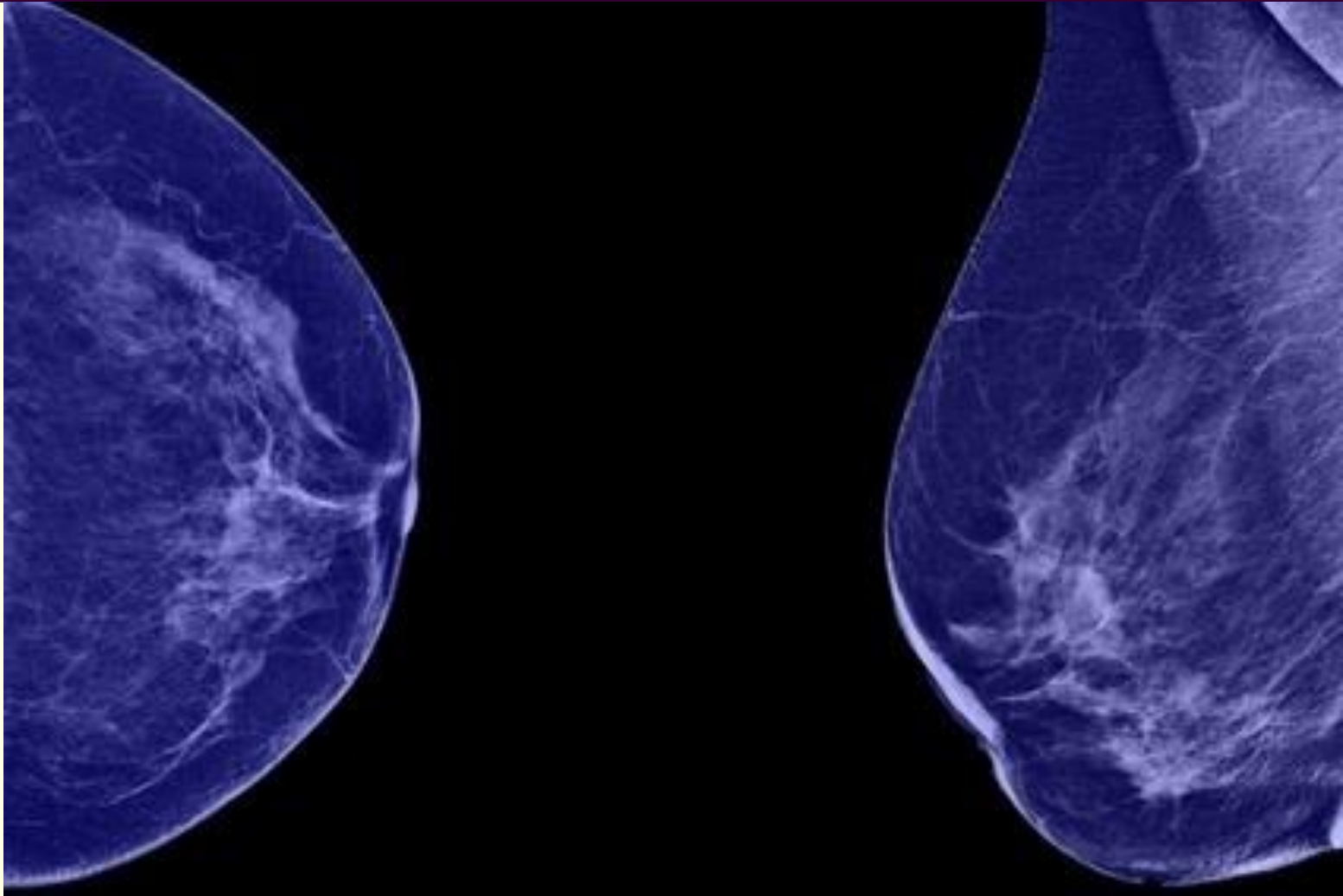


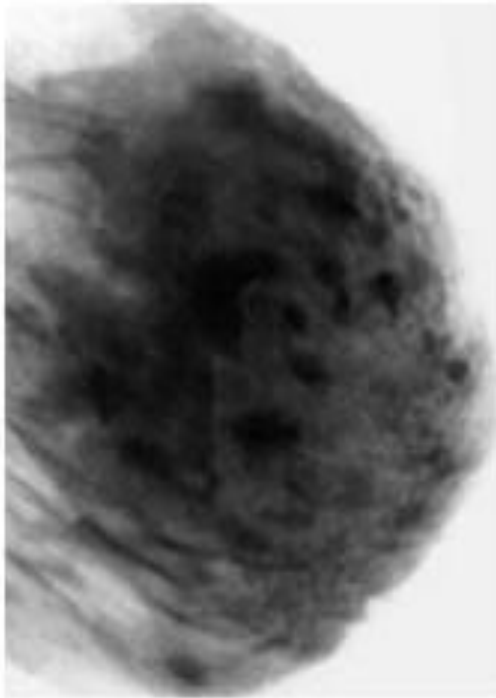


Рис. 2. Больная К., 43 года; рак правой молочной железы, T4N1M0. Контрольная хромоангиография 1% раствором метиленового синего через катетер, установленный во внутреннюю грудную артерию через верхнюю надчревную артерию.

