



# Заболевания молочной железы

Общая классификация заболеваний молочной железы включает рассмотрение всех заболеваний. В хирургической клинике для удобства рассмотрения целесообразно выделять 4 группы заболеваний молочной железы:

1. Воспалительные заболевания: острый и хронический мастит, специфическая инфекция МЖ (туберкулез, актиномикоз, сифилис, эхинококкоз и др.).
2. Дисгормональная гиперплазия: мастопатия и гинекомастия.
3. Доброкачественные образования: аденома, фибroadенома, липома, ангиома и другие.
4. Злокачественные образования молочной железы (рак, саркома и другие виды опухолей)

- Женщина сама должна каждый месяц после окончания менструации обследовать молочные железы в направлении по часовой стрелке и снаружи кнутри. Осмотр нужно проводить стоя с запрокинутой за голову рукой и лежа на боку, сначала левом (обследуя правую грудь), а затем правом боку (обследуя левую грудь).
- Наличие, какого либо уплотнения, образования, мокнутия или выделений из соска, изменение кожных покровов (цвета кожи, припухлость, морщинистость) должно насторожить женщину в отношении какой либо патологии и должно немедленно подтолкнуть ее к обращению в специализированную клинику к специалисту.
- Также сама женщина может осмотреть подмышечные впадины на предмет увеличенных лимфатических узлов и если таковые обнаружались, нужно срочно обратиться к врачу.



1) Осмотрите перед зеркалом форму груди и внешний вид кожи и сосков.



2) Поднимите руки вверх и осмотрите свою грудь, сначала спереди, затем с обеих сторон.



3) В положении стоя надавите на грудь тремя средними пальцами руки.



4) Начните с верхней внешней четверти - ткань здесь обычно более плотная - и далее продвигайтесь по часовой стрелке.



5) Затем сожмите каждый сосок по отдельности между большим и указательным пальцами, посмотрите, не выделяется ли жидкость.



6) Продолжите обследование в положении лежа - вновь по кругу, каждую четверть по порядку.




7) Нащупайте пальцами лимфоузлы в области подмышек.


Если вы установите какие-либо изменения, обратитесь пожалуйста к своему лечащему врачу.

Обследуй себя и оставайся здоровой!



Советы от BIONORICA®

- 
- Для постановки точного диагноза помимо маммографии и/или ультразвукового исследования проводится также пункционная биопсия или магнитно-резонансная томография.

- 
- Дополнительное исследование для оценки распространенности опухолевого процесса назначается в зависимости от свойств первичной опухоли, размера подмышечных лимфоузлов, а также от выявленных пациенткой симптомов болезни. Сцинтиграфия скелета и компьютерная томография органов брюшной полости и грудной клетки являются основными методами исследования при метастазировании рака молочной железы

Доброкачественные заболевания молочных желез (ДЗМЖ) широко распространены в женской популяции и характеризуются спектром клинически значимых аномалий, выявляемых при использовании инструментальных методов, или в виде пальпируемых образований, которые определяются при физикальном обследовании.

Синонимы доброкачественной дисплазии  
молочной железы: "мастопатия",  
"фиброзно-кистозная мастопатия",  
"дисгормональная гиперплазия  
молочных желез", "фиброзно-кистозная  
болезнь", "доброкачественная болезнь  
молочной железы", "фиброаденоматоз



## Мастопатия

По определению ВОЗ (1984), мастопатия - это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительно-тканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

## Классификация

Выделяют диффузные и узловые формы формы.

1. Диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии:

- диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
- диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
- смешанная форма диффузной мастопатии;
- склерозирующий аденоз.

2. Узловая форма.

- В ряде случаев ФКБ может явиться промежуточной стадией в развитии злокачественного процесса.
- Поскольку доброкачественные заболевания и рак молочной железы имеют много общего в этиологических факторах и патогенетических механизмах, факторы риска развития мастопатии и рака молочной во многом идентичны.
- Мастопатия – мультифакторное заболевание, связанное как с генетическими факторами, так и с факторами окружающей среды.

