

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
АСТРАХАНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
АСТРАХАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**О.А.Иванов, В.Г.Акишкин, Ю.В.Оганесян,
Н.Г.Богомолов, Л.А.Бахмутова, В.В.Гуськов,
А.И.Шелехов-Кравченко, С.П.Иванова**

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МАММОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Астрахань – 2008

УДК: 618.19
ББК: 54.1
0 75

Авторы:

О.А.Иванов, докт.мед.наук, врач Астраханского областного онкодиспансера;
В.Г.Акишкин, канд.мед.наук, министр здравоохранения Астраханской области;
Ю.В.Оганесян, главный врач Астраханского областного онкодиспансера, заслуженный врач РФ;
Н.Г.Богомолов, зав. поликлиникой Астраханского областного онкодиспансера;
Л.А.Бахмутова, доц. канд.мед.наук, зав. кафедрой сестринского дела и ухода за больными с курсом перинатологии Астраханской государственной медицинской академии;
В.В.Гуськов, канд. мед.наук. доц. кафедры сестринского дела и ухода за больными с курсом перинатологии Астраханской государственной медицинской академии, профессор РАЕ.
А.И.Шелехов-Кравченко, канд.мед.наук, генеральный директор ОАО «Новая поликлиника- Астрахань».
С.П.Иванова, студентка 4 курса АГМА, факультета МВСО.

АННОТАЦИЯ

В представленном пособии на основании собственного опыта авторов и анализа литературы систематизированы сведения о семиотике заболеваний, методах обследования и лечения наиболее распространённой патологии молочной железы. Пособие предназначено для широкого круга читателей, начиная от студентов медицинских учебных заведений и кончая врачами с большим клиническим стажем работы. Это издание особенно будет полезным для врачей и средних медицинских работников первичной лечебной сети– участковым терапевтам, врачам общей практики, хирургам и онкологам, гинекологам, медработникам ФАП и смотровых кабинетов.

Рецензенты:

В.В.Старинский, профессор, доктор медицинских наук, зам. директора по научной работе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена, учёный секретарь Ассоциации онкологов России;
С.К.Джубалиева, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения общей онкологии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена.

Печатается по решению редакционно-издательского совета
ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия».

© Астраханская государственная медицинская академия

© О.А. Иванов, В.Г.Акишкин, Ю.В.Оганесян, Н.Г.Богомолов,
Л.А.Бахмутова, В.В.Гуськов, А.И.Шелехов-Кравченко, С.П.Иванова.

ВВЕДЕНИЕ

Патология молочных желёз занимает большой удельный вес в структуре общей женской заболеваемости. На основании данных статистики и клинической практики показано, что нет такой женщины, которая бы в течение жизни не предъявляла каких-либо жалоб со стороны молочных желёз. Спектр патологии молочных желёз довольно широк: начиная с масталгии нейрогенного происхождения и кончая таким коварным заболеванием как рак. По данным Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина РАМН эта патология является первопричиной женской смертности в возрасте между 35 и 55 годами – периоде наибольшей социальной активности и жизненного расцвета. Как в Российской Федерации, так и в других развитых странах Европы и США, рак молочной железы занимает первое место в общей структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями. Поэтому можно без преувеличения сказать, что рак молочной железы является одной из центральных проблем клинической маммологии – медицинской науке о диагностике, лечении и профилактике заболеваний молочных желёз.

В нашей стране сложилась ситуация, когда патологией молочных желёз занимаются преимущественно онкологи, к которым направляются пациенты как с опухолевой, так и неопухолевой патологией молочных желёз, и только лактационными маститами традиционно занимаются хирурги общего профиля. В 1990 году в Москве открылся первый в бывшем СССР специализированный маммологический диспансер. Впоследствии маммологические диспансеры и стационарные отделения открыты в Саратове, Ижевске и др. В последнее время маммологические кабинеты открываются в частных учреждениях здравоохранения. Создано научно-практическое общество маммологов, издаётся журнал «Маммология». Таким

образом прослеживается тенденция к выделению новой клинической специальности – маммологии, несмотря на то, что врача-маммолога нет в официальной номенклатуре врачебных специальностей.

Одной из основных стратегических задач реформы здравоохранения является создание эффективного звена первичной медико-санитарной помощи, основная роль в которой будет принадлежать врачам общей практики, хирургам амбулаторно-поликлинических учреждений, врачам женских консультаций. Эти специалисты должны обладать основами клинических знаний в области маммологии, что позволит проводить диагностику и лечение наиболее распространенной патологии молочных желёз, профилактику опухолевой и неопухолевой патологии этого органа. Это позволит избежать не вполне корректный организационный подход, когда женщины с любыми незначительными жалобами со стороны молочных желёз, сразу направляются к онкологу, что нередко наблюдается в практике специалистов первичного звена здравоохранения.

Поэтому прежде всего к ним и адресовано данное пособие.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Молочные железы содержат секреторный аппарат, состоят из 15-20 обособленных долек, в которых находятся сложные альвеолярно-трубчатые железы, протоки которых радиально сходятся к вершине соска, что необходимо учитывать при оперативных разрезах. Каждая долька обособлена рыхлой и жировой соединительной тканью.

Форма и размеры молочных желёз значительно изменяются в связи с беременностью и родами. Под влиянием прогестерона во время беременности усиленно развиваются желези-

стые ходы с альвеолами, секретирующими молоко. Молоко образуется апокриновыми секретирующими клетками, которые отторгают часть цитоплазмы с вакуолями в просвет альвеол. Мышечные волокна сопровождают и протоки молочных желёз. Отделение молока находится под контролем нервных и гормональных факторов.

У мальчиков и девочек до периода полового созревания железы не развиваются. Под влиянием половых гормонов у девочек железы усиленно растут, а у мальчиков наступает их редукция. Наибольшего развития железа достигает в период лактации. В пожилом возрасте, особенно при истощении железа представляет тонкий кожный мешок или складку.

Лимфатическая система молочной железы (внутриорганная) состоит из капилляров и сплетений лимфатических сосудов паренхимы железы, кожи и подкожной клетчатки. Основная часть лимфы оттекает от паренхимы и кожи к центру в подареолярное лимфатическое сплетение Саппея, и уже от него в регионарные лимфатические узлы. Имеется несколько отводящих лимфатических путей, главный из них подмышечный, другие функционируют слабее, являясь как бы запасными при блокаде основного пути. К ним относят: подключичный, парастернальный, межреберный, позадигрудный, перекрестный по коже и подкожной клетчатке в другую сторону и путь Герота. Последний обеспечивает отток лимфы из медиальных отделов молочной железы в средостение, через коронарную связку в печень, а также в подкожножировую клетчатку брюшной стенки откуда - в паховые лимфатические узлы.

Молочные железы в фертильном (детородном) возрасте вне периода беременности и лактации циклически претерпевают изменения в связи с менструальным циклом под влиянием женских половых гормонов – эстрогенов (первая фаза месячного цикла) и прогестерона (вторая фаза месячного цикла). Во втором периоде месячного цикла под влиянием прогесте-

рона происходит нагрубание железистой ткани и, соответственно, увеличение размеров молочных желёз, что следует учитывать при проведении инструментальных методов обследования (маммографии, ультразвукового исследования). Секреция молока и молозива в период беременности и лактации происходит под влиянием гормона пролактина, который вырабатывается гипофизом.

Во время беременности интенсивный рост и развитие желёз проходит под влиянием возрастающего количества плацентарных эстрогенов, прогестерона и пролактина. После родов, во время кормления ребёнка мощным стимулятором секреции пролактина и окситоцина, является акт сосания. После прекращения лактации в молочной железе происходят инволютивные процессы.

Опосредовано на ткани молочной железы могут действовать тиреоидные, глюкокортикоидные гормоны и инсулин.

Масса соединительной ткани (фиброзной) зависит от возраста и наличия патологических процессов. В возрасте от 15 до 35-40 лет в молочных железах достаточно хорошо развита фиброзная ткань, а в последующем происходит её инволюция и замещение жировой тканью.

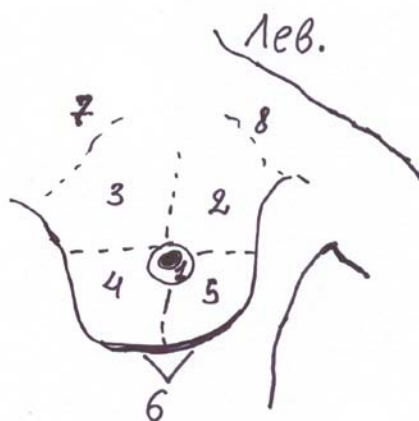
Таким образом, молочная железа состоит из железистой ткани, соединительной (фиброзной) и жировой; соотношение которых зависит от возраста, патологических процессов и индивидуальных особенностей.

В макроанатомическом плане женские молочные железы разделяют на 5 отделов: верхненаружный квадрант, нижненаружный квадрант, верхневнутренний квадрант, нижневнутренний квадрант, центральную или ареолярную (околососковую) зоны молочной железы и сосок (см. рис. 1, левая молочная железа). Снизу и далее по сторонам латерально и медиально молочную железу окаймляет субмаммарная складка. Сверху медиаль-

но и сверху латерально молочная железа заканчивается соответственно подключичными и подмышечными отростками.

Это деление учитывают в международной классификации болезней, 10 пересмотра (МКБ-10).

Рис. 1. Макроанатомические области молочной железы.



- 1 - сосок, ареолярная и центральная зона;
- 2 - верхненаружный квадрант;
- 3 - верхневнутренний квадрант;
- 4 - нижневнутренний квадрант;
- 5 - нижненаружный квадрант;
- 6 - субмаммарная складка;
- 7 - подключичный отросток;
- 8 - подмышечный отросток.

В макроанатомическом плане представляет интерес классификация зон молочной железы в зависимости от расположения по отношению к грудной стенке. Переднее пространство молочной железы, непосредственно примыкающее к коже, называют антемаммарным, глубокие отделы, окружающие главные протоки – интрамаммарным. Самые глубокие отделы, примыкающие к грудной стенке, и расположенные сзади около сосковой зоны и главных протоков, называют ретромаммарным пространством.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Методы обследования молочных желёз включают: *клинические, инструментальные, лабораторные и морфологические методы.*

К клиническому методу относят: опрос больной (жалобы, анамнез) и осмотр. При опросе больной обращают внимание

на связь различных патологических явлений (боли, нагрубание молочных желёз и др.) с месячным циклом и его особенностями (регулярный, нерегулярный), особенности репродуктивного анамнеза (количество родов, аборт, выкидышей, продолжительность лактации), наличии в анамнезе гинекологических заболеваний и патологии эндокринных органов (прежде всего щитовидной железы).

Важное значение имеет последовательность и методика осмотра молочных желёз. Сначала, в положении стоя, проводят визуальный осмотр молочных желёз в отношении симметрии расположения и размеров, наличия деформаций, кожных изменений. Затем приступают к пальпации молочных желёз и регионарных лимфатических узлов. По нашему опыту его необходимо проводить в 4 позициях: стоя с опущенными до пояса и расслабленными в плечевых суставах руками, стоя с приподнятыми и заведёнными за затылок руками, лёжа на спине с вытянутыми до пояса и расслабленными в плечевых суставах руками и лёжа на спине с заведёнными за затылок руками. При расслабленных и вытянутых до пояса руках наиболее удобно пальпировать глубокие подмышечные и подлопаточные лимфатические узлы, надключичные, подключичные и шейные. При заведённых за затылок руках наиболее удобно пальпировать узлы, располагающиеся ближе к поверхности, проводить наружный визуальный осмотр зон периферических регионарных подмышечных и подлопаточных лимфатических узлов.

Важное значение при осмотре больной имеет методика пальпации молочных желёз, особенности правильное положение кисти обследующего. Кисть проводящего пальпацию молочных желёз должна быть расположена параллельно поверхности молочной железы, пальцы, начиная с 2 по 5, располагаться вместе, а 1 палец под углом 30° от остальных. Пальпируют молочные железы подушечками и фалангами пальцев. Частой ошибкой при пальпации молочных желёз яв-

ляется сгибание пальцев под большим углом в средних фаланговых суставах. Это может привести либо к ошибочному заключению о наличии опухолевидного образования при плотноэластической ткани и нагрубании молочных желёз, либо к пропуску мелких опухолевидных образований, особенно располагающихся в глубине молочной железы. Пальцы при пальпации должны быть согнуты в фаланговых суставах незначительно (под углом 10-20°) и в целом, как и вся кисть, располагаться параллельно поверхности молочной железы. Пальпировать молочные железы следует с центральной зоны и затем, по кругу спиралевидно, стараясь по мере возможности проводить полную глубокую пальпацию до грудной стенки (рис.5,6,7; стр.94,95,96). В положении стоя, при расположении кистей обеих рук соответственно снизу и сверху железы осторожно её сжимают с целью установления наличия и характера выделений из соска.

К сожалению, довольно часто врачи первичного звена здравоохранения не проводят пальпацию молочных желёз, доверяя эту процедуру средним медицинским работникам смотровых кабинетов, а последние в некоторых лечебных учреждениях иногда вообще не функционируют. В нашей клинической практике наблюдались случаи, когда женщины с обширными раковыми опухолями молочной железы самостоятельно обращались в онкодиспансер после приёма врачей (участковых терапевтов, хирургов) поликлиник, где им даже не проводили элементарный осмотр. Необходимо в организационно-медицинском плане добиваться не только бесперебойного функционирования смотровых кабинетов, но и того, чтобы специалисты первичного звена здравоохранения в обязательном порядке осматривали молочные железы у всех женщин вне зависимости от повода обращения.

Инструментальные методы обследования молочных желёз. К наиболее распространённым инструментальным ме-

тодам обследования молочных желёз относят рентгенологический метод (маммография), ультразвуковое исследование (УЗИ) и дуктография.

Маммографию молочных желёз проводят в двух проекциях (прямой и боковой) для каждой молочной железы (итого в 4 проекциях). Маммография – эффективный метод выявления различной патологии молочной железы, особенно непальпируемой опухолевой патологии в начальных стадиях [1,2,3,6]. Этот метод является скрининговым при проведении массовых профилактических обследованиях. Тем не менее, вследствие неизбежной лучевой нагрузки, маммографию не рекомендуют назначать женщинам моложе 35 лет. Кроме того, в этом возрасте в молочных железах сильно развита фиброзная ткань, а при выраженной фиброзной ткани эффективность маммографии в отношении выявления злокачественных и доброкачественных образований данного органа ниже, чем при УЗИ. В возрасте до 35 лет назначение маммографии может быть оправдано при неясных и сомнительных данных УЗИ в том случае, если выявленное при УЗИ образование пальпаторно не определяется. При диспансерном наблюдении маммографию рекомендуется проводить не реже 1 раза в 2 года (у женщин с повышенным риском заболевания – 1 раз в год). Противопоказания к проведению маммографии – беременность и лактация. Преимущество маммографии по отношению к УЗИ- исследованию является то, что проводится исследование структуры молочных желёз в разных проекциях (прямой и боковой) и , по решению врача-рентгенолога, - в прицельной проекции с компрессией. Вторым преимуществом маммографии является, чёткая документация результатов исследования на основе рентгеновских снимков.

Ультразвуковое исследование молочных желёз (УЗИ) – второй наиболее распространённый метод инструментального обследования данного органа, основанный на использовании

механических колебаний упругой среды с частотой 2,5-7 мегагерц. В отличие от маммографии УЗИ- исследование не связано с лучевой нагрузкой и поэтому не имеет противопоказаний – его можно назначать и при беременности и лактации. Преимуществом УЗИ-исследования по отношению к маммографии является большая информативность в отношении выявления различных опухолевидных образований при развитой фиброзной ткани и при локализации патологического очага в периферических отделах молочных желёз (субмаммарной складке, подмышечных и подключичных отростках), особенно при больших размерах молочных желёз. Дифференциация солидного образования от кистозного (включая мелкие кисты молочной железы) проводится, как правило, на основе ультразвукового исследования. Преимуществом УЗИ-исследования является возможность одновременно с исследованием структуры молочных желёз, определить состояние регионарных лимфатических узлов – подмышечных, подлопаточных, подключичных, надключичных. Это особенно важно для диагностики регионарных метастазов рака молочной железы. Периодичность УЗИ-исследования молочных желёз при диспансерном наблюдении определяется индивидуально, как правило, контрольные УЗИ-исследования рекомендуют проводить не реже 1 раза в год, а при кистозной мастопатии – 1 раз в 6 месяцев, а при необходимости и более часто.

