

**Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**



«Утверждено»
на заседании №1 кафедры онкологии
Заведующий кафедры
д.мед.н., профессор Баштан В.П.
« ____ » _____ 2018р.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

<i>Учебная дисциплина</i>	<i>Онкология</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Содержательный модуль №</i>	<i>2</i>
<i>Тема занятия</i>	Рак молочной железы
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медицинский №1, №2</i>

Полтава - 2018

ТЕМА: “Рак молочной железы”

1. Актуальность темы.

Рак молочной железы у женщин занимает первое место среди онкологических заболеваний и имеет быструю тенденцию к росту. При изучении эпидемиологии рака молочной железы повышенного внимания требуют причины, которые приводят к нарушению эндокринного равновесия, и связь с такими моментами как половая жизнь, деторождение, искусственное прерывание беременности и способы её предотвращения, заболевания половых органов, кормление детей грудью, наследственные факторы, характер питания и др.

Среди населения разных стран заболеваемость на рак молочной железы распространяется неравномерно. В экономически развитых странах Западной Европы рак молочной железы занимает первое место, тогда как в некоторых странах Азии, Африки, и, особенно, в Японии он случается редко.

Большое значение имеет преждевременная диагностика и лечение передраковых заболеваний молочной железы, самого обследования ее, что может также помочь вовремя диагностировать опухоли молочной железы, значительно снизить заболеваемость этой болезнью. Поэтому знание этой патологии имеет большое значение для будущих врачей почти всех специальностей.

Учебные цели занятия.

Знать:

- этиологию, патогенез и эпидемиологию РМЖ;
- передракови заболевания молочной железы и группы риска;
- клиническую классификацию РМЖ и TNM;
- клиническую картину РМЖ;
- современные методы диагностики РМЖ.
- основные методы лечения РМЖ (хирургическое, ПХТ, лучевое);

Уметь:

- провести общее объективное обследование больных;
- провести пальпацию молочной железы;
- определить стадию распространения процесса;
- провести биопсию опухоли молочной железы;
- провести дифференциальную диагностику опухолей молочной железы; назначить лечение больных на РМЖ в зависимости от стадии.

Междисциплинарная интеграция (базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы)

Дисциплины	Знать	Уметь
Анатомия	Анатомию молочной железы (кровоснабжение, лимфатическую систему)	Уметь правильно понимать этиологию заболевания, патогенетические клинические проявления и профилактические мероприятия.
Патологическая анатомия	Гистологическую структуру опухолей, особенности опухолевого роста.	
Общая физиология	Физиологические процессы организму.	
Патологическая физиология	Патологию функций эндокринной, иммунной и других систем организма.	
Биологическая химия	Ферментативные и эндокринные нарушения организма и, прежде всего, нормы протекания биохимических процессов.	
Терапия	Методы общего обследования больных.	
Фармакология	Группы противоопухолевых препаратов и механизмы их действий на опухоли и организм.	
Общая хирургия	Принципы хирургического лечения доброкачественных опухолей. Знания асептики и антисептики.	

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Украинский язык	Русский язык	Латинский язык
Рак молочної залози	Рак молочной железы	Carcinoma glandulae mammariae
Мастити	Маститы	Mastitis
Мастопатії	Мастопатии	Mastopatia
Пухлина	Опухоль	Tumor
Стадія	Стадия	Gradus
Перша	Первая	Prima
Друга	Вторая	Secunda
Третя	Третья	Tertio
Четверта	Четвертая	Quarta
Верифікація	Верификация	Verificatio
Підозра	Подозрение	Suspitio

Практические навыки по теме:

- осмотр и пальпация молочной железы и зон региональных лимфоузлов;
- уметь взять выделения из соска молочной железы на патогистологическое исследование;
- пункция молочной железы;
- ассистенция при операциях по поводу доброкачественных опухолей молочных желез.

Содержание темы занятия.