- В возникновении и развитии дисгормональных заболеваний огромная роль отводится состоянию гипоталамо-гипофизарной системы.
- Нарушение нейрогуморальной составляющей репродуктивного цикла ведет к активации пролиферативных процессов в гормонально зависимых органах, в том числе и в тканях молочной желез, которые являются мишенью для стероидных гормонов яичников, пролактина, плацентарных гормонов и опосредованно гормонов других эндокринных желез организма.
- Доброкачественные заболевания молочных желез в 70% случаев сочетаются с различными нарушениями в нейроэндокринной и репродуктивной системах.

Среди многообразия факторов экзо- и эндогенных факторов определяющим в патогенезе доброкачественных заболеваний молочных желез является нарушение ритма секреции гонадотропных гормонов, а возникший при этом гормональный дисбаланс выражается в абсолютной или относительной гиперэстрогении и недостатке прогестерона.

Таким образом, решающая роль с развитием заболеваний молочных желез отводится прогестерондефицитным состояниям, при которых избыток эстрогенов вызывает пролиферацию всех тканей железы.

- Клиника. Первичный осмотр начинается с анализа анамнестических данных. Большое значение в понимании причин возникновения мастопатии имеют данные о перенесенных и особенно сопутствующих заболеваниях половых органов, печени и щитовидной железы. Учитывают возраст наступления первой беременности, число родов, искусственных и самопроизвольных абортов, данные социально-бытового характера, так как одним из ведущих причинных факторов возникновения мастопатии является длительный психический стресс. Уточняют жалобы, время их появления, связь с менструальным циклом, наличие выделений из сосков, их цвет, консистенцию, длительность и постоянство.

- Клиническое обследование включает в себя осмотр и мануальное исследование. Проводится поверхностная и глубокая пальпация желез и региональных лимфатических узлов, которая позволяет определить консистенцию молочных желез, симметричность, наличие уплотнений, их характер, распространенность, наличие отека и соотношение с окружающими тканями. Особое внимание уделяют имеющимся узловым образованиям, определяют их размер, плотность, однородность, количество, подвижность.

- Диффузная мастопатия клинически проявляется болезненным набуханием молочных желез, которое может усиливаться во второй фазе менструального цикла, появляются выделения из сосков. При пальпации молочных желез определяется грубая дольчатость, тяжесть и мелкая зернистость, выраженные в одной или обеих молочных железах. Боли и уплотнение в молочных железах и выделения из сосков при диффузной мастопатии бывают непостоянными и могут периодически усиливаться или уменьшаться, особенно после начала менструаций.



Узловая мастопатия является следующей стадией заболевания. Она характеризуется появлением постоянных очагов уплотнения в одной или обеих молочных железах. Кроме этих уплотнений, сохраняются признаки диффузной мастопатии: грубая дольчатость, зернистость, тяжесть, выделения из соска. Отличительными признаками от онкологических заболеваний являются отсутствие таких симптомов, как умбиликация, лимонной корки, утолщения складки ареолы, втяжение соска, увеличение регионарных лимфоузлов.

## Диагностический алгоритм

### Объективные данные:

- - синдром диффузных изменений в молочной железе (пальпаторно молочные железы в диффузно расположенными узлами), нерезко отграниченными от окружающих тканей.
- - синдром патологической секреции из соска (наличие выделений из соска вне периода беременности и лактации. Выделения бывают кровянистыми, серозные, молозивные, гнойевидные, слизистые и др.
- - синдром узлового образования в молочной железе (пальпаторно в молочной железе определяется образование с ровными четкими контурами, хорошо отграниченное от окружающих тканей, подвижное, иногда умеренно болезненное);
- - симптом Кенига положительный (при попытке зафиксировать узловое образование рукой оно «выскальзывает» из-под нее).

Дополнительные методы исследования:

Неинвазивные методы исследования:

- ультрасонография ( нарушение паренхиматозно-стромального соотношения, визуализация анэхогенного образования с ровным четким контуром (киста) .

