

# ***БЕРЕМЕННОСТЬ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***

Готовила: Бекенова Г.К. 143 гр.

■ Carcinoma mamma.

КОД ПО МКБ-10

C50 Злокачественное новообразование молочной железы.

В зависимости от анатомической локализации опухоли заболеванию присваивают статистический шифр.

- C50.0 Соска и ареолы.
- C50.1 Центральной части молочной железы.
- C50.2 Верхневнутреннего квадранта молочной железы.
- C50.3 Нижневнутреннего квадранта молочной железы.
- C50.4 Верхненаружного квадранта молочной железы.
- C50.5 Нижненаружного квадранта молочной железы.
- C50.6 Подмышечной задней части молочной железы. Carcinoma mamma.

КОД ПО МКБ-10

C50 Злокачественное новообразование молочной железы.

В зависимости от анатомической локализации опухоли заболеванию присваивают статистический шифр.

- C50.0 Соска и ареолы.
- C50.1 Центральной части молочной железы.
- C50.2 Верхневнутреннего квадранта молочной железы.
- C50.3 Нижневнутреннего квадранта молочной железы.
- C50.4 Верхненаружного квадранта молочной железы.
- C50.5 Нижненаружного квадранта молочной железы.
- C50.6 Подмышечной задней части молочной железы.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- Классификация РМЖ, ассоциированного с беременностью, не отличается от таковой у небеременных и основана на клинических проявлениях заболевания. В её основу положены восемь признаков: анатомическая локализация и размер опухоли, объём метастатического поражения лимфатических узлов, наличие отдалённых метастазов, стадия развития опухоли (как вариант комбинации её размера и объёма метастатического поражения), а также клеточный тип, гистопатологический уровень дифференцировки и тип экспрессируемых рецепторов клеток опухоли.

# Клиническая классификация первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов (Международный противораковый союз, 6-е издание. Перевод и редакция проф. Н.Н. Блинова).

- Оценка размеров первичной опухоли (Т):
  - T<sub>0</sub> — нет признаков первичной опухоли;
  - T<sub>X</sub> — оценка первичной опухоли невозможна;
  - T<sub>is</sub> — карцинома in situ; внутритротоковая карцинома, дольковая карцинома in situ или поражение соска (болезнь Педжета);
  - T<sub>1</sub> — опухоль 2 см или менее в наибольшем измерении;
  - T<sub>1mic</sub> — микроинвазия; опухоль 0,1 см или менее 1 см в наибольшем измерении;
  - T<sub>1a</sub> — опухоль более 0,1 см, но менее 0,5 см в наибольшем измерении;
  - T<sub>1b</sub> — опухоль более 0,5 см, но менее 1 см в наибольшем измерении;
  - T<sub>1c</sub> — опухоль более 1 см, но менее 2 см в наибольшем измерении;
  - T<sub>2</sub> — опухоль более 2 см, но менее 5 см в наибольшем измерении;
  - T<sub>3</sub> — опухоль более 5 см в наибольшем измерении;
  - T<sub>4</sub> — опухоль любого размера, прорастающая грудную стенку и кожу;
  - T<sub>4a</sub> — прорастание грудной стенки;
  - T<sub>4b</sub> — отёк (включая симптом «лимонной» корки) или изъязвление кожи молочной железы;
  - T<sub>4c</sub> — сочетание T<sub>4a</sub> и T<sub>4b</sub>;
  - T<sub>4d</sub> — воспалительный РМЖ.

- Поражение регионарных лимфатических узлов (N): NX (если лимфатические узлы нельзя исследовать по какойлибо причине), No (регионарные лимфатические узлы не пальпируются), N1 (метастазы в ипсилатеральные подмышечные лимфатические узлы, при этом последние подвижны), N2 (метастазы в ипсилатеральные подмышечные лимфатические узлы, которые неподвижно фиксированы друг с другом или с окружающими тканями), N3 (метастазы в надключичные и подключичные лимфатические узлы на стороне поражения, метастазы в окологрудные лимфатические узлы на стороне поражения).
- Отдалённые метастазы (M): MX (наличие отдалённых метастазов оценить невозможно), Mo (отсутствие метастазов), M1 (есть отдалённые метастазы; уточнение их локализации в конкретном органе — лёгком, костях, печени, мозге и т.д.).