1. Предраковые заболевания:

1. Диффузная фиброзно – кистозная мастопатия:
 - a. аденоз и метаплазия;
 - b. фиброзная мастопатия;
 - c. кистозная мастопатия;
 - d. смешанная форма диффузной фиброзно – кистозной мастопатии.
2. Узловая фиброзно – кистозная мастопатия.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

- Аденома молочной железы;
- Аденома соска молочной железы;
- Ангиома молочной железы;
- Внутрипротоковая папиллома;
- Фиброаденома (перерождение до 10% случаев);
- Фиброма молочной железы;
- Липома;
- Миома;
- Хондромы и остеомы (этиология неизвестна, у пожилых женщин подозревают, что это перерождение фиброаденом);
- Аденозы;
- Фиброаденоматоз (перерождение в 2 – 50% случаях).

Эпидемиология.

РМЖ чаще встречается у женщин развитых стран: США, Англии, Японии. Очень редко в странах Дальнего Востока, Японии, Мексики, Венесуэлы: 2-5 на 100000 населения. Очень редко РМЖ случается у женщин до 25 лет. Средний возраст больных на РМЖ – 55 лет. На Украине заболевание на РМЖ – 61,7 на 100 000 населения. Полтавская область 59,4 на 100тис. населения (2008г.). Городские жители болеют чаще, чем сельские.

Этиология.

Среди причинных факторов выделяют нарушение эндокринных взаимосвязей. Эта гипотеза подтверждается подавляющим поражением

женщин в сравнении с мужчинами, связью с половой жизнью, временами наступления первой беременности, количеством родов, искусственным прерыванием беременности, применением гормональных и химических контрацептивов, особенностью лактации. Анализ эпидемиологических исследований показал, что среди этнических групп населения, которые традиционно вступают в брак в раннем возрасте, рожают много (3 – 4 и больше) детей и длительно кормят их грудью, опухоли молочной железы случаются реже.

У женщин, которые лишены половой жизни (монахини), рак молочной железы по частоте значительно превышает средние показатели для данной группы женщин. Гипотеза относительно вирусного генеза рака молочной железы базируется на экспериментальных данных. У мышей исследовано «фактор молока» Битнера, который оказался одним из онкогенных вирусов. У человека роль этого вируса не доказана. Роль наследственного фактора в развитии рака молочной железы большая. Доказательством этого является увеличение частоты рака молочной железы у родственников больных по женской линии.

Выделяют четыре патогенетические формы рака молочной железы:

I. Гипотиреоидная форма. К этой немногочисленной группе относят около 5% больных в возрасте до 30 лет. Это лица, которые болеют гипотиреозом, фолликулярными кистами яичников, ранним ожирением, имеют раннее появление менструаций. Прогноз у больных с этой формой рака молочной железы малоблагоприятный, потому что заболевание протекает в молодом возрасте на фоне явных эндокринных расстройств.

II. Яичниковая форма оказывается у около половины больных в возрасте от 28 до 50 лет. Это лица с выраженными нарушениями функции яичников, с сексуальными расстройствами и со склонностью к дисгормональным гиперплазиям молочных желез. Это больные с поздними первыми родами, склонностью к ожирению. Прогноз при данной форме рака также малоблагоприятен, потому что опухоль склонна к раннему метастазированию и местному инфильтративному росту.

III. Надпочечниковая форма случается более чем у трети больных с нарушениями функции надпочечников. Опухоли этой формы растут по инфильтративному типу и склонны к ранней генерализации процесса. Характерно, что коррекция гормональных нарушений может благоприятно повлиять на ход процесса.

IV. Старческая патогенетическая форма характерна для менее чем 10% больных возрастом свыше 60 лет. Опухоли этой формы протекают преимущественно торпидно со сравнительно благоприятным прогнозом.

Патологическая анатомия.

На сегодняшний день используется гистологическая классификация опухолей молочной железы, одобренная группой экспертов ВООЗ (1969).

А. Доброкачественные дисплазии молочной железы.

Б. Доброкачественные опухоли.

