

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Выполнила студентка
лечебного факультета
518 группы
Мальцева О.Н.

- Рак молочной железы — онкологическое заболевание злокачественной природы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Занимает первое место среди опухолевых новообразований женской репродуктивной системы.
- Прирост заболеваемости РМЖ за последние 10 лет составил 29,5%, у женщин репродуктивного возраста — 25,2%
- Благодаря выявлению ранних стадий рака и своевременному лечению отмечаются положительные тенденции в снижении одногодичной летальности за 10 лет: с 11,5% до 7,3%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

T — первичная опухоль.

- ✧ T_x—недостаточно данных для оценки опухоли.
- ✧ T_{is} (DCIS) протоковый рак in situ.
- ✧ T_{is} (LCIS) дольковый рак in situ.
- ✧ T_{is} (Paget) — рак Педжета (соска) без признаков опухоли (при наличии опухоли оценку проводят по ее размеру).
- ✧ T_{1mic} (микроинвазия)—0,1 см в наибольшем измерении.
- ✧ T_{1a} — опухоль от 0,1 см до 0,5 см в наибольшем измерении.
- ✧ T_{1b} — опухоль от 0,5 см до 1 см в наибольшем измерении.
- ✧ T_{1c} — опухоль от 1 см до 2 см в наибольшем измерении.
- ✧ T₂ — опухоль от 2 см до 5 см в наибольшем размере.
- ✧ T₃ — опухоль более 5 см в наибольшем размере.
- ✧ T₄ — опухоль любого размера с прямым прорастанием на грудную стенку¹ или кожу. Патологоанатомическая классификация:
 - – T_{4a} — прорастание грудной стенки;
 - – T_{4b}— отек (включая «лимонную корочку») или изъязвление кожи молочной железы либо сателлиты в коже железы;
 - – T_{4c}—признаки, перечисленные в пп.4a и 4b;
 - – T_{4d}—воспалительный(отечный)рак

КЛАССИФИКАЦИЯ

N — регионарные лимфатические узлы.

- ✧ Nx — недостаточно данных для оценки поражения регионарных лимфатических узлов.
- ✧ N0 — нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.
- ✧ N1 — метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах (на стороне поражения).
- ✧ N2 — метастазы в подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения, спаянные между собой или фиксированные, либо клинически определяемые метастазы во внутригрудные лимфатические узлы при отсутствии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов.
 - – N2a— метастазы в подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения, спаянные между собой или фиксированные.
 - – N2b— клинически определяемые метастазы во внутригрудных лимфатических узлах при отсутствии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов.
- ✧ N3 — метастазы в подключичных лимфатических узлах на стороне поражения, либо клинически определяемые метастазы во внутригрудных лимфатических узлах при наличии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов, либо метастазы в надключичные лимфатические узлы на стороне поражения (независимо от состояния подмышечных и внутригрудных лимфатических узлов).
 - – N3a— метастазы в подключичных лимфатических узлах на стороне поражения.
 - – N3b— метастазы во внутригрудных лимфатических узлах при наличии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов.
 - – N3c— метастазы в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения.

КЛАССИФИКАЦИЯ

M — отдаленные метастазы.

- ✧ Mx—недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.
- ✧ M0—нет признаков отдаленных метастазов.
- ✧ M1—имеются отдаленные метастазы.

ГРУППИРОВКА ПО СТАДИЯМ

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

КЛИНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ:

1. Операбельный РМЖ (0, I, II A, II B, III A стадии);
2. Местнораспространенный (первично-неоперабельный) РМЖ (III B, III C стадии);
3. Метастатический РМЖ или рецидив болезни.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РМЖ (ВОЗ, 2003).

I. Неинвазивный РМЖ.

- 1. Протоковый рак *in situ* (внутрипротоковый рак).
- 2. Дольковый рак *in situ*.

II. Инвазивный РМЖ.

- 1. Микроинвазивная карцинома.
- 2. Инвазивная карцинома, не уточненная.
- 3. Инвазивная дольковая карцинома.
- 4. Тубулярная карцинома.
- 5. Инвазивная крибриформная карцинома.
- 6. Медулярная карцинома.
- 7. Муцинозная карцинома и другие опухоли с обильным муцинозом.
- 8. Нейроэндокринный рак.
- 9. Инвазивная папиллярная карцинома.
- 10. Инвазивная микропапиллярная карцинома.
- 11. Апокриновая карцинома.
- 12. Метапластическая карцинома.
- 13. Другие редкие виды карцином.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Рак молочной железы является полиэтиологичным заболеванием, в большинстве случаев РМЖ является гормонозависимым заболеванием, обусловленным дисбалансом в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе. Среди всех органов репродуктивной системы, подверженных риску гормонально-зависимых гиперпластических процессов, молочные железы страдают наиболее часто, первыми сигнализируя о расстройствах нейрогуморального гомеостаза.

ФАКТОРЫ РИСКА

- 1. Возраст
- 2. Отягощенный семейный анамнез
- 3. Генетическая предрасположенность
- 4. Нарушения в репродуктивной системе.
 - ✧ Раннее начало месячных (<12 лет) и поздняя менопауза (>55 лет)
 - ✧ Отсутствие родов и поздний возраст первых родов (>30 лет)
 - ✧ Отсутствие или короткий период грудного вскармливания.
 - ✧ Менопаузальная гормонотерапия
- 5. Дисгормональные доброкачественные заболевания молочных желез
- 6. Повышенная маммографическая плотность
- 7. Ионизирующее излучение
- 8. Ожирение
- 9. Погрешности в питании
- 10. Чрезмерное употребление алкоголя
- 11. Наличие злокачественных новообразований в анамнезе.

- РМЖ характеризуется чрезвычайной вариабельностью клинического течения: от агрессивного до относительно доброкачественного, индолентного.
- Период времени от гипотетической «первой» раковой клетки до смерти больной после достижения опухолью «критической» массы получил название «естественной истории» роста РМЖ.
- Принципиальная возможность метастазирования появляется уже с началом ангиогенеза в опухоли, когда количество опухолевых клеток превышает 10^3 , а диаметр опухоли составляет не более 0,5мм.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (УЗЛОВОЙ РАК)

- Встречается наиболее часто, представляя собой круглое, плотное новообразование с мелко- и крупнобугристой поверхностью, без четких контуров, ограниченно подвижное. При локализации опухоли в глубоких отделах молочной железы, а также в далеко зашедшей стадии заболевания наблюдается фиксация узла к грудной стенке. Чаще всего опухолевый узел определяется в верхненаружном квадранте молочной железы. В случае центрального расположения опухоли при малых ее размерах отмечается отклонение соска в сторону или его фиксация.