При патологических выделениях из соска используют также метод рентгенологического обследования молочных желёз – дуктографию. Последняя основана на введении в главный проток молочной железы контрастного вещества. В отличие от маммографии, дуктография проводится на стороне поражения, где имеются патологические выделения из соска. Сущность исследования заключается в том, что специальной иглой в главный проток молочной железы вводят контрастное вещество и затем проводят рентгеновский снимок. Если рас-

пределение контраста равномерное и нет разрастаний в области стенок протоков, то можно сделать заключение об отсутствии опухолевидных непальпируемых образований в протоках железы. Если выявлено прекращение продвижения контраста в протоке (блок) или разрастания в области стенок протоков, то это является основанием для заключения о наличии хирургической патологии.

Разновидностью инструментальных методов исследования молочных желёз является пневмокистография. Сущность исследования заключается в том, что после эвакуации жидкого содержимого кисты путем пункции, в полость кисты этим же шприцом вводят воздух в количестве равном объёму удалённой жидкости. Затем проводят маммографию (у женщин 35 лет и старше) или УЗИ- исследование, на основании которых оценивают состояние стенок кисты. Если внутренние стенки кисты ровные и чёткие, это является признаком доброкачественности кисты, неровность и нечёткость контуров внутренних стенок может свидетельствовать о малигнизации кисты.

Ранее использовались такие методы как термография (метод анализа на основании разницы температуры различных нормальных и патологических тканей), и диафаноскопия (метода анализа на основании различия светового излучения нормальными и патологически изменёнными тканями разных спектров световых волн). Однако информативность этих методов ниже, чем при маммографии и УЗИ, они технически более сложны и в настоящее время при массовом скрининге патологии молочных желёз их не используют.

Такие современные высокочувствительные методы инструментального обследования как компьютерная томография (КТ), магнитнорезонансная томография (МРТ) в исследовании структуры тканей молочных желёз используются редко. Это связано с тем, что в подавляющем большинстве случаев необходимая диагностическая информация может быть получена

более дешёвыми методами (маммографией и УЗИ). Тем не менее эти методы могут быть использованы с целью оценки распространённости злокачественного опухолевого процесса на местном уровне (при прорастании в грудную стенку, костные и сосудистые структуры) и отдалённом метастазировании (при подозрении на метастазы в лёгкие, печень, кости и головной мозг). Кроме того, некоторые авторы рекомендуют использовать КТ и МРТ молочных желёз при положительных лабораторных онкомаркерах данной патологии, если маммография и УЗИ не дала убедительной диагностической информации [10].

Поскольку рак молочной железы наиболее часто метастазирует в лёгкие, кости и печень, у всех больных с выявленным раком молочной железы или подозрении на него необходимо проводить рентгенологическое исследование лёгких, УЗИ органов брюшной полости, при болевом синдроме со стороны каких-либо отделов костной системы их рентгенологическое обследование, а при неврологических жалобах – КТ или МРТ головного мозга. Стандартом является также радиоизотопное исследование (сцинтиграфия) всех отделов костной системы вне зависимости от жалоб больной, но, к сожалению, в силу финансовых и технических причин оно проводится далеко не во всех медицинских, в том числе и в онкологических учреждениях.

Таким образом, наиболее распространёнными и чувствительными инструментальными методами обследования при скрининге и мониторинге молочных желёз являются маммография и ультразвуковое исследование (ультрасонография, УЗИ). Поэтому у женщин всех возрастов первичным методом инструментального обследования рекомендуется УЗИ молочных желёз и регионарных лимфатических узлов данного органа – подмышечных, подлопаточных, под- и надключичных). У женщин в возрасте 35 лет и старше необходимо проводить два метода инструментального обследования – маммографию и УЗИ [1,2,3,6,10, 11,12]. Использование маммографии у жен-

щин моложе 35 лет оправдано лишь в том случае, если при УЗИ выявлено непальпируемое опухолевидное образование, характер которого по данным ультразвукового метода неясен.

Лабораторные методы исследования при патологии молочных желёз. Кроме рутинного лабораторного обследования (общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови и т.д.) у больных с различными заболеваниями молочных желёз большое значение имеет исследование содержания в периферической крови различных групп гормонов: эстрогенов (эстрадиол, эстрон, этинилэстрадиол), гестагенов (прогестерон, оксипрогестерон) андрогенов (тестостерон, андростендон), фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина, тиреоидных гормонов и др. Следует отметить, что однократное определение гормонов не имеет большой диагностической ценности. У регулярно менструирующих женщин необходимо проводить исследование гормонов в первую и вторую фазу месячного цикла (особенно эстрогенов и гестагенов). К сожалению, современные методы определения белковых и стероидных гормонов в плазме пока ещё дороги, для их определения необходимы специально оборудованные помещения и специальные диагностические наборы.

При подозрении на опухоль молочной железы, определяют также онкомаркёры злокачественного процесса – веществ, повышенное содержание которых в периферической крови может указывать на наличие злокачественных опухолевых клеток. Онкомаркёрами рака молочной железы могут быть раковоэмбриональный антиген (РЭА), ферритин, антиген СА 15-3 (сывороточный муциновый гликопротеин), МСА (муциноподобный раковый антиген). Следует отметить, что повышенное содержание этих маркёров может также наблюдаться при беременности, мастопатии. Повышенный уровень этих антигенов требует тщательного проведения инструментального и при необходимости морфологического обследования молочных

желёз. В случае, если не выявлено данных за опухолевый процесс, необходимо наблюдение за больными, медикаментозная адоптивная терапия, иммунотерапия. Если повышение содержания онкомаркёров выявлено после проведения радикального лечения, необходимо решить вопрос о степени распространённости опухолевого процесса и результатах предшествующего специального противоопухолевого лечения (лучевой терапии, химиогормонотерапии) и далее - о необходимости проведения дополнительного противорецидивного лечения.

Морфологические методы диагностики. К морфологическим методам диагностики относят цитологический и гистологический. Цитологический метод заключается в анализе отдельно взятого клеточного материала, а гистологический – в анализе взятых на исследование тканевых структур органа. Поэтому гистологический метод является более информативным, чем цитологический и в онкологии - завершающим методом обследования.

Материал для цитологического исследования может быть взят с помощью диагностической пункции (иногда неточно называемой пункционной биопсией), мазков отпечатков с патологического образования, браш-биопсией (соскобом щёткой клеточного материала с патологического образования) и взятием биологических жидкостей. Диагностическую пункцию при патологии молочных желёз обычно проводят при наличии пальпируемого образования в молочной железе или любого участка данного органа, если по данным пальпации или инструментальных методов исследования требуется уточнить его клеточную структуру. Техника данной процедуры заключается во введении тонкой иглы с подсоединённым стандартным шприцом под контролем пальпации, рентгена или УЗИ в исследуемый участок. Затем, аспирационными движениями поршня шприца доставляют клеточный материал в полость иглы. Чтобы взять достаточное количество клеток, нужно соз-

дать большой вакуум с помощью сильной аспирации, в связи с чем для диагностической пункции, особенно очень плотных по консистенции образований, рекомендуется использовать 20-граммовые шприцы. Полезно также делать с целью большего захвата клеточного материала ротационные движения иглы. После извлечения шприца иглу отсоединяют, а поршень шприца оттягивают в крайне верхнее положение. Берут сухое предметное стекло (любая жидкость может вызвать лизис клеток), снова соединяют шприц и иглу и сильным, резким движением поршня сверху вниз проталкивают взятые клетки из полости иглы на предметное стекло. После, осторожными движениями иглы (чтобы механически не повредить клетки) равномерно распределяют взятый материал по предметному стеклу. Если материала очень много (так называемый толстый мазок) это может создать трудности при микроскопическом исследовании клеток. В таком случае осторожно распределяют взятый клеточный материал на несколько сухих предметных стёкол. Разные (особенно большие по размерам) опухолевидные образования на различных участках обладают неоднородной тканевой и клеточной структурой (зона активно пролиферирующих клеток, зона некроза или распада, капсула образования). В связи с этим для повышения информативности исследования рекомендуется проводить диагностическую пункцию из нескольких точек исследуемого участка (образования). Это также актуально, если после однократной пункции получен скудный пунктат. Местную анестезию при проведении диагностической пункции не используют, в виду опасности лизиса клеточных структур. У сильно чувствительных и эмоционально неустойчивых пациентов необходимо решить вопрос о регионарной или общей анестезии, использовании седативных и анальгетических препаратов.

Мазки-отпечатки при исследовании молочных желёз используют преимущественно при исследовании выделений из

соска и при изъязвляющейся опухоли. В последнем случае можно использовать также браш-биопсию (взятие материала на стекло с помощью щётки – от англ. brush – щётка). Как и при диагностической пункции, обязательным условием является взятие материала на сухие предметные стёкла. При взятии мазков-отпечатков из сосков осторожно сжимают молочную железу в ареолярной области одной рукой снизу большим пальцем, сверху – остальными. Другой рукой держат около соска предметное стекло (на небольшом расстоянии – если выделения обильные или неплотно прижатым к соску – если выделения скудные). После взятия материала последнее с помощью другого стекла равномерно распределяют по поверхности стекла. При взятии мазков отпечатков предметное стекло осторожно прикладывают к изъязвлённой поверхности.

Гистологическое исследование может быть проведено при хирургическом удалении опухоли целиком или ее части. Наиболее часто материал для гистологического исследования добывается во время секторальной резекции и других вариантов радикальных мастэктомий. Является правилом, что любое пальпируемое солидное (не кистозное) образование молочной железы, вне зависимости от результатов диагностической пункции, подлежит оперативному удалению с последующим гистологическим исследованием. Часто оправдан минимальный объём операции - секторальная резекция молочной железы. Сущность этого оперативного вмешательства заключается в удалении опухоли в пределах здоровых тканей вместе с окружающими сектор тканями. При секторальной резекции ткани иссекаются полуовально 1-1,5 см. от края опухоли (при злокачественном образовании – до 5 см.), в глубину – до фасции грудной мышцы.

Гистологическое исследование может быть срочным, в течение 30-60 мин в ходе операции, или плановым, когда заключение даётся через 7-10 дней. В настоящее время при оперативных

вмешательствах по поводу опухолей молочных желез обязательно проводят как срочное, так и плановое гистологическое исследование. На основании срочного гистологического исследования определяется объём операции (если выявлен рак, то проводится радикальное оперативное лечение). Однако практика показывает, что рак далеко не всегда может быть выявлен при срочном гистологическом исследовании. В связи с этим плановое гистологическое исследование является окончательным и если выявляется злокачественный процесс, то проводится соответственно повторная расширенная радикальная операция.

Инцизионная биопсия – взятие части ткани патологического образования под местной анестезией с помощью скальпеля, ножниц или щипцов. Биопсию проводят при опухолях молочной железы, прорастающих кожу, раке Педжета (с поражением соска). Инцизионную биопсию иногда проводят при опухолях не прорастающих кожу, когда требуется точно определить морфологическую верификацию процесса до начала лечения. В данном случае, после рассечения кожи, подкожной клетчатки и выделения части опухолевой ткани, накладывают послойные швы - так называемая открытая биопсия.

Трепан-биопсия – процедура взятия ткани для гистологического исследования с помощью специальной толстой иглы диаметром около 5 мм. Техника этой процедуры заключается в том, что сначала в области введения трепан-иглы проводят местную инфильтрационную анестезию кожи и подкожной клетчатки. Затем вращательными движениями вводят трепан-иглу и после введения в опухолевую ткань с помощью аспирации подсоединённым шприцом и вращательными движениями накладывают столбик ткани в иглу. Используют трепан-биопсию в тех же случаях, что и открытую биопсию, когда не удаётся верифицировать опухолевый процесс до начала лучевой или химиотерапии с помощью диагностических пункций при опухолях, не прорастающих кожу молочной железы.

После взятия ткани для гистологического планового исследования её помещают в раствор формалина. При срочном гистологическом исследовании ткань в формалин не кладут, так как данная методика с помощью свежзамороженных срезов не предусматривает консервации тканей. В данном случае ткань кладут в формалин после проведения срочного гистологического исследования для последующего планового изучения. После взятия материала на гистологическое исследование проводят исследование рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухолевой ткани. Результаты этого исследования имеют большое значение для выработки лечебной тактики при раке молочной железы. К сожалению, это исследование в силу его высокой стоимости пока ещё доступно далеко не всем онкологическим учреждениям.

В заключение следует отметить, что при регулярном месячном цикле наиболее информативны для осмотра и проведения инструментальных методов исследований (маммографии, УЗИ) срок от 5-6 до 12-14 дней месячного цикла, считая от 1 дня менструации. Проведение инструментальных методов исследования во второй половине месячного цикла (особенно в предменструальном периоде) в условиях физиологических пролиферативных процессов в молочных железах может дать ложноположительные результаты о наличии пролиферативных изменений или объёмных образований. В связи с этим проведение инструментальных методов обследования при доброкачественной и неопухолевой патологии молочной железы следует назначать в указанный выше срок. Это правило не касается тех случаев, когда при осмотре выявляется явная клиническая картина рака молочной железы или подозрение на рак. В таком случае врач обязан в течение 8-10 (максимум 10-12) дней срочно дообследовать больную для уточнения диагноза. При невозможности такого дообследования следует направить пациентку в онкологическое учреждение.

СЕМИОТИКА ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Симптомами болезней молочных желёз являются:

- *боль и болезненность при пальпации, уплотнение ткани молочных желёз, увеличение их размеров;*
- *пальпируемое и непальпируемое опухолевидное образование, инфильтрат в молочных железах, кожные изменения в области молочных желез (язвы, спаянность кожи с подлежащими тканями, утолщение кожи, изменения цвета кожи -гиперемия, цианоз);*
- *патология сосков молочных желёз (втяжение сосков, изменения их слизистых оболочек и выделения из сосков), отёчность молочных желёз.*

В данном разделе рассматривается семиотика указанных выше патологических симптомов и методы обследования с целью уточнения диагноза.

Боль и болезненность в молочных железах. Эти жалобы встречаются практически у каждой женщины. Под болью в молочной железе следует понимать болевой синдром вне зависимости от пальпации молочных желёз. Под болезненностью обычно понимают болевой синдром при проведении пальпации молочных желёз, прикосновении к ним, изменений положения тела и т.п. Боль и болезненность часто сочетаются вместе, но нередко болезненность может наблюдаться без боли, реже боль наблюдается без болезненности. Болевой синдром называют мастодинией : нозология под шифром N 64.4 согласно МКБ-10. Часто болевой синдром молочных желёз называют масталгией. Причиной этого симптома могут быть патологические процессы в молочной железе (интрамаммарные) и вне молочных желёз (экстрамаммарные); причём довольно нередко наблюдается сочетание экстра- и интрамаммарных причин.

К интрамаммарным причинам боли и болезненности относят:

- физиологические изменения молочных желёз в предменструальном периоде, воспалительные изменения (мастит), диспластически-пролиферативные заболевания (мастопатия), большие солитарные кисты в (особенно с явлениями воспаления), травмы молочной железы;
- распадающиеся раковые опухоли, особенно с изъязвлением, невриты воспалительные изменения сосудов и лимфатических узлов, кожные воспалительные изменения в области молочных желёз.

Экстрамаммарными причинами масталгии часто являются:

- воспалительно-дегенеративные заболевания шейно-грудного отделов позвоночника (остеохондроз, спондилёз, искривление);
- воспалительно-дегенеративные заболевания плечевых суставов (артрозо-артриты), межрёберная невралгия и невриты;
- воспалительные заболевания сосудов грудной стенки (флебиты), травмы грудной стенки, воспаление и другие патологические процессы в регионарных лимфатических узлах (подмышечных, подлопаточных и подключичных), патология сердечной и дыхательной систем.

В патогенезе экстрамаммарных причин масталгии большое значение отводится ущемлению нервных стволов в позвонках, области плечевых суставов и подмышечных областей, нервные перегрузки.

Болевой синдром, обусловленный преимущественно интрамаммарными причинами, в подавляющем большинстве случаев бывает двухсторонним при этом наблюдается чёткая связь болей с месячным циклом – в предменструальном периоде боли усиливаются. При пальпации молочные железы часто болезненны.

Болевой синдром, обусловленный экстрамаммарными причинами, часто бывает односторонним реже – двухсторон-

ним с преобладанием болей в какой-либо одной молочной железе. Часто наблюдается иррадиация болей в подмышечную область, грудную стенку, область плечевого сустава и верхнюю конечность, шею. В этом случае боль нередко провоцируется нервными, статическими и динамическими физическими нагрузками.

Иногда причиной болевого синдрома молочных желёз является неправильно подобранный размер бюстгалтера.

Методы обследования при болевом синдроме в молочных железах – опрос, осмотр, УЗИ молочных желёз и регионарных лимфатических узлов, у женщин с 35-летнего возраста – маммография. Для исключения экстрамаммарных причин болевого синдрома рекомендуется назначить рентгенологическое обследование шейно-грудного отделов позвоночника, плечевых суставов и органов грудной полости, электрокардиографию, консультацию невропатолога, при показаниях – ортопеда, сосудистого хирурга, терапевта, кардиолога.

