

**Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»**



«Затверджено»

на засіданні №1 кафедри онкології
Завідувач кафедри
д.мед.н., професор Баштан В.П.

«____»_____2018р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	<i>Онкологія</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Змістовний модуль №</i>	<i>2</i>
<i>Тема заняття</i>	Рак молочної залози
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медичний №1, №2</i>

Полтава - 2018

ТЕМА: “Рак молочної залози”

1. Актуальність теми.

Рак молочної залози у жінок займає перше місце серед онкологічних захворювань та має неупинну тенденцію до зросту. При вивченні епідеміології раку молочної залози великої уваги потребують причини, які спричиняють порушення ендокринної рівноваги та зв'язок з такими моментами як статеве життя, дітонародження, штучне переривання вагітності та способи її запобігання, захворювання статевих органів, вигодовування дітей грудьми, спадкові фактори, характер харчування та інше.

Серед населення різних країн захворюваність на рак молочної залози поширюється нерівномірно. У економічно розвинутих країнах Західної Європи рак грудної залози посідає перше місце, тоді як у деяких країнах Азії, Африки і, особливо, у Японії він трапляється рідко.

Велике значення має передчасна діагностика та лікування передракових захворювань молочної залози, самообстеження її, що може також допомогти вчасно діагностувати пухлини молочної залози, значно знизити захворюваність цією хворобою. Тому знання цієї патології має велике значення для майбутніх лікарів майже всіх спеціальностей.

2. Навчальні цілі заняття.

Знати:

- етіологію, патогенез та епідеміологію РМЗ;
- передракові захворювання молочної залози та групи ризику;
- клінічну класифікацію РМЗ та TNM;
- клінічну картину РМЗ;
- сучасні методи діагностики РМЗ.
- основні методи лікування РМЗ (хірургічне, ПХТ, променеве);

Вміти:

- провести загальне об'єктивне обстеження хворих;
- провести пальпацію молочної залози;
- визначити стадію розповсюдження процесу;
- провести біопсію пухлини молочної залози;
- провести диференційну діагностику пухлин молочної залози;
- призначити лікування хворих на РМЗ в залежності від стадії.

Міждисциплінарна інтеграція (базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми)

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію молочної залози (крово-постачання, лімфатичну систему)	Вміти правильно розуміти етіологію захворювання, патогенетичні клінічні прояви і профілактичні міроприємства.
Патологічна анатомія	Гістологічну структуру пухлин, особливості пухлинного росту.	
Загальна фізіологія	Фізіологічні процеси організму.	
Патологічна фізіологія	Патологію функцій ендокринної, імунної та інших систем організму.	
Біологічна хімія	Ферментативні та ендокринні порушення організму і, насамперед, норми протікання біохімічних процесів.	
Терапія	Методи загального обстеження хворих.	
Фармакологія	Групи протипухлинних препаратів та механізми їх дії на пухлини та організм.	
Загальна хірургія	Принципи хірургічного лікування доброякісних пухлин. Знання асептики та антисептики.	

ТЕРМІНОЛОГІЯ

Українська мова	Російська мова	Латинська мова
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

Практичні навички по темі:

- огляд та пальпація молочної залози та зон регіональних лімфовузлів;
- вміти взяти виділення з соска молочної залози на патогістологічне дослідження;
- пункція молочної залози;
- асистенція при операціях з приводу доброякісних пухлин молочних залоз.



Зміст теми заняття.

1. Передракові захворювання:

1. Дифузна фіброзно – кістозна мастопатія:
 - a. аденоз та метаплазія
 - b. фіброзна мастопатія
 - c. кістозна мастопатія
 - d. змішана форма дифузної фіброзно – кістозної мастопатії
2. Вузлова фіброзно – кістозна мастопатія.

ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.