# Стадии РМЖ:

- 0 (TisNoMo);
- I (T1NoMo);
- IIA (T1N1Mo, T2NoMo);
- IIB (T2N1Mo, T3NoMo);
- IIIA (T1N2Mo, T2N2Mo, T3N1Mo, T3N2Mo);
- IIIB (T4NoMo, T4N1Mo, T4N2Mo);
- IIIC (любая T N3Mo);
- IV (любая T любая N M1).

# ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- На заболеваемость РМЖ оказывает влияние ряд факторов.
- · Факторы риска развития РМЖ, связанные с репродуктивной функцией.
  - Раннее менархе, поздняя менопауза.
  - Нерегулярный менструальный цикл.
  - Отсутствие беременностей и родов (риск рака снижается на 7% с каждыми родами).
  - Поздняя первая беременность и поздние первые роды. У женщин, имевших поздние первые роды (в возрасте старше 30 лет) или не имевших родов вообще, риск заболеть РМЖ в 2–3 раза выше, чем у родивших до 20 лет.
- Каждые последующие роды в возрасте до 30 лет сопровождаются дальнейшим снижением риска развития РМЖ. Риск возникновения РМЖ в возрасте до 40 лет в 5,3 раза выше у женщин, родивших в возрасте старше 30 лет по сравнению с родившими до 20 лет.

- - Продолжительность лактации менее 1 мес. Отсутствие лактации сопровождается увеличением риска возникновения РМЖ в 1,5 раза. Прослеживается обратная зависимость между общей длительностью лактаций и риском развития РМЖ.
- · Наследственные факторы. В 5–10% наблюдений РМЖ связан с мутацией генов BRCA1 и BRCA2, что объясняет семейные случаи заболевания. Риск развития РМЖ у женщин-носителей мутантных генов чрезвычайно высок и составляет 80–95% на протяжении всей жизни. Рожавшие женщины-носители данных мутаций существенно чаще (в 1,71 раза) заболевают РМЖ в возрасте до 40 лет, чем нерожавшие. Ранний возраст первых родов в этой группе не снижает риск развития рака.
- · Факторы риска, связанные с заболеваниями молочных желёз и других органов.
  - Наличие пролиферативной формы фиброзно-кистозной болезни и различных доброкачественных опухолей молочных желёз (риск возникновения рака увеличивается в 2,3 раза).
  - Травмы молочной железы, неоперированные лактационные маститы.

# Генитальные факторы риска.

- - Рак эндометрия, рак яичников повышают риск развития РМЖ в 2 раза.
  - Некомпенсированное влияние эстрогенов также повышает риск РМЖ. Для женщин, у которых естественная менопауза наступила в возрасте до 45 лет, риск развития РМЖ снижается вдвое по сравнению с теми, у кого менструации продолжаются после 54 лет. Показано достоверное снижение риска возникновения рака у женщин с хирургической кастрацией до 40 лет на 47% по сравнению с группой женщин с естественной менопаузой в 45–54 года, причём наименьшее число опухолей обнаружено при искусственной менопаузе до 35 лет.
  - Приём синтетических прогестинов повышают риск развития РМЖ.
- - Факторы внешней среды.
  - Факторы риска внешней среды и питания (курение, алкоголь, избыточный вес).
  - Ионизирующая радиация. В качестве фактора риска имеет наибольшую опасность в возрасте до 30 лет (в период от пременоархе до 18 лет). Это одна из причин предпочтительного использования УЗИ, а не рентгенологического метода исследования молочных желёз у молодых женщин.
- Этиологические факторы, влияющие на возникновение РМЖ на фоне существующей беременности, предположительно, не отличаются от таковых в группе небеременных пациенток.