В. Карциномы:

I. Внутрипротоковая и внутридольковая неинфильтративная карцинома.

II. Инфильтративная карцинома (I, II, III степени злокачественности): инвазивные аденокарциномы, склизозные, солидные, смешанные, низкодифференцированные формы.

III. Особенные гистологические варианты карцином:

а) медуллярная карцинома;

б) папиллярная карцинома;

в) решетчатая карцинома;

г) слизистая карцинома;

д) лобулярная карцинома;

е) плоскоклеточная карцинома;

ё) болезнь Педжета;

з) карцинома, образовавшаяся с клеток внутрипротоковой фиброаденомы.

Г. Саркомы:

I. Саркома, образовавшаяся с клеток внутрипротоковой фиброаденомы;

II. Другие типы сарком.

Д. Карциносаркомы.

Е. Неидентифицированные опухоли.

Метастазирование рака молочной железы происходит лимфогенным и гематогенным путями. При лимфогенном распространении чаще всего поражаются аксиллярные лимфатические узлы, подключичные, парастернальные, надключичные, а далее — контралатеральные и лимфатические узлы шеи. Из гематогенных метастазов самыми частыми являются метастазы в тела грудных и поясничных позвонков, в другие кости (череп, рёбра, таз, трубчатые кости), а также печень, яичники, мозг, легкие.

Важными являются пути метастазирования:

1. по внешнему краю большой грудной мышцы в подмышечные лимфоузлы (первый лимфоузел Зоргиуса) и подлопаточные с наружных квадрантов железы (60 – 70%).
2. в подключичные и надключичные лимфоузлы с верхних квадрантов железы (20 – 30%).
3. в парастернальные лимфатические узлы с внутренних квадрантов (10%).
4. ретропекторальный путь (до 2%)
5. перекрестный путь в лимфатические узлы противоположной стороны (у 5%).
6. внутрикожные в направлении к эпигастрию.

Региональные лимфатические узлы.

Региональными для молочной железы являются: подмышечные и межпекторальные лимфатические узлы, то есть лимфатические узлы, размещенные вдоль подмышечной вены и её ветвей.

Они делятся на три уровня:

Уровень I — лимфатические узлы, размещенные наружу от внешнего края малой грудной мышцы;

Уровень II — лимфатические узлы между внешним и внутренним краями малой грудной мышцы, а также межпекторальные лимфатические узлы;

Уровень III — лимфатические узлы, размещенные внутрь от внутреннего края малой грудной мышцы, включительно с подключичными и верхушечными (апикальными) лимфатическими узлами.

Внутренние лимфатические узлы молочной железы размещены вдоль края грудины на стороне поражения.

Все другие лимфатические узлы, пораженные метастазами, классифицируются как отдаленные метастазы, включительно с надключичными, шейными и контралатеральными внутренними лимфатическими узлами.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РМЖ:

1. Узловая форма.
2. Диффузная форма:
 - отёчно-инфильтративная;
 - маститовидная;
 - бешиховидная;
 - панцирная.
3. Редкие формы:
 - рак Педжета;
 - атипичные формы.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM:

T — Первичная опухоль.

T_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

T₀ — первичная опухоль не определяется;

T_{is} — carcinoma in situ: внутриканальцевая или дольковая carcinoma in situ, или болезнь **Педжета** сосок без признаков опухоли.

Примечание: Если при болезни **Педжета** определяется опухоль, то она классифицируется согласно с её размерами

T₁ — опухоль до 2 см в максимальном измерении;

T₂ — опухоль до 5 см в максимальном измерении;

T₃ — опухоль более 5 см в максимальном измерении;

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

Примечание: Грудная стенка — это ребра, межреберные мышцы, передняя зубчатая мышца, при исключении грудных мышц.

T_{4a} — с распространением на грудную стенку;

T_{4b} — с отёком (включая симптом “лимонной корки”), или изъязвлением кожи молочной железы, или сателитными узлами в коже железы;

T_{4c} — критерии **T_{4a}** и **T_{4b}** вместе;

T_{4d} — воспалительная форма рака

Примечание: Втяжение кожи, ретракция соска и другие кожные симптомы, кроме тех, которые касаются **T₄**, могут наблюдаться при **T₁**, **T₂**, **T₃**, не влияя на классификацию.