Уплотнение ткани молочных желёз. В целях правильной диагностики следует знать особенности пальпаторной плотности ткани молочных желёз с учётом возраста, менструального цикла, наличия беременностей и лактации. У молодых нерожавших женщин до 30-35 лет ткань молочных желёз однородно плотная и тугоэластической консистенции вследствие большого развития соединительной и железистой тканей. Такая пальпаторная плотность ткани молочной железы нередко наблюдается в предменструальном периоде при регулярном месячном цикле. После родов и лактации в большинстве случаев ткань молочной железы однородно мягкая и при отсутствии патологии в ней не должно определяться каких-либо неоднородных участков в виде долек, зёрен и тяжей. При беременности и лактации ткань уплотнена, но мягкоэластической или рыхлой консистенции и при этом может наблюдаться неоднородность в виде уплотнённых долек и тяжей. В пожилом

возрасте нередко отмечается пальпаторная неоднородность в виде мягкой неэластической дольчатости ввиду жирового замещения ткани молочной железы.

При мастопатии – наиболее распространённой патологии, пальпаторно определяется неоднородное уплотнение ткани молочных желёз в виде дольчатости или тяжистости (мастопатия с фиброзным компонентом) или зернистости (мастопатия с кистозным компонентом). Данное уплотнение может носить диффузный характер (диффузная мастопатия) или узловой (узловая мастопатия).

Методы обследования: УЗИ и маммография, при узловой мастопатии – диагностическая пункция молочной железы (участка уплотнения ткани). Диагностическая пункция целесообразна также и при диффузной мастопатии в участках наиболее выраженных уплотнений ткани молочной железы, определяемых по результатам пальпации, маммографии или УЗИ. При узловом уплотнении железистой ткани независимо от данных этих методов обследования показана диагностическая секторальная резекция со срочным и плановым гистологическим исследованием.

Пальпируемое и непальпируемое образование в молочных железах. Пальпаторно можно определять доброкачественные и злокачественные опухоли в данном органе. Опытный клиницист, хорошо владеющий пальпацией молочных желёз, может определять узловые образования, начиная с размера 0,5 см. Возможности пальпаторного обнаружения узловых образований в немалой степени зависят от плотности тканей, размеров молочных желёз и телосложения пациентки. Наиболее часто узловыми образованиями молочных желёз являются такие доброкачественные заболевания как кисты и фиброаденомы, а из злокачественных – рак и в очень редких случаях – саркома. Доброкачественные образования пальпаторно определяются в виде участков уплотнения с чёткими

контурами и гладкой поверхностью, подвижными, не спаянными с окружающими тканями, плотноэластической или мягкоэластической консистенции. Под этой пальпаторной маской могут скрываться и злокачественные новообразования, но последние чаще пальпируются в виде узловых образований с нечёткими контурами, ограничено или малоподвижными, плотной консистенции. При более распространённой раковой опухоли могут наблюдаться такие кожные симптомы как лимонная корка (в области опухоли кожа выглядит в виде корки лимона с мелкими точками, трудно берётся в складку и отёчна), симптом умбиликации или втяжения (кожа над опухолью неподвижная и не берётся в складку). Последний симптом иногда также называют симптомом площадки. В наиболее запущенных случаях рак прорастает кожу с изъязвлением.

Диагностическая тактика при пальпируемых узловых образований заключается в использовании УЗИ и маммографии (начиная с 35-летнего возраста), диагностической пункции. Если после пункции определяется солидное (не кистозное) образование, то независимо от результатов последней показана диагностическая секторальная резекция со срочным и плановым гистологическим исследованием. Непальпируемое опухолевидное образование выявляется при УЗИ и маммографии. Рентгенологическая и ультразвуковая семиотика доброкачественных образований проявляется в виде очагового участка с чёткими контурами. Кистозные образования отчётливо дифференцируются в виде полости с чёткими контурами, заполненной жидкостью.

Злокачественные образования рентгенологически или эхографически проявляется в виде анэхогенных или гипоэхогенных очаговых участков с неровными контурами, часто неоднородной структуры, нередко с наличием кальцинатов.

Диагностическая тактика при непальпируемых образованиях заключается на первом этапе в диагностической пункции

под рентгено- или УЗИ-контролем (в зависимости от того, с помощью какого метода выявлено образование). Если после пункции данных за кистозное образование не получено, то показана диагностическая секторальная резекция со срочным и плановым гистологическим исследованием.

Увеличение размеров молочных желёз. Может быть двухсторонним или односторонним. Причиной двухстороннего увеличения молочных желёз чаще являются циклические физиологические процессы (предменструальное увеличение), реже отмечается двухсторонняя диффузная мастопатия. Одностороннее увеличение молочной железы может наблюдаться при раке, мастите. Нередко одностороннее увеличение возникает в период полового созревания и остаётся на протяжении всей жизни как индивидуальная особенность. Методы обследования – маммография, УЗИ.

Инфильтрат в молочной железе. Инфильтрат молочной железы является в подавляющем большинстве следствием воспалительного процесса - мастита. Проявляется пальпаторно в виде болезненного участка тканей с нечёткими контурами. Нередко в области инфильтрата отмечается гиперемия, в более поздних случаях – свищи с гнойным отделяемым (при абсцедировании, флегмоне). Маммография и УЗИ при инфильтрате мало помогают в диагностике, так как эхографическая и УЗИ-семиотика при данном патологическом процессе мало отличается от злокачественной опухоли (образование с нечёткими контурами неоднородной структуры). Тем не менее при инфильтрате с явлениями абсцедирования при УЗИ можно обнаружить жидкостные зоны. Решающую роль в диагностике играют анамнез (сравнительно короткие сроки появления патологического процесса с общими симптомами – слабостью и повышением температуры) и диагностическая пункция с последующим цитологическим исследованием. Данные цитологического исследования показывают наличие

гнойного или негнойного воспаления с соответствующими клеточными элементами (лейкоциты, фиброциты, макрофаги). При далеко зашедшем случае воспалительного процесса с явлениями абсцедирования определяется клеточный распад. В данном случае показано использование курса интенсивной антибактериальной терапии и местного противовоспалительного лечения без применения физиопроцедур (димексид, мазь Вишневского, индометациновая мазь) в течение 12-14 дней. Если данное лечение неэффективно, показано хирургическое лечение – вскрытие абсцесса с дренированием.

Кожные изменения в области молочных желёз могут являться следствием патологических процессов в самой молочной железе или кожи. Гиперемия подавляющем большинстве случаев является следствием воспалительных процессов молочной железы – маститов и кожи – дерматитов различного генеза.

Важное значение для дифференциальной диагностики имеет анамнез – относительно короткие сроки появления данного симптома, в совокупности с другими проявлениями воспалительного процесса. Реже гиперемия кожи может являться следствием далеко запущенного рака молочной железы с прорастанием кожи. В последнем случае диагностика не представляет трудности в связи с наличием большого опухолевидного образования.

Изъязвление кожи молочной железы может наблюдаться при запущенном раковом процессе с прорастанием кожи, при злокачественных опухолях кожи и воспалительных заболеваниях кожи инфекционного и неинфекционного генеза. В первом случае диагностика не представляет трудностей ввиду наличия большого пальпаторно определяемого, образования в молочной железе и доступности для цитологического и гистологического исследования. Решающую роль в диагностике при изъязвлении имеют данные гистологического исследования, маммография и УЗИ.

Спаянность кожи наблюдается при раке молочной железы (см. выше – пальпируемое образование в молочной железе, симптома умбиликации, или втяжения).

Синюшность кожи может наблюдаться при далеко запущенном раковом процессе при прорастании опухолью кожи, травме молочной железы, сосудистых заболеваниях и реже – кожных опухолях (гемангиома, меланома, невус). В первом случае диагностика не представляет трудностей ввиду наличия большой пальпаторно определяемой опухоли. Наличие в анамнезе травмы облегчает диагностику. При сосудистых заболеваниях, в том числе и при гемангиомах (доброкачественных опухолях) при надавливании на патологический участок кожи может наблюдаться уменьшение или исчезновение цианоза.

Утолщение кожи может наблюдаться при раке молочной железы, воспалительных процессах (мастите, дерматитах). Методы обследования – маммография, УЗИ, пункция, при необходимости – биопсия уплотнённого участка.

Патологические изменения в области сосков молочных желёз. Выделения из сосков могут наблюдаться самопроизвольно или при пальпации ареолярной зоны. Прозрачные, беловатые, зеленоватые, коричневые выделения часто наблюдаются при мастопатии. Кровянистые выделения в подавляющем большинстве случаев встречаются при внутрипротоковой папилломе, могут являться следствием травмы, воспаления и также рака. При выделениях из соска проводят цитологическое исследование содержимого выделений, УЗИ и маммографию. Если не выявлены атипичные клетки (или подозрения на них), эритроциты, опухолевидные образования, то обследование прекращают. В данном случае выделения являются следствием патологических процессов в молочных железах, которые лечат в основном консервативно. Если при исследовании выявлены данные за внутрипротоковую папиллому или за злокачественный процесс, то показана диагностическая секторальная ре-

резекция со срочным гистологическим исследованием. Наличие лейкоцитов, фиброцитов в мазке-отпечатке может указывать на воспалительный процесс. Эритроциты могут являться как признаком внутрипротоковой папилломы и рака, так и также следствием воспаления и травмы. В плане дифференциальной диагностики в последнем случае большое значение имеют данные инструментальных методов (маммографии и УЗИ).

Не следует забывать о диагностических возможностях дуктографии. Если при дуктографии выявлены внутрипротоковые разрастания, то проводят диагностическую секторальную резекцию. При необходимости проводят пробную местную и общую противовоспалительную и антибактериальную терапию без использования физиопроцедур в течение 7-10 дней. Если после проведения лечения кровянистые выделения не прекращаются и при повторном цитологическом исследовании определяются эритроциты, то показана диагностическая секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием.

Втяжение соска может наблюдаться вследствие деформации молочной железы опухолью (при раке), распространении её в ареолярной области. Втяжение соска может встретиться как врождённая аномалия и также возникнуть ввиду инволютивного процесса, после длительной лактации, или как последствие травматических повреждений железы. Морфологически в данном случае отмечается разрастание соединительной, (иногда) рубцовой ткани вокруг соска, ввиду чего происходит его западение внутрь. Важное значение в целях дифференциальной диагностики при осмотре имеет проба на вытягивание соска наружу.

При раке втянутый сосок, как правило, в большинстве случаев плотно спаян с окружающей его опухолевой тканью и не вытягивается наружу. Обязательно при наличии втянутого соска проводят УЗИ и маммографию, при необходимости диагностическую пункцию.

Изменения кожи соска могут быть разнообразными – гиперемиа, уплотнение, отёчность, изъязвление, корковый налёт, эрозии, шелушение. Часто указанные изменения являются следствием неопухолевого патологического состояния кожи – дерматита, экземы и других. При этом эти патологические состояния могут быть как односторонними и двухсторонними. Особо следует помнить о форме рака молочной железы ареолярной зоны – раке Педжета. Для исключения его проводят необходимый комплекс минимальных обследований: маммография, УЗИ, мазки отпечатки с патологически изменённого соска. Если при инструментальных методах обследования не выявлено данных за опухолевидные образования молочных желёз, а при цитологическом исследовании данных за злокачественные клетки не обнаружено, то проводят обследование и курс консервативного лечения у дерматолога. В случае неэффективности консервативного лечения в течении 2-3 недель, особенно при одностороннем поражении соска, с целью исключения рака Педжета показана инцизионная биопсия патологического очага с последующим гистологическим исследованием.

Отёчность молочной железы может быть связана с раком (особенно с инфильтративно-отёчными формами) и воспалительными процессами в железе. В этих случаях отёчность, как правило, односторонняя. Двухсторонняя отёчность молочных желёз часто отмечается при предменструальном синдроме и может наблюдаться при декомпенсированной сердечно-сосудистой недостаточности с явлениями застоя в большом круге кровообращения. В последнем случае часто отмечается отёчность мягких тканей туловища и конечностей одновременно с отёчностью молочных желёз и больные имеют длительный анамнез заболевания (наблюдаются и лечатся у терапевта или кардиолога).

Методы обследования маммография, УЗИ молочных желёз, пункция молочной железы из нескольких точек.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Для правильного оформления медицинской документации необходимо знание шифров болезней. Мы приводим данные шифров (кодов) патологии молочных желёз по данным последней международной статистической классификации болезней (МКБ-10).

N 60 – доброкачественные дисплазии молочных желёз (мастопатии).

N 60.0 – солитарная киста молочной железы

N 60.1 – диффузная кистозная мастопатия

N 60.2 – диффузная и узловая фиброзная мастопатия (фиброаденоз, фиброаденоматоз).

N 60.3 – фибросклероз молочной железы.

N 60.4 – эктазия (расширение) протоков молочной железы.

N 60.8 – другие доброкачественные дисплазии молочных желёз.

N 60.9 – доброкачественная дисплазия молочной железы неуточнённая.

N 61 – воспалительные болезни молочной железы (исключено – мастит новорождённых инфекционный – Р 39.0).

N 62 – гипертрофия молочных желёз, в т.ч. гинекомастия молочных желёз у мужчин

N 63 – образование в молочной железе неуточнённое.

N 64.0 – трещина и свищ соска.

N 64.1 – жировой некроз молочной железы.

N 64.2 – атрофия молочной железы.

N 64.3 – галакторрея, не связанная с деторождением.

N 64.4 – мастодиния (масталгия) – боль в молочной железе.

N 64.5 – другие признаки и симптомы со стороны молочной железы.

Н 64.8 – другие уточнённые болезни со стороны молочной железы

Н 64.9 – болезнь молочной железы неуточнённая.

Болезни молочной железы, связанные с деторождением.

091.0 – инфекции соска, связанные с деторождением

091.1 – абсцесс молочной железы, связанный с деторождением

091.2 – негнойный мастит, связанный с деторождением

092.0 – втянутый сосок

092.1 – трещина соска, связанная с деторождением

092.2 – другие и неуточнённые изменения молочной железы, связанные с деторождением.

092.3 – агалактия

092.4 – гипогалактия

092.5 – слабая (подавленная) лактация.

092.6 – галакторрея.

092.7 – другие и неуточнённые нарушения лактации.

Опухоли молочных желёз.

С 50 – злокачественные новообразования молочных желёз

С 50.0 – в области соска и ареолы молочной железы.

С 50.1 - в центральной зоне молочной железы.

С 50.2 - в верхневнутреннем квадранте молочной железы.

С 50.3 - в нижневнутреннем квадранте молочной железы.

С 50.4 - в верхненаружном квадранте молочной железы.

С 50.5 - в нижненаружном квадранте молочной железы.

С 50.6 – в подмышечной задней части молочной железы.

С 50.8 – злокачественные новообразования молочных желёз, выходящие за пределы одной и более указанных выше локализаций.

С 50.9 – злокачественное образование молочной железы неуточнённой части.

D 05 – рак молочной железы in situ.
D 05.1 – дольковый рак in situ.
D 05.2 – внутрипротоковый рак in situ.
D 05.7 – другие карциномы молочной железы in situ.
D 05.9 – неуточнённый рак молочной железы in situ.
D 24 – доброкачественное новообразование молочной железы.

S 20.0 – поверхностная травма молочной железы
S 20.1 – другие и неуточнённые поверхностные травмы молочной железы.

Наиболее часто в клинической практике встречается группа заболеваний молочных желёз, называемая согласно международной классификации болезней термином **доброкачественная дисплазия молочной железы**, или проще называемая клиницистами как **мастопатия** - от греч. *μαστός* (мастос - грудная железа, женская грудь) и *πάθος* (патос- страдание). Иногда встречаются термины «гормонально-диспластические (или пролиферативные) заболевания молочных желёз, дисгормональные дисплазии молочных желёз», однако они не всегда корректны, так как далеко не во всех случаях причиной дисплазий (или диспластически-пролиферативных процессов) молочных желёз являются гормональные нарушения. Сам термин дисплазия определяется как регенерация клеток, которая выходит за пределы физиологической репарации и, следовательно, является предопухолевым процессом. Поэтому диагностировать данный процесс возможно точно только на морфологическом уровне после гистологического исследования удалённого участка молочной железы. Однако далеко не все больные с мастопатией подлежат оперативному лечению и данный диагноз в большинстве случаев определяется на основании комплекса клинической картины, маммографии, УЗИ-данных.

Мастопатия – довольно распространённая патология, по

данным различных авторов она встречается от 30 до 95% среди женских популяций [4,5,7,8,16,20,22,28]. Многолетняя история изучения причинно-следственных связей развития мастопатии позволила выделить ряд причин, способствующих её возникновению.