- Аденома молочної залози
- Аденома соска молочної залози
- Ангіома молочної залози
- Внутрішньопротокова папілома
- Фіброаденома (переродження до 10% випадків)
- Фіброма молочної залози
- Ліпома
- Міома
- Хондроми та остеомы (етіологія невідома, у старих жінок підозрюють, що це переродження фіброаденом)
- Аденози
- Фіброаденоматоз (переродження у 2 – 50% випадків)

Епідеміологія.

РМЗ частіше зустрічається у жінок розвинених країн: США, Англії, Японії. Дуже рідко у країнах Далекого Сходу, Японії, Мексики, Венесуели: 2-5 на 100000 населення. Дуже рідко РМЗ трапляється у жінок до 25 років. Середній вік хворих на РМЗ – 55 років. На Україні захворювання на РМЗ – 61,7 на 100 000 населення. Полтавська область 59,4 на 100тис. населення (2008р.). Міські мешканці хворіють частіше, ніж сільські.

Етіологія.

Серед причинних факторів виділяють порушення ендокринних взаємозв'язків. Ця гіпотеза підтверджується переважним ураженням жінок порівняно з чоловіками, зв'язком зі статевим життям, часом настання першої вагітності, кількістю пологів, штучним перериванням вагітності, застосуванням гормональних і хімічних контрацептивів, особливістю лактацій. Аналіз епідеміологічних досліджень показав, що серед етнічних груп населення, які традиційно вступають до шлюбу у ранньому віці, народжують багато (3 – 4 і більше) дітей і тривало годують їх груддю, пухлини молочної залози трапляються рідше.

У жінок, які позбавлені статевого життя (монахині), рак молочної залози за частотою значно перевищує середні показники для даної групи жінок. Гіпотеза щодо вірусного генезу раку молочної залози базується на експериментальних даних. У мишей досліджено «фактор молока» Бітнера, який виявився одним із онкогенних вірусів. У людини роль цього вірусу не доведено. Роль спадкового фактора у розвитку раку молочної залози велика. Доказом цього є збільшення частоти раку молочної залози у родичів хворих по жіночій лінії.

Виділяють чотири патогенетичні форми раку молочної залози:

I. Гіпотиреоїдна форма. До цієї нечисленної групи відносять близько 5% хворих у віці до 30 років. Це особи, що хворіють на гіпотиреоз, фолікулярні кісти яєчників, раннє ожиріння, мають ранню появу менструацій. Прогноз у хворих із цією формою раку молочної залози малосприятливий, бо захворювання протікає у молодому віці на фоні явних ендокринних розладів.

II. Яєчникова форма виявляється у близько половини хворих віком від 28 до 50 років. Це особи з вираженими порушеннями функції яєчників, з сексуальними розладами і зі схильністю до дисгормональних гіперплазій молочних залоз. Це хворі з пізніми першими родами, схильністю до ожиріння. Прогноз при даній формі раку також малосприятливий, тому що пухлина схильна до раннього метастазування і місцевого інфільтративного росту.

III. Наднирникова форма трапляється більш ніж у третини хворих із порушеннями функції наднирників. Пухлини цієї форми ростуть по інфільтративному типу і схильні до ранньої генералізації процесу. Характерно, що корекція гормональних порушень може сприятливо вплинути на перебіг процесу.

IV. Стареча патогенетична форма характерна для менш ніж 10% хворих віком понад 60 років. Пухлини цієї форми протікають переважно торпідно з порівняно сприятливим прогнозом.

Патологічна анатомія.

Нині використовується гістологічна класифікація пухлин грудної залози, схвалена групою експертів ВООЗ (1969).

А. Доброякісні дисплазії грудної залози.

Б. Доброякісні пухлини.

В. Карциноми:

I. Внутрішньопротокова і внутрішньочасточкова неінфільтруюча карцинома.

II. Інфільтруюча карцинома (I, II, III ступеня злоякісності): інвазивні аденокарциноми, скірозні, солідні, змішані, низькодиференційовані форми.

