ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

1. Паспортные данные

Пол: женский.

Возраст:

Профессия и место работы: на пенсии; последнее место работы - тех. руководитель на хлебокомбинате, инвалид 2 группы.

Национальность: русская.

Место постоянного жительства: г. Екатеринбург, ул. Техническая 26-36.

Семейное положение: замужем, взрослые сын и дочь.

Поступление в клинику: 20 марта 2002 г.

Диагноз при поступлении: Бластома левой молочной железы.

Направлена онкологом ОНКОЦЕНТР.

. Жалобы

. Жалобы при поступлении в клинику.

Жалобы на увеличенные подмышечные лимфоузлы слева. Увеличение лимфоузлов не сопровождается болью или иными субъективными ощущениями.

Также предъявляются жалобы на уплотнение в области левой молочной железы. Пациентка отмечает давящие головные боли, серцебиение.

. Жалобы на день курации.

На день курации больная предъявляет те же жалобы.

3. Anamnesis morbi

рак молочный железа лечение

Со слов пациентки, в начале марта она обнаружила опухоль в левой молочной железе. Больная обратилась за консультацией к онкологу в Областной онкологический диспансер, где ей было произведено следующее обследование: маммография, ультрозвуковое исследование молочной железы,сделана цитология.На основании результатов выше перечисленных методов исследования онкологом ОНКОЦЕНТР был поставлен диагноз: Бластома левой молочной железы. С данным диагнозом больная была направлена на оперативное лечение в маммологическое отделение ОНКОЦЕНТР. До момента курации никакое лечение не проводилось.

. Anamnesis vitae

Пациентка родилась 1-м ребенком, в семье четверо детей. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Перенесенные заболевания: хронический бронхит, ОНМК (04.2001 г.), ИБС, МА (ЧСС 62-115), постоянная форма НК 2А, гипотериоз.

Операций, травм: не было.

Туберкулез, гепатит, вензаболевания отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались.

Проживает одна в благоустроенной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. В свободное время гуляет или отдыхает дома.

На пенсии с 1984 года. В последние годы перед выходом работала старшим товароведом, а затем тех. руководителем на хлебокомбинате.

Аллергические реакции отрицает. Наследственность не отягощена.

Менопауза.

. Status praesens

. Общее состояние.

Общее состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Выражение лица осмысленное. Поведение обычное. Питание нормальное. Сознание ясное. Положение активное. Рост - 160 см. Масса - 50 кг.

Телосложение по астеническому типу, пропорциональное.

Патологических изменений головы и лица нет.

Температура тела 36,6. Пульс 80-100/мин, ЧД 16/мин.

. Состояние кожных покровов.

Кожные покровы бледной окраски, чистые, несколько влажные. Волосы седые. Оволосение по женскому типу. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, распределена равномерно. Толщина кожной складки на передней поверхности живота 2 см. Консистенция упругая. Тургор мягких тканей снижен. Пастозности и отеков нет.

Ногти не изменены.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.

. Состояние лимфатических узлов.

Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подбородочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, торакальных, подмышечных, локтевых и подколенных лимфатических узлов нет. Передние шейные, подмышечные и паховые узлы при пальпации безболезненные, эластичные, подвижные, размеры - до 0,5 см. Имеется выраженное увеличение правых подмышечных лимфоузлов, заметное при осмотре. При пальпации эти узлы плотной консистенции, безболезненные, спаянные между собой, размером 2 см.

Остальные группы узлов не пальпируются.

. Костно-мышечная система.

Развитие мышц туловища и конечностей удовлетворительное во всех частях тела, кроме правых конечностей. Имеются атрофии мышц правых конечностей. У больной правосторонний гемипарез после перенесённого острого нарушения мозгового кровообращения. Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен (кроме правых конечностей). Мышечная сила умеренная (кроме правых конечностей), болезненность при пальпации отсутствует.

Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосложение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубчатых костей, позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не изменена. Припухлостей, отеков нет. Болезненности при пальпации суставов нет.

Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

. Система органов дыхания.