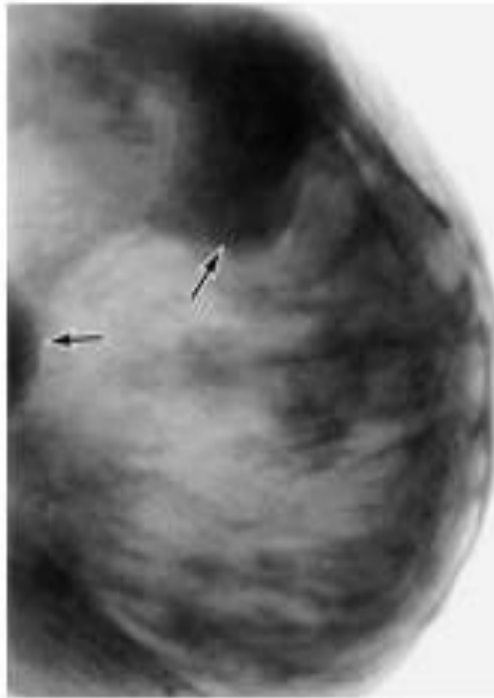
Маммография



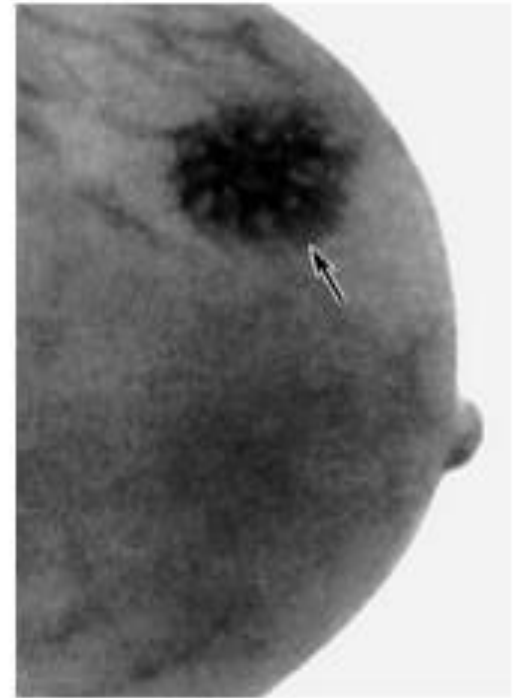
Дифференциальная диагностика



Маммография, фото 1
Молочная железа в норме

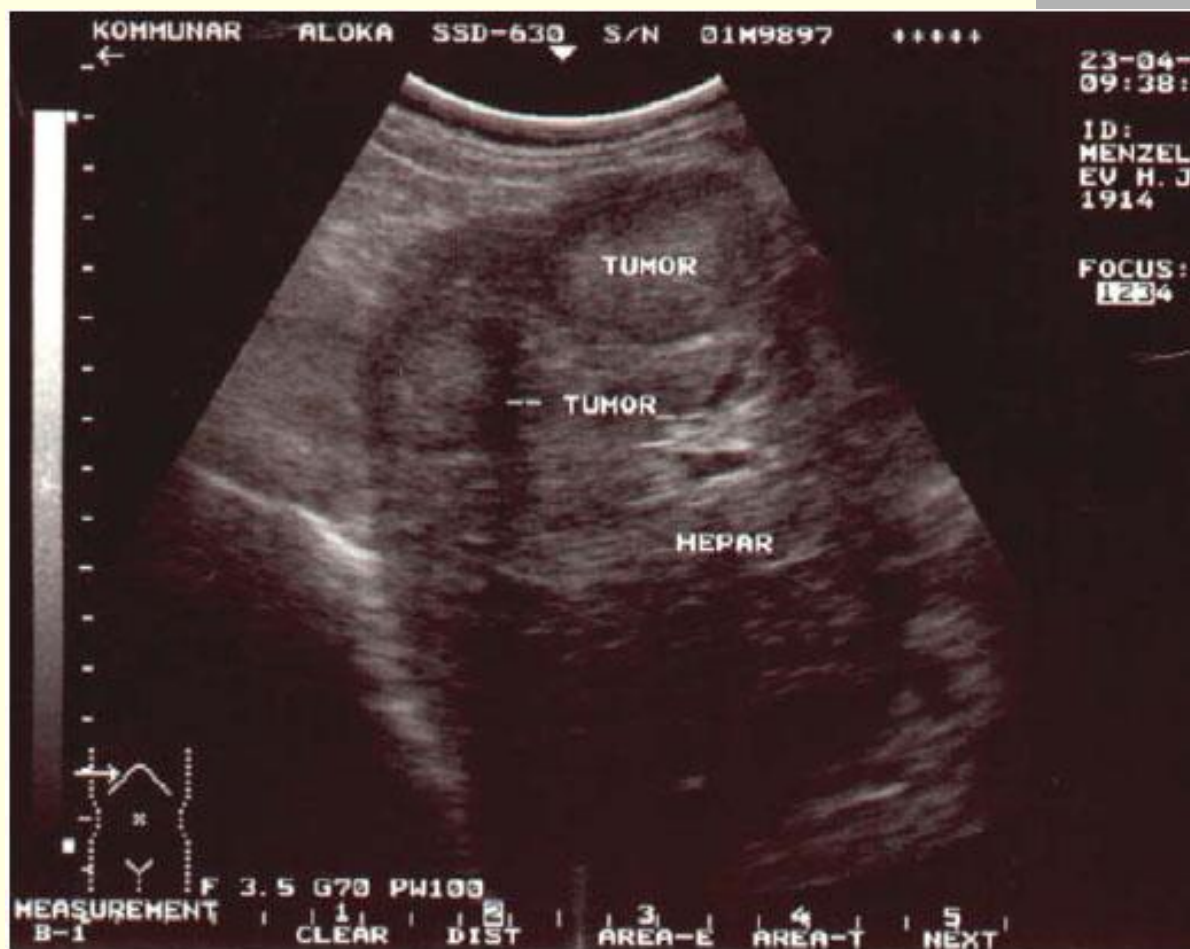


Маммография, фото 2
Мастопатия

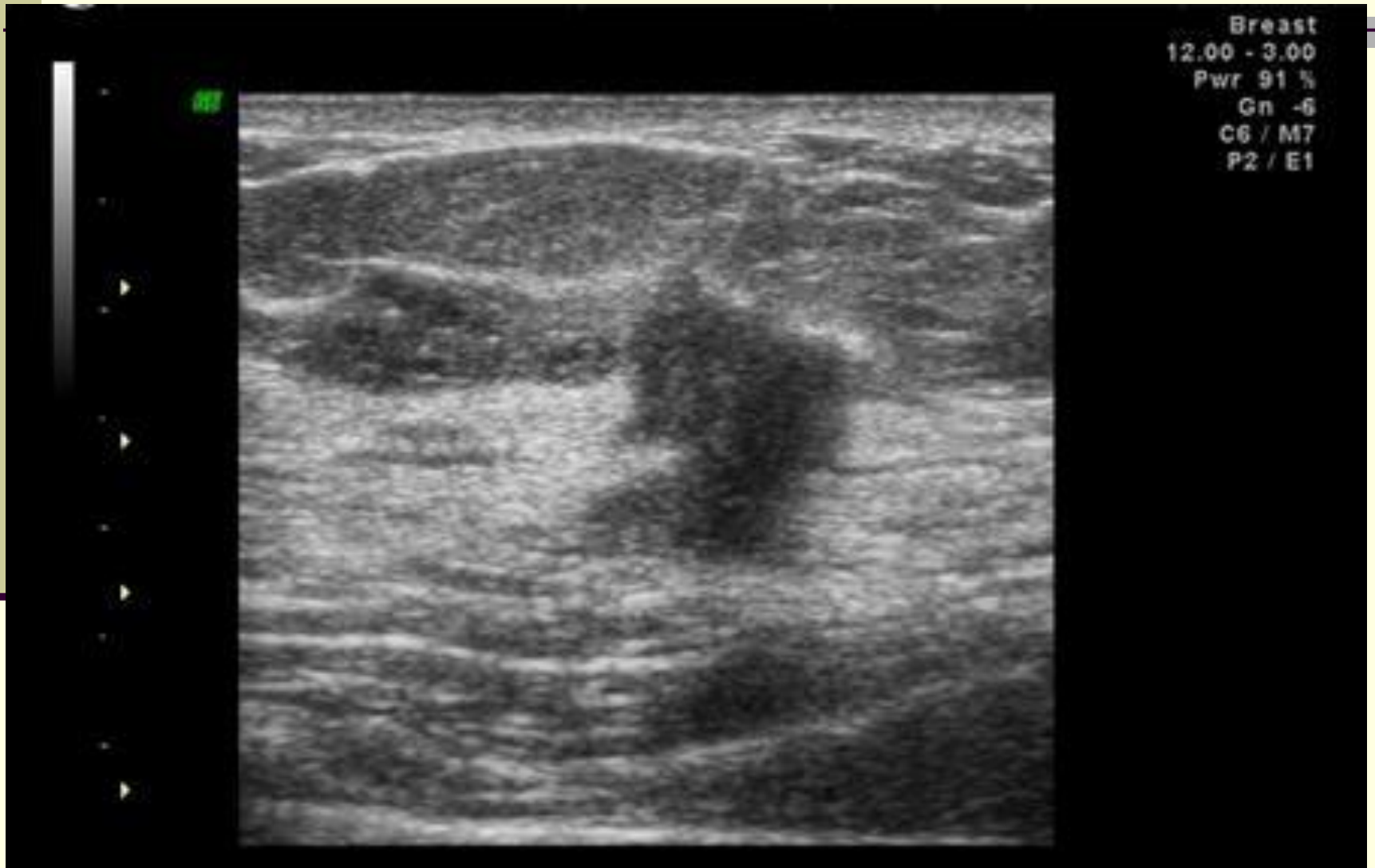


Маммография, фото 3
Рак молочной железы

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. МЕТАСТАЗЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕЧЕНЬ



