

## **Сестринский уход за пациентами с раком женских половых органов и молочной железы.**

### Содержание:

1. Факторы риска развития рака женских половых органов (рака шейки матки, рака тела матки, рака яичников, хорионэпителиомы).
2. Клинические проявления (ранние симптомы).
3. Формы онкологических заболеваний, классификация по стадиям.
4. Диагностика и лечение, принципы профилактики рака женских половых органов.
5. Факторы риска развития рака молочной железы, мастопатии.
6. Клинические проявления (ранние симптомы).
7. Формы рака молочной железы и мастопатии, классификация по стадиям.
8. Диагностика и лечение, принципы профилактики.

### **Сестринский уход за пациентами при мастопатии.**

*Мастопатия* - это доброкачественное дисгормональное заболевание молочных желез, характеризующееся патологическими разрастаниями в тканях железы.

#### *Причины мастопатии.*

Мастопатии подвержены женщины репродуктивного возраста от 18 до 45 лет, пик заболеваемости мастопатией приходится на возраст 30-45 лет. С точки зрения женской физиологии возникновение мастопатии легко объяснимо. Каждый месяц в организме здоровой женщины репродуктивного возраста происходят циклические изменения под влиянием гормонов - эстрогена и прогестерона. Эти два гормона не только регулируют двухфазный менструальный цикл, но и имеют прямое влияние на ткани молочных желез.

В норме под воздействием эстрогенов, которые образуются в первую фазу менструального цикла происходят пролиферативные процессы в молочных железах, т.е. размножение клеток. Прогестерон, который образуется во вторую фазу менструального цикла, ограничивает действие эстрогенов, тормозя процессы пролиферации.

Под влиянием неблагоприятных факторов формируется дисбаланс гормонов - недостаток прогестерона и избыток эстрогенов, что приводит к чрезмерной пролиферации тканей молочной железы, возникает мастопатия.

Иногда мастопатия развивается из-за избыточной выработки гипофизом гормона пролактина. В норме пролактин вырабатывается в больших количествах при беременности и в период лактации для формирования материнского молока. Но бывает так, что пролактин избыточно секретируется и вне беременности, что является патологией и способствует появлению мастопатии.

Помимо гормональных нарушений к возможным причинам, провоцирующим развитие мастопатии относят:

- опухоли и воспаления яичников;
- заболевания щитовидной железы и надпочечников;
- заболевания печени;
- психологические проблемы-стрессы, депрессии, неврозы;
- нерегулярная половая жизнь, отсутствие беременностей и родов до 30 лет;
- частые аборты;
- наследственная предрасположенность;

- травмы молочных желез, в том числе и ношение тесного бюстгалтера на металлических косточках, что приводит к микротравмам груди;

- вредные привычки-курение и алкоголь;

- дефицит йода в организме.

*Различают два вида мастопатий:*

1. Узловая (или узловатая) мастопатия с единичным уплотнением - узлом в железе. Узловая (или узловатая) мастопатия бывает 2-х видов - в виде фиброаденомы (доброкачественная опухоль) или кисты (жидкостное образование); При этой форме мастопатии лечение хирургическое.

2. Диффузная мастопатия с множественными узлами в молочной железе. В зависимости от структуры узлов, диффузная мастопатия может быть:

- мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;

- мастопатия с преобладанием железистого компонента;

- мастопатия с преобладанием кистозного компонента (когда в железе обнаруживают множество кист);

- мастопатия смешанной формы.

*Симптомы мастопатии:*

Выраженность симптомов мастопатии зависит от вида мастопатии, от психологических особенностей женщины и от сопутствующих мастопатии заболеваний.

Чаще всего мастопатия выражается в виде тупых ноющих болей в молочной железе накануне менструации ("масталгия" или "мастодиния").

Характерно нагрубание и увеличение объема груди, что связано с отечностью соединительной ткани молочной железы. Данные симптомы наиболее часто беспокоят пациенток с мастопатией (около 90%), особенно при диффузной форме мастопатии, когда боли в груди могут носить нестерпимый характер.

Реже при мастопатии могут быть выделения из сосков. Отделяемое может быть белого, прозрачного или зеленоватого цвета. В исключительных случаях возможно появление кровяных выделений, что является тревожным сигналом.

При самообследовании в домашних условиях при диффузной форме мастопатии можно выявить маленькие узелковые уплотнения в груди; при узловой форме определяется единичное образование в груди. В 10 % случаев при мастопатии увеличиваются лимфатические узлы в подмышечной области, что также можно пропальпировать при самообследовании.