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 16/мин., дыхание грудное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится одинаково. При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких выслушивается ясный легочный звук.

Данные топографической перкуссии легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Высота стояния верхушек легких спереди сзади | 3 см выше ключицы ост.отр.C VII | 3 см выше ключицы ост.отр.C VII |
| Ширина полей Кренига | 5 см | 5 см |
| Нижняя граница легких: Окологрудинная линия Среднеключичная линия Передняя подмышечная линия Средняя подмышечная линия Задняя подмышечная линия Лопаточная линия Околопозвоночная линия | V ребро VI ребро VII ребро VIII ребро IX ребро X ребро ост.отр.Th XI 4 0 | -------- -------- VII ребро VIII ребро IX ребро X ребро ост.отр.Th XI |

Экскурсия края легкого по средней подмышечной линии - 6 см.

При аускультации в симметричных точках выслушивается везикулярное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыхательных шумов не обнаружено.

. Сердечно-сосудистая система.

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный. Частота пульса 80-100/мин. Стенка артерии эластичная.

Артериальное давление 110/70-85 мм.рт.ст. Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная пульсация не наблюдается.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье.

Левая - на 1 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V межреберье.

Верхняя - III ребро на 1 см левее линии Parasternalis sinistra.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - левый край грудины.

Левая - 1,5 см внутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V межреберье.

Верхняя - IV межреберье на 1 см левее линии Parasternalis sinistra.

Поперечник сосудистого пучка - 6 см во II межреберье.

Поперечник сердца - 12 см.

В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, расщеплений и раздвоений тонов нет.

. Система пищеварения.

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты нет. Стул не изменен.

Язык влажный, чистый; зев, миндалины, глотка без изменений. Слизистые чистые, розовые, влажные.

Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Асцита нет.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, спокойный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого легкого, нижняя проходит по левой реберной дуге. Размеры печени по Курлову: 10 х 9 х 8 см. Нижний край печени пальпируется на 0,5 см ниже реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер - 6 см, поперечный - 4 см.

Аускультативно перистальтические шумы обычные.

. Мочеполовые органы.

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии нет, имеются ночные мочеиспускания. Окраска мочи не изменена. Отеков нет.

Болезненности при надавливании на поясницу нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

. Эндокринная система.

Потоотделение не усилено, дрожания конечностей нет. Волосяной покров распределен равномерно. При пальпации щитовидная железа немного увеличена, безболезненная, глазные симптомы тиреотоксикоза не наблюдаются. Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

. Нервная система.

Память не нарушена. Сознание ясное. Настроение спокойное. Отношение к болезни адекватное. Отмечает нарушение сна - трудно заснуть ночью, днем - кратковременный сон. Нарушений зрения, слуха, вкуса, обоняния нет.

Зрачковые рефлексы в норме. Нистагма нет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлексы живые, кроме правых конечностей (правосторонний гемипарез), патологических рефлексов, клонусов нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена. Отмечается снижение болевой чувствительности по ходу правого локтевого нерва.

Пациентка отмечает давящие головные боли, серцебиение. Дермографизм красный, латентный период - 3-4", длительность порядка 1 мин; ограниченный, не возвышается над уровнем кожи.

. Status localis

На границе верхних квадрантов левой молочной железы имеется опухоль диаметром 1,5 см, без чётких контуров, подтягивает кожу ареолы, безболезненная. В аксиллярной области слева (в верхушечной части) лимфоузел диаметром 2 см плотный, гладкий, малосмещаемый.

. Результаты лабораторных и специальных методов исследования

Исследование мочи

Цвет соломенно-желтый

Реакция нейтральная

Удельный вес - 1013

Прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Желчные пигменты - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - 4-14 в поле зрения

Лейкоциты -2-4 в поле зрения

Заключение: в пределах нормы.

Общий анализ крови

Эритроциты - 4,5 Т/л

Гемоглобин - 128 г/л

Лейкоциты - 5,0 г/л

Эозинофилы -

Палочкоядерные -1%

Сегментоядерные - 43%

Лимфоциты - 52%

Моноциты - 4%

Цветовой показатель - 0,85%

СОЭ - 23 мм/час

Заключение: лимфоцитоз, увеличение СОЭ.