- доплерсонография –цветовое отображение кровотока в регионарной сосудистой сети – узловые доброкачественные образования характеризуются отсутствием усиления кровотока в зоне патологического объекта за счет увеличение количества сосудов и суммарного объемного кровотока;


- рентгеновская маммография - проводится пациенткам старше 35 лет в 1 фазе менструального цикла ( при диффузных формах определяются множественные тени неправильной формы с расплывчатыми контурами, которые в совокупности дают неоднородную тень, занимающую всю молочную железу; для узловых форм характерно наличие тени в ровными четкими контурами, с ободком просветления по наружному контуру образования.

- компьютерная и магнитно-резонансная томография (по сравнению с маммографией обладает более высокой разрешающей способностью, позволяя оценить образования любой плотности, все отделы молочных желез).
- цитологическое исследование выделений из соска (выполняется троекратно)
- гормональное исследование крови (нарушение соотношения эстрадиол-тестостерон, дефицит прогестерона и др. нарушений).

Инвазивные методы исследования:

- дуктография (деформация протоков с неравномерным расширением калибра на отдельных участках; наличие дефекта наполнения полициклической формы, с довольно четкими контурами).

- тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (выявление гиперплазии, метаплазии, дисплазии I, II, III степени и атипии эпителия долек, протоков и выстилки кисты).
- трепан – биопсия патологических тканей ( позволяет получить столбик ткани для гистологического исследования)
- прицельная пункционная биопсия под контролем УЗИ ( показанием к проведению является наличие непальпируемого образования в молочной железе; полученный материал направляется на цитологическое и гистологическое исследования).



Лечение. Развитие мастопатии часто происходит на фоне хронических воспалительных процессов в половых органах, дисфункции яичников, заболеваний щитовидной железы, печени в сочетании с функциональными расстройствами нервной системы. У каждой больной мастопатией следует выявить основную причину или фон, на котором развилось заболевание.

Медикаментозная терапия диффузной мастопатии:

1. Немедикаментозное лечение:

- нормализация половой и репродуктивной функции;
- коррекция диеты, направленной на устранение метаболического синдрома;

Лечение больных с узловой формой мастопатии следует начинать с секторальной резекции молочной железы с обязательным срочным гистологическим исследованием

-II Медикаментозное лечение:

1. Негормональная терапия:

Витамины - продолжительность приема 3-6 месяцев:

Ретинол -3300 МЕ/ сут через 10-15 мин после еды.

Токоферола ацетат 100 мг/ сут внутрь или в/м

Пиридоксин - вит В6 0,005 г х 2 р/сут. 30 дней, курс повторяют через 2 мес.

Иодид калия 100 мг/ сут 6 мес.



*Гепатопротекторы:*

Эссенциальные фосфолипиды - 300 мг х 3  
раза в сутки, после еды

Р-р ремаксол - 400 мл в/в

*Седативные препараты:*

настойка валерианы – 20 кап. на ночь

Ново-пассит по 1 таб. на ночь 3-6мес.

*Фитотерапевтические средства:*

Мастодинон Н - по 30 кап. X 2раза в  
сутки 3-6 мес.

Индинол по 1 кап. X3 раза в день до 6 мес.

## Гормональная терапия

### А) Гестагены:

Прогестерон – 10 мг/ сутки в/м 1 раз в день с 16 по 25 день менструального цикла 3 мес.

Прогестерон ( дюфастон) - капс. – 100 мг x 2 раза в день 16 по 25 день менструального цикла 3 мес.

Прогестерон гель

Б) Комбинированные эстроген- гестагенные препараты.


Узловые формы ФКБ – подлежат хирургическому лечению по следующим методикам:

1. секторальная резекция молочной железы;
2. энуклеация фиброаденомы;
3. склерозирование кисты ( этанолом, «Сульфакрилатом») под УЗИ контролем
4. лазерная интерстициональная термотерапия ( лазерное склерозирование) кист молочной железы.

Из воспалительных заболеваний молочной железы наибольшее практическое значение имеет мастит. Различают три формы мастита: острый, хронический и специфический.