1. Общие неврологические нарушения, прежде всего состояние длительного психологического стресса (бытовые конфликтные ситуации, конфликты на работе, неблагоприятные сексуальные факторы).

2. Состояние женской репродуктивной сферы, а именно, время наступления нормального менструального цикла и периода менопаузы. Особенностью пациенток, страдающих мастопатией, является раннее менархе и позднее (после 50 лет) наступление менопаузы, которые могут иметь наследственное предрасположение. Важная роль отводится количеству абортов (риск заболеть повышается с увеличением числа абортов, особенно после 35-40 лет, как искусственных, так и самопроизвольных), а также наличию воспалительных заболеваний малого таза. Воспаление придатков матки (аднексит), слизистой матки (эндометрит), а также гиперпластические процессы женских гениталий (гиперплазия эндометрия, эндометриоз) являются факторами риска в отношении возникновения мастопатии. Большое значение имеет лактационная функция. Отсутствие лактации после родов или непродолжительная лактация являются также факторами риска.

3. Гормональный дисбаланс. Так как нарушения нейрогуморальных составляющих женского репродуктивного цикла прежде всего проявляются специфическими изменениями органов-мишеней, данная причина признаётся большинством исследователей.

К наиболее часто регистрируемым гормональным наруше-

ниям относятся: прогестероновая недостаточность, гипо- или гиперэстрогенизация, гиперпролактинемия, гипо- или гиперандрогенемия, гипофункция щитовидной железы.

4. Нарушения функции печени. Воспалительные процессы в печени и желчевыводящих путях (гепатиты, холециститы, холангиты) и возникающие вследствие этого нарушения функции печени, приводящие к снижению её обезвреживающей функции, могут привести к различным обменным нарушениям, в том числе и к гормональному дисбалансу.

5. Местные неврологические, воспалительные и воспалительно-дегенеративные заболевания около зоны молочных желез (остеохондрозы шейно-грудного отдела позвоночника, артрозоартриты плечевых суставов, межрёберная невралгия, невриты, флебиты нервов и сосудов грудной стенки и спины, оститы и хондриты рёбер) могут приводить к нарушению трофики тканей молочной железы и вследствие этого способствовать диспластическим процессам.

Существует много классификаций мастопатий (доброкачественных дисплазий), основанных на клинкоморфологических критериях, но мы остановимся на наиболее часто используемой в клинической практике и понятной практическим врачам классификации, основанной на очаговости поражения и тканевой характеристики патологического процесса. По очаговости поражения различают диффузную и узловую мастопатию (в последнем случае нередко употребляют термин узловый фиброаденоматоз, так как доброкачественные узлы в молочных железах в подавляющем большинстве случаев представлены фиброзной тканью). Если узел представлен конгломератом кист, то в данном случае имеет место узловая кистозная мастопатия.

Диффузная мастопатия подразделяется в зависимости от тканевой характеристики на фиброзную (или с преобладанием

фиброзного компонента), кистозную (или с преобладанием кистозного компонента) и смешанную (фиброзно-кистозную).

Клинические проявления мастопатии наиболее часто проявляются в виде болевого синдрома, который бывает часто двухсторонним, имеет более или менее чёткую связь с месячным циклом (боли возникают или усиливаются во второй половине месячного цикла или перед месячными). Перед месячными нередко также выявляется нагрубание молочных желёз.

Пальпаторно при диффузной мастопатии могут определяться эластические тяжи на протяжении всех квадрантов (областей) молочной железы или какой-либо одной области. При кистозной мастопатии часто определяется зернистость ткани молочной железы. Пальпация молочных желёз часто болезненна. При узловой мастопатии чаще всего определяется подвижный узел (опухолевидное образование) тугоэластической консистенции, безболезненный.

При обследовании проводят УЗИ, маммографию (с 35-летнего возраста), при необходимости диагностическую пункцию с цитологическим исследованием подозрительных участков, где выявлены наиболее уплотнённые железистые дольки. При узловой мастопатии пункция обязательна. Дальнейшая тактика лечения больных с узловой мастопатией заключается в оперативном лечении – диагностической секторальной резекции со срочным гистологическим исследованием в онкологическом учреждении. При выявлении рака молочной железы при срочном гистологическом исследовании проводится соответствующее хирургическое лечение необходимого объёма.

Лечение больных с диффузной мастопатией лекарственное (консервативное). Сложность консервативного лечения больных с диффузной мастопатией заключается в полиэтиологичности данного заболевания. Поэтому вряд ли найдётся универсальная схема или стандарт медикаментозного лечения, оди-

наково пригодные для всех пациенток. Вторая причина сложности консервативного лечения кроется в трудной устранимости указанных выше причин, приводящих к появлению и развитию мастопатии и другой патологии молочных желёз, которые могут действовать на протяжении всей жизни женщины. В этом плане мастопатия подобна острым респираторным инфекциям, когда начинается холодное время года и выявляется пик появления данной патологии. Такая же ситуация нередко наблюдается и при мастопатии, когда пациентка спустя какой-то период времени после полного завершения курса лечения повторно приходит к врачу с теми же жалобами и симптомами болезни, которые были до начала лечения. В связи с этим большое значение имеет разъяснительная работа с пациентками об информации относительно факторов риска заболевания и их убеждения в необходимости, по мере возможности, избегать этих факторов риска, или снизить неблагоприятное влияние этих факторов.

При проведении лекарственного лечения больных с диффузной мастопатией используют официальные лекарственные препараты, биологические активные добавки (БАД), гомеопатические средства, фитотерапию.

Лечение диффузной мастопатии должно быть комплексным и непрерывным (начальный – базовый курс лечения должен быть не менее 3 месяцев). Окончание его возможно только после исчезновения субъективных жалоб больной и на основании показателей объективных исследований (пальпация, маммография, УЗИ). Важное значение имеет последовательность лекарственного лечения: сначала используют негормональные лекарственные средства и в случае их неэффективности переходят на гормональные препараты. Для определения правильной тактики гормонотерапии необходимо неоднократное определение содержания в сыворотке крови основных групп гормонов в первой и второй фазах месячного цикла на протя-

жении 2-3 месячных циклов, что, к сожалению, не всегда доступно в лечебных учреждениях, в том числе и из-за высокой стоимости этих исследований.

При лечении больных с диффузной мастопатией используют следующие группы лекарственных препаратов.

- Препараты с микродозами йодистого калия направлены на нормализацию функции яичников. Используют калия йодид в 0,25% растворе по 1 чайной ложке 3 раза в день после еды. При этом следует учитывать возможное побочное действие этого раствора на слизистую оболочку желудка и нежелательность назначения при повышенной функции щитовидной железы.

- Витаминотерапия проводится с целью улучшения функции печени, принимающей участие в инактивации эстрогенов. Рекомендуются поливитаминные препараты с содержанием витаминов В₆, А, Е, аскорбиновая кислота, принимающая участие в образовании стероидных гормонов. Суточная доза аскорбиновой кислоты должна составлять не менее 1 г.

- Гомеопатические препараты растительного происхождения, устраняющие неполноценность жёлтого тела и дисбаланс между эстрогенами и прогестероном. Для этой цели довольно часто используют мастодинон по 30 капель 2 – 3 раза в день, при необходимости дозу увеличивают до 40-50 капель 2 раза в день.

- Биологически активные добавки (БАД). Это препараты, изготовленные из бурых морских водорослей (кламин, ламинарин), а также препараты с содержанием селена (витоселен, неоселен); обладают антиоксидантной активностью. Препараты из бурых водорослей (кламин, назначается по 1т. 3 раза в день) содержат также микродозы йода, большую группу микроэлементов.

- Седативные препараты, назначаемые обычно во второй фазе месячного цикла (бромкамфара, настойка пустырника, новопассит и др.).

- При болезненных нагрубаниях молочных желёз во второй фазе менструального цикла за 7-10 дне до начала менструации возможно назначение мочегонных средств (фуросемид по 1т. 1 раз в день) в сочетании с калием оротата по 1 т. 2 раза в день.
- Ферментный препарат вобэнзим повышает проницаемость капиллярной стенки, уменьшает отёк стромы, явления фиброза. Принимают по 5-8 таблеток 3 раза в день во время еды, запивая 1 стаканом жидкости в течение 2 – 3 месяцев.
- Гепатопротекторы используют при заболеваниях печени и желчевыводящих путей: метионин по 2 т. 3 раза в день до еды, а также сирепар, силибор, карсил (легалон), эссенциале, адеметионин (гептрал).
- Фитотерапия. Используют довольно широкий спектр сборов. Приведём наиболее часто используемые фитосборы: тысячелистник (или кукурузные рыльца), зверобой, мята, шиповник; смешать в равных частях и 1 столовую ложку сбора заварить в 1 стакане кипятка воды, процедить, принимать по трети или половине стакана за 20-30 минут до еды. Данный сбор особенно эффективен при сочетании мастопатии с патологией печени и желчевыводящих путей.

Хвощ полевой 1 ст. ложка, лист чёрной смородины 1 ст. ложка, цветы золототысячника 1 дес. ложка; смешать, 2 чайные ложки на 1 стакан кипятка. Принимать по 1 стол. ложке 3-4 раза в день. Сбор особенно эффективен при кистозной мастопатии.

Перегородки грецких орехов из 20-25 штук залить 100 мл 70% спирта, настоять 10 дней, принимать по 15-20 капель 3 раза в день.

Фитотерапия, как и другие виды лекарственного лечения мастопатии, должна проводиться длительно, не менее 2-3 месяцев.

При гормонотерапии мастопатии используют следующие группы лекарственных препаратов:

- Препараты с антипролактиновой активностью (парлодел, бромокриптин, бромэргон – синонимы) показаны при гиперпролактинемии, которая установлена лабораторным методом на основании повышенного содержания пролактина в периферической крови или при клинической картине гиперпролактинемии – резко выраженном нагрубании молочных желёз, не исчезающей после приёма негормональных препаратов, галактореи. Назначают по 2,5 мг (1 т.) 2 раза в день до еды в течение 3-4 месяцев. Препарат может обладать побочным действием (головокружение, слабость, головные боли), вследствие чего иногда его приходится отменять.

- Даназол (дановал) является комбинированным гестаген-андрогенным препаратом, ингибитором гипофизарных гонадотропных гормонов, прежде всего лютеинизирующего и фолликулостимулирующего. Применяют по 200 мг в день в течение 3 месяцев. Особенно эффективен при сочетании эндометриоза и мастопатии.

- Прогестины (гестагены), препараты прогестероновых гормонов показаны больным, у которых дисплазия молочных желёз сочетается с гиперпластическими процессами в эндометрии, а также при прогестероновой недостаточности. Используют норколут, прегнин, дюфастон с 16 по 25 дни месячного цикла в течение 4 – 6 месяцев. Есть местная форма использования данной группы препаратов – прожестожель в виде геля для местного использования на область молочных желёз с 15 по 25 дни месячного цикла.

- Андрогенные препараты целесообразны для применения при климактерическом синдроме в ранней менопаузе или предменопаузальном периоде. Часто применяю метилтестостерон по 1 т. (0,0005) 2 раза в день в течение 2-3 месяцев.

- В последнее время многие авторы обсуждают возможность использования при мастопатии антиэстрогенных препаратов (тамоксифен), которые широко используются при лечении рака молочной железы [5,8,21]. Рекомендуются применение тамоксифена в дозе 10 мг в течение 4 – 6 месяцев. Тем не менее не следует забывать об их побочных действиях: маточные кровотечения, остеопороз.

- При мастопатии возможно, в том числе и с лечебной целью, использование оральных контрацептивов. Спектр этих препаратов довольно широк, но при этом предпочтительно использовать препараты с минимальным (не более 0,035 мг) содержанием эстрогенов в комбинации с норстероидами третьего поколения, обладающими незначительными побочными эффектами (ригевидон, марвелон, мерсилон, новинет, фемоден и др).

- При лечении (или назначении контрацептивов с целью предупреждения беременности у больных с мастопатией) следует наблюдать за индивидуальной переносимостью данных препаратов, особенно за реакцией со стороны молочных желёз. При таких явлениях как масталгия, нагрубание молочных желёз, препарат следует отменить. Особо следует отметить, что внутриматочные контрацептивы (ВМС) у больных с мастопатией могут явиться причиной скрыто протекающих воспалительных заболеваний женских гениталий (аднексита, эндометрита). Это является неблагоприятным фоном в плане возникновения и течения диспластически-пролиферативных процессов и другой патологии молочных желёз. Это может случаться также при длительном нахождении ВМС в полости матки (больше установленных сроков) или недоучёта гинекологами противопоказаний к назначению ВМС (местные воспалительные процессы гениталий).

- При явлениях мастопатии с воспалительным компонентом, что клинически проявляется болезненностью на каком-либо участке молочных желёз, очаговой инфильтрацией, воз-

можно использование местного противовоспалительного лечения: компрессы с димексидом (30 мин. 1 раз в день 15 дней) диклофенаковая, индометациновая мази.

Анализируя многолетний опыт ведения больных с мастопатией, сочтено целесообразным выделение групп пациенток на основе общности симптоматики, возраста и сопутствующей патологии с последующей разработкой алгоритма лечебных мероприятий.

Первая группа – женщины в возрасте до 30-35 лет. В этой группе у пациенток мастопатия часто сочетается с воспалительными гинекологическими заболеваниями, нередко с наличием абортов в анамнезе. Из экстрагенитальных заболеваний часто встречается патология щитовидной железы (диффузная нетоксическая струма), воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. На первом этапе лечения оптимальным является назначение комплекса медикаментозного лечения из препаратов с микродозами йода (калий йодистый, кламин), поливитаминных препаратов, при необходимости отдельно витамин Е, седативные препараты во вторую половину месячного цикла. При неэффективности данного лечения в течение 3-4 месяцев, может быть целесообразным применение мастодиона, гормональных препаратов (группы прогестерона – гестагенов), пероральных контрацептивов. При выраженных явлениях нагрубания и болезненности в предменструальном периоде используют мочегонные препараты с оротатом калия, при неэффективности – антипролактиновые препараты (парлодел, бромокриптин). Параллельно проводится при необходимости лечение сопутствующей патологии: воспалительных гинекологических заболеваний, патологии щитовидной железы, печени и желчевыводящих путей. Актуальным является отказ от абортов.

Вторая группа пациенток относится к возрастной градации от 35-40 лет до наступления менопаузы (в том числе и в климактерическом периоде). В этой группе мастопатия часто

сочетается с такими гинекологическими заболеваниями как миома матки, нередко гиперпластические процессы эндометрия, эндометриоз. Из экстрагенитальной патологии наблюдаются заболевания печени и других органов желудочно-кишечного тракта, воспалительно-дегенеративные заболевания шейно-грудного отдела позвоночника и плечевых суставов (остеохондроз, артрозоартриты). В связи с этим причиной болевого синдрома нередко является неврологическая составляющая. У этих больных, на первом этапе, при наличии болевого синдрома рекомендовано назначить биодобавки с микродозами йода (кламин) или с препаратами селена, во второй половине месячного цикла – седативные препараты. После 3-4 месяцев лечения целесообразно провести поддерживающий курс фитотерапии. При явлениях нагрубания молочных желёз тактика такая же, как и в первой группе. При сочетании мастопатии с такой патологией как эндометриоз, по согласованию с гинекологом, возможно назначение гормонотерапии (гестагены, комбинированные гестаген-андрогенные препараты – даназол). В климактерическом и пременопаузальном периоде возможно проведение лечение андрогенами (не более 2-3 месяцев). Актуальным является лечение сопутствующей воспалительно-дегенеративной неврологической и ортопедической патологии. Следует отметить неправильную тактику многих врачей-невропатологов и физиотерапевтов в необоснованном отказе физиотерапевтического лечения указанной выше патологии у больных с мастопатией. Мастопатия не является опухолевым заболеванием и поэтому нет никаких ограничений по поводу использования физических факторов лечения у больных с мастопатией при условии проведения полного комплексного обследования (маммография, УЗИ), которое полностью исключило опухолевый процесс. Тем не менее, следует соблюдать определённую осторожность при назначении физиопроцедур (не использовать физиопроцедуры общего воздействия на организм

и непосредственно на область молочных желёз).

Третью группу пациенток составляют больные, находящиеся в менопаузе после климактерического периода. В этой группе основной причиной мастопатии являются обменно-метаболические нарушения, сопутствующая воспалительная и воспалительно-дегенеративная патология. В этом периоде, как правило, наблюдаются инволютивные процессы в молочных железах. Оптимальным вариантом лечения являются назначение фитотерапии, антиоксидантов (препараты селена), седативных и при их неэффективности гомеопатических средств.