N — Регионарные лимфатические узлы.

N_x — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;

N₀ — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов;

N₁ — обнаруженные метастазы в подвижных аксиллярных лимфоузлах на стороне поражения;

N₂ — обнаруженные метастазы в подвижных аксиллярных лимфоузлах на стороне поражения, фиксированные между собой или с окружающими структурами ;

N₃ — обнаруженные метастазы в внутренних грудных лимфатических узлах на стороне поражения.

M — Отдаленные метастазы.

M_x — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M₀ — отдаленные метастазы не определяются;

M₁ — присутствуют отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадия I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадия IIА	T ₀	N ₁	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Стадия IIВ	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Стадия IIIА	T ₀	N ₂	M ₀
	T ₁	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁ , N ₂	M ₀
Стадия IIIВ	T ₄	любое N	M ₀
	любое T	N ₃	M ₀
Стадия IV	любое T	любое N	M ₁

КЛИНИКА.

Классическими симптомами выраженных форм РМЖ являются увеличение или уменьшение железы, симптом “площадки” или “лимонной корки”, втяжения на ограниченном участке кожи или соска, выявления кожной инфильтрации или признаков паранеопластического воспалительного процесса. Каждый из этих симптомов характеризует определенные формы РМЖ которые описаны в разделе «Патологическая анатомия». Кровянистые выделения из соска указывают на внутрипротоковую папиллому, но в 10% случаев этот признак появляется при карциноме. Такие случаи нуждаются в эксплоративном хирургическом вмешательстве (итро- , ретроареолярной зоны) из срочной морфологической верификации.

В 1% случаев РМЖ проявляется длительным экзематозным участком вокруг соска (рак Педжета). Заболевание начинается с появления трещины или уплотнения, покраснения соска, зияния исходных протоков, появления кожного зуда, намокания под корками, после отпадения которых открывается

влажная зернистая розоватая поверхность. В запущенных случаях сосок начинает втягиваться, в глубине железы пальпируется безболезненный узел, на месте соска появляется язва, а в подмышечной впадине увеличенные плотные лимфатические узлы.

Опорным симптомом, на котором базируется диагностика РМЖ, является выявление опухолевидного новообразования. Выявление опухолей базируется на самом обследовании, врачебном осмотре, маммографии и УЗИ. В результате проведения целевых программ в ряде стран удается добиться выявления "малых форм" РМЖ, иногда меньше 5мм в диаметре.

Факторы риска.

К факторам, которые могут способствовать возникновению рака молочной железы, принадлежат:

- 1) отклонения во времени появления первых менструаций (ранние или поздние);
- 2) поздняя первая беременность (первые роды после 27 лет);
- 3) отсутствие беременности;
- 4) рак молочной железы у близких родственников, особенно по женской линии;
- 5) наличие или лечение в прошлом доброкачественных опухолей молочной железы;
- 6) курение табака (активное или пассивное);
- 7) употребление гормональных препаратов (особенно эстрогенов) с целью лечения или контрацепции.

Для женщин, которые находятся в периоде менопаузы, к этому списку необходимо добавить:

- 8) хирургическую (лучевую) менопаузу;
- 9) появление ранней или поздней менопаузы.

Кроме того, к группе повышенного риска относят женщин с определёнными гормональными отклонениями от нормы:

- 10) наличием дисфункции щитовидной железы, особенно в состоянии гипертиреоза,
- 11) дисфункцией гипофиза,
- 12) надпочечников,
- 13) яичников, поджелудочной железы с развитием диабета, дисгормональных заболеваний молочной железы;
- 12) сексуальными расстройствами;
- 13) гипертонической болезнью, которая также принадлежит к факторам, увеличивающим риск заболеть раком молочной железы.