Анализ крови натощак

Сахар - 4,1 ммоль/л

Биохимический анализ крови

Мочевина - 9,7 ммоль/л

Креатинин -

Остаточный азот - 0,45%

Заключение: повышен уровень мочевины.

УЗИ

Правая молочная железа: кожа не утолщена. Структура - жировая трансформация, фиброаденоматоз. Протоки не расширены. Дополнительные структуры - в верхневнутреннем квадранте в средней трети - гипоэхогенное образование 15 х 22 мм с неровным контуром, в нижненаружном квадранте у основания гипоэхогенное образование 29 х 8 мм (липома). Лимфоузлы не увеличены. Печень без вторичных изменений. Заключение: Умеренный диффузный ФАМ, очаговое образование (бластома) и липома в левой молочной железе.

Левая молочная железа: Не утолщена. Структура - жировая трансформация, фиброаденоматоз. Протоки не расширены. Дополнительных структур нет. Лимфоузлы не увеличены.

Рекомендации: Биопсия очагового образования в левой груди.

ФЛГ

Сердце увеличено влево.

Осмотр гинеколога.

Здорова.

ЭКГ

Мерцательная аритмия с частотой желудочков 83 (средняя), от 62 до 115 в минуту. Гипертрофия левого желудочка.

. Клинический диагноз

Бластома левой молочной железы Т1N1аМ0, грудных верхних квадрантов.

. Лечение

Операция мастэктомия по Madden слева.

Лепесткообразным разрезом окаймлена правая молочная железа. Кожа широко отсепарирована в стороны, молочная железа удалена единым блоком с клетчаткой и лимфоузлами подмышечными, подключичными и подлопаточными. Гемостаз по ходу операции. Два вакуумных дренажа, швы на кожу. Повязка.

Препарат: Инфильтративная опухоль диаметром 1,5 см. В клетчатке плотные лимфоузлы диаметром 0,5 - 1 см.

Оперировал Демидов С.М., ассистировал Шипицин В.М., операционная сестра Ковязина, анестезиолог Солдатова.

Назначения: холод на повязку, анальгин 50% - 2,0 в/м при болях, контроль артериального давления и дренажей через 3-4 часа.

Вставать на вторые сутки после операции.

Режим свободный. Стол № 15.

Электрокардиограмма на месте.

Эластическое бинтование нижних конечностей.

. Дневник курации

.05.2002 г.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Жалобы прежние. Увеличенные лимфоузлы не беспокоят. Пульс - 80-90/мин, частота дыхания - 16/мин, АД - 110/75 мм.рт.ст., температура 36,6. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Больная готовится к операции: Мастэктомии по Madden слева.localis: На границе верхних квадрантов левой молочной железы имеется опухоль диаметром 1,5 см, без чётких контуров, подтягивает кожу ареолы, безболезненная. В аксиллярной области слева (в верхушечной части) лимфоузел диаметром 2 см плотный, гладкий, малосмещаемый.

.05.2002 г.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное. Жалобы на слабость, недомогание. Пульс - 80-90/мин, частота дыхания - 16/мин, АД - 120/80 мм.рт.ст., температура 36,6. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Status localis: По дренажам 70 мл лимфы и сукровицы. Шов спокойный. Смена повязки.

. Эпикриз

Шимякина Зоя Филиповна 68 лет, находится на стационарном лечении в отделении маммологии ОНКОЦЕНТР с диагнозом: Бластома левой молочной железы Т1N1аМ0, грудных верхних квадрантов.

Больная поступила с жалобами на увеличенные подмышечные лимфоузлы слева. Увеличение лимфоузлов не сопровождается болью или иными субъективными ощущениями. Также предъявляются жалобы на уплотнение в области левой молочной железы. Пациентка отмечает давящие головные боли, серцебиение.