Узи рак молочной железы



Дополнительные методы

Опухолевые маркеры

- Клеточные опухолевые маркеры (определение эстрогеновых рецепторов (ER), прогестероновых рецепторов (PgR), HER-2/new (аналог рецепторов к факторам роста, продукт онкогена), мутаций генов-супрессоров p53, BRCA1, BRCA2 (Breast Cancer genes))
- Гуморальные опухолевые маркеры (белки группы СА (Carbohydrate Antigen), CA15-3, CA125, CA27-29; РЭА (раково-эмбриональный антиген); МРА (муциноподобный раково-ассоциированный антиген) и др)

Иммунологические методы могут применяться как вспомогательные для прогноза и мониторинга эффективности иммунотерапии. Определяют количество Т и В-лимфоцитов, их субпопуляций, концентрацию иммуноглобулинов и неспецифических γ -глобулинов.

Оценка гормонального профиля (необходима для выбора лечебной тактики)

■ Узловая форма

Наиболее часто(в 80 % случаев и более) обнаруживают один или несколько опухолевых узлов на фоне неизмененной окружающей ткани молочной железы. Симптомы – умбликации , морщинистости, отек ареолы и соска, втяжение соска.

УЗЛОВОЙ РАК В ВЕРХНЕ-НАРУЖНОМ КВАДРАНТЕ ПРАВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ





www.alcala.ru



Узловая форма РМЖ



■ Диффузные формы

Характеризуются макроскопическим и микроскопическим изменением всей ткани железы вследствие диффузного опухолевого процесса. Диффузные формы диагностируют в 15-17% случаев РМЖ.

Характеризуются прогрессирующим ростом и ранним метастазированием.

Отечно-инфильтративная форма

Характеризуется диффузным утолщением кожи и гиперемией, обычно без подлежащего четко пальпируемого опухолевого субстрата. Главный признак- наличие отека железы.

Эхографический и рентгенологический признаки отека железы – утолщение кожи по сравнению с симметричным участком здоровой молочной железы.

Отечно-инфильтративный РМЖ



Рожеподобная форма

Проявляется уплотнением молочной железы, ее инфильтрацией, гиперемией кожи в виде пятен с неровными, языко-образными краями, местным повышением температуры. Опухолевый узел не выявляется при пальпации. Отмечается высокая инвазивность, быстрое развитие клиники. Сопровождается раковым лимфангоитом.



1



3



2



4



5

Маститоподобная форма

- Чаще встречается у молодых женщин, беременных и кормящих. Заболевание проявляется подъемом температуры тела, увеличением молочной железы, отеком, гиперемией кожи, флюктуацией. Болезнь быстро прогрессирует, рано появляются метастазы.

Маститоподобный РМЖ



МАСТИТОПОДОБНЫЙ РАК ЛЕВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ





Рак Педжета

- Рак соска и ареолы считают наиболее благоприятной формой заболевания. Клинические признаки- мацерация(экзема) и изъязвления соска. При медицинских осмотрах наличие корочки ошибочно расцениваются как высохший секрет из протоков. При прогрессирования заболевания происходит разрушение соска, а на его месте возникает язвенная поверхность.

Рак Педжета

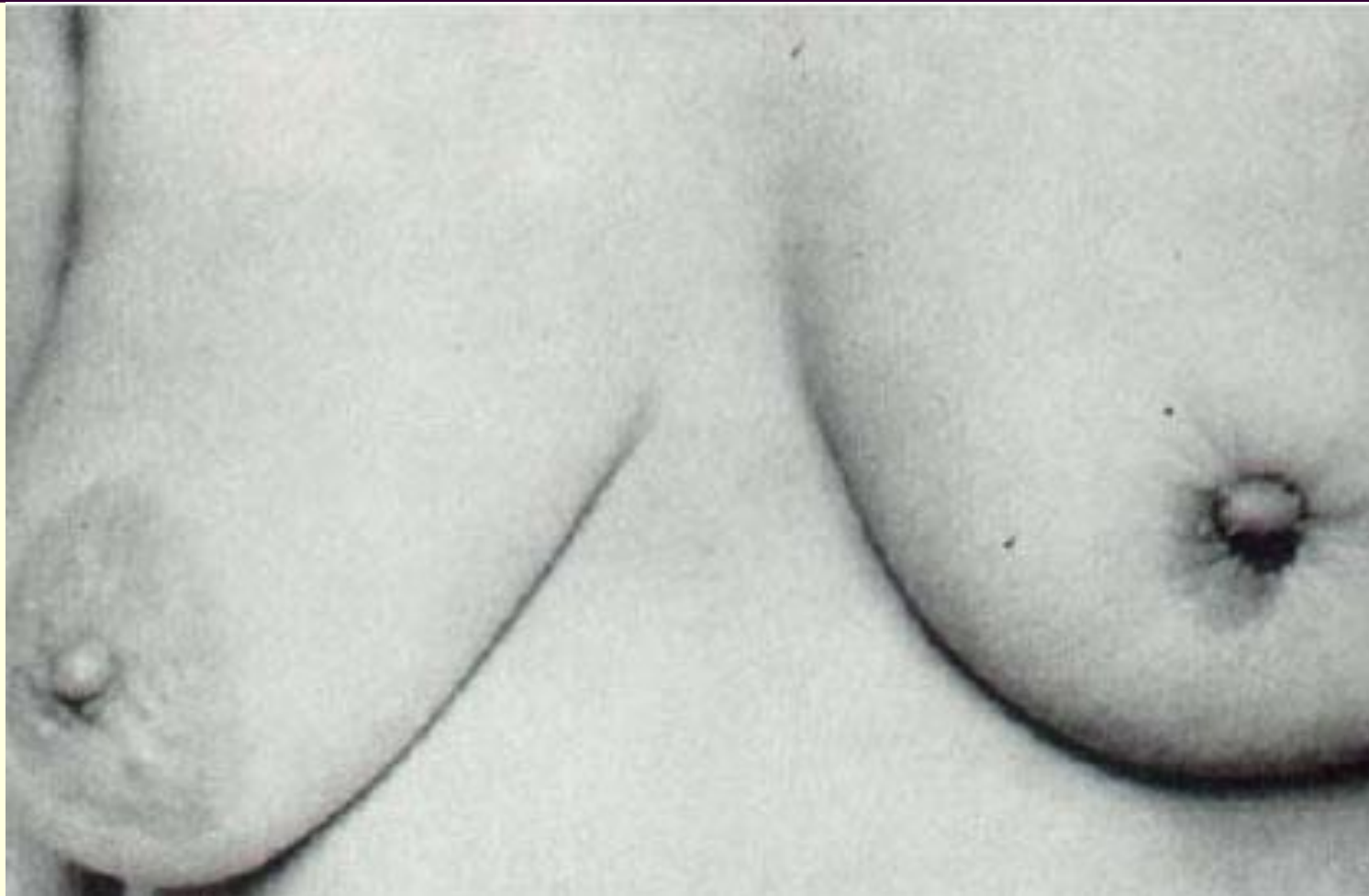




РАК ПЕДЖЕТА



СКИРРОЗНЫЙ РАК ЛЕВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Панцирный рак