*Диагностика мастопатии.*

Диагностика мастопатии включает:

- подробный опрос и осмотр, поверхностная и глубокая пальпация молочных желез как в положения стоя, так и лежа, пальпация лимфатических узлов в подмышечной области, в под- и надключичных областях, пальпация щитовидной железы для исключения ее патологии;

- маммография - рентген молочных желез - проводят на 7-10 день менструального цикла. Снимок делают в 2-проекциях - прямой и косой. Маммография позволяет определить вид мастопатии и степень выраженности изменений в железе;

- УЗИ молочных желез - более безопасный и простой метод диагностики, чем маммография. УЗИ молочной железы позволяет четко определить структуру образования

в груди (киста, фиброаденома и т.д). УЗИ при подозрении на мастопатию проводят на 5-10 день менструального цикла для большей информативности;

- при подозрении на онкологию показана биопсия (при помощи тонкой иглы берут кусочек ткани из подозрительного участка для гистологического исследования);

- гормональные исследования - проверяют уровень эстрогенов и прогестерона, при необходимости исследуют гормоны щитовидной железы и надпочечников;

- УЗИ органов малого таза, при выявлении патологии яичников показана консультация гинеколога;

- при выявлении фиброаденомы - показана консультация онколога-маммолога.

#### *Лечение мастопатии*

Лечение мастопатии подбирается индивидуально, зависит от вида и причины мастопатии. Лечение мастопатии может быть консервативным или хирургическим, но начать следует с изменения образа жизни и питания.

#### *Медикаментозное лечение мастопатии*

Консервативное лечение показано при диффузных формах мастопатий и подразумевает применение гормональных и негормональных препаратов. Лечение начинают только после консультации онколога, чтобы исключить необходимость срочного хирургического вмешательства.

#### *Негормональное лечение мастопатии*

Лечение мастопатии негормональными препаратами назначают в сочетании с гормонотерапией или отдельно. Препараты помогают быстро купировать симптомы мастопатии при легких проявлениях заболевания, а при соблюдении здорового образа жизни можно достичь полного излечения.

#### Для негормонального лечения мастопатии используют:

Витаминотерапию, назначают ее на длительный срок. Всем пациенткам с мастопатией показаны витамины группы А, В, С и Е.

Препараты йода (Йодомарин, Йод-актив, кламин) способствуют снижению пролиферативной активности тканей и регулируют функцию щитовидной железы. Но перед их назначением обязательно необходима консультация эндокринолога для выявления противопоказаний, таких как гипертиреоз, аутоиммунный тиреоидит.

При мастопатии, вызванной психологическими проблемами, назначают успокаивающие средства (настойки пустырника, валерианы и т.д), психотерапию.

Нестероидные противовоспалительные препараты (типа Диклофенака) для быстрого купирования болевого симптома при его наличии.

Гомеопатические препараты (Ременс, Мастодион, Циклодинон). Их лечебный эффект основан на снижении уровня пролактина в крови, что приводит к ликвидации патологических процессов в молочной железе при гиперпролактинемии. Назначаются эти препараты на длительный срок.

Фитотерапия (используется только в качестве дополнения к основному лечению)

Энзимные препараты, обладающие противоотечным, противовоспалительным, вторично анальгезирующим и иммуномодулирующим действием.

#### Гормональное лечение мастопатии

Гормональное лечение назначается для регулирования циклических изменений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники. Тем самым нормализуется гормональный фон,

эффективно воздействуя на тканевые элементы молочной железы. С этой целью могут быть использованы препараты:

- гестагены (Дюфастон, Утрожестан, Норэтистерон... назначают во вторую фазу менструального цикла, Прожестожель наружно для растирания груди);
- ингибиторы секреции пролактина (Парлодел) принимают при выявленной гиперпролактинемии с 10 по 25 день менструального цикла;
- эстроген-гестагенные оральные контрацептивы (Жанин, Марвелон) назначают женщинам до 35 лет по контрацептивной схеме в случае отсутствия овуляции и нарушения лютеиновой фазы;

Значительно реже при мастопатии возникает необходимость в использовании препаратов:

антиэстрогены (Тамоксифен, Фарестон) принимают в непрерывном режиме в течение 3-х месяцев;

андрогены (Метилтестостерон). Данную группу гормонов маммологи назначают чрезвычайно редко и только женщинам старше 45 лет из-за неприятных побочных эффектов.

В любом возрасте гормональное лечение любого заболевания должно проводиться только после предварительного исследования гормонального статуса. После 40 лет, из-за наличия сопутствующих заболеваний, у многих женщин имеются противопоказания к гормонотерапии.

#### *Хирургическое лечение мастопатии*

Хирургическое лечение применяют при узловых формах мастопатии, преимущественно при фиброаденомах, крайне редко при наличии кисты. При небольших размерах фиброаденомы (до 2 см) от хирургического лечения также можно воздержаться – показано динамическое наблюдение у маммолога.

Существует 2 вида оперативного вмешательства при мастопатии - секторальная резекция (вместе с сектором молочной железы удаляют опухоль) и энуклеация (вылущивание) опухоли или кисты (удаляют только опухоль/кисту).

Оперативное лечение мастопатии применяют по строгим показаниям:

- при подозрении на рак молочной железы по данным биопсии (только в этом случае выполняют секторальную резекцию);
- при быстром росте фиброаденомы (увеличение опухоли в 2 раза в течение 3-х месяцев);
- если киста единичная – показано удаление жидкости путем пункции (прокола образования), но при рецидиве узловой кисты показано ее вылущивание.