**Узловатые формы
РМЖ**

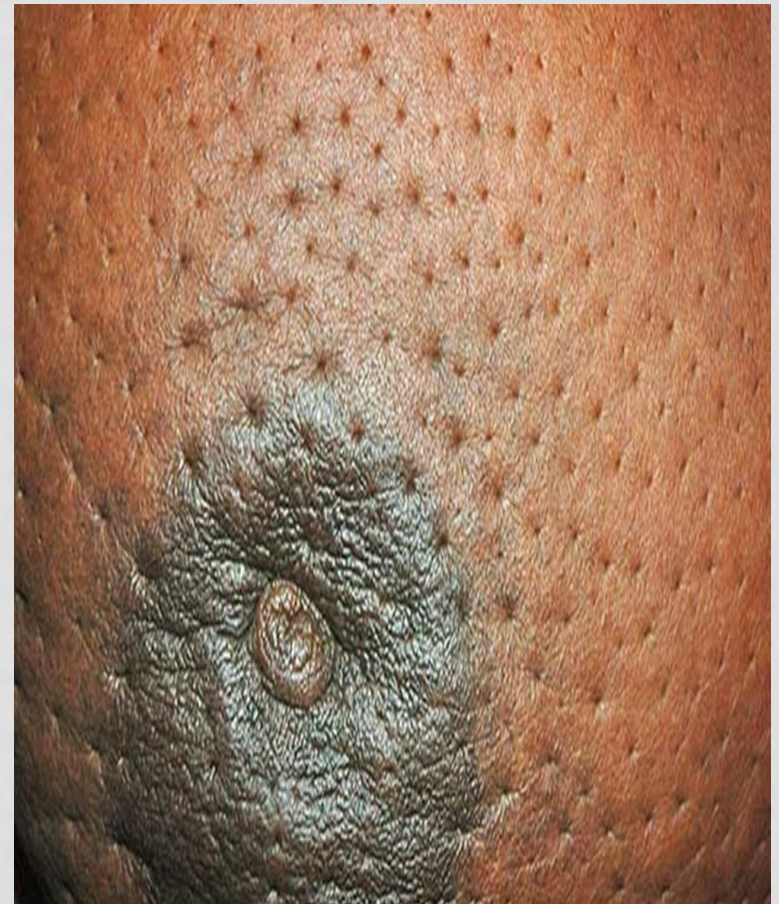


**РМЖ:УЗЛОВАЯ ФОРМА С
ПРОРОСТАНИЕМ КОЖИ**



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (УЗЛОВОЙ РАК)

- Над опухолевым узлом могут выявляться пастозность кожи на ограниченном участке, симптом «апельсиновой корки», которые возникают или вследствие эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов, или за счет вторичного лимфостаза вследствие метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (УЗЛОВОЙ РАК)

Могут также встречаться кожные проявления:

- ✓ симптом умбиликации (втяжения),
- ✓ симптом Прибрама (при потягивании за сосок опухоль смещается за ним),
- ✓ симптом Кенига (при прижатии открытой ладонью опухоль не исчезает),
- ✓ симптом Пайра (кожа над опухолью между пальцами собирается не в продольную, а поперечную складку),
- ✓ симптом Краузе — утолщение кожи ареолы вследствие поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения подареолярной зоны.

СИМПТОМ УМБИЛИКАЦИИ (ВТЯЖЕНИЯ)



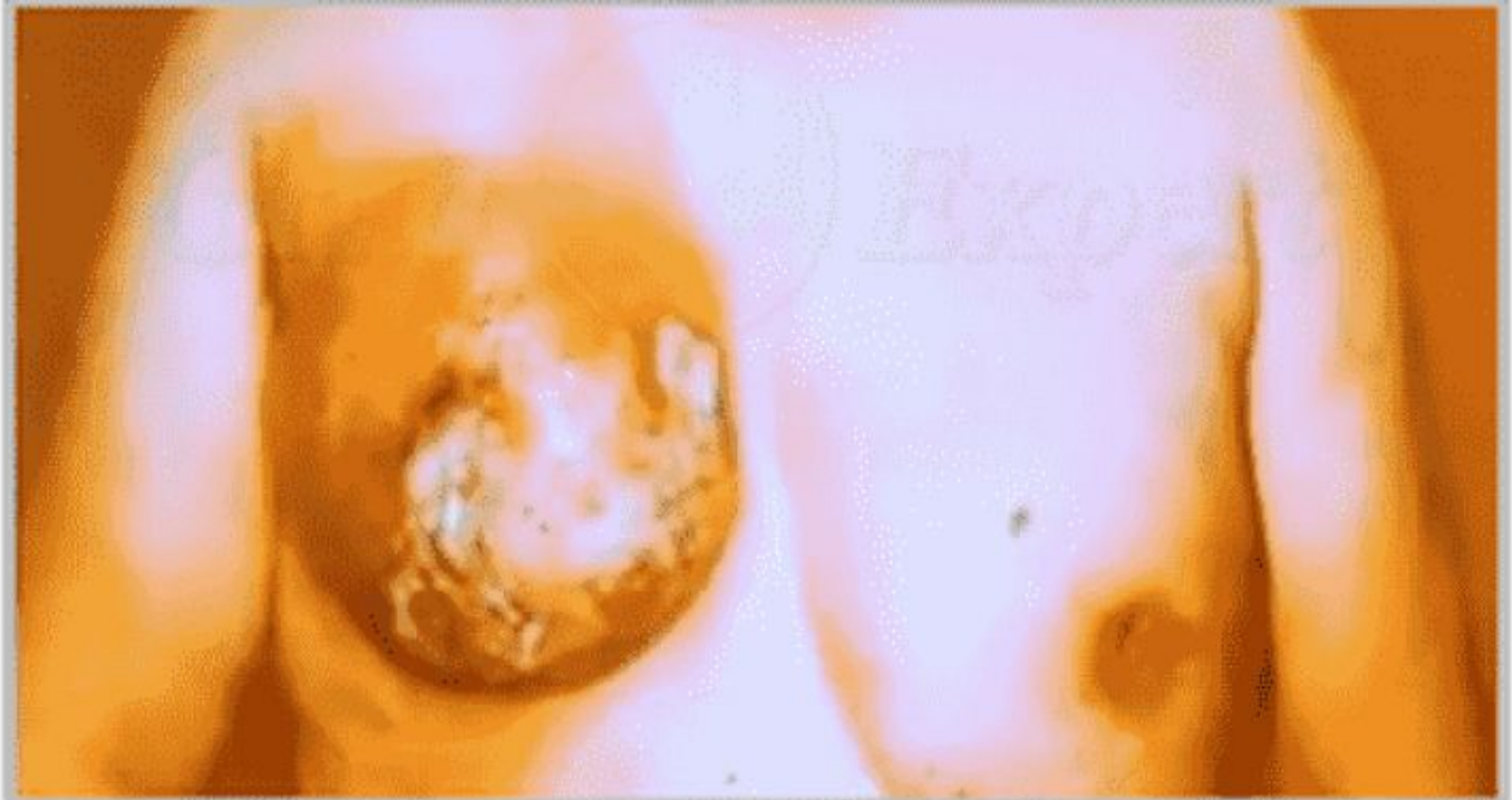
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (ДИФФУЗНЫЙ РАК)