- Сопровождается плотной инфильтрацией с распространением на железистую ткань, кожу и подкожную клетчатку железы. Молочная железа прогрессивно уменьшается в объеме, ограничено подвижна, кожа над ней уплотнена, поверхность неровная, напоминает панцирь. Возможно поражение контрлатеральной железы.

Панцирный РМЖ



Панцирный рак







Рак молочной железы и беременность

Рак молочной железы является одной из основных проблем современной онкологии. Иногда рак молочной железы обнаруживается у беременных женщин и у только что родивших. Чаше всего такой рак встречается у женщин в возрасте 32 – 38 лет. По статистике, рак молочной железы встречается в 1 случае на 3000 беременностей. Около 3% всех случаев рака диагностируются во время беременности. В 25% случаев заболевание встречается в возрасте до 45 лет.



Рак молочной железы и беременность



Рак молочной железы, беременность и лактация

Ранняя диагностика опухоли молочных желез у беременных женщин либо женщин, кормящих грудью затруднена, так как у них отмечается физиологическое изменение в ткани молочных желез в виде их нагрубания и увеличения в размере. Все это приводит к затруднению выявления маленьких опухолей и, соответственно, к задержке ранней диагностики рака. Поэтому у беременных женщин опухоль молочных желез выявляется часто на поздней стадии.

Вследствие этого обследование молочных желез у беременных женщин должно быть частью дородового и послеродового ухода.

Для диагностики опухоли молочных желез беременные женщины и женщины, кормящие грудью, должны регулярно проводить [самообследование](#) молочных желез. Кроме того, в период беременности и послеродовом периоде женщина должна обязательно проходить клиническое обследование молочных желез.

Принципы лечения рака молочной железы

- Комбинированный – сочетание двух видов лечения:
 - Химиотерапия и операция;
 - Химиотерапия и лучевая терапия.
-
- Комплексное лечение представляет использование трех и более методов лечения

Алгоритм лечения РМЖ



Алгоритм лечения РМЖ



В объем удаляемых

Радикальная резекция тканей входит:

- сектор ткани молочной железы с фасцией большой грудной мышцы, включающий опухолевый узел, с морфологическим и рентгенологическим контролем краев резекции;
- лимфодиссекция I - III уровней.