Тактика консервативного лечения в зависимости от вида мастопатии (кистозная или фиброзная) в целом не имеет принципиальных отличий, различие заключается лишь в том, что при кистозной мастопатии иногда приходится прибегать к пункционному опорожнению кист и лечебно-диагностической процедуре пневмокистографии (см. выше – инструментальные методы обследования молочных желёз).

Пневмокистографию на первом этапе обследования и лечения используют также и при крупных кистах – **солитарных кистах молочных желёз (N 60.0 по МКБ-10)**. Солитарные кисты молочных желёз могут достигать иногда очень больших размеров (5 см. и более). Морфологически киста представляет собой хорошо подвижное округлое или овальное опухолевидное образование плотной консистенции с чёткими контурами и гладкой поверхностью. Основным методом дифференциальной диагностики кист с другой патологией является УЗИ-исследование и диагностическая пункция, при которой выявляется жидкостное содержимое образования. После полной эвакуации жидкости из полости кисты проводят пневмокистографию. Мелкие (до 1 см) кисты после пункционного опорожнения плотно прижимают пальцами кисти в течение 5 минут с целью полного спадения и слипания полости кисты. Если данные пневмокистографии и цитологического исследования

жидкости не выявляют данных за злокачественное новообразование, то можно проводить соответствующее консервативное лечение. Следует помнить о возможности озлокачествления кисты и развития особой редкой гистологической формы рака молочной железы – цистаденокарциномы, поэтому следует придерживаться указанной выше диагностической тактики. Признаки озлокачествления кисты - неровные внутренние стенки, выявляемые при пневмокистографии, геморрагическое содержимое. В таких случаях проводят оперативное лечение – секторальную резекцию со срочным и плановым гистологическим исследованием.

Если киста рецидивирует после пневмокистографии или пункционного опорожнения с пальцевым прижатием, возможно повторное пункционное опорожнение с введением в полость кисты склерозирующих растворов (95% этиловый спирт). При повторном рецидиве проводят оперативное лечение – секторальную резекцию с гистологическим исследованием.

Разновидностью солитарной кисты молочной железы является галактоцеле – кистозная полость, заполненная молоком, которое наблюдается в период лактации. В данном случае также проводят пункцию с полной эвакуацией содержимого кисты и компрессии непосредственно после пункционного опорожнения.

Диспансеризация больных с диффузной мастопатией может проводиться врачами различных специальностей – онкологами, хирургами, гинекологами. При отсутствии клинической симптоматики после завершения медикаментозного лечения в течение 2 лет больных с учёта снимают. При узловой мастопатии после оперативного лечения в условиях онкологического диспансера больные наблюдаются онкологами в течение 2 лет и обязательно назначается консервативное лечение, так как операция устранила только следствие болезни (опухолевый узел), но не её причины. Особо активная тактика консерватив-

ного лечения после оперативного лечения по поводу узловой мастопатии должна проводиться при морфологическом выявлении пролиферации эпителия.

Мастит – неспецифическое воспаление молочной железы, занимает второе место в общей структуре неопухолевой заболеваемости молочных желёз после доброкачественных дисплазий. Встречается наиболее часто во время лактации и беременности, но также нередко наблюдается и не в связи с этими состояниями в любых возрастных группах женщин. Причиной мастита являются различные микроорганизмы – стафилококки, стрептококки и другие гноеродные микробы. Входными воротами инфекции чаще всего являются трещины сосков, реже молочные протоки. По характеру процесса различают серозные, инфильтративные и гнойные маститы. Начало заболевания острое – больная жалуется на боль в молочной железе, часто наблюдается высокое повышение температуры, озноб. Поражённая молочная железа увеличена в размерах, инфильтрирована вся или частично в зависимости от степени распространения воспалительного процесса, отмечается расширение подкожных вен, на сосках трещины, подмышечные лимфатические узлы увеличены и чувствительны при пальпации. В начале заболевания инфильтрат в молочной железе не имеет чётких границ, позднее он начинает определяться отчётливее, затем происходит его абсцедирование. Различная локализация гнойника обуславливает особенности клинической картины мастита. Антемаммарный абсцесс (в передней части железы) небольших размеров, флюктуация выявляется рано, диагноз несложен.

Интрамаммарный абсцесс (во внутренней части) сопровождается выраженными явлениями интоксикации, сильным болевым синдромом. Молочная железа увеличена в размерах, болезненна, определяется значительных размеров болезненный инфильтрат. Флюктуация – поздний симптом. Интрамаммарный мастит нередко сопровождается развитием нескольких

гнойных полостей в ткани железы, оперативное лечение при этом значительно затруднено.

Ретромаммарный абсцесс (в задней части молочной железы, непосредственно прилегающей к грудной стенке). Отмечается выраженная интоксикация, высокая температура, озноб, боль в железе, усиливающаяся при движении рукой. Местно железа как бы приподнята, отмечается болезненность при пальпации железы. Гиперемии кожи и флюктуации нет. Раннее выявление затруднено.

Для уточнения диагноза мастита, особенно гнойного, необходима пункция инфильтрата с цитологическим исследованием полученного материала. Этот метод диагностики имеет решающее значение с целью дифференцировки между воспалительным и опухолевым процессом, так как рентгенологическая и эхографическая семиотика воспалительного и опухолевого процесса сходная (образование неоднородной структуры с нечёткими контурами). Кроме того, применение маммографии противопоказано при беременности и лактации. Тем не менее ультразвуковое исследование может дать ценную информацию о локализации гнойных полостей в молочной железе. Острый лактационный мастит также следует дифференцировать от так называемой молочной лихорадки, развивающейся на 3-5 дни после родов и обусловленная застоем молока, которое, претерпевая процесс обратного всасывания, приобретает пирогенные свойства. При этом обычно нет инфильтрации ткани молочной железы.

Лечение мастита начинают при первых признаках заболевания. Лечение должно быть эффективным и энергичным, что предотвратит гнойное расплавление ткани железы. Необходим полный покой с приподнятым положением железы, антибактериальные препараты широкого спектра действия с учётом ранее применявшихся антибиотиками у данной больной по поводу других заболеваний, индивидуальной переносимости

препаратов, наличием или отсутствием лекарственной аллергии, чувствительностью к выделенному возбудителю (если проведён данный анализ). Проводят также местное лечение: согревающие компрессы, противовоспалительные мази (индометациновая, диклофенаковая). Кормление ребёнка грудью можно продолжать только при локализации небольшого инфильтрата по периферии железы при отсутствии общей антибиотикотерапии. При развитии гнойного расплавления паренхимы железы и образованием абсцессов показано оперативное вмешательство, целью которого является эвакуация гноя, некрэктомия и обеспечение надёжного дренирования.

При нелактационных маститах, особенно в возрасте старше 40 лет необходимо после завершения лечения провести контрольное исследование молочных желёз (маммография, УЗИ), так как нередко под маской мастита скрывается рак молочной железы. При неэффективности консервативного или оперативного лечения (наличие инфильтрата в молочной железе) показано его полное иссечение в пределах здоровых тканей со срочным и плановым гистологическим исследованием в условиях онкологического учреждения.

Самая тяжёлая форма мастита – гнилостный, или гангренозный, при котором инфекция имеет тенденцию к быстрому распространению в связи с присоединением тромбоза сосудов, нарушением кровоснабжения и прогрессированием некроза ткани железы, жировой клетчатки и кожи. Состояние больной крайне тяжёлое, нередко развивается печёночная недостаточность на фоне интоксикации, сепсиса. Лечение – ранняя операция с широким вскрытием гнойников, иссечение зон некроза, активное дренирование раны, массивная антибиотикотерапия. При прогрессировании процесса показано удаление железы – мастэктомия.

Неспецифический мастит в подавляющем большинстве случаев имеет острое течение, крайне редко – хроническое.

Опыт показывает, что хроническое течение неспецифического мастита, как правило, является следствием неадекватно лечёного острого. В данном случае наиболее оптимальным методом лечения является хирургический – иссечение воспалительного очага в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

Исключительно редко встречаются специфические инфекционные и паразитарные воспалительные заболевания молочной железы: туберкулёз, сифилис, актиномикоз. Клиника этих заболеваний весьма сходна с раком молочной железы, что затрудняет диагностику. В ткани молочной железы определяются тяжистые безболезненные участки уплотнения, инфильтраты которые спаиваются с кожей и направлены к лимфоузлам. Может наблюдаться втяжение соска, флюктуирующие припухлости по типу «холодного» натёчного абсцесса, изъязвление, свищи с гнойным отделяемым. Облегчает диагностику анамнез, серологические пробы и гистологическое, бактериологическое, микологическое исследование поражённой ткани молочной железы. Лечение комплексное: иссечение поражённых участков молочной железы со специфической лекарственной терапией.

Жировой некроз молочной железы (или олеогранулёма) возникает вследствие местной травмы молочной железы. Клинически чаще проявляется болезненным (нередко – безболезненным) опухолевидным образованием с относительно чёткими (иногда нечёткими) контурами и гладкой поверхностью, подвижным. Дифференциальный диагноз проводят с доброкачественными и злокачественными опухолями молочных желёз. Методы обследования – УЗИ, маммография, пункция образования и на завершающем этапе – диагностическая секторальная резекция с гистологическим исследованием, которая при подтверждении этого заболевания носит также лечебный характер.

Трещины и свищи сосков молочных желёз могут появляться вследствие местного воспалительного процесса, недостаточной подготовки молочных желёз во время беременности, неправильной техники кормления, гиповитаминоза и общего ослабления организма женщины. Проводят местное мазевое противовоспалительное лечение, при необходимости антибактериальную терапию, склерозирующую терапию (при свище). При неэффективности – применяют хирургическое лечение.

Эктазия (расширение) протоков молочной железы может явиться следствием воспаления или дисплазий молочных желёз, а также как врождённая патология. Часто сочетается с мастопатией. Может быть как двухсторонней, так и односторонней. Клинически проявляется выделениями из сосков различного цвета, нередко самопроизвольными. Методы обследования при данной патологии включают маммографию, УЗИ и дуктографию с обязательным цитологическим исследованием выделений. Наиболее ценную информацию для диагностики данной патологии дают УЗИ и дуктография. Проводят противовоспалительное лечение, склерозирующую терапию, при неэффективности этих методов применяется хирургическое лечение (удаление расширенных участков протоков).

В послеродовом периоде довольно часто наблюдаются снижение лактационной функции молочных желёз вплоть до её отсутствия: **агалактия, гипогалактия (также – слабая, подавленная лактация)**. Причины: общие тяжёлые экстрагенитальные заболевания, токсикозы беременных, психогенные факторы, послеродовая недостаточность гипофиза. Лечебные мероприятия: правильная техника кормления, высококалорийное питание с повышенным содержанием витаминов, общее ультрафиолетовое облучение, дарсонвализация молочных желёз, внутримышечное введение пролактина по 5 ЕД 2 раза в день в течение 7 дней.

Галакторея (как связанная, так и не связанная с деторождением) проявляется выделениями беловатого цвета как при пальпации, так и самопроизвольно. Галакторея часто встречается в связи с деторождением, когда после окончания кормления грудью сохраняются выделения молозива на протяжении определённого периода времени (иногда год и более). Галакторея, появившаяся вне связи с деторождением, может являться следствием нейрогуморальных нарушений (повышенная выработка пролактина), а также может являться паранеопластическим синдромом – совокупностью признаков (симптомов), обусловленных опухолью другой локализации: при раке почки, лёгкого, карциноиде и феохромоцитоме (вследствие выработки этими опухолями пролактина и кальцитонина). В связи с этим при галакторее, появившейся вне связи с деторождением, должна быть онконастороженность и обязательно проведение соответствующих методов обследования – рентгенографии лёгких, ультразвукового исследования органов брюшной полости, почек и забрюшинного пространства. Со стороны молочных желёз проводят УЗИ, у женщин старше 35 лет – маммографию, при необходимости – дуктографию и цитологическое исследование выделений из сосков молочных желёз. Лечение – назначение антипролактиновых препаратов – парлодел (бромокриптин, бромэргон) по 2,5 мг (при необходимости до 5 мг) 2 раза в день до еды в течение 3-4 месяцев.

Атрофия молочных желёз (уменьшение массы и размеров молочных желёз) может быть врождённой и приобретённой (в подавляющем большинстве случаев после длительной лактации и частых родов). Врождённое недоразвитие молочных желёз также обозначают термином гипоплазия, а полное отсутствие - аплазия. Нередко врождённая гипоплазия приводит к полной невозможности вскармливания грудью. Уменьшение размеров и массы молочных желёз может также отмечаться после широких секторальных резекций по поводу доб-

рокачественных опухолей молочных желёз, особенно повторных. Атрофия молочных желёз в подавляющем большинстве случаев психологически тяжело переносится женщинами - признак ущербности. Для коррекции атрофии молочных желёз используются пластические операции, заключающиеся во введении силиконовых имплантантов в молочную железу и иные методы пластических операций. Следует помнить, что нередко силиконовые имплантанты затрудняют диагностику различных патологических процессов молочных желёз, в том числе и опухолевых, а также могут способствовать им, являясь чужеродным телом. Их использование не рекомендуется женщинам, которые планируют рожать и вскармливать грудью и женщинам, чья деятельность не исключает травмы молочной железы. Кроме того, далеко не всегда они также способствуют хорошим косметическим результатам [27]. Наиболее физиологические способы коррекции атрофии молочных желёз – специальные комплексы физических упражнений на мышцах грудной стенки, плечевого пояса и верхних конечностей, стимулирующие физиопроцедуры. Более действенным является профилактика постлактационной атрофии, заключающаяся в постепенном (не резком) прекращении кормления и не слишком длительных сроках кормления (свыше полутора лет).

Втянутый сосок молочной железы. Как было указано выше (см. раздел семиотики патологии молочных желёз), причинами втянутого соска, не в связи со злокачественной опухолью, могут быть врождённая аномалия и приобретённые изменения вследствие инволютивных процессов, травм, которые сопровождаются разрастанием соединительной ткани вокруг ареолы. Вследствие этого сосок втягивается внутрь и кормление грудью становится невозможным. Обследование – маммография, УЗИ, при наличии кровянистых выделений – дуктография. Лечение втянутого соска хирургическое, которое рекомендуется проводить у женщин, которые планируют роды и

кормление грудью. Предложено много вариантов хирургических операций, но наиболее простой заключается в рассечении соединительнотканых волокон, фиксирующих сосок из двух полуовальных разрезов по нижней и верхней частях ареолы.

Из других уточнённых болезней и также признаков и симптомов со стороны молочных желёз (шифры N 64.5 и N 64.8 по МКБ-10) следует отметить добавочные дольки молочных желёз в подмышечных областях и макромастию (увеличение массы и размеров молочных желёз), которые могут быть как наследственно обусловленными, так и приобретёнными. Приобретённые причины появления добавочных долек молочных желёз в подавляющем большинстве случаев являются следствием диспластически-пролиферативных процессов молочных желёз, когда разрастающаяся ткань молочной железы в подмышечных отростках распространяется в подмышечную область. Клинически добавочные дольки в подмышечных областях выявляются пальпаторно, при больших размерах - визуально. Методы диагностики – УЗИ молочных желёз и подмышечных областей, диагностическая пункция образований. При пункции добавочных долек наиболее часто выявляется кубический эпителий. Лечение добавочных долек больших размеров и с признаками роста оперативное (удаление с плановым гистологическим исследованием). При небольших размерах (если определяются только пальпаторно) и без признаков роста возможно наблюдение и консервативное лечение по принципу лечения мастопатий. Опыт показывает, что нередко добавочные дольки регрессируют после наступления менопаузы.

Макромастия (увеличение размеров и массы молочных желёз) чаще отмечается при различных обменных и гормональных нарушениях. Нередко в данных случаях увеличение молочных желёз обозначают термином гипертрофия (N 62 по МКБ – 10). В данном случае необходимо выявить причину данной патологии и попытаться её устранить. Лечение опера-

тивное: пластические операции, направленные на уменьшение массы и размеров молочных желёз.

Травмы молочной железы по своей клинической симптоматике и основным принципам лечения мало отличаются от травм мягких тканей. Тем не менее, из особенностей следует отметить быстрое распространение травматической гематомы по пространству железы и характерное для железистого органа слабая способность к отграничению процесса. Основная задача при ушибах молочной железы является активная консервативная терапия с целью недопущения формирования капсулированной гематомы, требующей хирургического лечения.

ОПУХОЛИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Доброкачественные опухоли молочных желёз.