III. Особливі гістологічні варіанти карцином:

а) медулярна карцинома

б) папілярна карцинома

в) решітчаста карцинома

г) слизова карцинома

д) лобулярна карцинома

е) плоскоклітинна карцинома

є) хвороба Педжета

з) карцинома, що виникла з клітин внутрішньопротокової фіброаденоми

Г. Саркоми:

I. Саркома, що виникає з клітин внутрішньопротокової фіброаденоми

II. Інші типи сарком

Д. Карциносаркоми

Е. Неідентифіковані пухлини

Метастазування раку грудної залози відбувається лімфогенним і гематогенним шляхами. При лімфогенному поширенні найчастіше зазнають ураження аксиллярні лімфатичні вузли, підключичні, парастернальні, надключичні, а далі — контралате-

ральні та лімфатичні вузли шії. З гематогенних метастазів найчастішими є метастази в тіла грудних і поперекових хребців, у інші кістки (череп, ребра, таз, трубчасті кістки), а також печінку, яєчники, мозок, легені.

Важливим є шляхи метастазування:

1. по зовнішньому краю великої грудної мишці у пахвинні лімфовузли (перший лімфовузол Соргіуса) та підлопаточні з наружних квадрантів залози (60 – 70%).
2. у підключичні та надключичні лімфовузли з верхніх квадрантів залози (20 – 30%).
3. у парастернальні лімфатичні вузли з внутрішніх квадрантів (10%).
4. ретропекторальний шлях (до 2%)
5. перехресний шлях у лімфатичні вузли протилежного боку (у 5%).
6. внутрішньошкіряні у направленні до епігастрію.

Регіональні лімфатичні вузли.

Регіональними для грудної залози є: пахвові і міжпекторальні лімфатичні вузли, тобто лімфатичні вузли, розміщені вздовж пахвової вени та її гілок.

Вони поділяються на три рівні:

Рівень I — лімфатичні вузли, розміщені назовні від зовнішнього краю малого грудного м'яза;

Рівень II — лімфатичні вузли між зовнішнім і внутрішнім краями малого грудного м'яза, а також міжпекторальні лімфатичні вузли;

Рівень III — лімфатичні вузли, розміщені досередини від внутрішнього краю малого грудного м'яза, включно з підключичними і верхівковими (апикальними) лімфатичними вузлами.

Внутрішні лімфатичні вузли грудної залози, розміщені вздовж краю грудини на боці ураження.

Усі інші лімфатичні вузли, уражені метастазами, класифікуються як віддалені метастази, включно з надключичними, шийними і контралатеральними внутрішніми лімфатичними вузлами.

КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ РМЗ:

1. Вузлова форма.
2. Дифузна форма:
 - набряково-інфільтративна;
 - маститоподібна;
 - бешихоподібна;
 - панцирна.
3. Рідкісні форми:
 - рак Педжета;
 - атипові форми.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗА СИСТЕМОЮ TNM:

T — Первинна пухлина

T_x — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T₀ — первинна пухлина не визначається

T_{is} — carcinoma in situ: внутрішньоканальцева або часточкова carcinoma in situ, або хвороба **Педжета** соска без ознак пухлини.

Примітка: Якщо при хворобі **Педжета** визначається пухлина, то вона класифікується згідно з її розмірами

T₁ — пухлина до 2 см у найбільшому вимірі

T₂ — пухлина до 5 см у найбільшому вимірі

T₃ — пухлина понад 5 см у найбільшому вимірі

T₄ — пухлина будь-яких розмірів із прямим поширенням на грудну стінку або шкіру

Примітка: Грудна стінка – це ребра, міжреберні м'язи, передній зубчастий м'яз, за винятком грудних м'язів.

T_{4a} — із поширенням на грудну стінку

T_{4b} — із набряком (включаючи симптом “лимонної кірки”), або виразкуваням шкіри грудної залози, або сателітними вузлами у шкірі тієї ж залози

T_{4c} — критерії **T_{4a}** та **T_{4b}** разом

T_{4d} — запальна форма раку

Примітка: Втягнення шкіри, ретракція соска та інші шкірні симптоми, крім тих, що стосуються **T₄**, можуть спостерігатися при **T₁**, **T₂**, **T₃**, не впливаючи на класифікацію

N — Регіонарні лімфатичні вузли.