Риск заболеть раком молочной железы могут увеличивать также некоторые конституционные особенности:

- 14) масса тела более 80 кг;
- 15) рост более 170 см;
- 16) масса при рождении более 5 кг.

ДИАГНОСТИКА

В обследовании молочной железы различают:

- 1) самообследование, которое врач рекомендует здоровым женщинам для постоянного контроля за состоянием молочных желез;
- 2) физикальное обследование молочных желез и регионарных лимфатических узлов врачом;
- 3) инструментальное обследование молочных желез;
- 4) морфологическое подтверждение клинического диагноза.

Самообследование рекомендуется всем женщинам, которые достигли 30-летнего возраста, не реже, чем раз в месяц. Обследование лучше всего проводить в ванной комнате перед зеркалом во время ежедневного туалета. Нужно обратить внимание на симметричность молочных желез и сосков, наличие кожных проявлений в виде втяжений кожи, «лимонной корки», и тому подобное. Пальпацию желез нужно проводить стоя и лежа плазом ладони.

Для диагностики рака в доклинической стадии необходимо применять инструментальное обследование: методы маммографии, ультразвуковой диагностики, термографии, которые дают возможность обнаружить опухоли, которые не пальпируются. Любой план лечения должен базироваться на точных данных и потому требует морфологического подтверждения опухоли.

Морфологическое подтверждение клинического диагноза осуществляется с помощью пункционной биопсии. Храня правила асептики, иглой среднего диаметра делают прокол кожи над опухолью и сухим шприцом аспирируют клеточные массы. Не разрушая материал, делают тонкие мазки на стекле, окрашивают их по Гимзе – Романовскому. Преимущественно опытному цитологу удастся с высокой степенью вероятности осуществить диагноз.

Кровянистые выделения из соска указывают на внутридольковую опухоль, это встречается в 10% случаев.

Диагностика возможных метастазов проводится согласно алгоритму обследования всех онкологических больных.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Мастопатии.
2. Галактоцеле.
3. Липома.
4. Добавочные молочные железы.
5. Панмаститы.

ЛЕЧЕНИЕ

Для лечения рака молочной железы применяют все известные в онкологии методы: хирургический, лучевой, медикаментозный (химиотерапия и гормонотерапия), иммунный.

Хирургический метод лечения может применяться как самостоятельный лишь на ранних стадиях развития рака — в доклинической стадии и в I и II стадиях (T1N0M0, T2N0M0). В начальной доклинической стадии рака, а также в некоторых случаях узловой формы рака I стадии допустимые органосберегающие операции в виде секторной резекции или радикальной секторной резекции молочной железы. Во всех других случаях методом выбора является полное удаление молочной железы вместе с окружающими тканями и региональными лимфатическими узлами, то есть радикальная мастэктомия.

Существует несколько модификаций радикальной мастэктомии. Наибольшее распространение получила мастэктомия по Холстеду-Майеру, которая предусматривает удаление молочной железы одним блоком с большой и малой грудными мышцами, клетчаткой подмышечного (аксиллярного), подлопаточного и подключичного участков вместе с соответствующими лимфатическими узлами. При проведении операции обращают особенное внимание на сохранение правил абластики и антиабластики.

Широко применяется операция Пейти, которая отличается от предыдущей тем, что сохраняется большая грудная мышца. Это уменьшает травматизм операции и улучшает условия реабилитации больных. Простая ампутиация молочной железы без удаления мышц и без устранения регионарных лимфатических узлов применяется как паллиативное средство тогда, когда есть противопоказания, предопределенные общим состоянием больной, для выполнения радикальной мастэктомии.

Лучевая терапия рака молочной железы — одна из самых распространенных составляющих комбинированного и комплексного лечения. Лучевая терапия в комбинации с химиотерапией показана как первый этап лечения при инфильтративных и маститовидных формах рака молочной железы. Как предоперационное средство лучевая терапия применяется у больных с IБ, IIA и IIB стадиями заболевания (при N1 и N2).

