

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ГРУДИ

Тененчук Наталия Дмитриевна

студент, Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Бородулина Анастасия Алексеевна

студент, Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Аннотация. На сегодняшний день рак груди стал одной из главных болезней современной цивилизации. Но несмотря на это, методы лечения долгое время оставались не совсем эффективными. Рак молочной железы возникает у тех женщин, которые имеют определенные факторы риска, которые увеличивают шансы развития болезни. От раннего выявления этого заболевания зависит эффективность лечения и прогноз выздоровления. Поэтому очень важно уметь определять данное заболевание на ранних стадиях.

Ключевые слова: Рак молочной железы; маммография; боль в груди; онкомаркеры; адъювантная терапия; мастэктомия; смертность

Во всем мире рак груди является наиболее часто диагностируемым опасным для жизни заболеванием и основной причиной смерти среди женщин. Только около 6% пациентов с раком груди диагностируются с метастазами при обращении, но почти у 30% пациентов развиваются метастазы после постановки диагноза и лечения первичной опухоли. [1] При диагностике метастатической болезни IV стадии или при рецидиве метастатической болезни для подтверждения диагноза рекомендуется биопсия и гистологическое исследование опухоли, а также для выявления биомаркеров, на основании которых принимаются решения о лечении. Ранний рак молочной железы может протекать бессимптомно, при этом боль и дискомфорт обычно отсутствуют. Симптомы метастатического рака груди различают в зависимости от локализации рака.

Клетки первичного рака груди метастазируют через кровеносные сосуды в отдаленные органы. У пациентов часто появляются метастазы в нескольких местах. Наиболее частыми участками метастатического распространения рака груди являются кости, легкие и печень. При исследовании были отмечены следующие участки в порядке убывания частоты: [2]

Легкое; Кость; Печень; Плевра; Надпочечники; Желудочно-кишечный тракт; Брюшина; Перикард; Головной мозг; Кожа; Яичник; Почка; Щитовидная железа; Поджелудочная железа; Селезенка; Сердце; Матка.

Трудно отличить боль, связанную с метастазами рака груди в кости, от боли, связанной с другими причинами. [3] Симптомы метастазов в кости могут включать:

-Внезапно возникшая сильная боль

- Переломы
- Боль в шее и / или спине
- Онемение или слабость
- Затрудненное мочеиспускание
- Запор
- Усталость
- Тошнота
- Потеря аппетита / обезвоживание
- Высокий уровень кальция в крови из-за разрушения костей

Как и в случае метастазов рака груди в другие места, распространение в легкие первоначально может протекать бессимптомно. Одышка и кашель - частые симптомы метастазов в легких. Другие симптомы включают:

- Грудная боль
- Повторные инфекции (например, бронхит, пневмония)
- Крайняя усталость
- Кашель с кровью
- Хрипы; Охриплость
- Потеря веса

Метастазы в печень также могут протекать бессимптомно. Обычно сообщаемые симптомы включают [4] :

- Зуд: зуд, связанный с метастазами в печень, вызван накоплением желчных кислот в коже. Этот зуд может быть сильным и обычно считается одним из наиболее раздражающих симптомов.
- Желтуха: кожа или глаза могут пожелтеть из-за обширного поражения печени или закупорки желчного протока.
- Боль в животе: обычно ощущается под ребрами с правой стороны.
- Боль в плече: нервы, проходящие рядом с диафрагмой, могут сдавливаться и вызывать боль в правом плече.
- Икота: увеличенная печень может давить на диафрагму и вызывать икоту.
- Тошнота, потеря аппетита и потеря веса
- Усталость; Высокая температура
- Асцит
- Отек лодыжек

Всесторонний обзор литературы по метастазам в головной мозг при раке груди за 2016 год

показал, что наиболее частыми симптомами были головная боль (35%), рвота (26%), тошнота (23%), гемипарез (22%), визуальные изменения (13%), и судороги (12%). [5] Другие симптомы, связанные с метастазами в мозг при раке груди, включают: Онемение; Головокружение / проблемы с балансом; Покалывание в конечностях; Потеря баланса; Изменения личности, изменения поведения, изменения настроения, нарушение суждения; Усталость; Спутанность сознания.