Операция по поводу узловой мастопатии проводится под общим или местным наркозом и длится в среднем 30-40 минут. Пациентку выписывают домой на следующие сутки или в день операции. Послеоперационные швы снимают на 7-10 сутки после операции.

#### *Лечение мастопатии народными средствами*

Желательно ограничить потребление кофе, чая, какао и шоколада. Дело в том, что эти продукты содержат метилксантины, которые могут провоцировать прогрессирование диффузной мастопатии и усиливать болевые ощущения.

Следует отказаться от вредных привычек (курение, алкоголь) и вести здоровый образ жизни - больше двигаться, избегать стрессов, спать не менее восьми часов в сутки;

включить в рацион питания рыбу, отварное мясо и продукты растительного происхождения.

Бюстгальтер следует носить правильного размера и подходящей формы - иначе это может привести к хронической деформации груди или, наоборот, к перегрузке связочного аппарата.

При любых формах мастопатий абсолютно противопоказаны тепловые процедуры - сауны, бани, длительное пребывание на солнце, солярий.

Больным рекомендуется усиленное потребление растительной пищи. Обогащение рациона овощами, фруктами, морепродуктами при отказе от больших количеств чая, кофе, какао и шоколада может являться при мастопатии и профилактикой рецидивов.

*Возможные осложнения мастопатий:*

- рецидив мастопатии после лечения. Как правило, это связано с невыявленными гормональными нарушениями;
- рак молочной железы. Риск перерождения в рак более высок у пациенток с фиброаденомами. При диффузной мастопатии такое грозное осложнение маловероятно.

*Профилактика мастопатии:*

- самообследование груди - главный метод профилактики мастопатии и рака молочной железы, направленный на раннее обнаружение изменений в груди, а значит пациентка своевременно обратится к врачу и не запустит заболевание. После менструации приблизительно на 5-7 день цикла женщине рекомендуется проводить пальпацию обеих молочных желез в положении лежа и стоя. Пальпацию начинают с подмышечной области по направлению к соску. Далее-грудь исследуют вертикально-сверху вниз- мягкими движениями. Чем раньше будет начато лечение, тем легче будет предотвратить развитие мастопатии и онкологии;
- беременность и лактация, отказ от абортов;
- регулярная половая жизнь;
- прием препаратов йода осенью и весной, потребление йодированной соли (при отсутствии противопоказаний со стороны щитовидной железы);
- здоровый образ жизни.

### **Сестринский уход при хорионэпителиоме**

Хорионэпителиома встречается относительно редко, составляя 2% всех злокачественных новообразований женских половых органов. Наблюдается у женщин в молодом детородном возрасте. Средний возраст больных хорионэпителиомой составляет 32.6 года.

Хорионэпителиома развивается из элементов ворсистой оболочки плода — хориона. Отмечают непосредственную связь возникновения хорионэпителиомы с беременностью. Опухоль развивается либо после патологической беременности, осложненной пузырьным заносом, либо после самопроизвольного или искусственного аборта (почти одинаково часто, в среднем 40%). После родов частота возникновения хорионэпителиомы составляет 20%. Наблюдаются случаи развития хорионэпителиомы по истечении длительного срока после беременности и у женщин в менопаузе.

*Симптомы хорионэпителиомы*

Основным симптомом при хорионэпителиоме матки является маточное кровотечение различной длительности и интенсивности. Чаще всего наблюдаются темные кровянистые выделения, периодически приобретающие характер обильных кровотечений. Повторные кровотечения приводят к анемии и похуданию больной.

Если опухоль располагается в толще мышечной стенки и не прорастает в полость матки, то маточного кровотечения может не быть. Заболевание в этих случаях проявляется в ухудшении общего состояния: нарастании общей слабости, появлении озноба и повышении температуры.

Другим симптомом, который наблюдается у больных с хорионэпителиомой матки, являются боли внизу живота, иногда схваткообразного характера. Боли могут быть первым сигналом угрожающего разрыва опухоли.

При гинекологическом исследовании больной, как правило, отмечается цианоз слизистой оболочки шейки матки. Пораженная хорионэпителиомой матка неравномерно увеличена, с выступающими мягковатыми узлами. Часто развитию хорионэпителиомы матки сопутствуют тонкостенные лютеиновые кисты яичников.

Наиболее часто метастазы хорионэпителиомы матки локализуются в легких, влагалищной стенке, параметрии.

Метастазы хорионэпителиомы в легкие обычно множественные, двусторонние и часто обнаруживаются при рентгенологическом исследовании еще до клинического их проявления. По мере роста метастатических образований в легких появляются кашель с кровохарканьем и одышка.

Метастазы хорионэпителиомы во влагалище имеют вид багрово-синюшных мягковатых узлов различной величины и располагаются преимущественно у входа во влагалище, вдоль передней влагалищной стенки и боковых стенок.

Метастазы хорионэпителиомы в головной мозг вначале проявляются головными болями и синдромом повышения внутричерепного давления с развитием очаговых органических симптомов.