- Объединяет отечно-инфильтративную, панцирную, рожеподобную и маститоподобную формы.
- Эти формы характеризуются быстрым развитием процесса как в самом органе, так и в окружающей ткани, обширным лимфогенным и гематогенным метастазированием.
- Отечно-инфильтративная форма встречается чаще всего у молодых женщин. Молочная железа при этом увеличена, кожа ее пастозна и отечна, выражены гиперемия и симптом лимонной корки. Выявить опухолевый узел в ткани железы часто трудно. Пальпируется инфильтрат без четких контуров, занимающий большую часть железы.
- Панцирный рак характеризуется опухолевой инфильтрацией как самой ткани железы, так и покрывающей ее кожи. Кожа становится плотной, пигментированной, плохо смещаемой. Появляется множество внутрикожных опухолевых узлов. Молочная железа уменьшается, подтягивается кверху, сморщивается. Опухолевая инфильтрация сдавливает грудную клетку в виде панциря.

Отечно-инфильтративная форма РМЖ



ПАНЦИРНЫЙ РАК



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (ДИФФУЗНЫЙ РАК)

- Рожеподобная и маститоподобная формы рака имеют острое течение, чрезвычайно злокачественны, быстро рецидивируют после мастэктомий и бурно метастазируют.
- При рожеподобной форме опухолевый процесс в железе сопровождается выраженной гиперемией кожи с неровными, языкообразными краями.
- Еще более бурным течением характеризуется маститоподобный рак, при котором молочная железа значительно увеличена, напряжена, плотна, ограничено подвижна. Выражена гиперемия и гипертермия кожи. Процесс часто сопровождается лихорадочным подъемом температуры.

Маститоподобная форма

характеризуется гиперемией кожи, отеком мягких тканей, участка или всей грудной железы и повышением температуры тела, что создает картину острого мастита и является причиной диагностических и лечебных ошибок (вскрытие «маститита», применение физиопроцедур).



Рак молочной железы Маститоподобная форма



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

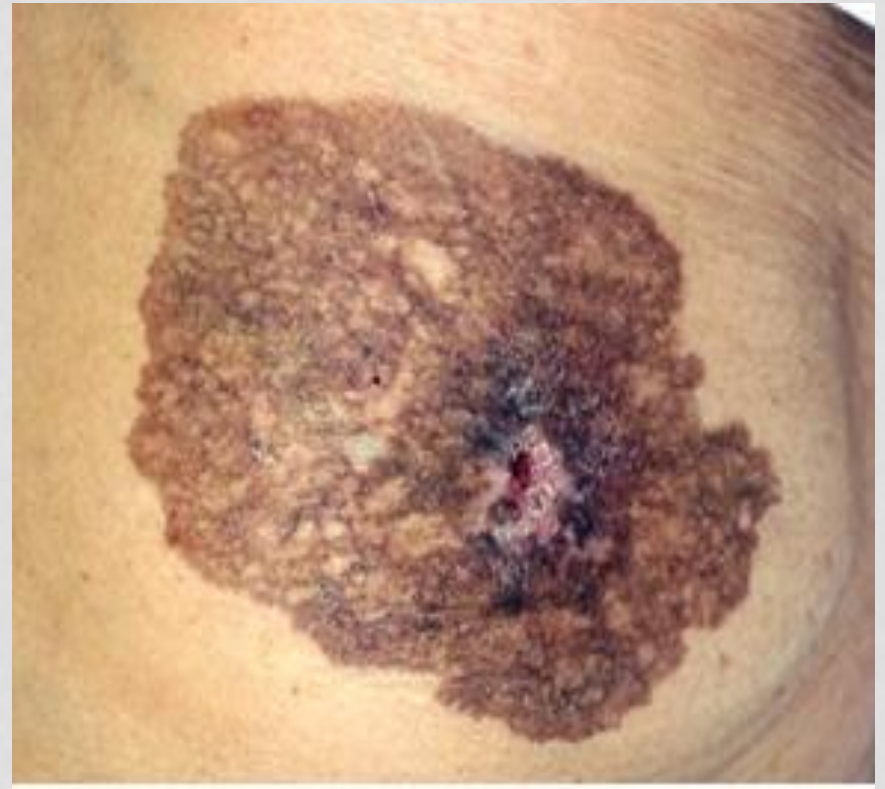
Рак Педжета — своеобразная злокачественная опухоль, поражающая сосок и ареолы.

По клиническим проявлениям различают:

- ✓ экземопоподобную (узелковые, мокнущие изменения в области ареолы),
- ✓ псориазопоподобную (с образованием чешуек и бляшек),
- ✓ язвенную (кратерообразная язва с плотными краями)
- ✓ опухолевую (уплотнения в подареолярной зоне) формы.

У 50% больных опухоль поражает только кожу соска, у 40% — выявляют на фоне пальпируемой опухоли, у 10% — лишь при микроскопическом исследовании.

РАК ПЕДЖЕТА



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Метастатическая, или оккультная форма рака, характеризуется небольшими, иногда микроскопическими размерами и наличием метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.
- Наиболее часто РМЖ метастазирует в кости (50–85%), легкие (45–70%), печень (45–60%), головной мозг (15–25%).

ДИАГНОСТИКА

Жалобы и анамнез

- Наиболее частыми жалобами являются: наличие узлового образования, втяжение участка кожи или отек кожи, изменение размера или деформация формы молочной железы, изменения соска и ареолы, наличие патологических выделений из соска (чаще всего геморрагического или серозного характера). Боль не является ранним признаком РМЖ.
- При сборе анамнеза уточняются характер жалоб, сроки их появления, наследственная предрасположенность к злокачественным новообразованиям с учетом периода жизни женщины.

КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Осмотра и пальпации молочных желез