По оценкам, по состоянию на 2020 год в России скончались более 685000 женщин с метастатическим раком груди. [1] Это онкологическое заболевание на сегодняшний день стало самым распространенным, опередив рак легких. Обширные исследования за последние 30 лет привели к значительному прогрессу в нашем понимании того, как возникает рак груди и у кого он возникает. Это привело к разработке более целенаправленных и менее токсичных методов лечения. Лечение метастатического рака молочной железы зависит от расположения метастазов, симптомов и предшествующего лечения рака молочной железы.

Рак груди - одно из самых распространенных злокачественных новообразований, распространяющихся на кожу. Наиболее вероятным местом кожных метастазов у женщин является грудная клетка; реже встречаются участки кожи головы, шеи, верхних конечностей, живота и спины. [6] Кожные метастазы чаще всего возникают при раке груди, кожи, желудка, легких, матки, толстой кишки и почек. В большинстве случаев кожные метастазы развиваются после первоначального диагноза первичного злокачественного новообразования (например, метастазы карциномы груди в грудную стенку через несколько лет после мастэктомии). Распространенные кожные метастатические участки и их вероятные первичные участки [6,7] :

-Метастазы в кожу головы: грудь, легкие, почки.

-Метастаз в шею: плоскоклеточный рак полости рта.

-Метастаз в лицевую область: плоскоклеточный рак полости рта, почечная клетка, легкое.

-Метастазы в конечности: злокачественная меланома груди, легких, почек, кишечника.

-Метастазы в грудную клетку: грудь, легкие, злокачественная меланома.

-Метастазы в брюшную полость: толстая кишка, легкие, желудок, грудь, яичник.

-Метастаз в таз: толстая кишка.

-Метастаз в спину: легкое.

Пациентам, перенесшим операцию по поводу рака груди, может потребоваться маммографический скрининг. Если пациенту удалили одну грудь хирургическим путем (тотальная мастэктомия), то рекомендуется продолжить ежегодный скрининг другой груди, так как женщина подвергается более высокому риску развития рака в оставшейся груди. Если пациентке выполнялась подкожная мастэктомия или мастэктомия с сохранением сосков, частичная мастэктомия или лампэктомия, то рекомендуется ежегодный скрининг оперированной груди. Первая маммограмма такой груди часто проводится через 6 месяцев после операции, чтобы получить новый исходный уровень после операции и лучевой терапии. После этого маммографию можно назначать каждые 6-12 месяцев для скрининга и последующего наблюдения. [8]

Пациенты с грудными имплантатами представляют собой особую проблему при визуализации. В таких случаях к четырем стандартным маммографическим изображениям добавляются четыре специальных просмотра. Имплантат необходимо отвести в сторону, чтобы можно было визуализировать подлежащую ткань груди. Хотя МРТ может быть значимой для оценки целостности силиконовых имплантатов в этой группе пациентов, она не рекомендуется для скрининга пациентов с имплантатами среднего риска. Разрыв имплантата с физиологическим раствором можно определить с помощью стандартной маммографии.

cN3 указывает на метастазы в латеральном подключичном (подмышечный уровень III) лимфатическом узле (ax) - с поражением подмышечных узлов I, II уровня или без него - или в латеральном внутреннем лимфатическом узле (ax) молочной железы с метастазами в подмышечные лимфатические узлы I, II уровня; или метастазы в латеральных надключичных лимфатических узлах с вовлечением подмышечных или внутренних лимфатических узлов молочной железы или без такового. Местное облучение следует рассматривать для пациентов с локализованным заболеванием костей, которое является симптоматическим или подверженным риску возникновения серьезных осложнений (например, компрессии спинного мозга или патологического перелома). Согласно Руководству по клинической практике рака молочной железы Национальной комплексной онкологической сети (NCCN), в сочетании с химиотерапией или эндокринной терапией может быть назначено любое из следующего (все с добавлением кальция и витамина D) [9] :

-Деносумаб 120 мг подкожно каждые 4 недели или

-Золедроновая кислота 4 мг внутривенно в течение 15 минут или

-Памидронат 90 мг внутривенно в течение 2 часов.