#### *Диагностика хорионэпителиомы*

Диагностика хорионэпителиомы основывается на данных:

##### 1) анамнеза:

кровянистые выделения из матки, появляющиеся после удаления пузырного заноса, после аборта или родов, тошнота, рвота, нередко выделение молозива, боль внизу живота, кашель, высокая температура тела;

##### 2) гинекологического исследования:

цианоз слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки, ее разрыхление. При наличии метастазов во влагалище последние выступают в просвет влагалища в виде «темно-синего глазка» различной величины. Метастазы могут быть единичными или множественными.

Матка различных размеров (от нормальной до 16-18 недель беременности), неравномерной консистенции, бугристая (внутристеночное расположение опухолевых очагов), подвижна, безболезненна. Переход процесса на околоматочную клетчатку делает матку неподвижной, инфицирование хорионэпителиомы сопровождается болью внизу живота и высокой температурой (39-40° С), а иногда септическим состоянием, как при септическом (криминальном) аборте. При подслизистом расположении опухоли матка имеет округлую форму, тестоватую консистенцию. Распад опухоли самопроизвольный

(некробиоз) или под влиянием химиотерапии, сопровождается выделениями цвета малинового желе.

Длительные кровопотери, интоксикация при хорионэпителиоме ведут к анемизации и угнетению гемопоэза.

Кровянистые выделения, появляющиеся в различные сроки после удаления пузырного заноса, аборта или родов, являются прямым показанием к выскабливанию слизистой оболочки матки;

3) гормонального исследования:

определение хорионического гонадотропина, что является наиболее достоверным тестом в диагностике заболевания. Реакции Ашгейма - Цондека и Галли - Майнини позволяют определить количество экскретируемого гормона не менее 1700-2500 МЕ в 1 л мочи. При меньшей биологической активности опухоли эти реакции несостоятельны, что следует учитывать при гормональном контроле во время лечения и последующего диспансерного наблюдения;

4) рентгенологического исследования:

учитывая частое метастазирование хорионэпителиомы в легкие, при подозрении на хорионэпителиому необходима рентгенография легких. Метастазы могут быть солитарными, единичными или множественными, пневмониеподобными или в виде «снежной пурги»;

5) ангиографии:

асимметрия, извилистость и расширение маточных артерий, расширение и деформация внутриматочных сосудов, контрастирование мелких сосудов, капилляров и сосудистых полостей, наличие артерио-венозных анастомозов, задержка контрастного вещества в опухоли, расширение дренирующих вен. Ангиография в динамике позволяет судить об эффективности консервативного лечения и регрессе опухоли;

6) цитологического исследования:

результат часто положительный при аспирации содержимого полости матки и отрицательный при аспирации содержимого влагалища;

7) гистологического исследования соскобов из матки - основного метода диагностики.

Следует помнить, что при внутриматочном или подсерозном расположении опухоли гистологическое исследование соскоба полости матки может быть ложноотрицательным. Нередки ошибки и при исследовании соскоба из матки после аборта или удаления пузырного заноса в ранние сроки. Поэтому диагноз заболевания должен ставиться с учетом данных клинического, гормонального, рентгенологического и гистологического исследований.

Выскабливание слизистой оболочки матки, особенно повторное, должно проводиться по строгим показаниям; оно может способствовать диссеминированию опухоли;

8) радиоизотопного исследования, проводимого в основном с целью топической диагностики поражения печени и почек. Это исследование позволяет точно определить локализацию метастаза в печени и почках при размерах его больше 2-3 см в диаметре. Кроме того, определяется функциональная активность этих органов, что имеет большое значение при решении вопроса об эффективности химиотерапии.

*Лечение хорионэпителиомы*

Лечение при хорионэпителиоме начинается с химиотерапии. Назначают следующие химиопрепараты:

1) антифолиевые антиметаболиты - метотрексат и меркаптопурин.

Метотрексат назначают пятидневными курсами по 20-25 мг в день перорально или внутривенно. После каждого курса лечения делают пяти-семидневный перерыв для восстановления гемопоэза.

Меркаптопурин назначают по 200 мг в день одновременно с метотрексатом или в виде самостоятельного курса по 500-600 мг в день в течение 5 дней;

2) растительные алкалоиды: винбластин и винкристин.

Винбластин назначают десятидневными курсами по 5 мг в день внутривенно. Интервалы между курсами 7-10 дней. Как правило, проводят не более 3 курсов.

Винкристин назначают в возрастающих дозах внутривенно 1 раз в неделю, начиная с 0,5 мг и доводя до 3,5 мг однократно, всего на курс 8-12 мг;

3) противоопухолевые антибиотики: рубомицин - по 40-60 мг в день внутривенно в течение 5 дней, на курс 200-300 мг. Перерыв между курсами 5-7 дней (в зависимости от состояния гемопоэза), всего 5-6 курсов.

Карминомицин вводят по 10-16 мг внутривенно, на курс 75-80 мг.

С помощью химиотерапии можно добиться первичного излечения почти у половины больных хорионэпителиомой.

Параллельно с химиотерапией целесообразно проводить иммунотерапию ретроплацентарным гамма-глобулином, 2-3 курса (1 курс состоит из трех введений по 3-6-9 мл 1 раз в неделю).