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N₀ — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N₁ — виявлені метастази в рухомих аксиллярних лімфовузлах на боці ураження

N₂ — виявлені метастази в рухомих аксиллярних лімфовузлах на боці ураження, фіксовані поміж собою або з навколишніми структурами

N₃ — виявлені метастази у внутрішніх грудних лімфатичних вузлах на боці ураження.

M — Віддалені метастази

M_x — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

M₀ — віддалені метастази не визначаються

M₁ — наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія IIА	T ₀	N ₁	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія IIВ	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія 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
Стадія IIIВ	T ₄	будь-яке N	M ₀
	будь-яке T	N ₃	M ₀
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

КЛІНІКА.

Класичними симптомами виражених форм РМЗ є збільшення або зменшення залози, симптом “площадки” або “лимонної шкуринки”, втягіння на обмеженій ділянці шкіри або соска, виявлення шкірної інфільтрації або ознак паранеопластичного запального процесу. Кожен з цих симптомів характеризує певні форми РМЗ які описані в розділі «Патологічна анатомія». Кров’янисті виділення з соска вказують на внутрішньопротокову папілому, але в 10% випадків цей признак з’являється при карциномі. Такі випадки потребують експлоративного хірургічного втручання (ітро-ретроареоларної зони із термінової морфологічної верифікації).

В 1% випадків РМЗ проявляється тривало екзематозною ділянкою навколо соска (рак Педжета). Захворювання починається з появлення тріщини або ущільнення, почервоніння соска, зйняття вихідних протоків, появлення шкіряного зуду, намокання під скоринками, після відпадання яких відкривається волога зерниста рожевувата поверхня. У занедбаних випадках сосок починає втягуватися, у глибині залози пальпується безболісний вузол, на місці соска з’являється язва, а в паховій западині збільшені щільні лімфатичні вузли.

Опірним симптомом, на якому базується діагностика РМЗ, є виявлення пухлиноподібного новоутвору. Виявлення пухлин базується на самообстеженні, лікарському огляді, маммографії та УЗД. У результаті проведення цільових програм в ряді країн удається добитися виявлення "малих форм" РМЗ, іноді менше 5мм у діаметрі.

Фактори ризику.

До факторів, які можуть сприяти виникненню раку молочної залози, належать:

- 1) відхилення в часі настання перших менструацій (ранні або пізні);
- 2) пізня перша вагітність (перші роди після 27 років);
- 3) відсутність вагітності;
- 4) рак грудної залози у близьких родичів, особливо по жіночій лінії;
- 5) наявність або лікування в минулому доброякісних пухлин грудної залози;
- 6) куріння тютюну (активне або пасивне);
- 7) вживання гормональних препаратів (особливо естрогенів) з метою лікування чи контрацепції.

Для жінок, що перебувають у періоді менопаузи, до цього переліку треба додати:

- 8) хірургічну (променевою) менопаузу;
- 9) настання ранньої або пізньої менопаузи.

Крім того, до групи підвищеного ризику зараховують жінок з певними гормональними відхиленнями від норми:

- 10) наявністю дисфункції щитовидної залози, особливо в стані гіпертиреозу,
- 11) дисфункцією гіпофізу,
- 12) наднирників,
- 13) яєчників, підшлункової залози з розвитком діабету, дисгормональних захворювань молочної залози;
- 12) сексуальними розладами:
- 13) гіпертонічною хворобою, що також належить до факторів, що збільшують ризик захворіти на рак молочної залози.

Ризик захворіти на рак молочної залози можуть збільшувати також деякі конституційні особливості:

- 14) маса тіла понад 80 кг;
- 15) зріст понад 170 см;
- 16) маса при народженні понад 5 кг.