Цитостатическая терапия предусматривает применение циклофосфана, 5-фторурацила, метотрексата, адриабластина и тому подобное. В последние годы монокимиотерапию применяют каждый раз реже, предоставляя преимущество комбинации препаратов с разными механизмами действия. Такой метод называется полихимиотерапией и значительно более эффективен от лечения одним препаратом. Противоопухолевые препараты вводят как перорально, так и внутримышечно, внутривенно, внутриартериально, в полости (плевральную или брюшную), эндолимфатично или путем обколки опухоли. Показаниями для химиотерапии рака молочной железы являются распространение рака молочной железы за пределы первичного очага, метастазы в регионарных лимфатических узлах, обнаруженные во время операции (N1, N2), и подозрение на возможное поражение отдаленных лимфатических узлов (наличие или появление на разных этапах лечения и наблюдения отдаленных метастазов М1). Поэтому противоопухолевые препараты могут найти

применение перед операцией, после операции, а также у неоперабельных больных в комбинации с лучевой или гормональной терапией. Эффект от применения химиотерапии зависит от индивидуальной чувствительности опухоли к цитостатикам, которые применяются, а также от состояния кроветворной и иммунной систем.

1. Хирургический – метод лечения может применяться как самостоятельный лишь на ранних стадиях развития рака – в доклинические стадии и в I и II стадиях (T1N0M0, T2N0M0). В начальной доклинической стадии рака, а также в некоторых случаях узловой формы рака I стадии допустимы органосохраняющие операции в виде секторной резекции или радикальной секторной резекции молочной железы.
2. Лучевая терапия – на грудную железу и регионарные лимфоузлы в предоперационный период.
3. ПХТ – адриамицин, циклофосфан, 5-фторурацил и метотрексат. Полихимиотерапия (CMF, CMFP, FC, FAC) занимает одно из первых мест в лечении метастазов РМЖ.
4. Гормонотерапия – определяется гормонозависимостью опухоли молочной железы. Угнетение или исключение функции органов, которые стимулируют пролиферацию железистого эпителия молочных желез, приводит к атрофии структур железы и в то же время к регрессии рака. Исключение продукции соответствующих гормонов достигается хирургическим, лучевым или медикаментозным путем. С этой целью применяется хирургическая овариоэктомия, реже лучевая, или назначаются антиэстрогены (тамоксифен, торемифен). Чтобы прогнозировать клинический эффект от применения гормонотерапии, учитывается гормональный статус больной и наличие гормональных (эстрогенных и прогестероновых) рецепторов на поверхности раковых опухолей.

ПРОГНОЗ

Доклиническая стадия – выживаемость у 100% больных;

I стадия – 85 – 95%;

II стадия – 50 – 60%;

III стадия – не превышает 30%;

IV стадия – временный успех.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПО ТЕМЕ: “РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ”

1. ЭТИОЛОГИЯ

- гормональная;
- этнические особенности;
- характер питания;
- наследственность.

2. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

- доброкачественные образования;
- передраковые заболевания;
- злокачественные заболевания.

3. КЛАССИФИКАЦИЯ

- клиническая;
- по системе TNM.

4. ФОРМЫ РОСТА ОПУХОЛИ

- диффузная;
- узловая.

5. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

- увеличение или уменьшение молочной железы;
- симптом “лимонной корки”;
- втяжение кожи соска.

6. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- яичники;
- легкие;
- плевра;
- кости;
- печень.

7. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- маммография;
- термография;
- УЗИ;
- пункция молочной железы.

8. ЛЕЧЕНИЕ

- хирургическое;
- ПХТ;
- лучевое;
- восстановительное;
- гормональное.

9. ПРОГНОЗ

10. ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

11. ФАКТОРЫ РИСКА

Материалы для самоконтроля.

А. Вопросы для самоконтроля.

1. Перечислите этиологические факторы РМЖ;
2. Перечислите факторы риска РМЖ;
3. Клинические формы РМЖ;
4. Клиническая классификация РМЖ;
5. Назовите дополнительные методы обследования больных на РМЖ;
6. Хирургические методы лечения больных на РМЖ;
7. Комбинированное лечение больных на РМЖ (лучевое и химиотерапевтическое лечение).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

а) Основная.