# ПАТОГЕНЕЗ

- Регуляция нормального функционирования молочной железы происходит под влиянием комплексного взаимодействия между различными гормонами.
- Гормональное влияние на развитие РМЖ хорошо известно. Эстрогены и прогестерон могут выполнять роль стимуляторов роста опухоли во время беременности, если злокачественная трансформация уже произошла. Это осуществляется в результате индукции синтеза факторов роста, которые стимулируют пролиферацию эпителиальных клеток молочной железы и тормозят апоптоз (транскрипция фактора роста эндотелия сосудов индуцируется эстрогенами, что может привести к патологической неоваскуляризации); стимуляции клеточного роста за счёт отрицательной обратной связи, согласно которой эстрогены нивелируют эффекты ингибирующих факторов роста.
- Известен эффект эстрогенов, вызывающих ускорение роста числа микрометастазов, — стимуляция так называемых спящих метастазов. Прогестерон также поддерживает циклическую пролиферацию молочных желёз в течение беременности, стимулируя рост эпителия. В зависимости от продолжительности воздействия прогестерон может потенциально видоизменять ответ как нормальных, так и раковых клеток молочной железы на различных уровнях.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (СИМПТОМЫ) РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Гипертрофия, набухание молочных желёз, изменение консистенции, усиленная васкуляризация, а также ряд возможных осложнений (мастит, галактоцеле) затрудняют осмотр и маскируют развивающуюся опухоль во время беременности и лактации.
- Наиболее характерной жалобой у 95% больных бывает определение болезненных неоформленных опухолевидных масс в ткани молочной железы, часто сопровождающихся дискомфортом в области соска (болезненность, покалывание, отёчность); изменение состояния всей молочной железы в виде асимметричного набухания и уплотнения; одностороннее увеличение лимфатических узлов. Втяжение соска, наличие кожных симптомов (например, «симптом площадки»), как правило, не отмечают.

# ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- **ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**
- **АНАМНЕЗ**

■ Нередко в анамнезе у заболевших раком на фоне беременности есть пролиферативная форма фиброзно-кистозной болезни, а также различные доброкачественные опухоли молочных желёз. В 45–50% случаев пациентки, ранее имевшие беременность, перенесли лечение по поводу лактационного мастита. Нередко пациентки отмечают случаи РМЖ в своей семье. При сборе анамнеза женщины указывают на длительный период наблюдения опухоли. В 82% случаев пациентки самостоятельно выявляют опухоль в I триместре. Треть заболевших на фоне беременности при первом выявлении опухоли не обращаются за врачебной помощью, а при подозрении на злокачественный процесс в 25% случаев отказываются от диагностических мероприятий. С момента появления первых симптомов до установления диагноза врачом у беременной женщины проходит гораздо больше времени, чем в обычной ситуации (15 и 4 мес соответственно). Поздняя диагностика РМЖ в период беременности приводит к отсрочке начала лечения в среднем на 2–3,5 мес. Установлено, что 1 мес задержки в лечении увеличивает риск метастазирования в подмышечные лимфатические узлы на 0,9%, а задержка в лечении на 6 мес — на 5,1%. По этой причине к моменту установления правильного диагноза заболевание нередко находится в неоперабельной стадии.

# ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Физиологическая гипертрофия (средний вес молочных желёз, равный приблизительно 200 г, удваивается во время беременности до 400 г), изменение консистенции, отёк, усиленная васкуляризация затрудняют осмотр. Стандартное пальпаторное исследование малоэффективно и в большинстве случаев, особенно на поздних сроках гестации, не позволяет дифференцировать опухоль.

# ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Клинический и биохимический анализы крови больных с РМЖ, ассоциированном с беременностью, не отличаются от таковых у здоровых беременных. Изменение биохимических показателей крови, косвенно указывающих на возможное метастазирование РМЖ в кости или в печень, при беременности не характерно. Так, активность ЩФ при беременности физиологически может увеличиваться от 2 до 4 раз; АЛТ, АСТ, лактатдегидрогеназа обычно находятся на уровне, соответствующем сроку беременности. Уровень половых гормонов и пролактина у больных с РМЖ также соответствует срокам беременности.



### ■ **ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- Рентгенологическое исследование (маммография) ассоциируется с негативным влиянием на плод. Тем не менее, при адекватном экранировании и защите плода в ряде случаев этот метод диагностики можно проводить. Так, рентгенография в передней и боковой проекции воздействует на плод в дозе только 0,4–0,5 мрад (0,004–0,005 Гр) при доказанной повреждающей дозе, равной 0,05–0,1 Гр. Однако маммография при беременности существенного диагностического значения не имеет и в 25% случаев даёт ложноотрицательную картину — тень опухоли сливается с гипертрофированной железистой тканью (рис. 50-1, см. цв. вклейку). Если удалось визуализировать участок уплотнения (симптом затемнения) в двух проекциях, можно говорить об объёмном процессе. Высокоинтенсивное затемнение неправильной формы, нечёткость контура, наличие микрокальцинатов не позволяют исключить злокачественный процесс. Однако в большинстве случаев чётко определить размеры и структуру опухоли весьма затруднительно. Опухоль чётко не определяется.