В последние годы в

практику

Люмпэктомия



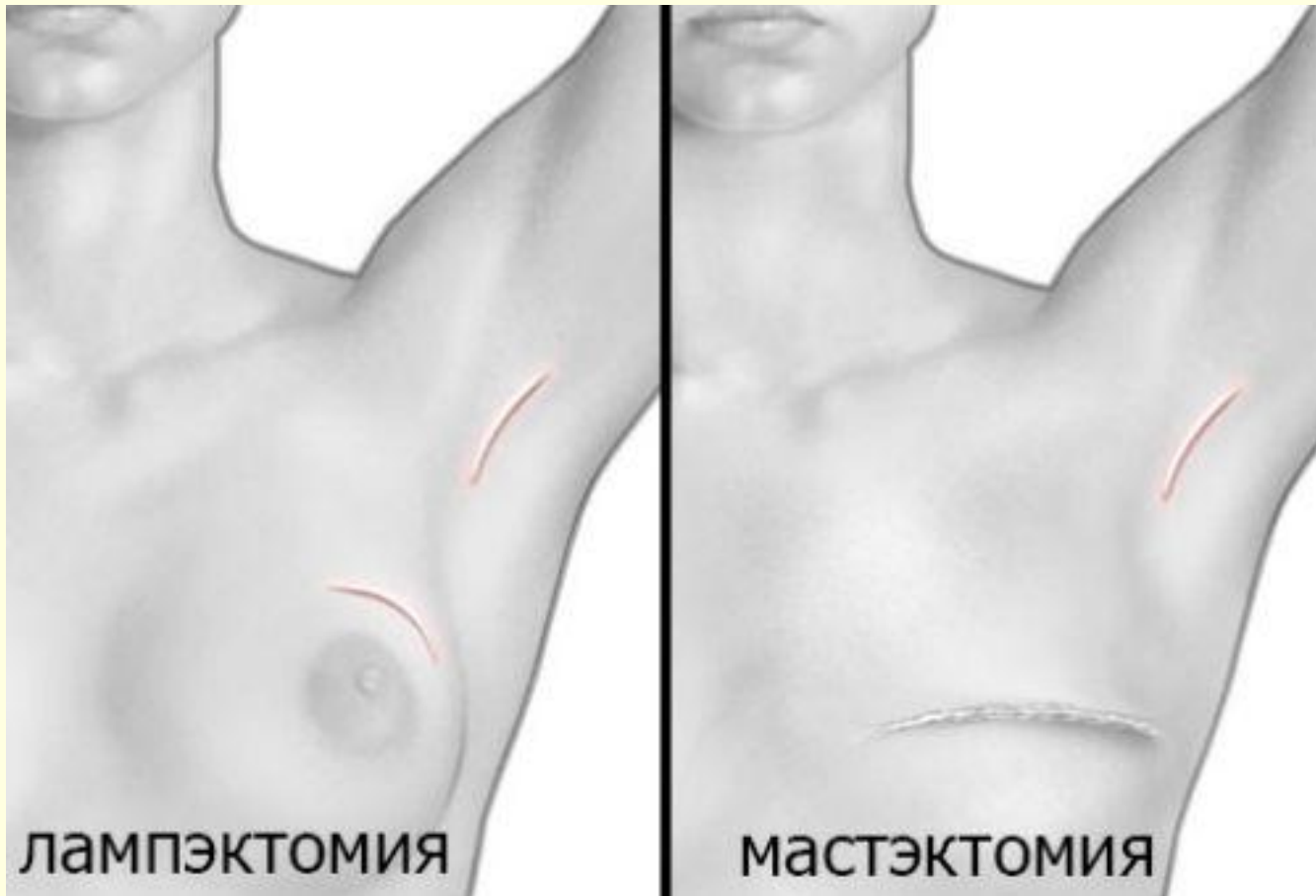
Расширенная мастэктомия



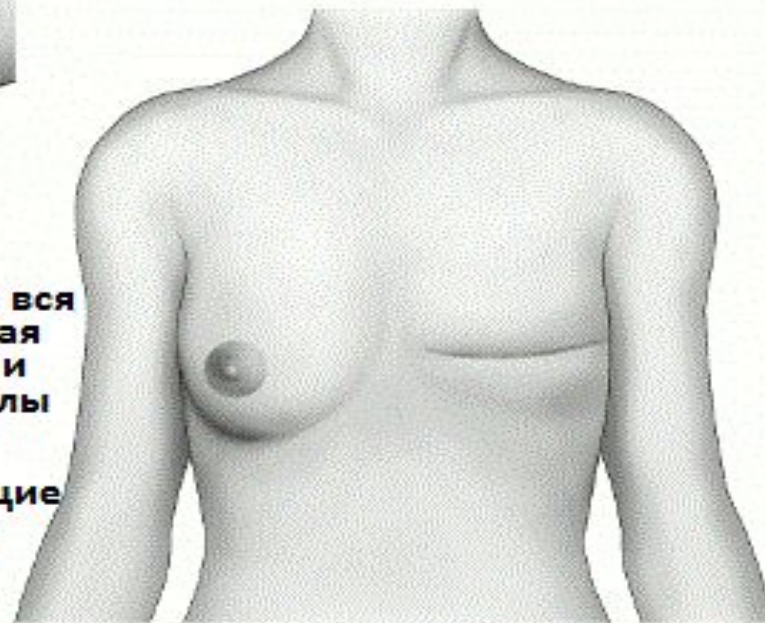
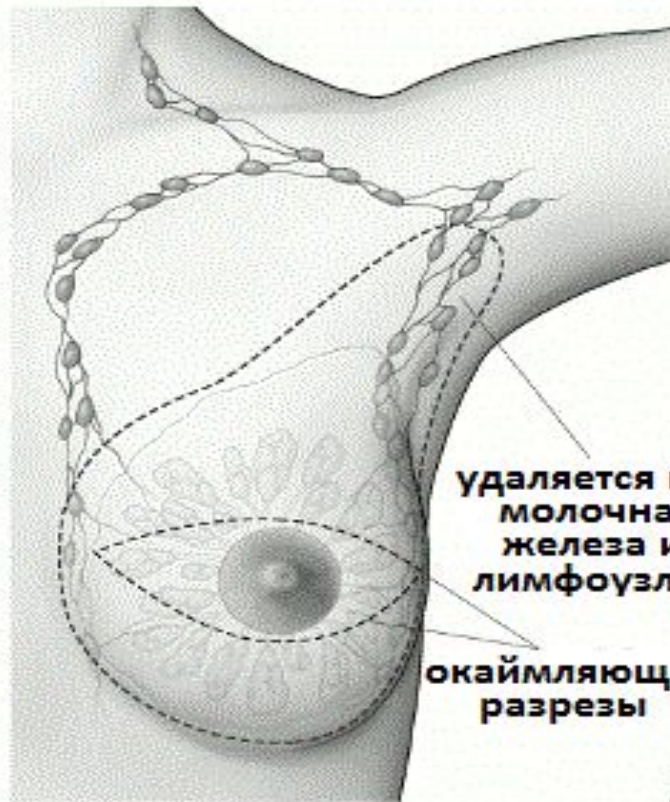
Частичная мастэктомия