Фиброаденома. Наиболее часто встречающаяся опухоль. Эта опухоль в подавляющем большинстве случаев встречается в юношеском и молодом возрасте (до 30 лет), реже – после 30-40 лет. При микроскопическом исследовании фиброаденома представляет собой совокупность железистых каналов, выстланных кубическим эпителием. Клинически фиброаденома представляет плотное подвижное опухолевидное образование округлой или овальной формы с чёткими контурами и гладкой поверхностью размерами не более 3 см. Особая разновидность фиброаденом – так называемые листовидные фиброаденомы, которые могут достигать больших размеров, их поверхность неровная, неправильной формы, консистенция плотноэластическая, в большем случае они подвижные. Методы диагностики – УЗИ молочных желёз, маммография, диагностическая пункция. Лечение оперативное – секторальная резекция со срочным и плановым гистологическим исследованием. В виде исключения небольших размеров фиброаденомы (до 1 см.) можно наблю-

дать у нерожавших женщин до 22-25 лет до наступления родов и кормления грудью. Если после родов и лактации фиброаденома не исчезает, то проводят оперативное лечение.

Внутрипротоковая папиллома – доброкачественная опухоль из кубического эпителия протоков молочных желёз. Трудность диагностики данной опухоли заключается в том, что пальпаторно она практически не определяется, а клинически проявляется кровянистыми выделениями из соска молочной железы. Алгоритм диагностики при симптоме кровянистых выделений из соска (равно – данных за внутрипротоковую папиллому) представлен в разделе «патологические изменения в области сосков молочных желёз». Лечение внутрипротоковой папилломы хирургическое – секторальная резекция (удаление сектора с участком протока, где находится папиллома) со срочным и плановым гистологическим исследованием.

Липомы (из жировой ткани), **фибромы** (из соединительной ткани) и **атеромы** (кистоподобные опухолевидные образования с сальнообразным содержимым). Эти образования не являются специфичным только для молочных желёз, они встречаются также и в других органах и тканях. Решающее значение для дифференциальной диагностики данных опухолей имеет цитологическое исследование на основе диагностической пункции и гистологическое исследование после удаления опухоли.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Рак молочной железы

Классификация, клиника, диагностика. Рак молочной железы (РМЖ), стоит на первом месте по заболеваемости злокачественными опухолями среди женщин и также занимает первое место в структуре женской заболеваемости злокачест-

венными новообразованиями. Этиологические факторы рака молочной железы являются в основном сходными с таковыми для диспластически-пролиферативных процессов молочных желёз (мастопатий). Это подтверждают данные о частоте заболеваемости этой патологией в разных странах мира. Заболеваемость раком молочной железы в Российской Федерации и в других развитых странах мира на протяжении десятилетий непрерывно возрастает. В 80-90 годах прошлого столетия наибольшие стандартизованные показатели заболеваемости женского населения в США (80-100 на 100000 населения), таких странах Европы как Австрия (64,9), Дания (73,3), Великобритания (70,8), Нидерланды (79,6), некоторых других развитых странах Европы, Новой Зеландии (77,2), Австралии (66,6) и Израиле (еврейское население – 77,4). Самые низкие показатели заболеваемости за этот период отмечены в таких странах Азии как Корея (7, 1), Таиланд (14,6), Вьетнаме (18, 2) и странах Африки : Алжир (9,5); Мали (10,5), в том числе и в странах с самой большой численностью населения в мире – Индии (21,3-28,2) и Китае (11,2 -26,5) [18,19,23]. В Российской Федерации за период с 1990 по 1999 года стандартизованный показатель заболеваемости женского населения раком молочной железы возрос соответственно с 29,33 по 38, 36. Несмотря на то, что эти показатели заболеваемости в Российской Федерации более низкие, чем в развитых странах Европы и США, рак молочной железы в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения в России также занимает первое место.

Приведённые выше данные описательной (дескриптивной) онкоэпидемиологии РМЖ показывают, что наибольшие показатели заболеваемости отмечаются в странах с достаточно высоким уровнем жизни и низкой рождаемостью. Ещё давно было показано, что в странах с высокой заболеваемостью раком молочной железы (РМЖ) женщины поздно вступают в поло-

вую жизнь, редко рожают, часто имеют поздние роды, делают много аборт, рано прерывают лактацию, менструации у них начинаются в более молодом возрасте. Защитная роль лактации от рака молочной железы состоит в уменьшении эстрогенной активности в этот период. Ранняя первая беременность способствует резкому увеличению продукции неракового гормона эстриола, который является продуктом метаболизма эстрадиола и эстрогена. Эстриол тормозит канцерогенное воздействие эстрадиола и эстрогена. Поздние беременности и первые роды после 30-40 лет приводят к резкому повышению уровня эстрадиола, что может способствовать развитию рака. В связи с этим многие исследователи относят к довольно высоким факторам риска заболеть РМЖ поздние первые роды после 35-40 лет, большое количество аборт (особенно также после 35-40 лет), непродолжительную лактацию (даже при большом количестве родов) [18,19,20, 23,24, 28].

Динамика повозрастной заболеваемости РМЖ имеет некоторые особенности, отличные от большинства наиболее распространённых локализаций рака. Так, например, для большинства локализаций (включая рак лёгких, желудка, предстательной железы) характерно непрерывное увеличение повозрастных показателей заболеваемости по мере увеличения возраста, начиная с 40 лет. Особенности повозрастной динамики заболеваемости РМЖ заключаются в более раннем подъёме показателей заболеваемости, начиная с 30 лет, пик которой отмечается в возрасте 45-65 лет. После 65 лет показатели заболеваемости РМЖ имеют тенденцию к снижению. В связи с этим исследователи выделяют следующие патогенетические варианты РМЖ: тиреоидную, яичниковую, надпочечниковую и инволютивную [2,23].

Тиреоидная форма встречается у женщин до 35 лет и характеризуется патологией щитовидной железы с гипо- или эутиреоидной функцией, нередко ранним ожирением, поздним на-

ступлением менструаций. Лабораторные исследования выявляют снижение функции щитовидной железы, уровня холестерина. Эта форма встречается у 4-5% больных, гормонотерапия у них малоэффективна (в том числе и овариэктомия), химиотерапия улучшает результаты.

Яичниковая форма встречается у больных от 35 до 50 лет (средний возраст 40 лет) и характеризуется нарушением функции яичников, повышенной эстрогенизацией, ранним началом менструаций, воспалительными и гиперпластическими процессами в яичниках, хроническими гепатопатиями, мастопатией, раком молочной железы в семейном анамнезе. Эта форма встречается у 40-45% больных РМЖ. Применение химиотерапии и гормонотерапии у них улучшает результаты заболевания, хотя прогноз остаётся неблагоприятным из-за выраженной агрессивности заболевания.

Надпочечниковая форма встречается у больных в пременопаузе и менопаузе в возрастной градации от 50 до 60 лет и характеризуется нарушением стероидной функции надпочечника, наличием гипертонической болезни, атеросклероза, поздним наступлением менопаузы, доброкачественных и злокачественных опухолей женских половых органов в семейном анамнезе. В лабораторных анализах находят повышенный уровень холестерина, липопротеидов, гипокортицизма. Эта форма наблюдается у 35-40% больных, обладает также неблагоприятным прогнозом, не поддаётся химиотерапевтическому лечению, а гормонотерапия улучшает результаты.

Инволютивная форма встречается у пожилых больных старше 60 лет (средний возраст 65 лет) и характеризуется общими инволютивными изменениями в организме, глубокой (более 10 лет) менопаузой, а также большой длительностью репродуктивного периода. В лабораторных анализах отмечается снижение уровня эстрогенов. Эта форма встречается у 6-8% больных, обладает относительно благоприятным прогнозом.

Гормонотерапия улучшает результаты, а химиотерапия не только неэффективна, но может даже ухудшить течение заболевания ввиду иммунодепрессивного воздействия, которое усугубляется возрастной иммунодепрессией.

Различают узловую форму РМЖ, рак Педжета (поражение соска) и инфильтративно-отёчные формы. Наиболее часто встречается узловая форма РМЖ. Клинически опухоль представляет собой плотное образование с нечёткими контурами, которое может быть подвижным, ограниченно подвижным. При значительном местном распространении опухолевого процесса могут наблюдаться следующие кожные симптомы: симптом лимонной корки (кожа над опухолью отёчна и напоминает кору лимона), симптом умбиликации (втяжения, площадки – кожа над опухолью не берётся в складку), изъязвления и прорастания опухолью кожи (проросшая раковая опухоль часто имеет фиолетовый или красноватый цвет). При поражении метастазами регионарных лимфатических узлов последние пальпаторно плотные, чаще ограниченно подвижные, иногда значительно увеличены в размерах и могут образовывать плотные конгломераты.

Рак Педжета относится к редкой форме РМЖ и представляет собой раковую опухоль в зоне соска железы. При этом сосок плотный, бугристый, нередко увеличен в размерах и изъязвлен, или мацерирован, эрозирован. Могут возникать проблемы с дифференциальной диагностикой от кожных заболеваний. Кожные поражения, в отличие от рака Педжета, чаще двухсторонние. Решающее значение в дифференциальной диагностике имеют морфологические методы исследования (мазки-отпечатки с соска и биопсия изменённой ткани соска).

Инфильтративно-отёчные формы рака молочной железы (маститоподобная, панцирная, рожистоподобная) клинически представляют собой больших размеров опухолевидные образования с нечёткими контурами в виде инфильтрата с явлениями

отёчности кожи, которые в большинстве случаев занимают всю молочную железу (или её большую часть). Могут наблюдаться также кожные изменения (прорастание опухолью кожи при панцирном типе рака). Нередко могут отмечаться трудности при дифференциальной диагностике инфильтративно-отёчных форм рака молочной железы с маститами (особенно в молодом возрасте и при непродолжительном течении болезни). Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет диагностическая пункция, которую при инфильтративно-отёчных формах рака молочной железы следует проводить из нескольких разных точек, так как большие по размерам опухолевидные образования неоднородны по своей структуре (пунктат из зоны некроза или распада в центре опухоли малоинформативен, зона активной пролиферации находится по краям опухоли). При неинформативности диагностической пункции проводят трепан-биопсию или открытую биопсию опухоли.

Рак молочной железы чаще встречается в наружных квадрантах железы, (особенно в верхненаружном), реже – во внутренних квадрантах и области ареолы. Рак во внутренних квадрантах и области ареолы прогностически неблагоприятен ввиду возможного метастазирования в парастернальные (и далее – в лёгкие) и надключичные и (далее – в шейные лимфатические узлы). В связи с этим при локализации рака в центральной зоне молочной железы и во внутренних квадрантах даже при начальных стадиях РМЖ в план лечения обязательно включают послеоперационную лучевую терапию с облучением парастернальной и надключичных зон.

Классификация РМЖ в зависимости от степени распространённости процесса на основании международной системы TNM последнего пересмотра представлена ниже.

Классификация рака молочной железы по системе TNM (6 пересмотр).

Первичная опухоль – T:

Tis – рак in situ.

T1 – опухоль до 2 см. в наибольшем измерении.

T2 – опухоль до 5 см. в наибольшем измерении.

T3 – опухоль более 5 см. в наибольшем измерении.

T4 – опухоль любого размера с прямым распространением на кожу или грудную стенку (грудная стенка включает ребра, межрёберные мышцы, переднюю зубчатую мышцу, но не грудные мышцы). Отёк (включая лимонную корку), или изъязвление кожи молочной железы, или сателлиты (дочерние опухолевые очаги в коже молочной железы), все инфильтративно-отёчные (воспалительные) формы рака молочной железы.

N – регионарные лимфатические узлы:

K регионарным лимфатическим узлам молочной железы относят (только на стороне поражения) подмышечные, подключичные, подлопаточные, надключичные и внутренние лимфатические узлы молочной железы (последние располагаются в эндоторакальной фасции и межрёберных пространствах вдоль края грудины).

N0 – нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах.

N2 – метастазы в фиксированных подмышечных лимфатических узлах или клинически определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах при отсутствии метастазов в подмышечных лимфатических узлах.

N3 – метастазы в подключичных лимфатических узлах с/или без метастазов в подмышечных лимфоузлах; или клинически определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах при наличии метастазов в подмышечных; или метастазы в надключичных лимфатических узлах с / или без метастазов в подмышечных или внутренних лимфатических узлах.

Если проведено радикальное оперативное лечение с плановым гистологическим исследованием удалённых регионарных лимфатических узлов, то действует следующая (патолого-анатомическая) классификация N:

N0 – не выявлено поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастазы в 1-3 подмышечных лимфатических узлах и / или во внутренних лимфатических узлах с микроскопическими (до 2 мм) метастазами.

N2 – метастазы в 4 – 9 подмышечных лимфатических узлах.

N3 – метастазы в 10 и более подмышечных лимфатических узлах, или в подключичных, или во внутренних лимфоузлах при наличии одного и более поражённых метастазами лимфатических узлов или поражение более 3 подмышечных лимфоузлов с микроскопически доказанным метастазами во внутренних лимфатических узлах, или метастазы в надключичных лимфоузлах.

Все метастазы в другие группы лимфатических узлов, а также в перечисленные выше группы лимфатических узлов на противоположной поражению (контралатеральной) стороне считаются как отдалённые метастазы и обозначаются соответственно как M1.

M – отдалённые метастазы:

M0 – нет отдалённых метастазов.

M1 – есть отдалённые метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия 0 - Tis N0M0.

Стадия I – T1N0M0.

Стадия IIA - T1N1M0, T2N0M0.

Стадия IIB – T2N1M0, T3N0M0.

Стадия IIIA – T1N2M0; T2N2M0; T3N1,N2M0.

Стадия IIIB – T4N0,N1,N2M0.

Стадия IIIC – Любая TN3M0.

Стадия IV – Любая T любая NM1.

Так как окончательная степень распространённости опухолевого процесса определяется после оперативного лечения на основании гистологического исследования удалённой опухоли и регионарных лимфатических узлов, то соответственно данная классификация подразделяется на до- и послеоперационную.

Если выявлено в одной молочной железе несколько раковых опухолей одинаковой морфологической структуры, то

данная форма расценивается как мультицентрический рост опухоли и в окончательной формулировке диагноза указываются все размеры опухолевых очагов согласно системе TNM и стадия заболевания устанавливается с учётом самого большого выявленного опухолевого очага (например – мультицентрический рак левой молочной железы ПА стадии T1,2N0M0). Если выявлено два и более опухолевых очага одинаковой морфологической структуры в разных молочных железах, то констатируется IV стадия заболевания. При этом опухоль меньших размеров в одной молочной железе считается отдалённым метастазом, а первичной опухолью считается опухоль больших размеров (или та опухоль, которая появилась раньше при одинаковых размерах опухолей). Раковые опухоли в одной или обеих молочных железах разной морфологической структуры считаются как первично-множественные синхронные. Если опухоль идентичной морфологической структуры появилась позже в другой молочной железе, то в данном случае говорят о прогрессировании рака молочной железы (отдалённых метастазов в другой молочной железе). При выявлении опухоли другой морфологической структуры в более поздние сроки после выявления рака в другой молочной железе ставят соответственно диагноз первично-множественного метасинхронного рака молочных желёз. Отдалённые метастазы рака молочной железы наиболее часто встречаются в костной системе, органах грудной полости, печени.

Обязательными методами обследования при РМЖ являются маммография, рентгенография органов грудной полости, УЗИ молочных желёз и регионарных лимфатических узлов молочной железы, органов брюшной полости, пункция первичной опухоли молочной железы и лимфатических узлов, подозрительных по данным пальпации и УЗИ на метастатически поражённые. При возможности проводят также радиоизотопное сканирование костей с целью выявления костных мета-

стазов и определение уровня рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухолевой ткани.

Принципы лечения. Лечение РМЖ представляет собой сложную задачу. Самое большое количество вариантов лечения в онкологии отмечается именно при раке молочной железы. При этом используются в равной степени все методы лечения злокачественных новообразований : местнорегионарные (хирургический, лучевая терапия) , системные (химиотерапия и гормонотерапия), комбинированный метод (сочетание двух местнорегионарных однонаправленных методов – хирургического и лучевой терапии) и комплексные (сочетание двух и более разнонаправленных методов – местнорегионарных и системных). Тактика лечения в решающей степени определяется в зависимости от степени распространённости процесса. При локализованном РМЖ (опухоли T1,2 без регионарных и отдалённых метастазов основной метод лечения – хирургический. Проводят следующие варианты функционально-щадящего оперативного лечения – операции Пейти (удаление молочной железы с опухолью, малой грудной мышцы и регионарных лимфатических узлов – подмышечных, подключичных и подлопаточных) и операции Маддена (удаляют те же образования, кроме малой грудной мышцы). При локализации опухоли в латеральных квадрантах молочной железы, размерах опухоли не более 3 см и расстоянии до ареолы не менее 5 см. и, соответственно, достаточных размерах молочной железы проводят органосохраняющее оперативное лечение – расширенную секторальную резекцию – удаление сектора молочной железы с опухолью и подмышечных, подлопаточных, подключичных лимфоузлов. Расширенная секторальная резекция обязательно дополняется послеоперационной лучевой терапией на молочную железу и зоны регионарного метастазирования. Послеоперационную лучевую терапию используют также при локализации опухоли в центральной зоне молочной железы и

медиальных квадрантах. Проводят облучение парастернальных и надключичных лимфатических узлов. Мастэктомия является калечащей операцией и удаление молочной железы психологически тяжело переносят многие женщины. Поэтому в ведущих онкологических учреждениях проводятся пластические операции с целью замещения дефекта удалённой молочной железы мышцами передней грудной стенки и спины. Подобные операции дают хорошие результаты, если они выполняются одновременно с мастэктомией. Однако в последующем затрудняется диагностика рецидива и метастазов в области послеоперационного рубца и грудной стенки. РМЖ – злокачественная опухоль, которая обладает большим потенциалом рецидивирования и метастазирования, пик которых приходится на первые 4 года наблюдения с момента начала лечения. В связи с этим целесообразность и сроки выполнения пластических операций при раке молочной железы пока в настоящее время являются дискуссионными и предметом изучения.