ДІАГНОСТИКА

В обстеженні молочної залози розрізняють:

- 1) самообстеження, яке лікар рекомендує здоровим жінкам для постійного контролю за станом молочних залоз;
- 2) фізикальне обстеження молочних залоз і регіонарних лімфатичних вузлів лікарем;
- 3) інструментальне обстеження молочних залоз;
- 4) морфологічне підтвердження клінічного діагнозу.

Самообстеження рекомендується усім жінкам, що досягли 30-літнього віку, не рідше ніж раз на місяць. Обстеження найкраще проводити у ванній кімнаті перед дзеркалом під час щоденного туалету. Треба звернути увагу на симетричність молочних залоз та сосків, наявність шкірних проявів у вигляді втягнень шкіри, «лимонної шкірки» тощо. Пальпацію залоз треба проводити стоячи і лежачи плазом долоні.

Для діагностики раку в доклінічній стадії необхідно застосовувати інструментальне обстеження: методи мамографії, ультразвукової діагностики, термографії, які дають змогу виявити пухлини, що не пальпуються. Будь-який план лікування повинен базуватися на точних даних і тому вимагає морфологічного підтвердження пухлини.

Морфологічне підтвердження клінічного діагнозу здійснюється за допомогою пункційної біопсії. Зберігаючи правила асептики, голкою середнього діаметра роблять прокол шкіри над пухлиною і сухим шприцом аспірують клітинні маси. Не руйнуючи матеріалу, роблять тонкі мазки на склі, забарвлюють їх за Гімза – Романовським. Переважно досвідченому цитологу вдається з високим ступенем ймовірності справдити діагноз.

Кров'яністі виділення із соска указують на внутрішньодолькову пухлину, це зустрічається у 10% випадків.

Діагностика можливих метастазів проводиться згідно з алгоритмом обстеження всіх онкологічних хворих.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

1. Мастопатії.
2. Галактоцеле.
3. Ліпома.
4. Додаткові молочні залози.
5. Панмастити.

ЛІКУВАННЯ

Для лікування раку молочної залози застосовують усі відомі в онкології методи: хірургічний, променевий, медикаментозний (хіміотерапія та гормонотерапія), імунний.

Хірургічний метод лікування може застосовуватись як самостійний лише на ранніх стадіях розвитку раку — у доклінічній стадії та у I та II стадіях (T1N0M0, T2N0M0). У початковій доклінічній стадії раку, а також у деяких випадках вузлуватої форми раку I стадії допустимі органозберігаючі операції у вигляді секторальної резекції або радикальної секторальної резекції молочної залози. В усіх інших випадках методом вибору є повне видалення молочної залози разом з навколишніми тканинами і регіональними лімфатичними вузлами, тобто радикальна мастектомія.

Існує декілька модифікацій радикальної мастектомії. Найбільшого поширення набула мастектомія за Холстедом-Майєром, яка передбачає видалення молочної залози одним блоком з великим та малим грудними м'язами, клітковиною пахової (аксиллярної), підлопаткової і підключичної ділянок разом із відповідними лімфатичними вузлами. При проведенні операції звертають особливу увагу на збереження правил аластики та антиластики.

Широко застосовується операція Пейті, яка відрізняється від попередньої тим, що зберігається великий грудний м'яз. Це зменшує травматизм операції і поліпшує умови реабілітації хворих. Проста ампутація молочної залози без видалення м'язів і без усунення регіонарних лімфатичних вузлів застосовується як паліативний засіб тоді, коли є протипоказання, зумовлені загальним станом хворої, для виконання радикальної мастектомії.

Променева терапія раку молочної залози — одна з найпоширеніших складових комбінованого та комплексного лікування. Променева терапія в комбінації з хіміотерапією показана як перший етап лікування при бешихоподібних і маститоподібних формах раку молочної залози. Як передопераційний засіб променева терапія застосовується у хворих з ІБ, ІІА і ІІБ стадіями захворювання (при N1 і N2).