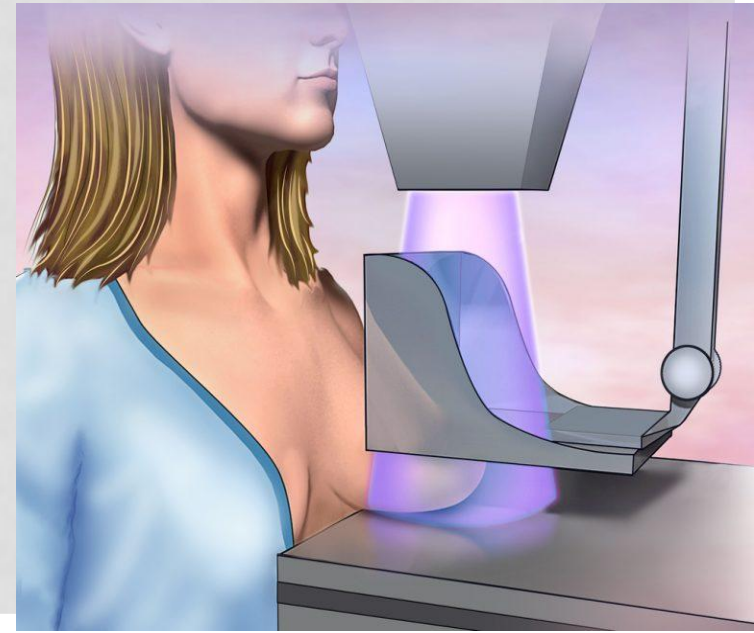
- Оптимальным сроком для его применения у менструирующих женщин следует считать 6-й или 8-й дни после окончания менструации. Не менструирующие женщины могут быть обследованы в любое время. Осмотр лучше всего производить в положении стоя, сначала с опущенными, а затем с поднятыми за голову руками. В результате определяют симметричность расположения и форму молочных желез, уровень расположения сосков и состояние кожного покрова.
- При пальпации определяют локализацию, размеры, границы опухоли, ее поверхность и консистенцию, а также взаимоотношение с окружающими тканями и смещаемость по отношению к ним. Пальпация проводится в положении пациентки стоя, а также лежа на спине и на боку. Пальпаторно исследуют как всю молочную железу вокруг соска, так и последовательно по квадрантам и областям до субмаммарной складки.

Видимые признаки патологии молочной железы



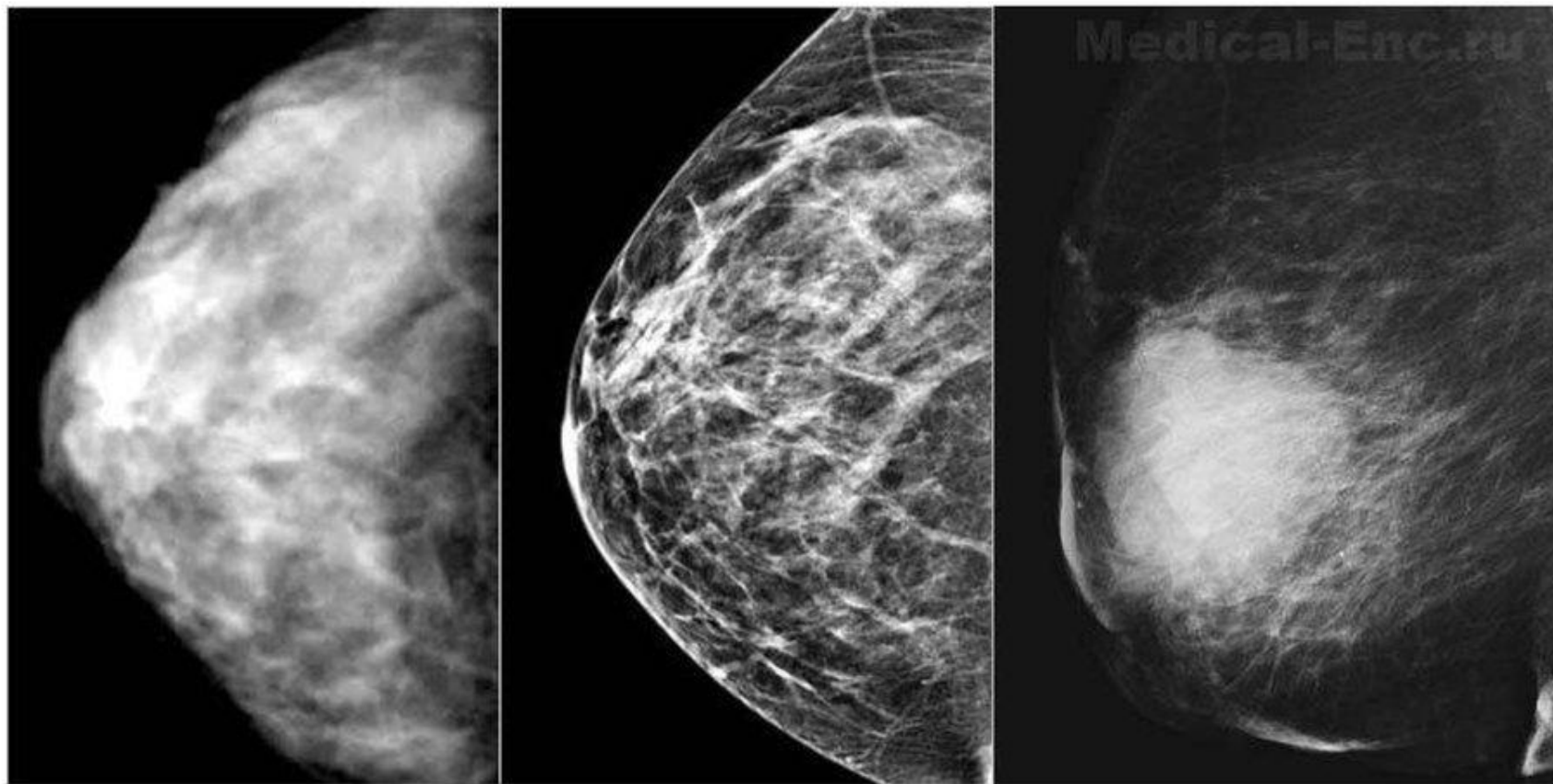
РЕНТГЕНОВСКАЯ МАММОГРАФИЯ

- Маммография — это основной метод объективной оценки состояния молочных желез, позволяющий у 92–95% больных своевременно распознать изменения в молочных железах.
- Различают прямые и косвенные признаки рака.
- К прямым признакам относится характеристика опухолевого узла и микрокальцинатов.