Острый мастит является результатом проникновения инфекции в млечные протоки через сосок, обычно в результате сосания грудным ребенком. Острый мастит встречается в основном у кормящих женщин – лактационный мастит. Послеродовой мастит является одним из наиболее частых осложнений послеродового периода.

Лактационный мастит, как острая инфекция молочной железы, часто связана с повреждением области соска (царапины). Реже мастит встречается у не кормящих. Вне лактационного периода мастит связан с воспалением кист или протоков различного происхождения.



Основным возбудителем гнойного мастита является золотистый стафилококк. Проникновение возбудителя в ткани молочной железы происходит лимфогенным путем через трещины сосков и галактогенным путем – через молочные ходы.

Классификация, предложенная Б.Л. Гуртовым (1975).

1. По характеру воспалительного процесса различают негнойные (серозный и инфильтративный) и гнойные (абсцедирующий, инфильтративно-абсцедирующий, флегмонозный и гангренозный) формы острого лактационного мастита. Три формы лактационного мастита по сути дела являются последовательными стадиями острого воспалительного процесса:

- а. Серозный (начинающийся) мастит.
- б. Инфильтративный мастит.
- в. Гнойный мастит.

– Инфильтративно-гнойный:

- диффузный,
- узловой.

– Абсцедирующий:


- фурункулез ареолы,
- абсцесс ареолы, • абсцесс в толще железы,
- абсцесс позади железы (ретромаммарный).

– Флегмонозный: • гнойно-некротический.

– Гангренозный.

2. В зависимости от локализации очага воспаления мастит бывает подкожным, субареолярным, интрамаммарным, ретромаммарным и тотальным, когда поражаются все отделы молочной железы






Заболевание начинается остро. Появляется чувство тяжести в молочной железе, затем боль в первые часы развития мастита. Ухудшается самочувствие больных, отмечается слабость, температура тела повышается до 37,5–38,0°C.

Молочная железа незначительно увеличивается в объеме, гиперемия кожи умеренная или едва заметная. При пальпации определяются болезненность и умеренная инфильтрация тканей железы без четких границ, дольки ее теряют зернистую структуру. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы в подмышечной области в виде небольших плотных болезненных образований. После вскрытия гнойников, особенно самопроизвольного, могут образовываться молочные свищи, которые закрываются самостоятельно в течение длительного времени.

## Консервативное лечение мастита

Лечение начальных форм маститов консервативное.


При длительности заболевания менее 3 сут., температуре тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , удовлетворительном состоянии больных, наличии инфильтрата в пределах одного квадранта железы и отсутствии других местных признаков гнойного воспаления возможна консервативная терапия. Важное условие лечения – опорожнения молочной железы от молока, для чего лучше применять молокоотсос. При выраженном лактостазе в пораженной железе эффективно применение парлодела, назначаемый внутрь по 2,5 мг 2 раза в день в течение 3 сут. Важнейшим компонентом комплексной терапии лактационных маститов является комплексное применение антибиотиков.



При начальных стадиях лактационного мастита антибиотики, как правило, вводят внутримышечно. Помимо антибактериальной терапии, важное место в лечении начинающих маститов принадлежит физическим факторам воздействия. При выраженных явлениях интоксикации показана инфузионная терапия. При отсутствии положительной динамики в течение 2 сут консервативной терапии показано оперативное лечение.

## Оперативное лечение

Основанием для оперативного лечения являются сочетание высокой температуры тела и наличие плотного болезненного инфильтрата в тканях молочной железы. При гнойном мастите показана операция под наркозом. Гнойник вскрывают радиарными разрезами, удаляется гной, полость гнойника обследуется пальцем, разделяют перемычки, промывают раствором перекиси водорода с оставлением дренажа.



Для вскрытия интрамаммарного гнойника применяют радиальный разрез над местом уплотнения и гиперемии кожи. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и капсулы железы вскрывают гнойник. При расположении локализованного гнойного очага ближе к ареоле в настоящее время оптимальным является параареолярный разрез.