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Київ: Здоров'я, 2004. – 527 с.
2. Черенков В.Г. Клиническая онкология. Руководство для студентов и врачей. Г.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384с.
3. Петерсон Б.Е., Онкология, М. Медицина, 1980.- 384с.
4. Слинчак С.М. та ін. Онкология, К. Вища школа, 1989.- 399с.
5. Онкологія. За ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
6. Онкологія. За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Київ: Здоров'я, 2004. – 527 с.

б) Дополнительная.

1. З.Ш. Гилязутдинова, М.М. Михайлов “Онкогинекология”. – Москва, Медпресс. – 2000.
2. Сергеев С.І. та ін. Комплексна діагностика раку молочної залози. М.: Медицина, 1978.
3. Сидоренко Л.М., Мастопатия, Л.: Медицина, 1994.- 264с.
4. Молочная железа. Рак и предраковые заболевания. За ред. В.И.Тарутинова.- Киев,2006.-416с.

Тесты исходного уровня знаний по теме:” Рак молочной железы”(РМЖ).

I. Наиболее известные факторы риска по РМЖ:

1. женщины, которые не рожали;
2. частые роды и аборты;
3. поздняя менопауза;
4. табакокурение.

II. Передраковые заболевания на РМЖ:

1. Узловая фиброзно-кистозная мастопатия;
2. Липома молочной железы;
3. Фиброаденоматоз;
4. Миома.

III. Наиболее информативные современные методы диагностики РМЖ:

1. УЗИ;
2. Маммография;
3. Компьютерная томография;
4. Рентгенография грудной клетки;
5. Пункционная биопсия.

IV. Частые пути лимфогенного метастазирования:

1. Подмышечные;
2. Задние шейные;
3. Паховые;
4. Надключичные.

V. Назовите наиболее распространенные жалобы у больных на РМЖ:

1. Увеличение молочной железы;
2. Симптом “лимонной корки”;
3. Боль;
4. Кровянистые выделения из соска;
5. Тошнота и рвота.

VI. Заболеваемость на РМЖ на Украине на 100000 населения:

1. 61,7;
2. 50,1;
3. 55,3;
4. 49,9;

5. 56,4.

VII. Чаще всего дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями:

1. Липома;
2. Мастопатии;
3. Киста;
4. Галактоцеле;
5. Пиодермия.

VIII. По гистологической структуре РМЖ преимущественно:

1. Скор;
2. Аденокарцинома;
3. Плоскоклеточный;
4. Фиброзный;
5. Солидный.

IX. Наиболее распространенные методы лечения больных на РМЖ:

1. Хирургический;
2. Хирургический вместе с лучевой терапией;
3. Гормонотерапия;
4. Иммунотерапия;
5. Хирургический с химиотерапевтическим лечением.

X. Выживаемость больных с III стадией РМЖ:

1. 20%;
2. 80%;
3. 75%;
4. 55%;
5. 30%.

В. Ситуационные задачи для самоконтроля.

Задача № 1 (№326).

Больной 56 лет проведена радикальная мастэктомия. Заключительный гистологический ответ: низкодифференцированная инфильтративная карцинома молочной железы 2,5 см в диаметре, метастазы в подмышечные лимфоузлы. План лечения.

Задача № 2 (№327).

Больной 37 лет 3 года тому назад проведена предоперационная лучевая терапия на левую молочную железу, подмышечный, парастернальный, надключичный участки. Диагноз рака был подтвержден пункционной биопсией. Через 3 недели после облучения проведена радикальная мастэктомия, при гистологическом исследовании злокачественная опухоль не обнаружена. Заключительный диагноз: рак левой молочной железы, ст. II-а, кл. гр. III. Десять дней тому назад в участке послеоперационного рубца появился плотный узел размерами 1х1 см, подвижный. Узел высечен, гистологическим исследованием обнаружен метастаз рака молочной железы. План лечения.