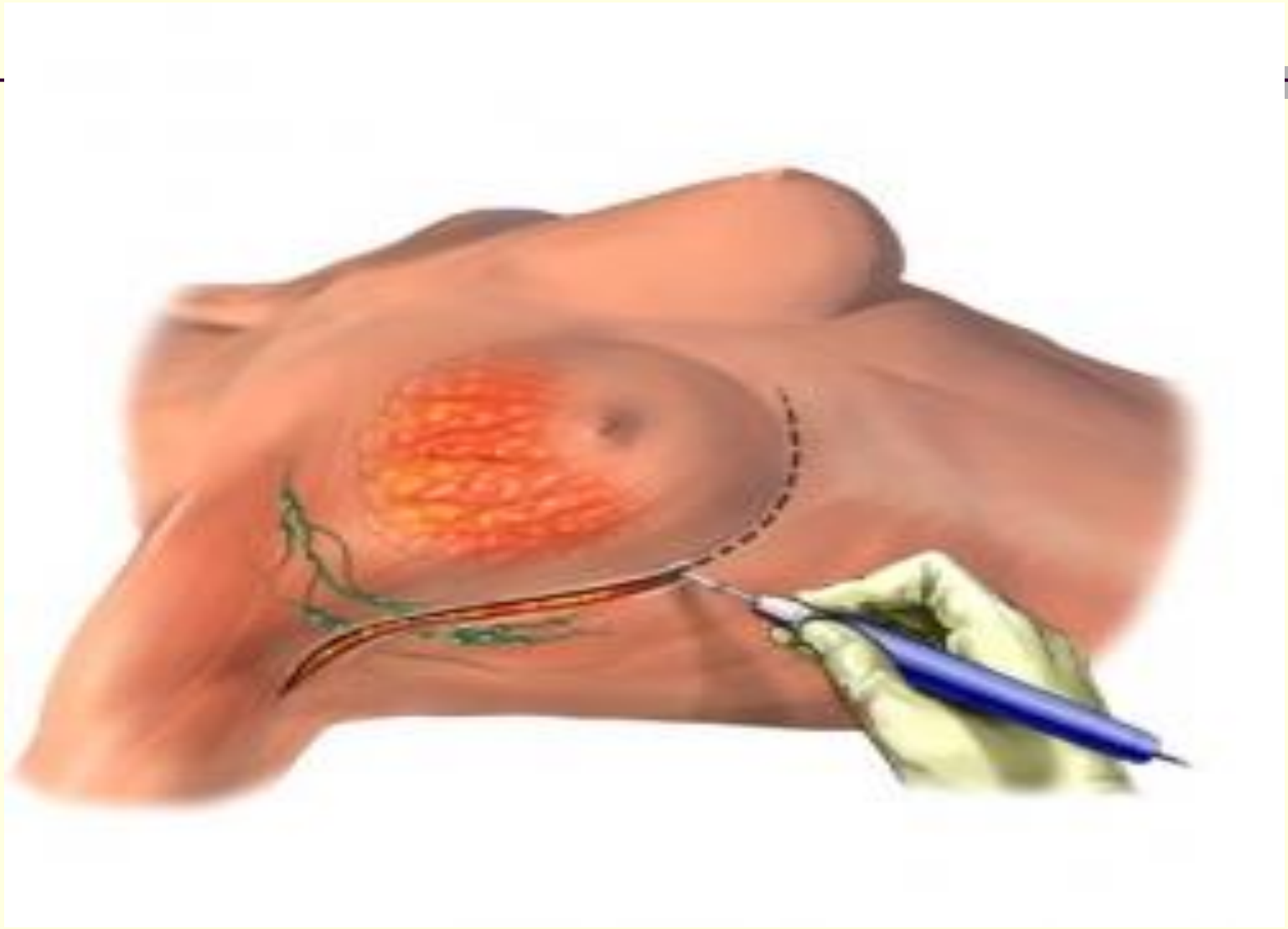
Оперативное лечение



операция Мадена



послеоперационный вид

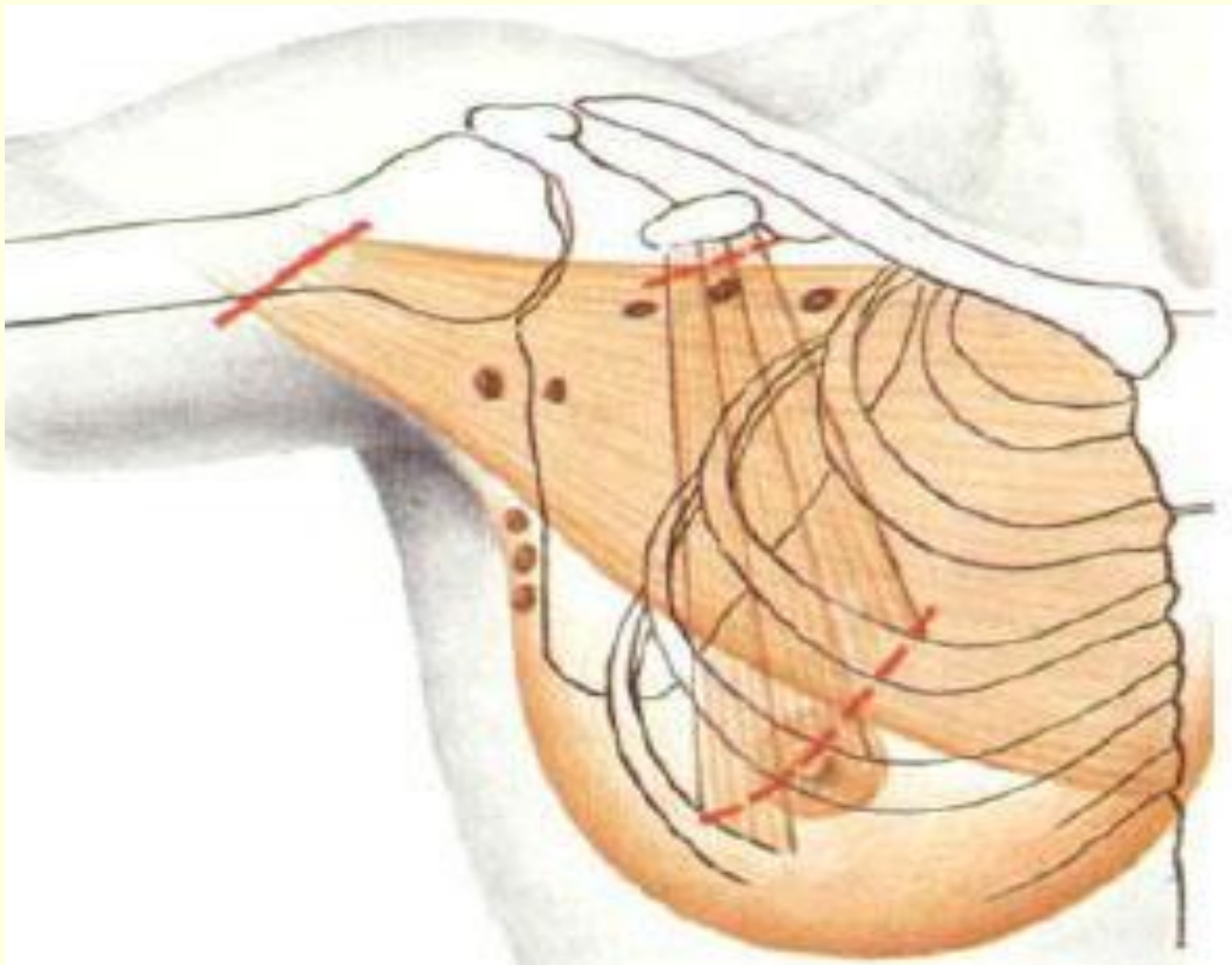


ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ

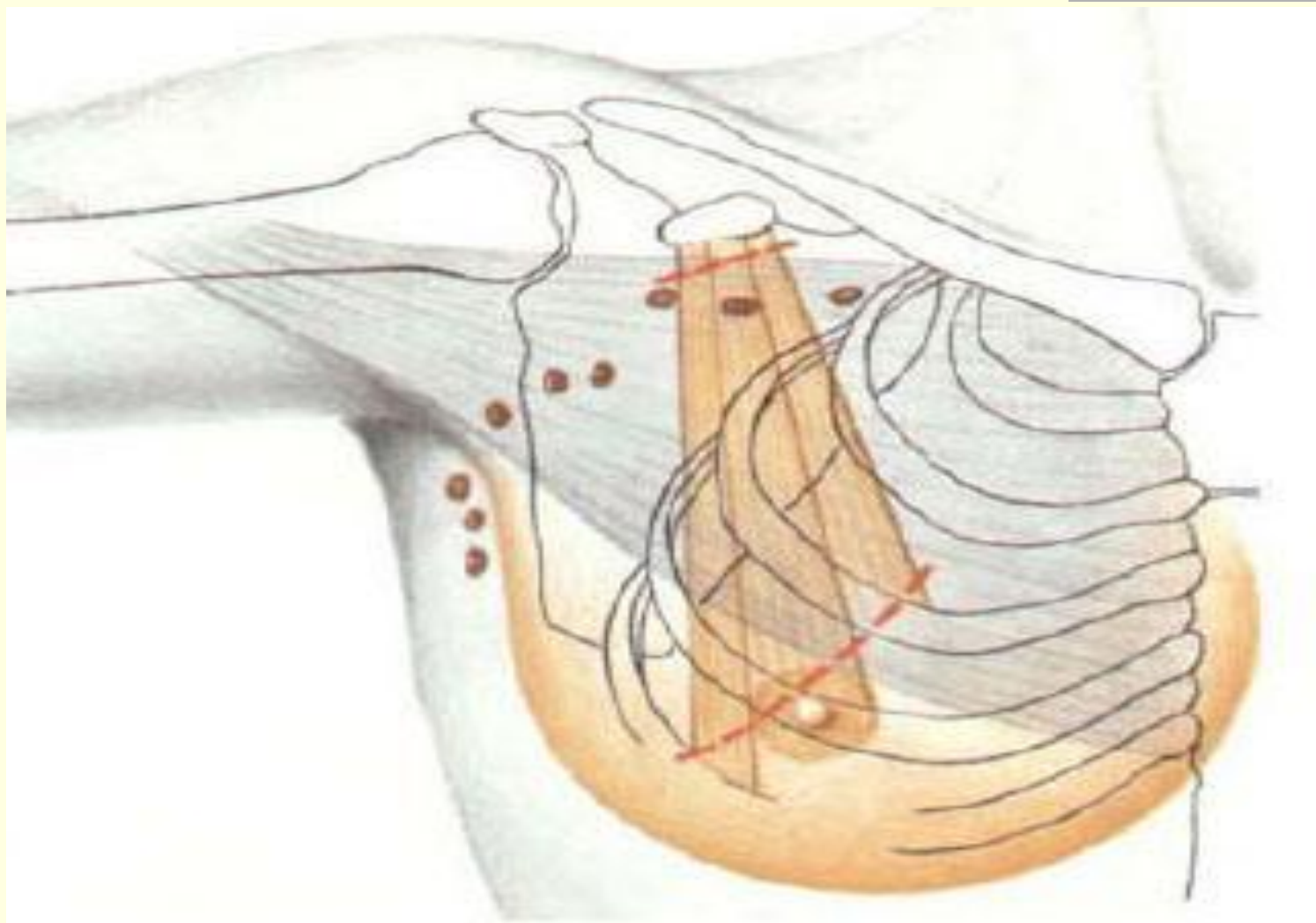
■ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Радикальная мастэктомия по Холстеду-Майеру
- Расширенная радикальная мастэктомия по Урбану-Холдину
- Сверхрадикальные мастэктомии
- Модифицированная (ограниченная) радикальная мастэктомия по Пейти-Дайсону
- Простая мастэктомия по Мадену
- Квадрантэктомия с лимфодиссекцией