При местнораспространённом РМЖ T3,4N0M0, T1,2,3,4 N1,2,3M0 проводят комплексное лечение – в лечебных схемах обязательно используется химиотерапия и гормонотерапия. Проводят предоперационную (неoadьювантную) химиотерапию (2 двухнедельных курса с интервалом в 2 недели). Затем выполняют оперативное лечение, после операции – лучевую терапию на зоны послеоперационного рубца и регионарного метастазирования, и далее – послеоперационную (адьювантную) химиотерапию (до 6 курсов химиотерапии с интервалами в 4 недели между курсами). В качестве схем химиотерапевтического лечения на протяжении многих десятилетий используется схема CMF (циклофосфан 100 мг/м² внутримышечно или внутрь ежедневно с 1 по 14 дни, метотрексат 40 мг/м² внутривенно в 1 и 8 дни, фторурацил 600 мг/м² внутривенно в 1 и 8 дни). При адьювантной и неoadьювантной химиотерапии, особенно у больных молодого возраста и при быстрых темпах

роста опухоли на основании анамнеза и клиники используют схемы с антрациклинами –CAF (циклофосфан 100 мг/м² внутримышечно с 1 по 14 дни, адриамицин 30 мг/м² внутривенно в 1 и 8 дни, фторурацил 500 мг/м² внутривенно в 1 и 8 дни). У больных пожилого возраста (после 60-65 лет) используют перед операцией лучевую терапию крупным фракционированием, после операции – лучевую терапию в режиме классического фракционирования дозы, гормонотерапию. В качестве гормонотерпии у больных в менопаузе более 1 года используют антиэстрогенные препараты – тамоксифен 20 мг ежедневно внутрь в течение 3 – 5 лет. У больных с сохраненной менструальной функцией и в менопаузе до 1 года при степени распространённости процесса T3, N2 и более проводят овариэктомию с последующим назначением антиэстрогенных препаратов после выключения функции яичников. При возможности определении рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли овариэктомию выполняют у женщин с сохранённой менструальной функцией при уровне этих гормонов 10 фимоль и выше. У молодых женщин до 35 лет, особенно при тиреоидной форме заболевания, овариэктомию, и гормонотерапия, как было указано выше, неэффективна и в связи с этим её не проводят.

Особая тактика лечения при инфильтративно-отёчных формах рака молочной железы. На первом этапе проводят химиотерапевтическое лечение – 2 курса, затем – лучевую терапию в режиме классического фракционирования дозы. При эффекте от химиолучевого лечения проводят оперативное лечение и затем – адьювантную химиотерапию, гормонотерапию. У женщин с сохранённой менструальной функцией на первом этапе выполняют овариэктомию. При появлении метастазов в процессе или после лечения больные переводятся на индивидуальные методы лечения.

Сходную тактику лечения (как при инфильтративно-отёчных формах) используют при распространённом раке мо-

лочной железы с наличием отдалённых метастазов – M1. Используют разные схемы химиотерапевтического лечения, применяемые, как правило, в условиях онкологического учреждения и гормонотерапию. Первая линия гормонотерапии распространённого РМЖ – антиэстрогены (тамоксифен по 40 мг ежедневно до прогрессирования процесса). При прогрессировании процесса назначают ингибиторы ароматазы (аримидекс; летрозол, или фемара). При неэффективности последних – прогестины. При противопоказаниях к назначению антиэстрогенов (гиперпластические процессы в эндометрии, рак тела матки) гормонотерапию начинают с использования ингибиторов ароматазы (аримидекс 1 мг внутрь ежедневно). В последнее время также многие клиницисты отдают предпочтение ингибиторам ароматазы как первой линии гормонотерапии РМЖ. У женщин с сохранённой менструальной функцией при распространённом РМЖ используют также лекарственное выключение функции яичников: агонисты рилизинг-гормонов – золадекс 3,6 мг подкожно 1 раз в 28 дней на протяжении 6 – 12 месяцев.

Отдалённые результаты лечения рака молочной железы оставляют желать лучшего. Средняя 5-летняя выживаемость вне зависимости от стадии, возраста и других прогностических факторов (патогенетическая форма, состояние менструальной функции и т. д.) в среднем в Российской Федерации в различных регионах составляет 50-60%; при локализованном раке (без регионарных и отдалённых метастазов) может достигать 85-95%; при местнораспространённом (наличие регионарных метастазов, опухоли T3,4) колеблется в зависимости от других указанных выше прогностических факторов от 35% до 75% и при распространённом (наличие отдалённых метастазов) составляет 10-20%.

Диспансеризация и реабилитация больных раком молочной железы. Больные раком молочной железы составляют

довольно большую группу из всего контингента больных, состоящих на учёте по поводу злокачественных новообразований. Наблюдаются в онкологическом учреждении, в том числе и у онколога по месту жительства пожизненно. Учитывая особенности рецидивирования и метастазирования рака молочной железы (наибольшая частота появления рецидивов и метастазов после лечения отмечается в первые 4 года), рекомендовано в первые 2 года, считая с момента начала лечения, проводить контрольные осмотры 1 раз в 3 месяца, на 3 – 5 годах наблюдения – 1 раз в 6 месяцев и после 5 лет – 1 раз в год. Обязательно ежегодно проводить вне зависимости от жалоб больной следующие методы инструментального обследования: рентгенографию лёгких, УЗИ послеоперационного рубца, оставшейся молочной железы и зон регионарного метастазирования, брюшной полости, при возможности – сканирование костей и определение опухолеассоциированных антигенов, и также другие методы по показаниям (в зависимости от объективного состояния и жалоб больной).

Хирургическое, лучевое и химиотерапевтическое лечение нередко даёт определённые анатомо-функциональные и психологические нарушения, довольно часто являющиеся причиной инвалидизации данной категории больных. Радикальное оперативное вмешательство – мастэктомии по Пейти, Маддену и Холстеду заключаются в удалении молочной железы, подмышечных, подлопаточных и подключичных лимфоузлов соответственно с пересечением немало количества нервных стволов, иннервирующих грудную стенку, удалении или малой грудной мышцы (операция Пейти), или большой и малых грудных мышц (операция Холстеда). Наиболее травматичная операция – мастэктомия по Холстеду применяется в настоящее время реже, преимущественно при больших опухолях, непосредственно прилегающих к грудной стенке. В связи с этим после операции в ранние и поздние сроки (в том числе и на протяжении многих

лет после операции) у большинства больных наблюдаются такие осложнения как болевой синдром в области послеоперационного рубца, плечевом суставе с оперированной стороны, грудной клетке и спине, онемение и парестезии в данных областях. На втором месте стоит такое осложнение как отёк верхней конечности с оперированной стороны. Реже наблюдаются рожистое воспаление конечности и далее - контрактура плечевого сустава, а в раннем послеоперационном периоде – лимфорея в области послеоперационного рубца.

Ведущее место в профилактике этих осложнений имеет лечебная физкультура. Разработаны комплексы упражнений с дозированными нагрузками на плечевой сустав и мышцы плечевого пояса, которые рекомендовано проводить, начиная с 2-недельного срока после операции как минимум в течение 7 – 8 месяцев до полного восстановления функции верхней конечности. В комплексы реабилитационных мероприятий входят также тёплые ванны (38-40 гр.) или душ в течение 2 недель, ограничение нагрузки на больную конечность до 3 кг. В течение года, периодическую элевацию (приподнимание) конечности в течение 15-20 минут ежедневно, предупреждение микро-травм и повреждений конечности, особенно в области кисти, занятие плаванием. При появлении отёка верхней конечности рекомендовано использовать следующие лечебные мероприятия: бессолевая диета, мочегонные препараты в течение 5-7 дней, периодическая элевация конечности в течение 20 минут каждые 2 часа, эластическое бинтование конечности начиная от кисти до плеча продолжительностью 2 часа и занятие лечебной физкультурой. При показаниях используют медикаментозное лечение: анальгетики и противовоспалительные препараты, седативные средства и антибактериальную терапию. При лимфорее проводят пункции области послеоперационного рубца с отсасыванием содержимого и при необходимости вводят склерозирующие растворы.

После проведения лучевой терапии наиболее частым осложнением является лучевой эпителиит, реже постлучевая язва. Основное место в лечении этих местных постлучевых осложнений принадлежит мазевому лечению (индифферентные жирные крема, например, рыбий жир, облепиховое масло, метилурациловая и солкосериловая мази, куриозин, гормонально-активные мази для лечения дерматитов). Крайне редко после проведения лучевой терапии отмечается такое осложнение как постлучевой фиброз подкожной клетчатки, который иногда даже может привести к параличу, парезу верхней конечности, плекситу плечевого нервного сплетения. Используют местное противовоспалительное лечение (димексид), противовоспалительные мази, препараты группы лидазы (только после радикального лечения), лечебную физкультуру.

После проведения химиотерапевтического лечения рака молочной железы наиболее часто отмечаются гематологические осложнения (лейкопения, анемия). Под контролем гематологических показателей проводят лечение препаратами, стимулирующими лейкопоз (метилурацил, пентоксил, лейкоген, колониестимулирующие факторы), антианемическими препаратами.

У больных, которым проведён полный курс радикального лечения по поводу РМЖ, прошедших полное обследование, которое не выявило наличие рецидива и метастазов, возможно проведение санаторно-курортного лечения и определённых методов физиотерапевтического лечения по общим принципам, как после радикального лечения других злокачественных новообразований [13].

Санаторно-курортное лечение: больные могут направляться в местные санатории или в другие регионы без резкого контрастного изменения климатических условий, привычных для данной больной с целью общеукрепляющего лечения при общем удовлетворительном состоянии.

Противопоказания к направлению в санатории:

- подозрение на рецидивы и метастазы злокачественной опухоли;
- выраженное последствие проведённого радикального лечения, требующее специальной терапии (лучевое поражение и кожные язвы, лейкопения ниже 2500-3000 лейкоцитов, тромбоцитопения ниже 100000, анемия ниже 1,5 млн. эритроцитов и гемоглобином ниже 40% - 66,6 г/л.;
- осложнения после химиогормонотерапии (вышеуказанные гематологические критерии), стойкая диарея;
- тяжёлые анатомо-функциональные нарушения после хирургического лечения (обезображивающие операции по поводу опухолей головы, шеи и лица, не подлежащие протезированию, незаконченная пластика пищевода,
- фарингостомы, свищи кишечные, недержание мочи и кала, незаживающие раны;
- больные, неспособные себя обслуживать и требующие постороннего ухода;
- больные с острым и хроническим психозом.

Разрешается использование для лечения сопутствующих заболеваний физиотерапевтического лечения исключительно в виде местных нетепловых воздействий вне зоны расположения излечённого опухолевого очага. Курсы лечения должны быть непродолжительными, не более 10-12 процедур.

Противопоказания к использованию физиотерапии те же, что и для санаторно-курортного лечения.

Разрешается использовать следующие физические факторы:

- ультрафиолетовое облучение в малых дозах (с высшей эритемной дозой не более 3 единиц) за исключением лечения рожистого воспаления верхней конечности после мас-

тэктомии, когда могут быть использованы гиперэрритемные дозы УФ;

- лечение диадинамическими и синусоид-модулированными токами по общепринятым методикам;
- электростимуляция нервов, мышц, кишечника по общепринятым методикам;
- ультразвуковая терапия и электрофорез различных лекарственных веществ при мощностях не более 1,5 Вт на кв.см. и экспозиции не более 10 минут;
- электросон по общепринятым методикам;
- аэрозольные и электроаэрозольные ингаляции различных препаратов (кроме радиоактивных веществ);
- гальванизация и электрофорез по общепринятым методикам;
- ванны и души с водой индифферентной температуры, купание и плавание в бассейнах и водоёмах при той же температуре воды;
- местное применение минеральных вод (в том числе питьевое, в виде орошений, ингаляций и т.д.);
- лечебный массаж;
- лечебная физкультура.

Запрещается независимо от сроков проведённого лечения использование всех видов воздействий общих физических факторов а также общего и местного теплового лечения, что включает:

- грязе-, парафино-, торфо-, озокерито-, глино-, талласолечения;
- теплового общего и местного светового лечения;
- различного рода видов холодных и горячих душей, ванн

и купаний;

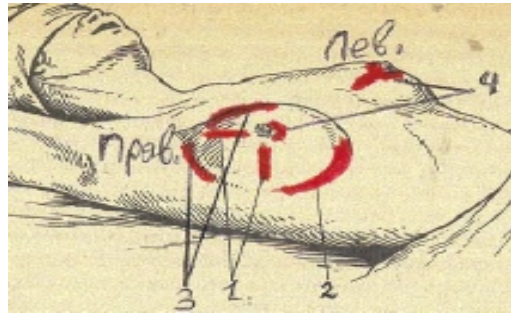
- раздражающих лекарственных ванн, контрастных ванн и вибрационных ванн, минеральных, газовых и радоновых ванн;
- всех видов высокочастотной терапии;
- общего ультрафиолетового облучения, естественных солнечных ванн;
- контрастное изменение климатических условий.

Другие злокачественные опухоли молочных желёз. Из других (нераковых) опухолей молочных желёз встречаются саркомы – злокачественные опухоли, развивающиеся из соединительных тканей. Для молочных желёз это очень редкое заболевание. В большинстве случаев встречается фибросаркома. Клиническая картина саркомы молочных желёз большей частью идентична инфильтративно-отёчной форме рака молочной железы. Определяется больших размеров опухолевидное образование, занимающее большую часть железы или всё железу. Методы обследования и установления диагноза как при раке молочной железы. Окончательный диагноз устанавливается только после гистологического исследования (удалении всей железы, открытой биопсии или трепан-биопсии). Основным компонентом лечения является оперативное лечение – мастэктомия по Холстеду. Вопрос о лучевой терапии или химиотерапии зависит от гистологического строения опухоли соответственно с её чувствительностью к этим методам лечения. Отдалённые результаты и наиболее эффективные комбинации лечебных схем изучены недостаточно в связи с редкостью данного заболевания.

ВОПРОСЫ АМБУЛАТОРНОЙ И МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Наиболее часто амбулаторные и малоинвазивные хирургические вмешательства на молочных железах проводятся по поводу гнойного мастита. Второй по частоте группой заболеваний, по поводу которых проводятся оперативные вмешательства на данном органе – это доброкачественные опухоли молочных желёз (фиброаденомы, внутрипротоковые папилломы, липомы, олеогранулёмы, узловые мастопатии). При проведении хирургических вмешательств на молочных железах следует учитывать особенности анатомии крупных молочных ходов (которые идут в радиальном направлении сзади кпереди к соску) с целью исключения их повреждения. Следует учитывать также косметические аспекты при проведении хирургических вмешательств на молочных железах, что особенно актуально для женщин молодого и зрелого возраста.

На рисунке 2 представлена схема доступов, использующиеся при проведении хирургических вмешательств по поводу воспалительных заболеваний молочных желёз и доброкачественной опухолевой патологии данного органа. Наиболее часто использующийся разрез – радиарный, который обеспечивает наиболее щадящее отношение к крупным молочным протокам. Его используют как при доброкачественной опухолевой патологии, так и при маститах. Однако он не всегда удобен с косметических позиций, особенно при его большой длине. В косметическом плане наиболее удобен периареолярный разрез, который является оптимальным при расположении доброкачественных опухолей в центральной зоне молочной железы или в непосредственной близости к ней. При необходимости периареолярный разрез может быть продолжен в радиарном направлении. Однако удалить образования, находящиеся далеко от ареолы, особенно при больших размерах молочных желёз, из периареолярного доступа крайне затруднительно.