Маммография



Норма

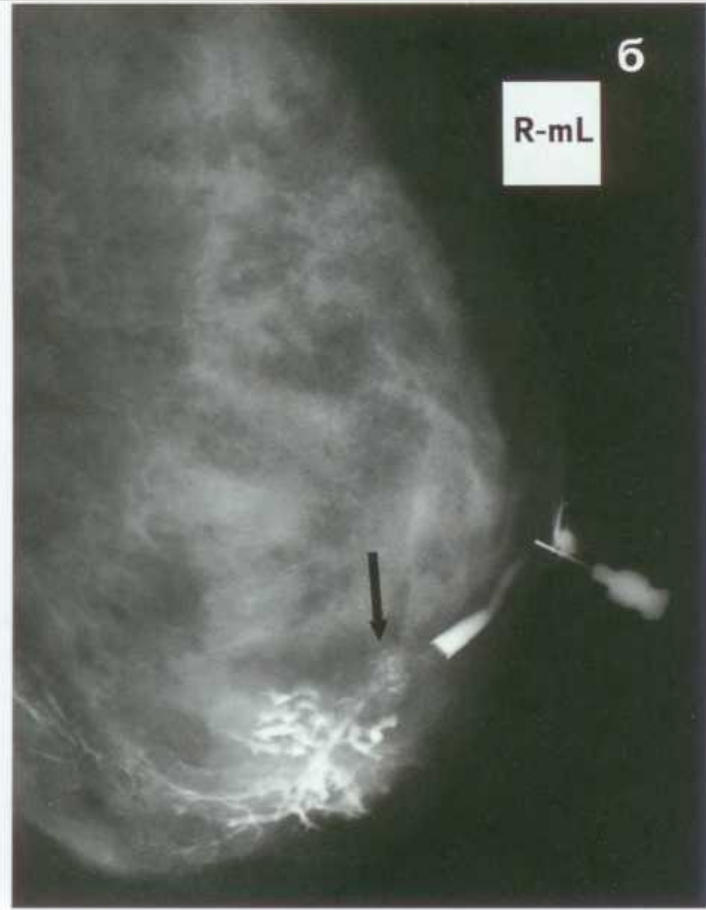
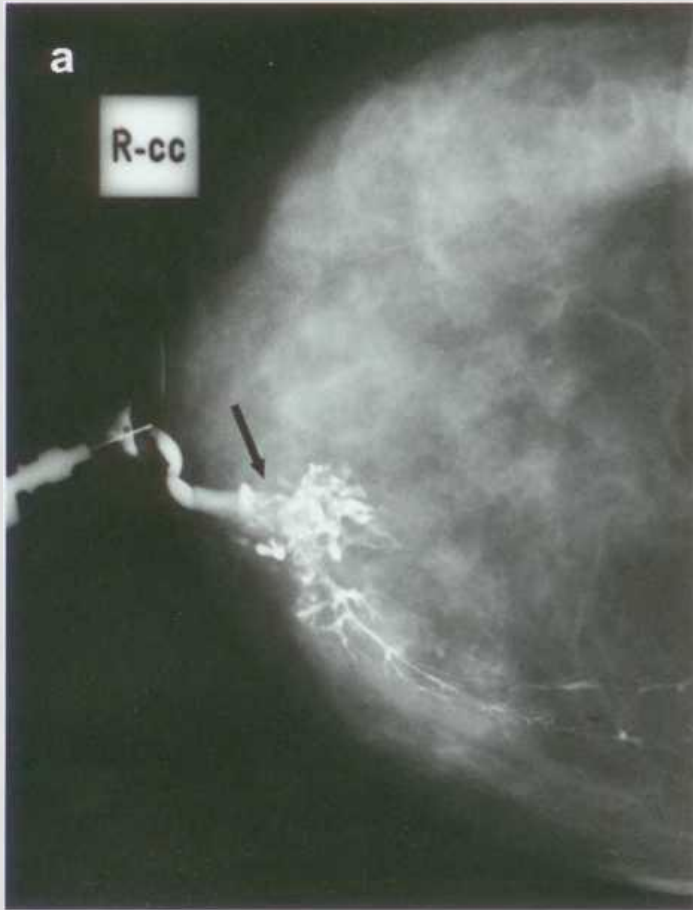
Рак молочной
железы

РЕНТГЕНОВСКАЯ МАММОГРАФИЯ

- Косвенные признаки узловой формы рака связаны с изменениями кожи (местное или диффузное утолщение, деформация), сосудов (гиперваскуляризация, расширение их калибра, появление извитости вен), окружающих тканей (тяжистость), втяжением соска, появлением раковой дорожки между опухолевым узлом и кожей и прочим.

- Распознать внутрипротоковые изменения на обзорных рентгенограммах довольно трудно.
Для того чтобы расширить диагностические возможности рентгенологического метода, предложена дуктография — искусственное контрастирование протоков, которое позволяет не только выявить причину патологической секреции (пристеночные разрастания) с точностью 92–96%, но и определить точную локализацию патологического процесса, что важно для дальнейшей терапии.





УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- При этом варианте визуализации определение патологических изменений связано с наличием объемного образования, плотность которого превышает фоновую плотность окружающих тканей молочной железы, низкой эхогенностью с признаками инфильтративного типа роста.
- Уточняющую информацию при традиционном УЗИ предоставляет доплерография. При ранних злокачественных поражениях это: высокая скорость кровотока и атипичные доплеровские кривые, обусловленные формированием артериовенозных шунтов.

ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ

- В клинической практике для пациенток РМЖ в основном применяются следующие опухолевые маркеры: СА 15-3, муциноподобный карцинома-ассоциированный АГ, раковый эмбриональный АГ, которые используются для оценки эффективности проведенного лечения, а также в процессе динамического наблюдения за радикально пролеченными пациентами.

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

На сегодняшний день считается, что в 20–50% случаев наследственный РМЖ обусловлен мутациями генов BRCA1 и BRCA2. Молекулярно-генетические исследования для определения мутаций генов BRCA 1 и 2 проводятся с учетом одного из перечисленных ниже факторов.

1. Индивидуальный анамнез:

- ✧ РМЖ (до 50 лет);
- ✧ Рак яичников в любом возрасте, рак фаллопиевых труб и первичный рак брюшины; первично-множественные злокачественные новообразования.

2. Онкологически отягощенный семейный анамнез:

- ✧ РМЖ у кровных родственников (включая мужчин);
- ✧ РЯ у кровных родственников;
- ✧ рак поджелудочной железы и/или предстательной железы у кровных родственников;
- ✧ подтвержденное носительство мутаций BRCA 1,2 у кровных родственников.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Цитологический метод:

- Диагностическим материалом для цитологического исследования могут служить тонкоигольный пунктат, пунктаты регионарных лимфатических узлов, выделения из соска, соскобы с эрозированных
- и язвенных поверхностей соска и кожи, жидкость из кист. Достоверность цитологического метода диагностики, по данным разных авторов, составляет от 42 до 97,5%.

Гистологический метод:

- Является более информативным. С целью получения небольшого фрагмента тканей молочной железы применяется биопсия с помощью биопсийных пистолетов и специальных игл (система пистолет-игла), позволяющих получить материал, пригодный для цитологического и гистологического исследований.



ПРИ СИНДРОМЕ ПАЛЬПИРУЕМОГО УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) клиническое обследование (сбор анамнеза, осмотр, пальпация молочных желез и регионарных зон лимфооттока);
- 2) обзорная рентгенография молочных желез (в прямой и косой проекциях);
- 3) при необходимости уточнения деталей — прицельная рентгенография с прямым увеличением рентгеновского изображения (при работе на аналоговых маммографах), радиальное УЗИ, доплеросонография, при необходимости соноэластография, 3D-реконструкция изображения;
- 4) при подозрении на рак с целью поиска метастазов — УЗИ мягких тканей подмышечных областей;
- 5) трепанобиопсия (менее информативна тонкоигольная биопсия) новообразования, цитологическое и гистологическое исследование биоптата в зависимости от находок. При РМЖ — иммуногистохимическое исследование.