Цитостатична терапія передбачає застосування циклофосфану, 5-фторурацилу, метотрексату, адриабластину тощо. В останні роки монокіміотерапію застосовують щораз рідше, надаючи перевагу комбінації препаратів із різними механізмами дії. Такий метод називається полікіміотерапією і є значно ефективніший від лікування одним препаратом. Протипухлинні препарати вводять як перорально, так і внутрішньом'язово, внутрішньовенно, внутрішньоартеріально, в порожнини (плевральну або черевну), ендолімфатично або шляхом обколювання пухлини. Показами для хіміотерапії раку молочної залози є поширення раку молочної залози за межі первинного вогнища, метастази у і регіонарних лімфатичних вузлах, виявлені під час операції (N1, N2), і підозріння на можливе ураження віддалених лімфатичних вузлів (наявність або поява на різних етапах лікування і спостереження віддалених метастазів M1). Тому протипухлинні препарати можуть знайти застосування перед операцією, після операції, а також у неоперабельних хворих в комбінації з променевою чи гормональною терапією. Ефект від застосування хіміотерапії залежить від індивідуальної чутливості пухлини до цитостатиків, що застосовуються, а також від стану кровотворної та імунної систем.

1. Хірургічний – метод лікування може застосовуватись як самостійний лише на ранніх стадіях розвитку раку – у доклінічній стадії та у I і II стадіях (T1N0M0, T2N0M0). У початковій доклінічній стадії раку, а також у деяких випадках вузловатої форми раку I стадії допустимі органозберігаючи операції у вигляді секторальної резекції або радикальної секторальної резекції молочної залози.
2. Променева терапія – на грудну залозу та регіонарні лімфовузли у передопераційний період.
3. ПХТ – адриаміцин, циклофосфан, 5-фторурацил та метотрексат. Полікіміотерапія (CMF, CMFP, FC, FAC) займає одне з перших місць у лікуванні метастазів РМЗ.
4. Гормонотерапія – визначається гормонозалежністю пухлини молочної залози. Пригнічення або виключення функції органів, що стимулюють проліферацію залозистого епітелію молочних залоз, призводить до атрофії структур залози і водночас до регресії раку. Виключення продукції відповідних гормонів досягається хірургічним, променевим або медикаментозним шляхом. З цією метою застосовується хірургічна оваріоектомія, рідше променева, або призначаються антиестрогени (тамоксифен, тореміфен). Щоб прогнозувати клінічний ефект від застосування гормонотерапії, враховується гормональний статус хворої і наявність гормональних (естрогенних і прогестеронових) рецепторів на поверхні ракових пухлин.

ПРОГНОЗ

Доклінічна стадія – виживаємість у 100% хворих;

I стадія – 85 – 95%;

II стадія – 50 – 60%;

III стадія – не перевищує 30%;

IV стадія – тимчасовий успіх.

ГРАФ ЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПО ТЕМІ: “РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ”

1. ЕТІОЛОГІЯ

- гормональна;
- етнічні особливості;
- характер харчування;
- спадковість.

2. ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

- доброякісні утворення;
- передракові захворювання;
- злоякісні захворювання.

3. КЛАСИФІКАЦІЯ

- клінічна;
- по системі TNM.

4. ФОРМИ РОСТУ ПУХЛИНИ

- дифузна
- вузлова

5. КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ

- збільшення або зменшення молочної залози;
- симптом “лимонної шкіринки”;
- втягіння шкіри соска.

6. ЛОКАЛІЗАЦІЯ ВІДДАЛЕНИХ МЕТАСТАЗІВ

- яєчники;
- легені;
- плевра;
- кістки;
- печінка.

7. ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

- маммографія;
- термографія;
- УЗД;
- пункція молочної залози.

8. ЛІКУВАННЯ

- хірургічне,
- ПХТ,
- променеве,
- відновне,
- гормональна.

9. ПРОГНОЗ

10. ПРОФІЛАКТИКА та РЕАБІЛІТАЦІЯ

11. ФАКТОРИ РИЗИКУ

Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю.