Лечение одним эндокринным агентом или одобренным ингибитором CDK4 / 6 в комбинации с гормонотерапией обычно продолжается у пациентов с метастатическим гормонально-чувствительным раком молочной железы до прогрессирования заболевания. Было показано, что ингибиторы ароматазы (ИА) более эффективны, чем тамоксифен, для адъювантной терапии и метастатического поражения. Женщины в постменопаузе, у которых наблюдается рецидив или развивается прогрессирующее заболевание на селективном модуляторе рецепторов эстрогена (например, тамоксифен), могут быть переведены на ИИ. Пациенты, у которых наблюдается рецидив или прогрессирование заболевания при приеме нестероидного ИА (например, анастрозола или летрозолола), могут быть переведены на стероидный ИА (например, экземестан) или селективный ингибитор рецепторов эстрогена (например, фулвестрант). Пациентам в постменопаузе (и пациентам в пременопаузе в сочетании с химическим подавлением функции яичников) с метастатическим раком молочной железы, не получавшим лечения, следует предлагать нестероидный ИА и ингибитор CDK4 / 6. Фулвестрант и ингибитор CDK4 / 6 следует предлагать пациентам с прогрессирующим заболеванием во время лечения ИИ (или у которых развился рецидив в течение 1 года после адъювантной терапии ИИ) с одной линией предшествующей химиотерапии при метастатическом заболевании или без нее или в качестве терапии первой линии . Лечение должно быть ограничено теми, кто ранее не принимал ингибиторы CDK4 / 6 при метастазах. Режим фулвестранта при монотерапии составляет 500 мг внутримышечно в дни 1, 15 и 29, а затем один раз в месяц; его также можно комбинировать с ингибитором CDK 4/6, таким как абемациклиб, палбоциклиб или рибоциклиб.

Системную химиотерапию следует назначать пациентам с гормонально-нечувствительным заболеванием или пациентам с симптоматическим гормоночувствительным заболеванием, которые не ответили на какие-либо варианты гормональной терапии или которые имеют умеренные или тяжелые симптомы и нуждаются в срочном облегчении симптомов. Варианты химиотерапии, содержащей цитотоксические вещества, включают монотерапию и комбинированные цитотоксические схемы.

Список литературы:

1. Zdrav.expert Медтех-портал // Рак молочной железы, 2021. URL: <https://zdrav.expert/index.php> (дата обращения: 22.12.2021)

2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии" Минздрава России. М., 2018. 236 с.

3. Ганцев Ш.Х., Ханов А.М., Демидов М.И. Рак молочной железы. -М.: 2004. -114 с.

4. Воротников И.К., Богатырев В.Л., Корженкова Г.П. Листовидные опухоли и саркомы молочных желез: клиника, диагностика, лечение//Маммология. -2006. -№1. -С. 29-35.
5. Семиглазов В.В., Топузов Э.Э. Рак молочной железы. -М.: Медпрессинформ, 2011. -172 с.
6. Wells P.N. Liang H.D. Medical ultrasound: imaging of soft tissue strain and elasticity // J.R/Soc. Interface. - 2011.V.S. - № 64. - P.1521-1549.
7. McHenry K.A. The Green Solution to Breast Cancer: A Promise for Prevention. Santa Barbara: ABC-Clio, LLC, 2015.
8. Winters S., Martin C., Murphy D., Shokar N.K. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening // Prog. Mol. Biol. Transl. Sci. 2017. V. 151. P. 1-32. DOI: 10.1016/bs.pmbts.2017.07.00
9. Феденко А.А. Влияние некоторых иммуномодуляторов на иммунную систему и переносимость адъювантной химиоили лучевой терапии у больных раком молочной железы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 181 с.