Во время химиотерапии 2 раза в неделю определяют титр хорионического гонадотропина в моче, что позволяет установить чувствительность опухоли к применяемому химиопрепарату.

Хирургическое лечение при хорионэпителиоме показано при:

- внутрибрюшном или наружном (не поддающемся консервативному лечению) кровотечении,
- симптомах угрожающего разрыва матки или острого живота (причиной последних может быть перекрут лютеиновой кисты или разрыв ее);
- большой размер матки (свыше 12 недель, с наличием внутриматочных узлов);
- возраст больных свыше 40 лет;
- устойчивость опухоли к химиотерапии.

Объем хирургического вмешательства зависит от степени распространения процесса. При отсутствии макроскопического поражения яичников показана экстирпация матки; при видимом поражении яичников - экстирпация матки с двусторонней овариоэктомией; при подозрении на поражение регионарных лимфоузлов - экстирпация матки с лимфаденэктомией или расширенная пангистерэктомия. При большой величине опухоли матки и подозрении на разрушение сосудов целесообразна перевязка внутренних подчревных артерий.

В послеоперационном периоде, даже при резком снижении титра хорионического гонадотропина, целесообразно с целью профилактики метастазов провести 4-5 курсов химиотерапии при регулярном гормональном и рентгенологическом контроле.

Лучевая терапия при хорионэпителиоме должна применяться строго обоснованно и локализованно. Это обусловлено тем, что опухоль очень часто и рано дает метастазы в отдаленные органы и назначение лучевой терапии, обладающей иммунодепрессивным действием, без знания локализации метастазов недопустимо. Инволюция облучаемого



очага может сопровождаться прогрессированием недоступных облучению опухолей. Поэтому, только убедившись в точности расположения хорионэпителиомы, назначают прицельную лучевую терапию, которая является весьма эффективной.

При хорионэпителиоме применяют как андрогены (тестостерона пропионат - 1 мл 5% раствора, тестенат - 1 мл 10% раствора, сустанон -250 - 1 мл), так и эстрогены. Эстрогены (эстрадиола дипропионат или синэстерол) назначают в больших дозах - по 200 000-300 000 МЕ ежедневно на протяжении двух недель для подавления фолликулолестимулирующей и лютеинизирующей функций гипофиза.

#### *Осложнения хорионэпителиомы*

Химиотерапия сопровождается различными осложнениями.

В процессе лечения антифолиевыми препаратами возможна лейкопения с гипо- или агранулоцитозом. Как следствие гранулоцитопении нередко развиваются ангина, язвенный стоматит, энтерит, колит. Последний значительно чаще и в более тяжелой форме наблюдается при введении метотрексата через рот. Лечение часто сопровождается потерей аппетита, тошнотой, многократной рвотой. Нередко наблюдается частичная или полная аллопеция, конъюнктивит, токсический миозит.

При лечении винбластином лейкопения более выражена, чем при лечении метотрексатом. Она сопровождается тяжелой агранулоцитарной ангиной, лимфаденитом. Нередко наблюдается токсический миокардит и полиневрит. В связи с этим химиотерапию нужно проводить при строгом гематологическом контроле (ежедневный подсчет лейкоцитов, развернутый анализ крови не реже двух раз в неделю с исследованием тромбоцитов). При снижении количества лейкоцитов до 3000 в 1 мм<sup>3</sup> лечение следует приостановить.

При назначении повторных курсов химиотерапии необходимо исследование пунктата костного мозга и его гранулоцитарного ряда. Только эти исследования дают объективную информацию о состоянии гемопоэза.

#### *Профилактика хорионэпителиомы*

Для профилактики выраженных нарушений гемопоэза химиотерапию необходимо проводить на фоне гемостимулирующей терапии (гемотрансфузия свежей крови, введение лейкоцитарной массы, препаратов железа, натрия нуклеината, витаминов - тиамина, рибофлавина, пиридоксина, цианокобаламина, аскорбиновой кислоты, оксигенотерапия).

Все больные пузырьным заносом и хорионэпителиомой должны находиться на диспансерном учете. Контрольные обследования (клиническое, гормональное, рентгенологическое и др.) проводят в течение первых 2-3 лет через каждые 2 месяца, особенно при излечении консервативным путем. Больные пузырьным заносом после лечения состоят на диспансерном учете 3 года.

У больных хорионэпителиомой рецидивы заболевания в первичном органе или отдаленные метастазы наблюдаются через 9 и даже 12 лет после первичного и противорецидивного лечения. Это свидетельствует о том, что больных хорионэпителиомой не следует снимать с учета, необходимо строгое диспансерное наблюдение их (не реже 1 раза в 2-3 месяца) в течение не менее 5 лет. В дальнейшем сроки клинического, гормонального и рентгенологического исследований могут измениться.

### **Сестринский уход при раке молочной железы (раке груди)**

Рак молочной железы - это злокачественная опухоль, возникающая из ткани молочной железы, характеризующаяся довольно агрессивным ростом и способностью к активному метастазированию.