1. Перелічіть етіологічні фактори РМЗ;
2. Перелічіть фактори ризику РМЗ;
3. Клінічні форми РМЗ;
4. Клінічна класифікація РМЗ;
5. Назвіть додаткові методи обстеження хворих на РМЗ;
6. Хірургічні методи лікування хворих на РМЗ;
7. Комбіноване лікування хворих на РМЗ (променеве та хіміотерапевтичне лікування).

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

а) Основна.

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: Укр-медкнига, 2003. – 313 с.
6. Онкологія. За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Київ: Здоров'я, 2004. – 527 с.

б) Додаткова.

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.

Тести вихідного рівня знань по темі:” Рак молочної залози” (РМЗ).

I. Найбільш відомі фактори ризику по РМЗ:

1. жінки, що не народжували;
2. часті пологи та аборти,
3. пізня менопауза,
4. тютюнопаління.

II. Передракові захворювання на РМЗ:

1. Вузлова фіброзно-кістозна мастопатія,
2. Ліпома молочної залози,
3. Фібroadеноматоз,
4. Міома.

III. Найбільш інформативні сучасні методи діагностики РМЗ:

1. УЗД,
2. Маммографія,
3. Комп'ютерна томографія,
4. Рентгенографія грудної клітки,
5. Пункційна біопсія.

IV. Найчастіші шляхи лімфогенного метастазування:

1. Пахвові,
2. Задні шийні,
3. Пахові,
4. Надключичні.

V. Назвіть найбільш поширені скарги у хворих на РМЗ:

1. Збільшення молочної залози,
2. Симптом “лимонної корки”,
3. Біль,
4. Кров'яністі виділення з соска,
5. Нудота па блювота.

VI. Захворюваність на РМЗ на Україні на 100000 населення:

1. 61,7,
2. 50,1,
3. 55,3,
4. 49,9,
5. 56,4.

VII. Найчастіше диференційна діагностика проводиться з наступними хворобами:

1. Ліпома,
2. Мастопатії,
3. Кіста,
4. Галактоцеле,
5. Піодермія.

VIII. По гістологічній структурі РМЗ переважно:

1. Скір,
2. Аденокарцинома,
3. Плоскоклітинний,
4. Фіброзний,
5. Солідний.

IX. Найбільш поширені методи лікування хворих на РМЗ:

1. Хірургічний,
2. Хірургічний разом з променевою терапією,
3. Гормонотерапія,
4. Імунотерапія,
5. Хірургічний з хіміотерапевтичним лікуванням.

X. Виживаємість хворих з III стадією РМЗ:

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

В. Ситуаційні задачі для самоконтролю.

Задача № 1 (№326).

Хворій 56 років проведена радикальна мастектомія. Заключна гістологічна відповідь: низькодиференційована інфільтруюча карцинома молочної залози 2,5 см у діаметрі, метастази у пахвові лімфовузли. План лікування.

Задача № 2 (№327).

Хворій 37 років 3 роки тому проведена передопераційна променева терапія на ліву молочну залозу, пахвову, парастернальну, надключичну ділянки. Діагноз раку був підтверджений пункційною біопсією. Через 3 тижні після опромінення проведена радикальна мастектомія, при гістологічному дослідженні злоякісна пухлина не виявлена. Заключний діагноз: рак лівої молочної залози, ст II-а, кл. гр. III. Десять днів тому в ділянці післяопераційного рубця з'явився щільний вузол розмірами 1х1 см, рухливий. Вузол висічено, гістологічним дослідженням виявлено метастаз раку молочної залози. План лікування.

Задача № 3 (№ 328).

Хвора 47 років поступила зі скаргами на наявність пухлини в правій молочній залозі. Об'єктивно: на межі внутрішніх квадрантів в органі є пухлиноподібне утворення розмірами 6х6 см, спаяне з суміжними тканинами, шкіра фіксована з пухлиною. У правій ділянці виявлений конгломерат лімфатичних вузлів розміром 4х5 см. Менструальний цикл не порушений. Попередній діагноз. План лікування.