При объективном обследовании обнаружено выраженное увеличение подмышечных лимфатических узлов слева диаметром 2 см, плотной консистенции, гладких, малосмещаемых. На границе верхних квадрантов левой молочной железы опухоль диаметром 1,5 см без четких контуров, подтягивает кожу ареолы, безболезненная. Другие группы лимфоузлов не увеличены.

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (заключение: лимфоцитоз, увеличение СОЭ), общий анализ мочи (заключение: норма), биохимический анализ крови (заключение: увеличение уровня мочевины), ФЛГ, УЗИ молочных желёз, ЭКГ.

Проведена операция мастэктомия по Madden слева.

Назначения: холод на повязку, анальгин 50% - 2,0 в/м при болях, контроль артериального давления и дренажей через 3-4 часа.

Вставать на вторые сутки после операции.

Режим свободный. Стол № 15.

Электрокардиограмма на месте.

Эластическое бинтование нижних конечностей.

Прогноз для жизни, восстановления здоровья благоприятный при условии регулярного наблюдения у онколога.

Обследование молочной железы.

1. Осмотр в вертикальном положении (сначала с опущенными, а затем с поднятыми руками). Оценивают контуры, величину, симметричность, состояние кожных покровов. Выявляют смещение, асимметрию, деформацию, изменение уровня расположения соска, сморщивания кожи, отечность или гиперемию, выделения из соска.
2. Пальпация: пальпируют подмышечные, над- и подключичные лимфатические узлы. Пальпаторно определяют консистенцию железы, однородность ее структуры.
3. Самообследование (осмотр и пальпация) молочных желез проводят 1 раз в месяц после менструации (рекомендации ВОЗ).

* осмотр проводят перед зеркалом с опущенными, а затем с поднятыми кверху руками. Обращают внимание на: состояние кожи (втяжение или выбухание участка), состояния соска (втяжение соска или укорочение радиуса ареолы); формы и размер молочных желез; наличие или отсутствие выделений из соска или патологических изменений на соске (корочки).
* Пальпация:
* пальпацию проводят лежа на спине с небольшим валиком, подложенным под лопатку обследуемой стороны, чтобы грудная клетка была слегка приподнята;
* ощупывают каждую молочную железу противоположной рукой в трех положениях: рука на обследуемой стороне отведена вверх за голову, отведена в сторону, лежит вдоль тела;
* пальцами противоположной руки ощупывают наружную половину молочной железы (начиная от соска и продвигаясь кнаружи и вверх). Затем пальпируют все участки внутренней половины молочной железы (начиная от соска и продвигаясь к грудине). Определяют, нет ли узлов, уплотнений или изменений в структуре ткани молочной железы или в толще кожи.
* Пальпируют подмышечные и надключичные области. При умеренном сдавлении пальцами ареолы и соска проверяют, нет ли выделений.

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

Эпидемиология.

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

Факторы риска.

Если принять риск возникновения рака молочной железы за 1, то различные факторы будут увеличивать вероятность возникновения рака молочной железы следующим образом.

|  |  |
| --- | --- |
| Фактор риска | Возрастание вероятности возникновения |
| Семейный анамнез: РМЖ у прямых родственников | 1.2 - 3.0 |
| - РМЖ в пременопаузе | 3.1 |
| - РМЖ в пременопаузе, билатеральный | 8.5 - 9.0 |
| - РМЖ в постменопаузе | 1.5 |
| - РМЖ в постменопаузе, билатеральный | 4.0 - 5.4 |
| Менструации: |  |
| - Менархе раньше 12 лет | 1.3 |
| - Менопауза позже 55 лет, более 40 лет менструаций | 1.5 - 2.0 |
| Беременность |  |
| - Первый ребенок после 35 лет | 2.0 - 3.0 |
| - Нет детей | 3.0 |
| Другие опухоли |  |
| - Контрлатеральный РМЖ | 5.0 |
| - Рак большой слюнной железы | 4.0 |
| - Рак матки | 2.0 |
| Доброкачественные заболевания молочной железы |  |
| - Атипичная лобулярная гиперплазия | 4.0 |
| - Лобулярная карцинома | 7.2 |
| Предыдущая биопсия | 1.86-2.13 |

Этиология.