#### *Причины рака молочной железы*

Причинами развития рака молочной железы чаще всего являются гормональные изменения в организме: вступление в климакс, когда происходит активная перестройка гормональной регуляции организма женщины, теряют свою активность яичники, снижается выработка прогестерона и эстрогенов, организм переживает «гормональный кризис». Молочная железа и эндометрий (слизистая матки) наиболее реагируют на эти изменения, ткань молочной железы начинает рассасываться и замещаться жировой. Научно установлено что женским половым гормонам- эстрогенам, принадлежит ведущая роль в развитии рака молочной железы. Избыток половых гормонов в организме создает благоприятный фон для развития болезни. Наименее активно гормоны эстрогены ведут себя во время беременности и после родов - во время кормления грудью. Доказано, что роды и длительное кормление грудью (более 1 года) уменьшают риск развития рака молочной железы. С другой стороны, аборты приводят к гормональному «взрыву» в организме женщины, что может провоцировать развития опухолей. До настоящего времени нет единого мнения насчет влияния на развитие опухолей приема гормональных контрацептивных препаратов, но считается что, эти препараты снижают риск развития рака молочной железы, но увеличивают риск развития рака женских половых органов и остеопороза. Кроме того предрасположенность к развитию рака молочной железы могут вызывать вредные факторы окружающей среды: экология, а так же перенесенные ранее воспалительные заболевания груди - маститы.

Кроме того, у пациенток, имеющих в семье ближайших родственников, больных раком молочной железы (матерей и сестер) риск заболеть такой же опухолью возрастает более чем вдвое - семейные формы рака.

Доброкачественные заболевания молочных желез, такие как фиброзно-кистозная мастопатия, фиброаденоз или внутрипротоковый папилломатоз сами по себе не приводят к раку, но при этом, создают неблагоприятный фон для его развития.

Причиной развития опухолей молочной железы могут явиться лучевые воздействия, например облучение грудной клетки по поводу других заболеваний (опухолей легких, лимфатической системы), длительные и частые рентгенологические исследования грудной клетки по поводу воспалительных заболеваний или туберкулеза легких.

Конституциональное ожирение может приводить к развитию рака молочной железы и женской половой системы, при избытке жировой ткани в организме, она становится как бы самостоятельным эндокринным органом и начинает активно вырабатывать гормоны-эстрогены, действие которых и провоцирует развитие новообразований.

#### *Симптомы рака молочной железы*

Существует несколько форм роста рака молочной железы:

- узловая форма, наиболее частая, характеризуется наличием плотного узелка от 0,5 до 5 и более см, для нее характерны все нижеперечисленные признаки;
- диффузная: псевдовоспалительная (маститоподобная), рожистоподобная и панцирная формы. Все они крайне агрессивны, растут очень быстро, практически молниеносно, опухоль при этом не имеет четких границ, «расползается» по молочной железе и коже.

Для первых двух форм характерны признаки воспалительной реакции: болезненность молочной железы, ярко- красная окраска кожи её, подъемы температуры тела до 39 градусов С. С учетом данных симптомов часто случаются диагностические ошибки и пациенток лечат от воспалительных заболеваний, по имени которых и названы данные формы рака груди.

При панцирном раке опухоль покрывает молочную железу как «корка» стягивая ее и уменьшая в размерах.

В некоторых случаях рак молочной железы манифестирует в виде метастазов в лимфатических узлах на стороне поражения, при этом часто не удается обнаружить саму опухоль - говорят о скрытом раке молочной железы.

При небольших опухолях молочной железы, каких- либо симптомов не возникает. Наиболее внимательные женщины или их мужья могут обнаружить опухолевый узел в железе случайно, но в большой молочной железе обнаружить узел небольших размеров трудно. Выявленный узелок может быть болезненным при нажатии, круглым, ровным и подвижным - это говорит в пользу доброкачественной опухоли. Признаки злокачественности опухоли иные: узел на ощупь плотный как камень, поверхность его неровная, он неподвижен или незначительно смещается, может быть плотно фиксирован к окружающей ткани или коже, чаще безболезненный, может достигать значительных размеров (более 3- 5 см, иногда 10-15 см).

Необходимо оценить поверхность кожи над опухолью: при злокачественном процессе будет наблюдаться втяжение кожи, собирание в складочки, морщинки, симптом «лимонной корки» - локальный отек кожи над опухолью, может быть прямое прорастание опухоли на поверхность кожи, тогда она приобретает ярко-красную окраску и разрастания в виде «цветной капусты». Поверхностный компонент опухоли может кровоточить и нагнаиваться.

Подмышечные лимфатические узлы могут быть незначительно увеличены, подвижны и безболезненны - этого бояться не стоит, но, если узлы определяются в виде крупных и плотных, а порой сливающихся друг с другом - это говорит об их метастатическом поражении.

Иногда может возникать отек руки на стороне опухоли - это плохой признак, говорит о далеко зашедшей стадии и возникает при метастазах в подмышечные лимфатические узлы - происходит блокирование оттока крови и лимфатической жидкости от верхней конечности, возникает лимфостаз.

С учетом размеров опухоли выделяют *стадии (степени) развития рака молочной железы*:

Каждая из стадий подразделяется на А, В и С.