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ РМЖ ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО СЛЕДУЮЩЕЙ СХЕМЕ:

- Сбор анамнеза и физикальное обследование;
- Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и количества тромбоцитов;
- Биохимический анализ крови, (билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза);
- Билатеральная маммография + УЗИ молочных желез и регионарных зон; по показаниям—МРТ молочных желез;
- Цифровая R-графия грудной клетки; по показаниям — КТ/МРТ грудной клетки;
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза, по показаниям — КТ/МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием;
- Остеосцинтиграфия скелета+ рентгенография зон накопления радиофармпрепарата — у пациентов с местно-распространенным и метастатическим раком. При РМЖ стадий T0–2N0 — выполняется по показаниям (боли в костях, повышение уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови);
- Трепанобиопсия опухоли с патоморфологическим исследованием опухолевой ткани;
- Определение рецепторов эстрогенов и прогестерона,HER-2/neu и Ki67;
- Тонкоигольная аспирационная биопсия лимфатического узла при подозрении на метастаз;
- Тонкоигольная аспирационная биопсия (предпочтительнее трепанобиопсия) первичной опухоли в случае «рака в кисте»;
- Оценка функции яичников;
- Генетическое ДНК-исследование крови (мутация генов BRCA 1, 2) при отягощенном наследственном анамнезе — наличии РМЖ у близких родственников.

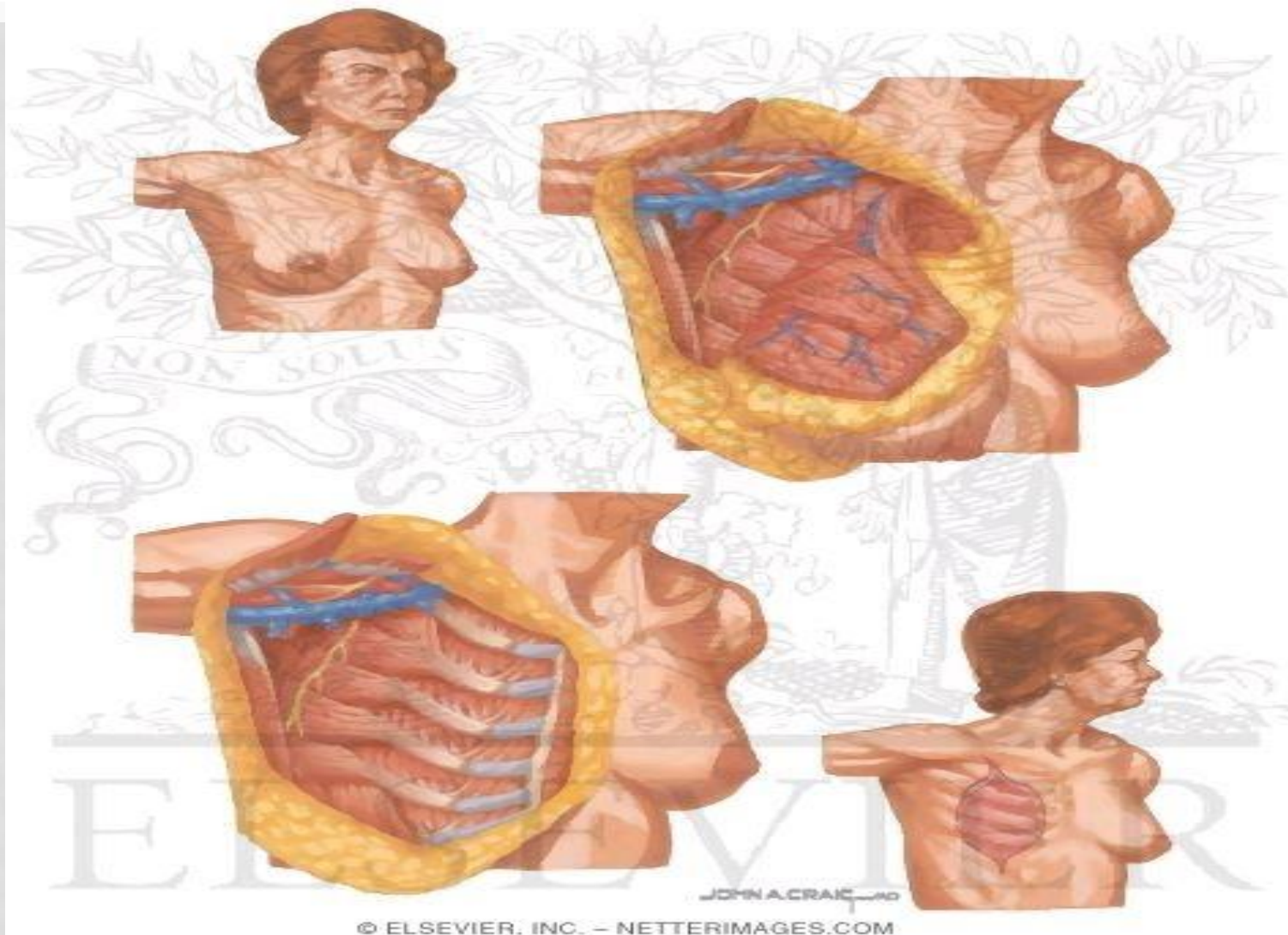
ЛЕЧЕНИЕ

- Тактика лечения больных РМЖ основывается на клинических характеристиках (размер и локализация первичной опухоли, число метастатических лимфоузлов, степень вовлечения лимфатических узлов) и биологических особенностях опухоли (патоморфологические характеристики, в том числе биомаркеры и экспрессия генов), а также зависит от возраста, общего состояния и предпочтения пациента.
- В лечении больных РМЖ применяются как локально-регионарные (хирургия, лучевая терапия), так и системные методы (гормонотерапия, химиотерапия, биотерапия).