1. Влияние низкодозной радиации у пациентов в постпубертатном периоде и до менархе:

* при лечении воспалительных заболеваний молочной железы лучевыми методами
* повторные флюорографии при лечении туберкулеза
* лица, находившиеся в зоне ядерного взрыва

1. Эстрогенная стимуляция увеличивает риск заболевания. В настоящее время считается, что оральные контрацептивы не увеличивают риск возникновения рака молочной железы

Диагностика рака молочной железы.

1. Самообследование. К сожалению, самообследование, физикальный осмотр и маммография не дают 100% распознавание злокачественной опухоли молочной железы. Чувствительность данного метода составляет примерно 20-30%. Чувствительность метода может быть увеличена с помощью обучения. Однако этот метод является наиболее дешевым в диагностике рака молочной железы.
2. Аспирационная игольная биопсия. С помощью этого исследования получают материал для цитологического исследования. Широко используется для установления доброкачественных и злокачественных заболеваний.
3. Открытая биопсия. Наиболее частая процедура в диагностике РМЖ. Выполняется по местной анестезией.
4. Маммография (см. выше).

Симптомы РМЖ:

1. Пальпируемое образование, единичное или множественное, плотное, иногда с втяжением кожи в виде "лимонной корочки".
2. Боли в области молочной железы.
3. Увеличенные плотные подмышечные лимфатические узлы: среди женщин с увеличением подмышечных узлов у 1/3 - 1/2 находят рак молочной железы. Исключают болезнь Ходжкина, рак легкого, яичников, поджелудочной железы и плоскоклеточную карциному кожи. Показана слепая мастэктомия (удаление молочной железы без предварительного цитологического исследования).
4. Ранняя диагностика: самообследование и маммография.

* всем женщинам в возрасте от 35 до 40 лет рекомендовано проведение маммографии. При наличии факторов риска женщины в возрасте 40-50 лет должны проходить маммографию ежегодно или один раз в два годы, а возрасте старше 50 лет - ежегодно.
* Женщинам, относящимся к группам риска, рекомендована ежегодная маммография, начиная с максимально раннего возраста.

1. УЗИ молочной железы проводят для определения солидного или кистозного характера образования (пальпируемого или непальпируемого).
2. Аспирационная биопсия с последующим цитологическим исследованием аспирата подтверждает диагноз.
3. Эксцизионная биопсия - метод выбора в диагностике заболеваний молочной железы. Проведение биопсии не всегда возможно при глубоко расположенных образованиях.

* в биоптате определяют эстрогенные и прогестероновые рецепторы. Рецептор-позитивные опухоли чаще поддаются гормональной терапии и имеют лучший прогноз.
* Цитометрия в протоке проводится для определения диплоидности (ДНК-индекс равен 1.00) или анеуплоидности (ДНК-индекс не равен 1.00) и фракции клеток в S-фазе митоза. Анеуплоидные опухоли с высокой фракцией S-фазы имеют худший прогноз.

Классификация РМЖ (4-й пересмотр).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тis | | In situ |
| T1 | | Опухоль меньше и равна 2 см в наибольшем измерении |
| Т1а | | <=0.5 cm |
| T1b | | >0.5 to 1 cm |
| T1c | | >1 to 2 cm |
| T2 | | >2 to 5 cm |
| T3 | | >5 cm |
| T4 | | Поражение кожи/ переход на грудную стенку |
| Т4а | | Поражение грудной клетки |
| Т4в | | Отек кожи, изъязвление, кожные узлы |
| Т4с | | а+в |
| N1 | | Подвижные увеличенные аксиллярные узлы |
| N1а | | Микрометастазы (до 0. 2 см) |
| N1в | | Большие метастазы |
|  | i | 1-3 узла /от 0.2 до 2 см. |
|  | ii | Более 4 узлов/ от 0.2 до 2 см |
|  | iii | С прорастанием капсулы узла / более 2 см |
|  | iv | Более 2 см |
| N2 |  | Фиксированные аксиллярные узлы |
| N3 |  | Внутренние аксиллярные узлы |
| М1 |  | Отдаленные метастазы, включая надключичные лимфоузлы |