1 стадия: опухоль малых размеров (до 2 см), нет метастазов в подмышечных лимфатических узлах; наиболее благоприятная стадия в плане прогноза и выживаемости;

2 стадия: опухоль в размерах от 2 до 5 см, лимфатические узлы не поражены или размер опухоли до 2 см, есть метастазы не более чем в 4 л/узлах; 5-и летняя выживаемость при первых двух стадиях составляет в среднем около 78- 89 %. Данные стадии являются наиболее благоприятными.

3 стадия: опухоль более 5 см при наличии метастазов в лимфатических узлах или с прорастанием кожи; выживаемость составляет около 40-60%.

4 стадия: опухоль любого размера при наличии метастазах в других органах (костях, легких, печени, коже и так далее).

#### *Обследование молочной железы*

- правильный сбор анамнеза, осмотр, пальпация молочной железы лежа и стоя;
- маммография (рентгенологическое исследование молочной железы), для пациенток до 45 лет альтернативой маммографии является ультразвуковое исследование. Данное исследование позволяет выявить минимальные изменения в ткани железы, охарактеризовать их при этом как доброкачественные или злокачественные по определенным рентгенологическим признакам;

- биопсия опухоли - взятие маленького кусочка тонкой иглой для исследования под микроскопом. После чего можно более достоверно судить о природе опухоли, но исчерпывающий ответ возможен только после удаления опухолевого узла;

- дуктография (от латинского «дуктус»- проток) - рентгеновский снимок молочной железы с предварительным введением рентгеноконтрастного вещества в протоки. Используется это исследование для выявления внутрипротоковой папилломы - доброкачественной опухоли млечных протоков, которая проявляется кровянистыми выделениями из соска и перерождается в рак.

При подозрении на рак или при подтвержденном (рентгенологически и по результатам биопсии) раке молочной железы выполняется следующий минимум исследований:

- ультразвуковое исследование подмышечных лимфатических узлов для выявления метастазов в них;

- рентгенологическое исследование грудной клетки;

- ультразвуковое исследование брюшной полости с целью исключения наличия отдаленных метастазов в других органах.

В некоторых случаях используют так называемые онкомаркеры - исследование крови на белки, вырабатываемые только опухолью и отсутствующие в здоровом организме. Для рака молочной железы это Ca 15.3 он обладает низкой диагностической ценностью и используется обычно у пролеченных пациенток с целью выявления метастазирования в возможно ранние сроки.

#### *Лечение рака молочной железы*

Главным в лечении рака молочной железы, безусловно, является хирургический метод - удаление пораженного опухолью органа. Любое другое лечение дает поддерживающий, временный эффект.

Возможны различные варианты операции:

- удаление всей молочной железы с жировой клетчаткой и лимфоузлами подмышечной области с той же стороны (наиболее предпочтительно);

- удаление участка молочной железы с опухолью и лимфоузлами подмышечной области с той же стороны, с последующей лучевой терапией на зону операции;

- удаление молочной железы, грудных мышц, сосудов, а в некоторых случаях и ребер - при больших размерах и распространенности опухоли.

Часто операция дополняется еще каким-нибудь специальным противоопухолевым лечением:

- при отсутствии метастазов используется поддерживающее лечение - антигормональный препарат (тамоксифен) в течение 5 лет, с целью предотвращения возврата заболевания и появления метастазов.

- при наличии подтвержденных метастазов в подмышечных лимфатических узлах обязательно использование лучевой и химиотерапии. Лучевое лечение - это облучение на специальном аппарате в малой дозе ежедневно в течение 1 месяца. Химиотерапия - внутривенное введение химиопрепаратов.

- при выявлении метастазов в других органах (печени, легких, костях и так далее) обязательно использование химиотерапии, призванной уменьшить размеры метастазов или полностью уничтожить их.

Рак молочной железы чаще всего метастазирует в близлежащие лимфатические узлы - подмышечные и загрудные в зависимости от расположения опухоли; из отдаленных органов на первом месте по частоте поражения стоят кости (чаще - кости таза и позвоночник), но могут поражаться и любые; в легкие и плевру (покровную выстилку легких), в печень, головной мозг, яичники, кожу и другие органы. Если метастазы единичны, возможно их удаление - это дает больше шансов на излечение. Если же они множественные - возможна только поддерживающая химиотерапия. Большие проблемы доставляют пациенткам плевриты - метастатическое поражение выстилки легких, что ведет к нарушению ее проницаемости и накоплению жидкости в полости легких, приводящее к сдавлению органов - легких, сердца, и вызывающих одышку, тяжесть в груди и истощение больных.

#### *Осложнения опухоли молочной железы*

Осложнениями опухолей молочной железы могут быть: кровотечение из больших опухолей, воспаление опухоли и окружающих тканей, осложнения, связанные с метастазированием: патологические (в зоне метастаза) переломы костей, плевриты с быстрым накоплением жидкости и одышкой, одышка при множественных метастазах в легкие, печеночная недостаточность при множественных метастазах в печень и другие.