ХИРУРГЯ

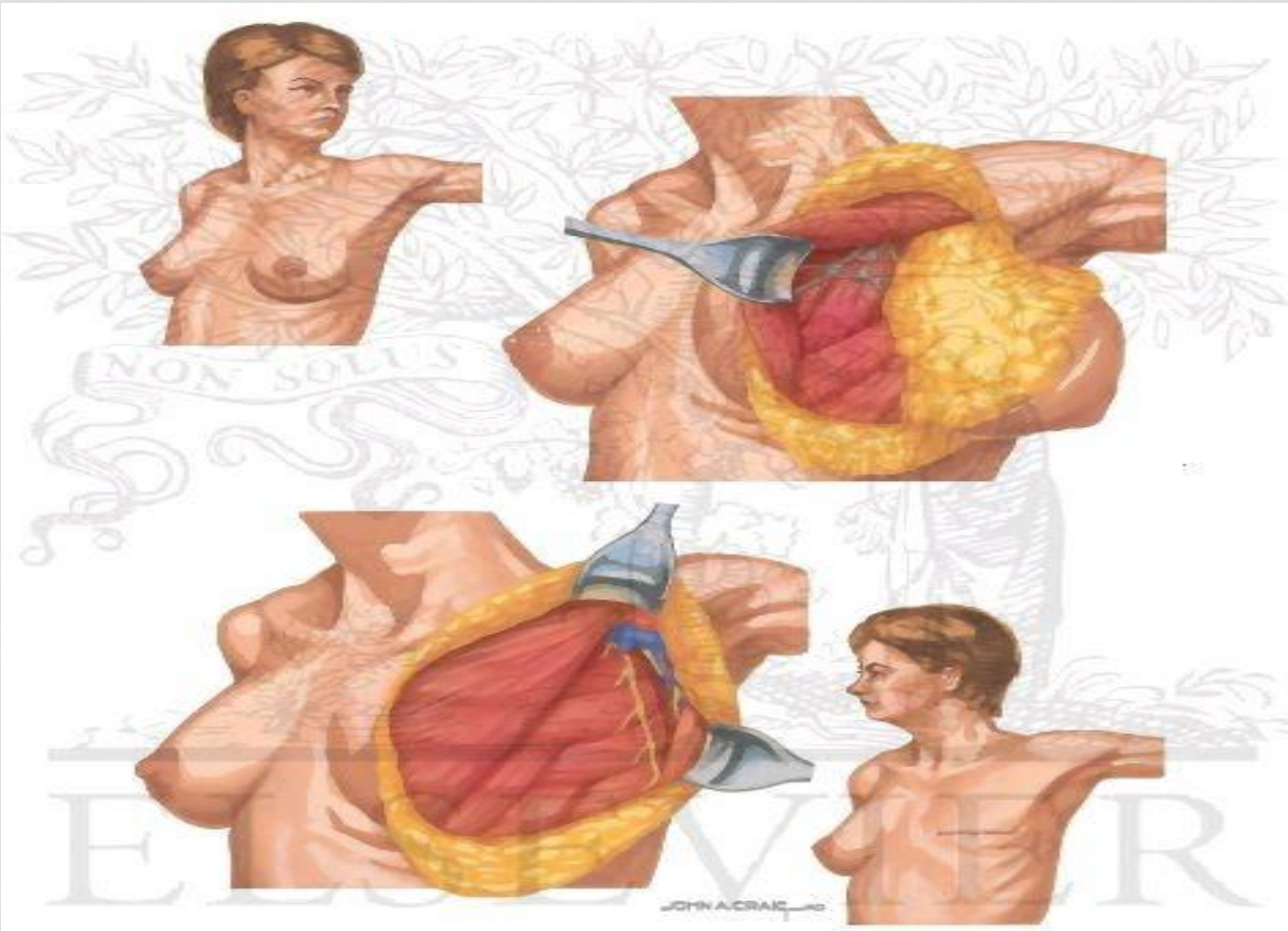
Классическая радикальная мастэктомия по Холстеду-Майеру

предполагает удаление в одном блоке молочной железы, большой и малой грудных мышц, подмышечно-подключично-подлопаточной клетчатки вместе с лимфатическими узлами.



Функционально-щадящая мастэктомия по Пейти с сохранением большой грудной мышцы заключается в удалении молочной железы, малой грудной мышцы и выполнении подмышечной лимфодиссекции.

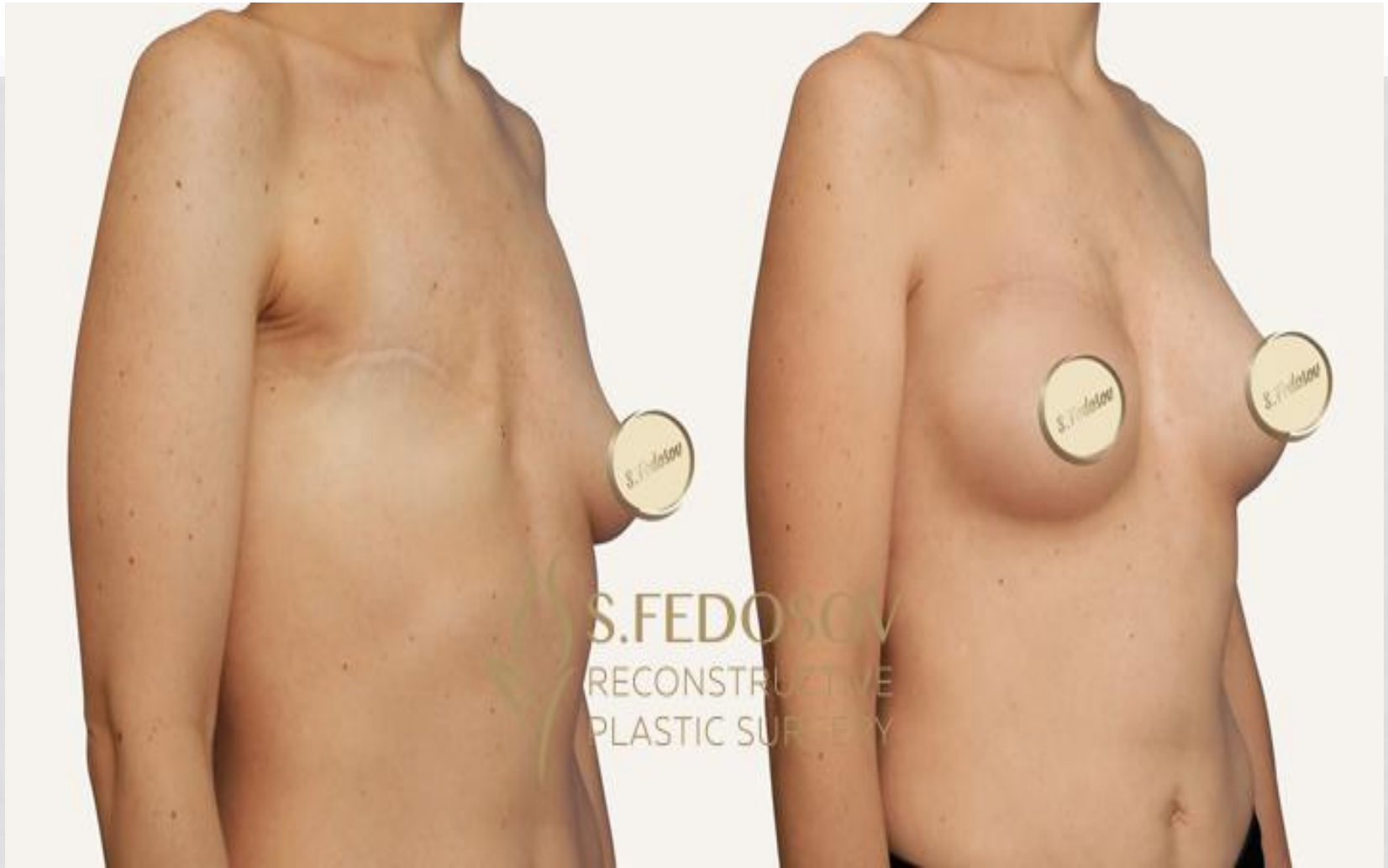
При мастэктомии по Маддену сохраняются обе грудные мышцы.



