

Рак молочной железы.Профилактика.Диагностика.Лечение.

Определение

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

Этиология и патогенез

У 3-10% больных РМЖ развитие заболевания связано с наличием мутаций в генах BRCA1, BRCA2, CHEK, NBS1, tP53. У остальных пациентов РМЖ имеет спорадический характер. В качестве факторов риска развития данной патологии рассматриваются раннее менархе, поздняя менопауза, отсутствие родов, наличие аборт, курение, алкоголь, наличие сахарного диабета, ожирение или повышенный индекс массы тела, низкая физическая активность

Диагностика

Жалобы и анамнез

Рекомендуется сбор жалоб и анамнеза у пациента с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения

Комментарии: У 3-10 % больных РМЖ развитие заболевания имеет наследственный характер и может быть связано с наличием мутаций в генах BRCA1, BRCA2, CHECK, NBS1, tP53.

Физикальное обследование

Рекомендуется физикальный осмотр, включающий пальпацию молочных желез и зон регионарного метастазирования (подмышечных, над-, подключичных).

Комментарии: При осмотре необходимо обратить внимание на симметрию молочных желез, состояние сосково-ареолярного комплекса, наличие отека кожи, других кожных симптомов. При пальпации необходимо обратить внимание на наличие узловых образований, уплотнений, определить их подвижность, наличие инфильтрации окружающих тканей, размер и консистенцию лимфоузлов.

Инструментальная диагностика

1) Рекомендуется выполнить билатеральную маммографию + УЗИ молочных желез и регионарных зон

2) Рекомендуется выполнить МРТ молочных желез при наличии показаний

- возраст до 30 лет,

-наличие мутаций в генах BRCA1, BRCA2, CHECK, NBS1, tP53,

- высокая рентгенологическая плотность молочных желез,

- наличие имплантатов молочных желез при невозможности выполнения качественного маммографического исследования,

-наличие долькового рака in situ

3) Рекомендуется выполнить УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза для исключения отдаленного метастазирования. В случае, если результаты УЗИ органов брюшной полости неоднозначны или малоинформативны, рекомендуется выполнить КТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием.

4) Рекомендуется выполнить рентгенографию грудной клетки в двух проекциях либо КТ органов грудной клетки для исключения отдаленного метастазирования. КТ органов грудной клетки является стандартом уточняющей диагностики при РМЖ в большинстве развитых стран для исключения метастазов в легкие, лимфоузлы средостения. На практике данное исследование может быть отчасти заменено рентгенологическим исследованием у пациентов с небольшой местной распространенностью опухолевого процесса.

5) Рекомендуется выполнить остеосцинтиграфию при подозрении на метастатическое поражение костей скелета

При операбельном РМЖ скintiграфия скелета выполняется в случае наличия болей в костях либо повышенном уровне ЩФ. При местно-распространенном и метастатическом РМЖ показано выполнение данного исследования всем больным

6) Рекомендуется выполнить биопсию очагов в органах и тканях под контролем УЗИ/КТ при подозрении на метастазы в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения

7) Рекомендуется выполнить ПЭТ-КТ при подозрении на метастазы по данным КТ или МРТ в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения

8) Рекомендуется выполнить МРТ или КТ головного мозга с в/в контрастированием при подозрении на метастатическое поражение головного мозга

9) Рекомендуется выполнить ЭКГ для исключения патологии сердечной деятельности

10) Рекомендуется при подготовке к хирургическому лечению с целью оценки функционального статуса по показаниям проводить дополнительное обследование:

- эхокардиографию,
- холтеровское мониторирование сердечной деятельности,
- исследование функции внешнего дыхания,
- УЗДГ сосудов шеи и нижних конечностей,
- консультации врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-невропатолога и других врачей-специалистов в зависимости от сопутствующей патологии.

Лечение

Общие принципы лечения

Рекомендуется составлять план лечения на консилиуме с участием хирурга, химиотерапевта и радиотерапевта. При необходимости возможно привлечение морфолога, рентгенолога, анестезиолога и врачей прочих специальностей.

Клинические группы РМЖ:

- первично операбельный (резектабельный) РМЖ (0, I, IIA, IIB, IIIA (T3N1M0) стадии),
- местно-распространенный (первично не операбельный/не резектабельный) РМЖ (IIIA (кроме T3N1M0), IIIB, IIIC стадии),

– метастатический РМЖ или рецидив болезни

В зависимости от клинической группы РМЖ существуют схемы лечения РМЖ которые включают в себя хирургическое лечение и лучевую терапию.

Так же используются адъювантная терапия .

Общие принципы адъювантной лекарственной терапии.

Адъювантная лекарственная терапия проводится в дополнение к локальным (хирургическому и лучевому) методам лечения и позволяет снизить риск рецидива болезни и смерти. При планировании адъювантной лекарственной терапии необходимо оценить прогноз, ожидаемую пользу адъювантного лечения, возможные побочные эффекты и сопутствующую патологию, а также учесть предпочтения больной. Возраст сам по себе не является ограничением для лекарственной терапии при отсутствии сопутствующей патологии. При опухолях небольших размеров (<0,5 см) в сочетании с N0, являющихся прогностически благоприятными, адъювантная лекарственная терапия обладает минимальной эффективностью. Назначение адъювантной гормонотерапии (при гормонозависимых опухолях) в такой ситуации имеет целью профилактику вторых (контралатеральных) гормонозависимых опухолей.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Основной целью наблюдения является максимально раннее выявление местных рецидивов и рака контралатеральной молочной железы, так как это обеспечивает возможность радикального лечения.

1)Рекомендуется после окончания лечения проводить осмотр от 1 до 4 раз в год (в зависимости от конкретной клинической ситуации) в течение первых 5 лет, далее – ежегодно.

2)Рекомендуется ежегодно выполнять двухстороннюю (в случае органосохраняющей операции) или контралатеральную маммографию в сочетании с УЗИ регионарных зон и области послеоперационного рубца.

3)При отсутствии жалоб и симптомов, подозрительных в отношении прогрессирования болезни, рутинное лабораторное и инструментальное обследование (R-графическое, УЗИ, радиоизотопное, в т.ч. КТ, МРТ, ПЭТ-КТ) не рекомендуется.

4)Рекомендуется ежегодно проводить осмотр врачом-гинекологом женщин с не удаленной маткой, получающих адъювантно тамоксифен*

Комментарии: Любые патологические состояния, подозрительные в отношении рака эндометрия, требуют своевременной диагностики. Рутинное выполнение УЗИ и биопсии эндометрия (диагностическое выскабливание) в отсутствие жалоб не рекомендуется

5)Рекомендуется обращать особое внимание на отдаленные нежелательные эффекты, в частности остеопороз, особенно у женщин, длительно получающих ингибиторы ароматазы, а также достигших ранней менопаузы в результате противоопухолевой терапии. Этой категории пациенток рекомендовано ежегодное выполнение денситометрии и профилактическое назначение препаратов кальция (1200-1500 мг/сут.) и витамина D (400-800 МЕ/сут.), а также остеомодифицирующих препаратов (бисфосфонаты, деносумаб**) по показаниям.

6)Рекомендуется информировать пациенток о пользе здорового образа жизни, включающего рациональную диету, достижение и поддержание идеальной массы тела, ведение активного образа жизни

Заведующая ж\к Великорецкая О.А.