Группировка по стадиям.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стадия | Т | N | М |
| 0 | In situ | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 0 | 0 |
| 1a | 0 | 1 | 0 |
|  | 1 | 1 | 0 |
|  | 2 | 0 | 0 |
| 2в | 2 | 1 | 0 |
|  | 3 | 0 | 0 |
| 3а | 0 | 2 | 0 |
|  | 1 | 2 | 0 |
|  | 2 | 2 | 0 |
|  | 3 | 1, 2 | 0 |
| 3b | 4 | Любая | 0 |
|  | Любая | 3 | 0 |
| 4 | Любая | Любая | 1 |

Формы рака молочной железы.

1. Папиллярный рак (1% всех случаев РМЖ) - внутрипротоковое неинвазивное новообразование низкой степени злокачественности.
2. Медуллярный рак (5-10%) - чаще большая объемная опухоль со слабой способностью к инвазивному росту, окруженная лимфоцитарным валом. Прогноз (по сравнению с инфильтрирующим протоковым раком) более благоприятный.
3. Воспалительный рак (маститоподобный, 5-10%) распространяется по лимфатическим сосудам кожи, что сопровождается ее покраснением, уплотнением и рожеподобным воспалением, повышением температуры тела.
4. Инфильтрирующий протоковый скиррозный рак (70%) характеризует образование гнезд и тяжей опухолей клеток, окруженных плотной коллагеновой стромой.
5. Болезнь Педжета (рак соска и ареолы молочной железы) - разновидность рака молочной железы; характерно экземоподобное поражение соска. В глубоких слоях эпидермиса выявляют происходящие из эпителия апокриновых желез крупные клетки со светлой цитоплазмой. Существенное значение имеет цитологическое исследование мазка, взятого с изъязвленной поверхности.

По состоянию эстрогеновых рецепторов.

1. Эрц-позитивные опухоли чаще встречают в постменопаузе. Около 60-70% первичных раков молочной железы характеризует наличие Эрц.
2. Эрц-негативные опухоли чаще встречают у больных в пременопаузе. У одной трети больных с Эрц-негативными первичными РМЖ в последующем наблюдают развитие рецидивных Эрц-позитивных опухолей.

Лечение.

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

Хирургическое лечение.

Предоперационная подготовка.

1. определение критериев неоперабельности по Хаагенсу:

* обширный отек молочной железы
* наличие узлов-саттелитов
* воспалительная карцинома лимфатических сосудов и лимфатических узлов молочной железы; связок, поддерживающих молочную железу.
* метастазы в надключичные лимфатические узлы;
* отек верхней конечности;
* отдаленные метастазы.

1. Инструментальное исследование наличия отдаленных метастазов:

* сканирование костей;
* печеночные функциональные тесты;
* рентгенография грудной клетки.
* КТ грудной клетки выполняют для обследования надключичной области и средостения;
* Радиоизотопное или КТ-сканирование мозга показано при наличии неврологической симптоматики.
* КТ брюшной полости проводят для исключения поражения надпочечников, яичников, печени.

Хирургическое лечение.

В большинстве случаев применяется модифицированная радикальная мастэктомия. Операции с сохранением молочной железы позволяют правильно оценить распространенность опухолевого процесса и улучшают косметический результат: однако, возможность сохранения железы имеется не у всех больных.

Операция может быть радикальной или паллиативной.

1. Удаление всей пораженной молочной железы необходимо по причине многофокусности заболевания. Примерно у 30-35% пациенток находят предраковые или раковые поражения в участках, соседних с пораженным первичной опухолью.
2. Удаление подмышечных лимфатических узлов необходимо для определения поражения узлов и стадии заболевания.