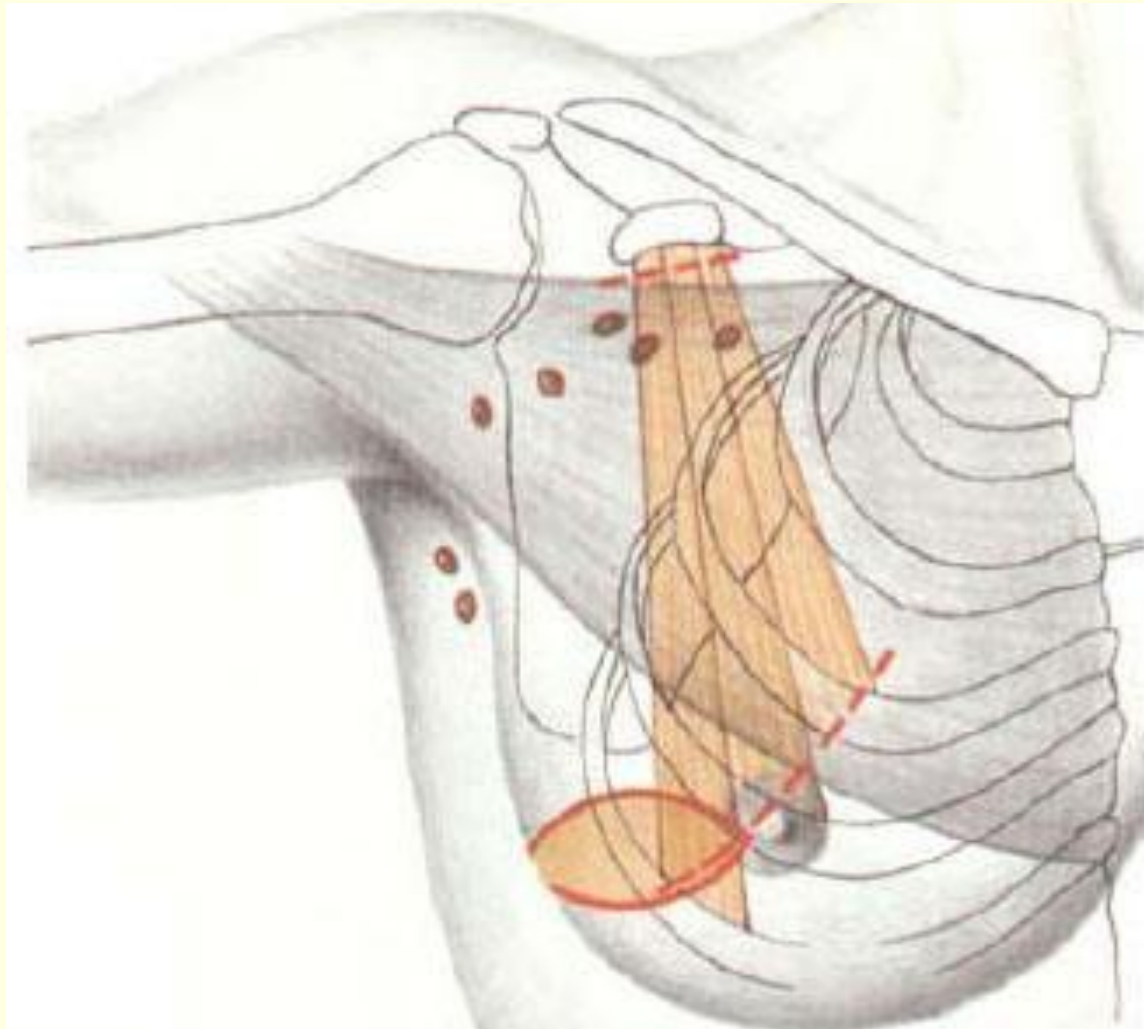
Радикальная мастэктомия по Холстеду-Майеру



Мастэктомия по Пейти-Дайсону

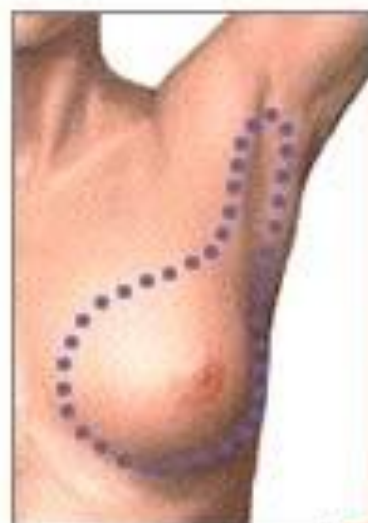


Квадрантэктомия с лимфодиссекцией



Радикальная мастэктомия

(операция по удалению молочной железы)



Молочная
железа

Лимфатические узлы



После операции





Рис. 3. Больная Г., 56 лет; метакронный рак молочных желез: слева - pT2N0M0, состояние после комплексного лечения в 1998 году; справа - T4cN1M0, II кл.гр. а) состояние при поступлении; б) на 10 сутки после окончания первого курса неoadъювантной ВАПХТ, функционирующий катетер сохранен; в) состояние после двух курсов неoadъювантной ВАПХТ, полная регрессия опухоли, катетер извлечен; г) вторые сутки после радикальной мастэктомии, проведение сеанса адъювантной полихимиотерапии через катетер, установленный во внутреннюю грудную артерию через ее переднюю перфорирующую ветвь во втором межреберье.

комплексное лечение рака молочной железы

Химиотерапия.

Это медикаментозное (лекарственное) лечение злокачественных опухолей.

Делится на:

- неoadъювантную (предоперационную);
- адъювантную (послеоперационную) терапию;
- Лечебную;

Проводится лекарствами от которых погибают опухолевые клетки. Адриамицин, циклофосфан, метотрексат, навельбин, хлорамбуцил и др.



Лучевая терапия

- Используется как подготовительный этап при запущенных опухолях молочной железы.
- Курсовая доза составляет в среднем 60Гр:
- 40 Гр на опухоль
- 20 Гр на периферию
- В послеоперационном периоде используют после полного заживления раны.

ХИМИОТЕРАПИЯ

РМЖ - опухоль, чувствительная к большому количеству современных антибластомных средств, относящихся к различным группам цитостатиков. Наиболее активные группы препаратов при РМЖ:

- 1. Алкилирующие препараты (тиофосфамид, циклофосфан, ифосфамид, мелфалан, сарколизин);
- 2. Антрациклины (адриамицин, фарморубицин, новантрон);
- 3. Антиметаболиты (5-фторурацил, метатрексат, фторафур, кселода);
- 4. Винкаалкалоиды (винкристин, винбластин, навельбин);
- 5. Таксаны (таксол, таксотер, паклитаксел, интаксел).