Задача № 3 (№ 328).

Больная 47 лет поступила с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе. Объективно: на грани внутренних квадрантов в органе есть опухолевидное образование размерами 6х6 см, спаянное со смежными тканями, кожа фиксирована с опухолью. В правом участке обнаруженный конгломерат лимфатических узлов размером 4х5 см. Менструальный цикл не нарушен. Предварительный диагноз. План лечения.

Задача №4 (№ 329).

Больной 57 лет, 6 лет тому назад проведено комплексное лечение по поводу рака правой молочной железы ст. II-б (T2N1M0). В настоящий момент послеоперационный рубец гладкий, без признаков рецидива. Жалуется на боль в поясничном участке с иррадиацией в левую нижнюю конечность. Предварительный диагноз. С чем нужно дифференцировать? План лечения.

Задача №5 (№ 330).

Больная 29 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе. Объективно: в верхнем внешнем квадранте есть опухоль размерами 1,5 х 1 см - подвижная, с четкими контурами, не спаянная с окружающими тканями. Периферические лимфоузлы не увеличены. Диагноз. План лечения.

Задача №6 (№ 331).

Больная 22 года жалуется на наличие уплотнений в обеих молочных железах, боль в них перед менструациями. Считает себя больной с 13 лет, когда начались менструации. К врачам не обращалась. Год назад появились узловые образования в обеих молочных железах. Менструальный цикл не нарушен. В браке не была. Половой жизнью не жила. Объективно: обе молочные железы упругой консистенции, больше во внешних квадрантах оказываются опухолевидные образования мягкоэластической консистенции в диаметре до 1 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Предварительный диагноз. План лечения.

Задача №7 (№ 332).

Больная 40 лет жалуется на боль в молочных железах, которая усиливается за неделю до менструации. Болеет в течение 5 лет. Из перенесенных заболеваний отмечает воспаление придатков матки. Менструальный цикл не нарушен. Беременностей - 6, аборт - 5, роды - 1. Ребенка кормила 1 месяц. Половая жизнь нерегулярная. Последние 8-9 лет предохраняется от беременности с помощью презервативов или прерывания полового акта. Объективно: молочные железы плотноэластической консистенции, при пальпации резкая боль. Локальные опухолевидные образования не обнаружены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Диагноз. План лечения.

Задача №8 (№ 333)

Больная 40 лет поступила с жалобами на наличие опухоли в левой молочной железе. Объективно: в вертикальном положении определяется опухоль размерами 4х3 см, плотноэластической консистенции. В горизонтальном положении опухоль менее плотная: представляет собой плохо очерченное образование без четких контуров. Периферические лимфоузлы не увеличены. Предварительный диагноз. Дополнительное обследование. Лечение.

Задача №9 (№ 334).

Больная 48 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие кровянистых выделений из сосков. Врач не обследовал молочные железы, назначил хлористый кальций и викасол. Правильная ли тактика врача? Что нужно сделать для уточнения диагноза?

Задача №10 (№ 335).

Больная 38 лет, обратилась к врачу-хирургу по поводу уплотнения в левой молочной железе, которое заметила 2 недели тому назад. Хирург провел пункцию этого образования. В шприц была аспирирована розового цвета жидкость, опухоль исчезла. Хирург сказал больной, что у нее киста молочной железы и что лечение ей не нужно. Через год у больной в этом месте опять появилось уплотнение, которое постоянно увеличивалось. Только через полгода больная повторно обратилась к хирургу, который направил ее к онкологу. Объективно: опухоль в левой молочной железе занимает оба верхних квадранта, размеры ее - 8 х 6 см. Опухоль плотная, спаянная с кожей. В левом подмышечном участке конгломерат лимфоузлов, отдельные лимфоузлы в левом надключичном участке. Клинический диагноз. По

системе TNM. Что следует делать, чтобы уточнить диагноз? План лечения. Ошибки при лечении больной.