Виды операций:

1. Лампэктомия (секторальная резекция), лимфаденэктомия подмышечных лимфатических узлов (1 и 2 -го уровня) и послеоперационное облучение применяются при небольших опухолях (менее 4 см) и при интрадуктальных карциномах.
2. Простая мастэктомия (операция Мадена) включает удаление молочной железы с околососковым пространством совместно с удалением лимфатических узлов 1-го уровня.
3. Модифицированная радикальная мастэктомия (операция Пэтти). Удаляют кожу вокруг железы, молочную железу, малую грудной мышцы, жировую клетчатку с лимфатическими узлами подмышечной, подключичной и подлопаточной областей. Уровень выживаемости и частота рецидивов при этой операции сравнимы с такими же при радикальной мастэктомии (операция Холстеда). Косметический дефект меньший, чем после мастэктомии по Холстеду. Реконструктивная операция - субпекторальное протезирование.
4. Радикальная мастэктомия по Холстеду. Вместе со всеми тканями, указанными выше, удаляют и большую грудную мышцу.
5. Обширная радикальная мастэктомия включает удаление лимфатических узлов средостения. Операция показана при больших или медиально расположенных опухолях с наличием внутригрудных (парастернальных) метастазов. Высокий риск интраоперационной летальности.
6. Операции по реконструкции молочной железы выполняют одновременно с мастэктомией либо вторым этапом после полного заживления первичной операционной раны.

Лучевая терапия.

1. Предоперационная. Больные РМЖ после установления диагноза получают курс предоперационной лучевой терапии на молочную железу и зоны регионарного метастазирования.
2. Послеоперационная. Больные, перенесшие удаление опухоли и подмышечных лимфоузлов и не прошедшие курс предоперационной лучевой терапии, должны получать заключительную лучевую терапию на область молочной железы и лимфатических узлов (при обнаружении в них метастазов).
3. Облигатная послеоперационная. Больные РМЖ должны получать послеоперационное облучение при наличии любого из ниже перечисленных факторов риска:

* размер первичной опухоли более 5 см
* метастазирование более чем в 4 подмышечных лимфоузла
* опухоль достигает резекционной линии, проникает в грудную фасцию и/или мышцу, либо распространяется из лимфатических узлов в подмышечную жировую клетчатку.

1. Больные с высоким риском отдаленного метастазирования могут получать лучевую терапию до завершения адъювантной химиотерапии либо ее можно проводить совместно с облучением. Послеоперационное облучение подмышечной впадины повышает риск отека верхней конечности.

Адъювантная химиотерапия.

Замедляет или предупреждает рецидив, улучшает выживаемость больных с метастазами в подмышечные лимфоузлы, а также у части больных без подмышечных метастазов.

* химиотерапия наиболее эффективна у пациенток в пременопаузе с метастазами в подмышечные лимфоузлы (наблюдают снижение 5-летней летальности на 30%).
* Комбинированная химиотерапия предпочтительней монотерапии, особенно в группе больных с метастатическим раком молочной железы. Прием препаратов шестью курсами в течение шести месяцев - оптимальный по эффективности и по длительности метод лечения.

Схемы введения препаратов.

1. Метотрексат, циклофосфамид, 5-фторурацил.
2. Больные с высоким риском развития рецидива могут получать циклофосфамид, доксорубицин и 5-фторурацил. Эффект терапии больных с метастатическим раком молочной железы составляет 65-80%.
3. Альтернативные схемы для больных с метастазирующим раком включают доксорубицин, тиоТЭФ и винбластин; высокие дозы циспластина; митомицин; внутривенные инфузии винбластина или 5-ФУ; циклофосфамид, метотрексат и 5 фторурацил; таксол.

Адъювантная гормональная терапия.

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

Антагонист эстрогенов тамоксифен задерживает наступление рецидивов, улучшает выживаемость и предпочтительнее для больных в постменопаузе с Эрц-позитивной опухолью. Эффективность тамоксифена более выражена у больных с Эрц-позитивными опухолями. Препарат неэффективен либо оказывает слабое воздействие на ЭРЦ-негативные опухоли.

Гормональное лечение метастазирующего РМЖ.

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

Прогноз.