Полихимиотерапия в составе комплексного лечения преследует цель предотвратить появление рецидивов и метастазов, увеличить продолжительность жизни больной. ПХТ может проводиться по следующим методикам:

Адъювантная(послеоперационная)полихимиотерапия(ПХТ)
Неoadъювантная(дооперационная) полихимиотерапия
(НПХТ)

Гормонотерапия РМЖ



* Длительный безрецидивный период, небольшая масса опухоли, низкий индекс пролиферации, высокая экспрессия гормональных рецепторов.

** Короткий безрецидивный период, обширное поражение внутренних органов, симптомное заболевание, высокий индекс пролиферации, низкая экспрессия гормональных рецепторов.

Гормональная терапия

- **Подразделяется на следующие типы:**
 - 1. Аблятивная ГТ.** целью которой является ликвидация органов-продуцентов эстрогенов.
 - 2. Медикаментозная ГТ** применяется на различных этапах комбинированного и комплексного методов лечения операбельных форм рака молочной железы, а также в случаях генерализации опухолевого процесса. Предусматривает использование следующих групп препаратов:

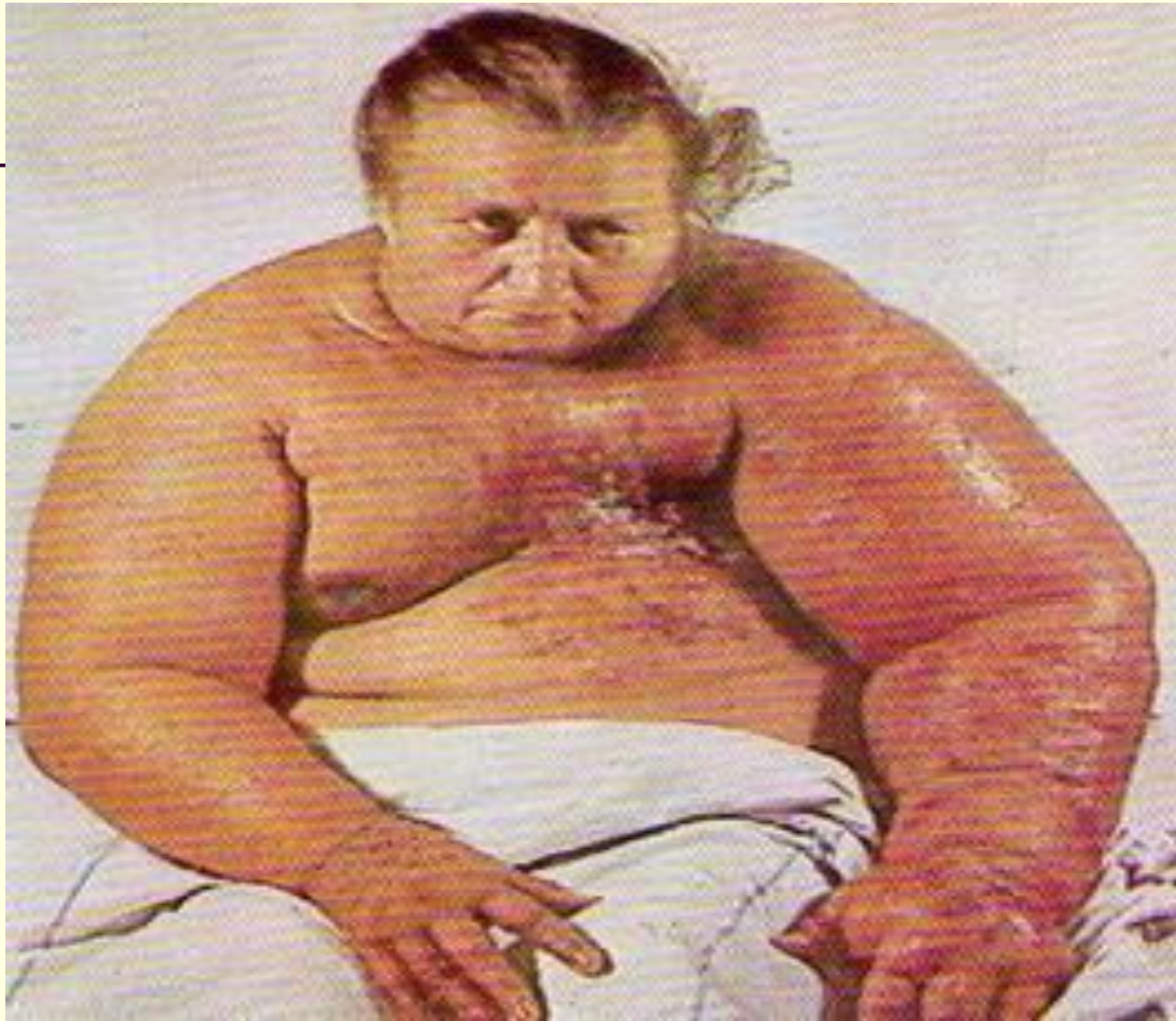
РЕЦИДИВЫ И МЕТАСТАЗЫ

- **Имплантационные рецидивы**
- **Рест-рецидивы**
- **Лимфангитические рецидивы**
- **Диссемины по коже**

ПОСТХИРУРГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ (РТNM) (по данным

патогистологического исследования) имеет большее значение для определения индивидуального прогноза больной, чем TNM.

Категории T, а также N2-N3 и M в обеих классификациях не отличаются. Принципиальная разница есть только в оценке категории N1. Причём за основу классификации TNM взято именно поражение аксиллярных лимфоузлов, поскольку их клиническая оценка даёт наибольшее количество ложнонегативных и ложнопозитивных результатов. Патоморфологическая классификация разделяет метастазы и аксиллярные лимфоузлы (pM1) на pN1a - микрометастазы размером 0,2 см или менее в одном либо нескольких лимфатических узлах; и pN1b - макрометастазы в одном или нескольких лимфатических узлах, а последние - на подгруппы по количеству поражённых лимфоузлов. Кроме того, учитывается наличие метастазов во внутриорганные лимфоузлы, которые расцениваются как рак молочной железы.



Рак молочной железы (рак груди)

Самоосмотр молочных желез



- Перед зеркалом осмотрите свои грудные железы. Обратите внимание нет ли каких-либо нарушений формы груди.
- Поворачиваясь в полу оборота осмотрите по очереди обе груди.
- Заложите руки за голову и в этом положении осмотрите обе груди.
- Правой ладонью ощупайте левую грудь - нет ли затвердений и наоборот.
- Ощупайте грудь лежа, закладывая противоположную от груди руку за голову.



- Изменение во внешнем виде кожи на груди или соске (покраснение, рябь или воспаление).

Радикальная Мастэктомия

Хирург удаляет всю грудную ткань вместе с соском, а также лимфатические узлы в области подмышки, мышцы же груди остаются интактными.



ПРОФИЛАКТИКА

- ежемесячное самообследование молочных желез всеми женщинами после специального обучения
- углублённое специальное обследование отобранных групп больных - осмотр онколога, инструментальные обследования, при необходимости - морфологическая верификация.





Спасибо за внимание