- **Кожесберегающая мастэктомия** предполагает удаление ткани молочной железы и сохранение кожного чехла, а в ряде случаев и соково-ареолярного комплекса. Данная разновидность мастэктомий позволяет максимально уменьшить площадь рубцов и сохранить естественные контуры молочной железы с целью ее дальнейшей реконструкции.
- **Органосохраняющие операции** (туморэктомия, радикальная резекция) заключаются в широком иссечении опухоли с одномоментным выполнением подмышечной лимфодиссекции. С целью снижения влияния резекции ткани молочной железы на косметический результат хирурги-онкологи используют онкопластические подходы, чаще всего связанные с использованием технологии перемещения тканей. Онкопластические подходы могут привести к улучшению косметических результатов, особенно у пациентов с большими молочными железами, неблагоприятным соотношением размера опухоли и молочной железы или при косметически невыгодной локализации опухоли в молочной железе (в центральной зоне или в нижней гемисфере).



- **Реконструкция молочной железы** предполагает исключительно восстановление ее эстетической составляющей. Цели и задачи восстановления молочной железы заключаются в восстановлении объема молочной железы, создании эстетической формы, восстановлении кожных покровов, сосковоареолярного комплекса, симметрии. В настоящее время применяется реконструкция молочной железы искусственными материалами (силиконовые имплантаты), реконструкция молочной железы собственными тканями (кожно-мышечный лоскут из широчайшей мышцы спины, нижний абдоминальный кожно-мышечный лоскут с основанием на прямой мышце живота, лоскут на свободном нижнем эпигастральном перфоранте из нижней части живота, лоскут с включением верхней ягодичной артерии), либо комбинированная реконструкция с использованием обоих методов. Возможна как одномоментная, так и отсроченная реконструкция молочной железы



S.FEDOSOV
RECONSTRUCTIVE
PLASTIC SURGERY

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

- Лучевая терапия в плане комбинированного и комплексного лечения РМЖ может проводиться перед операцией, во время операции либо после операции.



СИСТЕМНАЯ (ЛЕКАРСТВЕННАЯ) ТЕРАПИЯ

- Системная терапия предполагает проведение химиотерапии, эндокринотерапии или биотерапии.
- Лекарственные препараты могут применяться в виде:
 1. Неoadъювантная терапия подразумевает проведение системной терапии перед началом хирургического лечения.
 2. Адъювантная терапия проводится после оперативного вмешательства и направлена на уничтожение субклинических микрометастазов, снижая тем самым риск рецидива заболевания.

- в пременопаузе и постменопаузе с благоприятным прогнозом рекомендуется прием тамоксифена в дозе 20 мг/сут в течение 5 лет.
- Для лечения пациенток высокого риска рецидива в пременопаузе, а также при противопоказаниях к назначению тамоксифена может использоваться овариальная супрессия в сочетании с ингибиторами ароматазы (летрозол 2,5 мг/сут, анастрозол 1 мг/сут, эксеместан 25 мг/сут).
- Препараты для овариальной супрессии (гозерелин 3,6 мг, бусерелин 3,75 мг, лейпрорелин 3,75 мг) вводятся с интервалом 1 раз в 28 дней в течение 5 лет.
- Трастузумаб назначается пациентам с гиперэкспрессией/амплификацией гена HER2. Стандартная длительность введения трастузумаба (нагрузочная доза — 8 мг/кг, поддерживающая доза — 6 мг/кг) составляет 12 мес с интервалом 1 раз в 3 нед.

- Оценку эффекта лечения рекомендуется проводить после каждых 2–3 мес гормонотерапии и каждых 2–3 курсов химиотерапии с помощью данных общего осмотра, выяснения жалоб, анализов крови и результатов инструментальных методов обследования, выявивших патологию на этапе первоначальной диагностики.

НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- Наблюдение после первичного лечения осуществляется онкологами и предполагает осмотр и выяснение жалоб каждые 6 мес — в течение первых 3 лет, каждые 12 мес — в течение последующих лет, включая общий и биохимический анализы крови. Ежегодно рекомендуется выполнять двустороннюю (в случае органосохраняющей операции) или контралатеральную маммографию, R-графию органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости. Следует 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 показано ежегодное выполнение денситометрии и профилактическое назначение препаратов кальция и витамина D, а также остеомодифицирующих препаратов по показаниям.
- Женщины, получающие тамоксифен, должны осматриваться гинекологом не реже 1 раза в 12 мес с УЗИ органов малого таза и измерением толщины эндометрия.

ПРОГНОЗ

- Прогноз для больных РМЖ зависит от биологических особенностей опухоли,
- общего состояния пациента, а также от соответствующей терапии. Десятилетняя выживаемость при РМЖ превышает 70% в большинстве европейских стран.
- В России 5-летняя выживаемость больных РМЖ составляла 59,5%. Пики рецидивов заболевания приходятся на 2-й год после постановки диагноза, но не превышают 2–5%, начиная с 5-го по 20-й годы. Пациенты с поражением лимфоузлов имеют более высокую ежегодную частоту рецидива по сравнению с пациентами без поражения лимфоузлов. В первые несколько лет риск рецидива выше у пациенток с эстроген-негативным РМЖ, однако через 5–8 лет после постановки диагноза ежегодная частота рецидивов снижается больше, чем при эстроген-позитивном раке. Рецидив заболевания более чем через 20 лет от момента лечения может встречаться практически исключительно при гормон-позитивном РМЖ.

СКРИНИНГ И ПРОФИЛАКТИКА

- Женщины любого возраста должны ежемесячно осуществлять самообследование молочных желез. Начиная с 18-летнего возраста, каждая женщина один раз в 2 года должна проходить профилактическое обследование в смотровом кабинете поликлиники, которое включает осмотр и пальпацию молочной железы.
- С целью ранней диагностики заболеваний молочной железы рекомендуется ежегодное УЗИ молочных желез женщинам младше 35 лет, далее по показаниям; рентгеновская маммография — пациенткам в возрасте 35–50 лет с периодичностью 1 раз в 2 года, старше 50 лет — ежегодно.

ПРОФИЛАКТИКА РМЖ МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРВИЧНОЙ, ВТОРИЧНОЙ И ТРЕТИЧНОЙ.

- Первичная профилактика направлена на устранение причинных факторов, вызывающих опухоль. С учетом факторов риска, степени риска, возраста, менопаузального статуса, сопутствующих заболеваний и предпочтения пациентки могут быть предложены разные виды первичной профилактики.
- Вторичная профилактика направлена на диагностику и лечение предопухолевых заболеваний молочной железы, прежде всего доброкачественных дисгормональных дисплазий с атипической пролиферацией.
- Третичная профилактика подразумевает качественное лечение первичного злокачественного новообразования молочной железы с целью предотвращения развития рецидива заболевания в дальнейшем. Эффективность третичной профилактики зависит от эффективной работы онкологической службы.