1. Гистологический тип опухоли:

* неметастазирующие карциномы неинвазивны и составляют 5% всех карцином. Уровень 5-летней выживаемости - 95%.
* Внутрипротоковоая папиллярная карцинома in situ не метастазирует, но может переродиться в дуктальную карциному в 50% случаев в течение 5 лет. Лечечение такое же, как при дуктальной карциноме.
* Неинвазивная долевая карцинома (карцинома in situ) имеет 15-30% риск развития аденокарциномы в течение 20 лет. В процесс вовлекаются контралатеральная молочная железа. Приемлемое лечение - профилактическая двусторонняя мастэктомия или длительное динамическое наблюдение, так как долевая неоплазия в 50% случаев носит двусторонний характер.
* Болезнь Педжета молочной железы - карцинома, поражающая сосок, происходит из подлежащих протоков. Клетки Педжета инфильтрируют эпидермис соска, вызывая экзематозный дерматит. Лечение то же, что и для инвазивной карциномы.
* Метастазирующие карциномы:
* Слабометастазирующие карциномы составляют 15% всех случаев. Уровень 5-летней выживаемости - 80%. Виды:
* Коллоидная карцинома с преобладанием продуцирующих муцин клеток.
* Медуллярная карцинома представлена лимфоцитарной инфильтрацией с четкими краями, скудной фиброзной стромой;
* Хорошо дифференцированная аденокарцинома (1 степень).
* Тубулярная карцинома с редким метастазированием в лимфатические узлы
* Комедокарцинома.
* Умереннометастазирующие карциномы высоко инвазивны, рано метастазируют в региональные лимфоузлы,составляют 65% всех карцином. Уровень 5-летней выживаемости - 60%. Виды:
* Инфильтративная аденокарцинома дуктального происхождения, наиболее часто встречающаяся среди всех карцином;
* Внутрипротоковая карцинома с прорастанием в строму;
* Инфильтративная долевая карцинома, характеризующаяся мелкоклеточной инфильтрацией долек.
* Быстрометастазирующие карциномы составляют около 15% всех карцином. Характеризуются прорастанием в сосуды, быстрым недифференцированным клеточным ростом в межпротоковое пространство. Уровень 5-летней выживаемости - 55% (3 степень или анеуплоидные опухоли).

1. Размер первичной опухоли, как и размеры, количество и локализация пораженных лимфоузлов влияют на прогноз:

* при опухоли менее 1 см уровень 10-летней выживаемости - 80%.
* При опухоли размером 3-4 см в диаметре уровень 10 летней выживаемости - 55%.
* При опухоли 5-7.5 см уровень 10-летней выживаемости - 45%.

Размеры и структура лимфатических узлов, пораженных метастазами:

* при отсутствии пальпируемых лимфоузлов уровень 10-летней выживаемости - 60%.
* При наличии пальпируемых подвижных лимфоузлов - 50%.
* При спаянных лимфоузлах - 20%.

Количество лимфоузлов, пораженных метастазами, при клиническом обследовании может быть определено ошибочно. В 25% случаев непальпируемых лимфоузлов микроскопически обнаруживают опухолевые клетки. У 25% больных с пальпируемыми лимфатическими узлами при патологоанатомическом исследовании содержимого акссилярной области не обнаруживают опухолевых клеток.

* у больных с непораженными лимфоузлами 10-летняя выживаемость 65%.
* При 1-3 пораженных лимфоузлах - 38%.
* При более 4 пораженных узлах - до 13%.

Локализация метастатически пораженных лимфатических узлов.

* подмышечные лимфоузлы первого уровня находятся межу малой грудной мышцей и широчайшей мышцы спины. 5-летняя выживаемость - 65%.
* Подмышечные лимфоузлы 2-го уровня располагаются кзади от места прикрепления малой грудной мышцы. 5-летняя выживаемость - 45%.
* Подмышечные лимфоузлы 3-го уровня располагаются медиально к верхнему краю малой грудной мышцы. 5-летняя выживаемость при поражении - 28%.

Состояния, которые приводят к снижению выживаемости:

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

Лечение: подтвержденные гистологически рецидивы лечат химио- и гормональными препаратами.

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