Осложнения связанные с операцией могут быть следующие: воспаление в зоне послеоперационной раны, длительная лимфорея (истечение лимфы - светлой части крови), связанное с удалением подмышечных лимфатических узлов и затягивающее заживление послеоперационной раны; лимфатический отек руки, связанный с нарушением оттока ввиду удаления большого количества узлов и замедлением тока лимфатической жидкости.

Без лечения пациентки страдающие раком молочной железы погибают очень быстро в течение 1-2 лет с момента выявления опухоли. Всегда эффективнее бороться с небольшой, начальной опухолью, чем с опухолью, давшей метастазы.

Лечение народными средствами в данном случае недопустимо: нельзя прикладывать никаких примочек, отваров или настоев, в некоторых случаях они могут ускорять рост опухоли.

Сам период лечения при раке молочной железы может достигать от нескольких недель (при условии операции) до нескольких лет (в случае поддерживающей химиотерапии). После лечения возможно ношение протеза после снятия швов и заживления раны или реконструкция груди (пластическая операция). Не рекомендуется загорать, категорически противопоказаны любые физиопроцедуры, горячие ванны, бани и сауны, так как они провоцируют возврат опухоли.

#### *Прогнозы и выживаемость при раке молочной железы.*

Рак молочной железы стоит на первом месте по частоте развития и смертности от онкологических заболеваний у женщин. Ежегодно в мире регистрируется до 1,5

миллионов новых случаев развития рака этого органа. Он является лидирующим по числу женской смертности (более 400 тысяч смертей ежегодно). На момент постановки диагноза 11,5 % женщин имеют отдаленные метастазы, а 10,3 % женщин погибают в течение первого года от неуклонного прогрессирования болезни. В России заболеваемость раком молочной железы ежегодно колеблется от 33,7 до 40 случаев на 100 тысяч женщин. В структуре заболеваемости злокачественными опухолями у женщин рак молочной железы составляет около 19%. Риск заболеть имеют примерно каждая 10 женщина в России.

Несмотря на улучшение результатов диагностики и лечения смертность от рака молочной железы в России не снижается вследствие выявления заболеваний в поздние сроки.

Рак молочной железы диагностируется в следующих соотношениях: 1-2 стадия выявляется в 61% случаев, 3 стадия- 26% и 4 стадия- 12%.

Заболеваемость раком молочной железы увеличивается с возрастом: рост начинается после 40 лет и достигает пика в 60-65 лет. Наибольший показатель смертности в возрастных группах 75-79 и 80-84 года.

Показателем эффективности лечения является так называемая, пятилетняя выживаемость, то есть число выживших пациенток в течение 5 лет с момента выявления опухоли. Для рака молочной железы он составляет 55%, то есть чуть более половины заболевших женщин живут 5 лет с момента выявления опухоли, без лечения этот показатель составляет не более 10%.

Диффузные формы рака (маститоподобные, рожистоподобные, панцирные) с момента выявления относятся не менее чем к 3 стадиям. Последняя стадия, а так же диффузные формы рака имеют очень плохой прогноз и малые шансы на выживаемость около 10%, 5 лет не проживает никто из заболевших. Выживаемость при опухолях молочной железы повышается при использовании комбинации нескольких методов лечения: операции, облучения и химиотерапии.

#### *Профилактика рака молочной железы*

Профилактика рака молочной железы, прежде всего, сводится к своевременной коррекции гормонального фона организма: устранении тягостных ощущений при климаксе (приливов, слабости и других), использование при необходимости гормональных препаратов (контрацептивов в маленьких дозировках). Профилактика мастопатии, доброкачественных изменений молочной железы - фиброаденомы, кистозной болезни, в виде приема специальных препаратов, своевременного удаления доброкачественных опухолей.

Естественной профилактикой опухолей женской репродуктивной системы является беременность и роды, риск развития рака возрастает у позднородящих женщин (после 30 лет) и у нерожавших. Стоит избегать аборт, использовать контрацепцию. Кроме операционного риска: угроза разрыва матки (при выскабливании) и кровотечения, риск наркоза, аборт вызывает гормональный «взрыв» в организме женщины, который может привести к фатальным последствиям. Пациенткам, имеющим семейный анамнез рака, особенно рака молочной железы, необходимо ежегодно проходить рентгенологическое исследование молочных желез - маммографию.

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что у женщин, работающих в ночные смены, авиационных служащих (стюардессы, диспетчеры), операторов радио и телеграфа отмечается повышенный риск развития рака молочной железы, тогда как у женщин

первично слепых (то есть имеющих световую депривацию) этот риск в 2 раза меньше. Эти данные достоверно подтверждают противоопухолевую активность гормона мелатонина, вырабатываемого организмом здорового человека в темноте. Таким образом, важной мерой профилактики рака является еще и полноценный сон в полной темноте в ночные часы.

Рак молочной железы встречается и у мужчин. Вначале его развитию предшествуют явления гинекомастии - увеличения молочной железы в размерах и развитие в ней железистой ткани. Лечится теми же методами что и у женщин: операция с последующей химио- или лучевой терапией. Рак у мужчин характеризуется не менее агрессивным течением, что и у женщин: может давать множественные отсевы.