- УЗИ (ультрасонография) — метод, наиболее рекомендуемый для диагностики рака у беременных и кормящих женщин. С помощью стандартного УЗИ возможно выполнить цветовую и энергетическую доплерографию, количественную оценку скорости кровотока в визуализируемых сосудах. В 97% случаев метод УЗИ позволяет провести дифференциальную диагностику кистозных образований с солидными (рис. 50-2, см. цв. вклейку). При сонографии РМЖ представляет собой гипэхогенное образование (тёмносерые оттенки на экране), неправильной формы без чётких контуров, неоднородной структуры, с гиперваскуляризацией

- МРТ можно применять во время беременности, так как данный метод не несёт радиоактивного компонента. Тем не менее, контрастный препарат гадобутрол не рекомендуется использовать при беременности за исключением случаев крайней необходимости. В настоящее время в России МРТ молочных желёз исследуют и используют в диагностике случаев, неоднозначно интерпретируемых при маммографии и УЗИ. Оценка количественной характеристики динамического накопления контрастного вещества (интенсивное), а также качественные характеристики выявленного патологического процесса (нечёткие, тяжистые контуры) позволяют дифференцировать злокачественный процесс.
- Цитологическое и гистологическое исследования пунктатов и биоптатов молочной железы — наиболее достоверные методы диагностики. Результат цитологического исследования у беременных во многом зависит от опыта работы цитолога с аналогичными случаями.

- Эксцизионную биопсию, выполняемую под местной анестезией, считают «золотым стандартом» при любой неясной патологии в молочной железе. При завершённой беременности для снижения риска развития лактационного свища рекомендуют прекратить лактацию приблизительно за неделю до проведения манипуляции (каберголин). После выполнения биопсии назначают холодное воздействие на молочные железы и их тугое бинтование. Техника «Core- биопсии» образований в молочной железе высокоспецифична и высокочувствительна (рис. 50-3, см. цв. вклейку)
- Морфологу, выполняющему исследование удалённого препарата, необходимо сообщить о наличии беременности у пациентки. «Core-биопсия» позволяет не только получить достаточное количество материала для верификации диагноза, но и выполнить целый набор иммуногистохимических исследований для определения прогноза и тактики лечения пациентки (рецепторный статус опухоли, экспрессия гена Her2-neu, Ki-67 и т.д.). РМЖ у беременных имеет то же гистологическое строение, что и в группе небеременных. От 70 до 90% опухолей соответствует инфильтративному протоковому РМЖ. У беременных чаще наблюдают опухоль больших размеров с выраженным внутрипротоковым компонентом, метастатически изменённые регионарные лимфатические узлы, распространение раковых эмболов по лимфатическим щелям. Как правило у беременных, больных РМЖ, определяют эстроген и прогестеронотрицательные опухоли.

- Выявление отдаленных метастазов в печени без риска для плода может быть произведено с помощью УЗИ и МРТ.
- Радиоизотопное исследование костей скелета для выявления метастазов выполняют чрезвычайно редко, поскольку данный метод исследования несёт 0,00194 Гр лучевой нагрузки на плод.

# СКРИНИНГ

- Программа скрининга подразумевает маммографическое и физикальное исследования, а также самообследование женщиной молочных желёз. У беременных наиболее рациональными, доступными и информативными методами скрининга считают самообследование молочных желёз и УЗИ. Схема ультразвукового скрининга при беременности, регламентированная приказом №457 МЗ РФ «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врождённых заболеваний у детей» включает три обязательных исследования в 10–14, 20–24 и 32–34 нед беременности, позволяющие своевременно диагностировать ВПР. Считают рациональным одновременно выполнять и контрольные УЗИ молочных желёз.



Пациентка, 21 год.  
Беременность 16 нед. Рак  
молочной железы (отёчно-  
инфильтративная форма).

- Дифференциальную диагностику РМЖ у беременных и кормящих женщин следует проводить с маститом, фибroadеномой, листовидной опухолью молочной железы, галактоцеле, липомой, лимфомой, гамартомой, саркомой, туберкулёзом. Постановка диагноза «лактационный мастит» при наличии злокачественной опухоли в молочной железе — типичная ошибка в клинической практике. Кроме совпадения сроков проявления истинного лактационного мастита и РМЖ не редкостью бывает и совпадение клинической картины (рис. 50-4, 50-5, см. цв. вклейку).