Задача №4 (№ 329).

Хворій 57 років, 6 років тому проведене комплексне лікування з приводу раку правої молочної залози ст. II-б (T2N1MO). Зараз післяопераційний рубець гладенький, без ознак рецидиву. Скаржиться на біль в поперековій ділянці з іррадіацією в ліву нижню кінцівку. Попередній діагноз. З чим потрібно диференціювати? План лікування.

Задача №5 (№ 330).

Хвора 29 років, поступила із скаргами на наявність пухлини в правій молочній залозі. Об'єктивно: у верхньому зовнішньому квадранті є пухлина розмірами 1,5 х 1 см - рухома, з чіткими контурами, не спаяна з навколишніми тканинами. Периферичні лімфовузли не збільшені. Діагноз. План лікування.

Задача №6 (№ 331).

Хвора 22 років скаржиться на наявність ущільнень в обох молочних залозах, біль в них перед менструаціями. Вважає себе хворою з 13 років, коли почалися менструації. До лікарів не зверталась. Рік тому з'явилися вузлові утворення в обох молочних залозах. Менструальний цикл не порушений. У шлюбі не була. Статевим життям не жила. Об'єктивно: обидві молочні залози пружної консистенції, більше в зовнішніх квадрантах виявляються пухлиноподібні утворення м'якоеластичної консистенції в діаметрі до 1см. Периферичні лімфовузли не збільшені. Попередній діагноз. План лікування.

Задача №7 (№ 332).

Хвора 40 років скаржиться на біль в молочних залозах, які посилюються за тиждень до менструації. Хворіє протягом 5 років. Із перенесених захворювань відмічає запалення придатків матки. Менструальний цикл не порушений. Вагітностей - 6, абортів - 5, пологи - 1. Дитину годувала 1 місяць. Статеве життя не регулярне. Останні 8-9 років застерігається від вагітності за допомогою презервативів або переривання статевого акту. Об'єктивно: молочні залози щільноеластичної консистенції, при пальпації різка біль. Локальні пухлиноподібні утворення не виявлено. Периферичні лімфовузли не збільшені. Діагноз. План лікування.

Задача № 8 (№ 333)

Хвора 40 років поступила із скаргами на наявність пухлини в лівій молочній залозі. Об'єктивно: у вертикальному положенні виявляється пухлина розмірами 4х3 см, щільноеластичної консистенції. У горизонтальному положенні пухлина менш щільна: представляє собою погано окреслене утворення без чітких контурів. Периферичні лімфовузли не збільшені. Попередній діагноз. Додаткове обстеження. Лікування.

Задача №9 (№ 334).

Хвора 48 років звернулася до лікаря із скаргами на наявність кров'янистих виділень із сосків. Лікар не обстежив молочні залози, призначив хлористий кальцій і вікасол. Чи правильна тактика лікаря? Що потрібно зробити для уточнення діагнозу?

Задача №10 (№ 335).

Хвора 38 років, звернулася до лікаря-хірурга з приводу ущільнення в лівій молочній залозі, яку помітила 2 тижні тому. Хірург провів пункцію цього утворення. У шприц була аспірована рожевого кольору рідина, пухлина зникла. Хірург сказав хворій, що в неї кіста молочної залози і що лікування їй не потрібне. Через рік у хворої в цьому місці знову з'явилося ущільнення, яке постійно збільшувалося. Тільки через півроку хвора повторно звернулася до хірурга, який направив її до онколога. Об'єктивно: пухлина в лівій молочній залозі займає обидва верхніх квадранти, розміри її - 8 х 6 см. Пухлина щільна, спаяна із шкірою. У лівій пахвовій ділянці конгломерат лімфовузлів, окремі лімфовузли в лівій надключичній ділянці. Клінічний діагноз. За системою TNM. Що слід робити щоб уточнити діагноз? План лікування. Помилки при лікуванні хворої.