**Пациентка, 25 лет.  
Беременность 24 нед.  
Мастит.**

- **ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**
- При обнаружении опухоли и при её цитологической верификации необходимо коллегиальное обсуждение полученных диагностических данных с участием онколога и акушера. В крупных медицинских центрах на этапе постановки диагноза возможно привлечение медицинского генетика.

# ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- В диагнозе указывают локализацию опухоли (правая/левая молочная железа) и соответствие стадии по классификации TNM. Необходимо указать наличие беременности и срок гестации в неделях.
- Рак правой молочной железы T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (IIA стадия). Беременность 23–24 нед.

# ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

## ■ ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

- Целью лечения больного с онкологическим заболеванием считают не только достижение максимально выраженного клинического эффекта, но и увеличение продолжительности и улучшение качества жизни. Определение лечебной тактики зависит прежде всего от стадии заболевания, а не от срока беременности. В том случае, когда больная отказывается от медицинской помощи и приоритетом для неё и её семьи представляется защита плода, лечение откладывают до момента родов. Как правило, прогноз у больных, выбравших этот вариант, крайне неблагоприятен.
- Второй вариант подразумевает немедленное завершение беременности и проведение лечения в объёме, адекватном стадии опухолевого процесса. Дальнейшее лечение не отличается от такового у небеременных.
- Третий вариант, который всё чаще применяют в мировой практике последние 20 лет — проведение лечения без прерывания беременности. При этом можно проводить как оперативные вмешательства, так и лекарственную терапию.

# НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение РМЖ подразумевает комплексный подход, включающий оперативное вмешательство, лекарственное лечение и лучевую терапию. Несмотря на то что лучевую терапию достаточно часто применяют в обычной онкологической практике, для беременных она противопоказана. Тератогенные свойства лучевой терапии, а также угроза развития онкологической патологии у ребёнка, в том числе лейкоза, заставляют воздерживаться от её применения на протяжении всей беременности. При проведении стандартного курса в суммарной дозе, равной 5000 рад (50 Гр), плод получает лучевую нагрузку в пределах от 3,9–15 рад (0,039–0,15 Гр) в I триместре и 200 рад (2 Гр) — к концу беременности. Пороговой повреждающей дозой для плода в I и II триместрах беременности считают 10 рад (0,1 Гр). Доза от 10–15 рад приводит к дефектам развития, нарушениям ЦНС, доза 50–200 рад — к задержке развития, а доза от 100–250 рад — к уродствам.

# МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Спорными вопросами бывают безопасность и возможные побочные эффекты противоопухолевых препаратов в период беременности. Наибольший риск развития уродств у плода возникает при проведении химиотерапии в I триместре беременности — частота ВПР составляет 10–20%, возрастает частота спонтанных абортов.
- Химиотерапия, проводимая во II и III триместрах беременности, также может приводить к преждевременным родам и таким осложнениям, как миелосупрессия у матери и плода, кровотечение и инфекционные заболевания, задержка роста, малая масса тела плода, рождение его мёртвым. Отдалённые результаты проведения химиотерапии во время беременности неизвестны. Решение о проведении химиотерапии возможно лишь после разъяснительной беседы с беременной и её семьёй.
- В случае полной информированности больной о всех возможных осложнениях и при решении немедленно начать лечение, сохранив плод, во II и III триместрах беременности возможно назначение неоадъювантной полихимиотерапии (доксорубицин, циклофосфамид).
- На современном этапе нет отдалённых данных о судьбе и здоровье детей, родившихся у женщин, подвергшихся специфическому лекарственному лечению.
- Одним из наиболее действенных методов терапии РМЖ считают гормональное лечение. Однако антиэстрогенное средство тамоксифен оказывает тератогенное действие и противопоказан при беременности.

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Оперативное лечение считают основным методом при РМЖ. На начальных стадиях заболевания возможно выполнение оперативного вмешательства в качестве первого этапа лечения. Радикальная мастэктомия или органосохраняющая операция, а также сопровождающее анестезиологическое пособие, не опасны для плода и, как правило, не приводят к самопроизвольному аборту. Радикальная маст-эктомия с сохранением обеих грудных мышц — наиболее рациональный хирургический объём при начальных (I, II) стадиях РМЖ в I триместре, когда больная хочет сохранить беременность. Больные, перенёсшие мастэктомия, не нуждаются в лучевой терапии. Органосохраняющие операции при сохранении беременности нежелательны, так как требуют дополнительной лучевой терапии, а её можно проводить только после завершения беременности. Необходимость выполнения аксиллярной диссекции во всех случаях определяется высокой частотой метастазов в регионарные лимфатические узлы.
- При отказе больной от полного удаления молочной железы, при начальных сроках беременности органосохраняющая операция может быть дополнена полихимиотерапией, начиная со II триместра, и лучевой терапией после раннего родоразрешения.
- Если диагноз поставлен в конце II триместра или позже, вариантом выбора считают радикальную резекцию с последующей дистанционной лучевой терапией после завершения беременности.

# **ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

- Метод лечения у больных РМЖ, ассоциированным с беременностью, определяют индивидуально с учётом срока беременности и данных о распространённости опухоли предпочтительно консилиумом с привлечением хирурга, акушера, химиотерапевта, радиолога, психолога.

# ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Госпитализация в онкологический стационар показана в случае согласия больной на тот или иной вид лечения. При госпитализации необходимо заключение акушера о сроке беременности, объективная инструментальная оценка жизнеспособности плода, наличия или отсутствия его патологии. Акушер предоставляет заключение о противопоказании к тому или иному виду планируемого лечения.

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

- Оценка эффективности лечения. Лечебный эффект от неoadьювантной химиотерапии определяется на основании сравнения размеров опухоли до лечения и после, наличия отека, гиперемии. Если контроль осуществляется на фоне существующей беременности, необходимо подобрать безопасные для плода методы. После окончания лечения контрольное исследование, включающее, осмотр, маммографию, рентген легких, УЗИ органов брюшной полости, радиоизотопное исследование костей, проводится через 6 месяцев. Последующее обследование — через 1 год.

# ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- При местнораспространённом РМЖ (стадии IIIA, IIIB, IIIC), при отёчноинфильтративных формах рака и при IV стадии рака, если необходимо проведение химиотерапии и больная согласна на прерывание беременности, в качестве первого этапа лечения рекомендуют прерывание беременности, причём на любом сроке (с 22–27 недель — «очень ранние» преждевременные роды). При постановке диагноза в III триместре и при решении пролонгировать беременность возможны ранние преждевременные роды в сроке 34 недель.

# ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Профилактика основана на программах формирования здорового образа жизни и устранении факторов риска развития рака. Помимо повышения информированности женщин репродуктивного возраста о возможной злокачественной патологии молочных желёз на фоне беременности необходимо внедрять методы самообследования, а главное — инструментальное исследование молочных желёз в рамках прегравидарной подготовки. Основные профилактические меры должны быть направлены на выявление болезни на максимально ранних сроках.
- Необходимо включить УЗИ молочных желёз в план наблюдения беременной либо на этапе планирования, либо в I триместре беременности.

# ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

- Необходимо информировать женщин о том, что опухолевые клетки не метастазируют в ткани плода; женщина, болеющая раком, должна прекратить лактацию, что связано с необходимостью немедленно начать лечение и принимать различные лекарственные препараты. Ошибочно предположение, что будущий ребёнок женского пола непременно заболеет РМЖ, если у болеющей матери обнаружены мутации генов BRCA1 и BRCA2.
- Следует объяснить, что последующая беременность не ухудшает прогноз у больных с ранней стадией РМЖ. Вопрос о беременности после проведённого лечения при сохранённой репродуктивной функции следует решать с осторожностью. Необходимо учитывать стадию заболевания, наличие или отсутствие неблагоприятных факторов прогноза. Минимальным интервалом от момента завершения лечения до планирования последующей беременности считают интервал 2–3 года.
- После окончания лечения женщина должна находиться под длительным наблюдением онколога. Срок первого контрольного осмотра — через 6 мес от момента проведения лечения. Затем рекомендована явка через год.

# ПРОГНОЗ

- При сравнении в рамках одинаковых стадий и возрастных групп выживаемость беременных, больных РМЖ, ассоциированным с беременностью, не отличается от таковой в группе небеременных. Тем не менее, РМЖ, ассоциированный с беременностью, имеет худший прогноз, чем в целом РМЖ, что обусловлено большей распространённостью болезни на момент постановки диагноза.

# Примерные сроки нетрудоспособности

- Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при злокачественных новообразованиях молочной железы (класс II по МКБ-10) I стадии составляют 50–75 дней, II–III стадии — 80–115 дней. Вопрос об установлении инвалидности решают после завершения оплачиваемого отпуска по беременности и родам.