Обозначения к рис. 2 : 1 – радиарные разрезы; 2- субмаммарный разрез; 3- разрезы по верхней периферии молочной железы (подмышечной и подключичной зон; 4 – периареолярные разрезы

Разрез по субмаммарной складке также является оптимальным в косметологическом плане и может быть использован при удалении образований, находящихся в нижних квадрантах молочных желёз. Он также используется для доступа гнойному очагу при локализации абсцесса в ретромаммарном пространстве. При локализации патологического очага в верхних квадрантах молочных желёз используются также полуовальные разрезы в подмышечных или подключичных отростках или в непосредственной близости к ним в поперечном направлении относительно ареолы. Однако они используются редко и неудобны в косметическом плане.

Следует помнить, что обширные оперативные вмешательства на молочных железах по поводу нагноительных и доброкачественных заболеваний, кроме косметических изъянов, могут привести к нарушению лактационной функции ввиду развития рубцовой ткани. Кроме того, избыточное рубцевание железы может являться одним из факторов, способствующим возникновению злокачественной опухоли. В связи с этим следует очень взвешенно подходить к проведению повторных оперативных вмешательств на молочных железах при доброкачественных опухолях (узловой мастопатии, кистах, липомах и др.), принимая во внимание весь комплекс данных прове-

дённного обследования (клиника, анамнез, маммография, УЗИ и пункция). Оперативное вмешательство в данных случаях устраняет лишь только следствие болезни, но не её причины, которые можно устранить соблюдением мер профилактики и системным медикаментозным лечением. В послеоперационном периоде после снятия швов с целью предупреждения рубцевания на область послеоперационного рубца назначают компрессы с димексидом (30 мин. 1 раз в день 15 дней), инъекции лидазы, электрофорез с лидазой. При этом следует учитывать, что успех лечения послеоперационных рубцов зависит от сроков лечения – тем раньше начато (оптимально – в первые 2-3- месяца), тем больше шансов на успех. В более поздние сроки эффективность лечения снижается, так как застарелые рубцы хуже поддаются консервативной терапии.

ПРОФИЛАКТИКА И СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Общеизвестной является старая истина, что болезнь легче предупредить, чем лечить. К сожалению, в настоящее время она несколько позабыта. Реализация любой болезни складывается из трёх основных факторов: наследственного предрасположения, стиля (образа) жизни – или, как человек сам относится к своему здоровью (питание, двигательная активность, вредные привычки и т.п.) и не зависящих от индивидуума факторов (экологические и социально-экономические условия, метеоусловия, уровень медицинской помощи и т.п.). Анализ этих трёх основных причин показывает, что для большинства наиболее распространённых болезней человечества, в том числе и злокачественных новообразований, включая рак молочной железы, наследственное предрасположение оказывает свой вклад в реализацию болезни в 20-25% случаев; стиль жизни – в 50-60% и не зависящие от человека факторы – в 20-25% случа-

ев [18,19,20,23,24]. В связи с этим риск возникновения болезни можно существенно снизить за счёт более здорового образа жизни, который зависит от самого человека. Путём профилактических мероприятий возможно снизить частоту возникновения этой патологии в трудоспособном возрасте, увеличив тем самым продолжительность жизни (хотя по мнению большинства онкологов кардинально влиять на заболеваемость раком невозможно). Это особенно актуально для рака молочной железы, частота заболеваемости которого, как было указано выше, в отличие от других злокачественных новообразований, снижается в пожилом возрасте.

Основными причинами возникновения большинства злокачественных новообразований, по мнению онкоэпидемиологов [18,19,20,23,24] являются:

- в 27-35% случаев несбалансированное питание;
- 16-30% случаев курение;
- 19% - солнечный свет (повышенная инсоляция);
- 10% случаев наследственность;
- 10% -инфекционные факторы;
- 6-8% - ионизирующие и ультрафиолетовое облучение;
- 4-6% - профессиональные канцерогенные воздействия;
- 5% случаев – репродуктивная активность;
- 2 – 4% - потребление алкоголя;
- 1-2 % - загрязнение атмосферного воздуха.

Таким образом, из факторов риска лидируют питание и курение. Что касается питания, повышенным риском заболеть обладают лица, принимающие преимущественно высококалорийную пищу с большим содержанием животных жиров и углеводов, особенно при низкой физической активности. И, на-

оборот, защитным от рака воздействием обладает тип питания, с повышенной долей в структуре потребляемых продуктов свежих овощей и фруктов, растительного белка, невысокой калорийностью.

Относительно РМЖ и мастопатий, то в общих чертах специфические факторы риска в основном сходны:

- раннее наступление менструаций (особенно в 12 лет и ранее) и позднее наступление менопаузы;

- малая продолжительность лактации, искусственное прерывание беременности (аборты – особенно первая беременность, закончившаяся абортом);

- поздние роды (после 30 лет), ожирение, пролиферативные заболевания молочной железы;

- возможно – высокий социально-экономический статус, место рождения (Северная Америка, Северная Европа) [18,19,20,21,23,28].

Дискутируется вопрос о гормонотерапии, используемой при различной патологии женских гениталий или с противозачаточной целью. Однако убедительной связи между использованием гормонотерапии и повышенной заболеваемостью рака молочной железы не выявлено. Тем не менее, учитывая данные клинических и экспериментальных данных о возможном канцерогенном эффекте эстрогенов у определённой части больных РМЖ, в том числе и изменения соотношения эстрогенов и прогестеронов в пользу первых, рекомендуется гормонотерапия на основе комбинированных препаратов с минимальным содержанием эстрогенов.

Приведённые выше данные показывают, что принципиально возможно предотвратить немалое количество случаев РМЖ, а также другой патологии молочной железы на основе модификации питания, отказе от курения, оптимальных сроков

родов (первые роды в возрасте 21-25 лет или не ранее 20 и не позднее 30 лет) и количества родов (не менее 2), интервалов между родами (не менее 3 лет), продолжительной лактации после родов (в среднем до года), отказе от абортов, профилактики и адекватного лечения острых и хронических воспалительных гинекологических заболеваний и сопутствующей экстрагенитальной патологии (болезней печени, щитовидной железы, неврологической патологии, воспалительно-дегенеративных заболеваний позвоночника и плечевых суставов). К сожалению, далеко не всегда указанные выше рекомендации выполняются (или возможно выполнимы) ввиду целого ряда объективных и субъективных факторов (социально-экономических условий, психологических установок , оценке первоочередных жизненных приоритетов и т.п.). Тем не менее необходима всеобъемлющая санитарно-просветительная пропаганда относительно факторов риска с той целью, что каждая женщина знала о них и делала всё от себя зависящее, чтобы минимизировать воздействие неблагоприятных факторов. Причём проводится эта пропаганда должна не только в стенах медицинских учреждений, но также в средствах массовой информации.

Что касается наследственной предрасположенности к раку молочной железы, то риск заболеть возрастает при наличии в семейном анамнезе случаев этого заболевания, особенно в первой линии родства, а также наличием в семейном анамнезе случаев заболевания другими злокачественными новообразованиями (особенно раком репродуктивных органов). Проведённые в последнее время генетические исследования выявили высокую частоту рака молочной железы у лиц с мутациями генов BRCA1 5382insC, CHEK2 1100delC, NBS1657del5 [15,28]. К сожалению, массовый скрининг с целью выявления указанных выше мутаций генов, а также возможная их коррекция методами генной инженерии в настоящее время невозможны

вследствие высокой стоимости этих мероприятий. Тем не менее при формировании групп повышенного риска заболеть патологией молочных желёз всегда необходимо учитывать семейный анамнез.

Генетическая предрасположенность к тому или иному заболеванию может также меняться на протяжении поколений под влиянием различных факторов окружающей среды, стиля жизни, социально-экономических условий. Так, например, у иммигранток в США из Китая после 3-4 поколений их жизни в США существенно повышается заболеваемость раком молочной железы, приближаясь к цифрам, какие отмечаются у американок англосаксонского происхождения.

В последнее время обсуждается возможность профилактики рака молочной железы у больных в менопаузе в возрастной градации наиболее повышенного риска заболеть РМЖ (50-60 лет) с помощью превентивного назначения антиэстрогенных препаратов (тамоксифен, нольвадэкс, зитазониум) [8, 21]. Однако не следует забывать о побочных действиях, которые могут вызвать при систематическом применении антиэстрогены (вымывание кальция из костей, гиперплазию эндометрия и маточные кровотечения). В настоящее время разработаны так называемые «чистые» антиэстрогены (фульвестрант), обладающие выраженной антиэстрогенной активностью и не дающие побочных эффектов, однако опыта их использования в нашей стране пока нет. Проводятся также международные кооперированные исследования по химиопрофилактике РМЖ в группе женщин высокого риска ингибиторами ароматазы.

Для визуальной диагностики злокачественных новообразований, на ранних стадиях, казалось бы, имеются все благоприятные условия. Тем не менее, в нашей стране в различных регионах только у 30-50% первично выявленных больных РМЖ опухолевый процесс локализованный (T1, 2N0M0). У остальных больных процесс местнораспространённый, а у 10-

15% из них - распространённый с отдалёнными метастазами.

Приведенный анализ неизбежно заставляет искать и разрабатывать пути решения важнейшей задачи – раннего выявления опухолевой патологии. Вполне оправдано ежегодное УЗИ-исследование, у женщин старше 35 лет – маммографию 1 раз в 2 года (в группах высокого риска заболеть – 1 раз в год). Такая частота обследования обусловлена тем, что у немалой части больных опухоль менее чем за 1 год может вырасти от маммографически и УЗИ-неразличимого размера в 1 мм до местнораспространённого рака, превышающего 5 см. в диаметре и имеющего, регионарные или отдалённые метастазы. Это так называемые «интервальные», или «межскрининговые» раки, которые не выявляются при ежегодной маммографии или УЗИ. Для их ранней диагностики единственно реальным подходом является проведение ежемесячного обследования молочных желёз, что может быть реализовано путём самообследования после специального обучения женщин с последующей уточняющей диагностикой выявленной патологии, включая осмотр онколога, маммографию, УЗИ и при необходимости диагностическую пункцию, диагностическую секторальную резекцию. За рубежом и в Российской Федерации проведены рандомизированные исследования выживаемости женщин, проводивших самообследование, в сравнении с контрольной группой без самообследования[15,17,25]. Выявлена большая доля ранних стадий в группе проводивших самообследование, но статистически достоверных различий выживаемости в обеих группах не выявлено. Тем не менее эти результаты не дискредитируют саму идею самообследования и в настоящее время нет ей альтернативы в деле своевременного выявления патологии молочных желёз.

Ниже приводятся рекомендуемые обществом маммологов рисунки и тексты для обучения навыкам самообследования.

Рекомендуемые рисунки и тексты для обучения самообследованию молочных желёз [30].

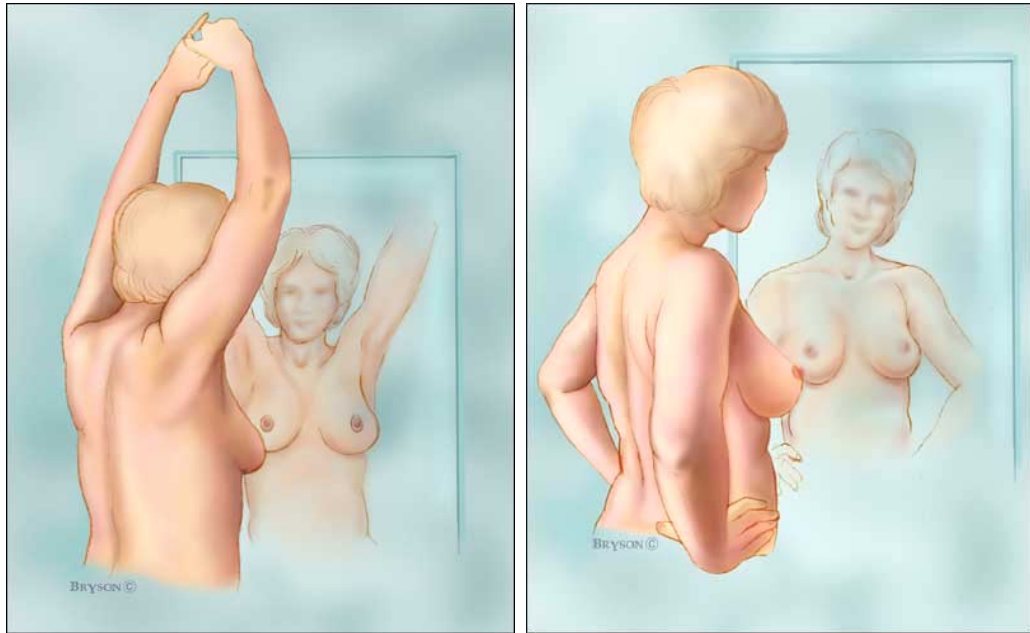
Самообследование груди должно войти в привычку. Если женщина еще менструирует, самообследование следует проводить раз в месяц на 7–10 день от первого дня начала менструации, когда проходят болезненность и набухание груди. Если уже установилась менопауза или менструальные циклы стали нерегулярными, делать это необходимо раз в месяц в любое, но фиксированное время вне нагрубания молочных желез.

Женщинам следует рекомендовать проводить самообследование по следующим правилам:

Шаг 1 - Самоосмотр.

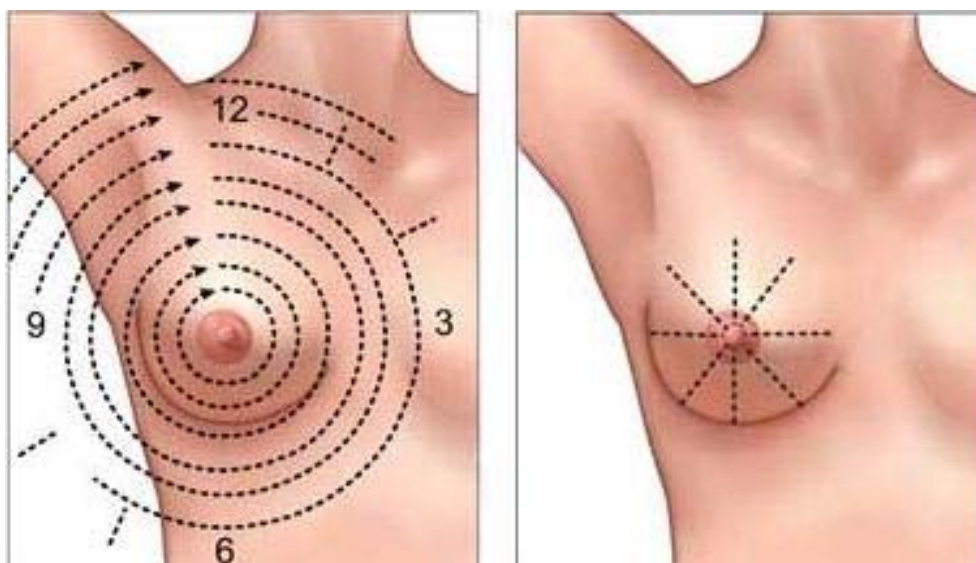
Начинайте с осмотра белья в тех местах, где оно прикасается к соскам, и убедитесь в отсутствии каких-нибудь пятен.

- Осмотрите соски и ареолу и убедитесь, что нет покраснения, высыпания, шелушения, втяжения, изъязвления или других изменений этой зоны.
- Станьте перед зеркалом, обнажитесь до пояса, поднимите руки за голову, осмотрите кожу и обратите внимание на форму молочных желез, наличие втяжения или выпуклости кожи в отдельных частях молочной железы. Присмотритесь к цвету кожи, изменениям ее оттенка, убедитесь, что на коже нет площадок, напоминающих “лимонную корку”. Асимметрия размеров и формы груди не всегда является признаком заболевания. Очень часто форма и размеры двух молочных желез у женщин могут несколько отличаться, но если эти отличия появляются и нарастают – это следует учесть (Рис. 3, 4).



Шаг 2 – Самопальпация стоя

- Ощупывание молочных желез стоя. Обследование правой молочной железы: правая рука поднята вверх и запрокинута за голову. Правая молочная железа ощупывается подушечками и двумя фалангами трех-четырех пальцев левой руки. Положите пальцы плашмя и круговыми движениями, сантиметр за сантиметром, передвигайтесь по молочной железе, ощупывайте все ее зоны (рис 5).
- Прощупывайте молочную железу по спирали, вверх и вниз, или по сегментам. Выберите один из удобных для Вас способов и всегда придерживайтесь именно его - это позволит Вам правильно сравнивать результаты пальпации (Рис. 5).
- Не забудьте прощупать сосок: надавите на сосок двумя пальцами и обратите внимание, нет ли выделений из соска.



- Теперь таким же образом прощупайте левую грудь подушечками пальцев правой руки. Очень важно делать это, не захватывая кончиками пальцев ткань молочной железы, а прикладывая пальцы плашмя (как минимум, средние и концевые фаланги II–V пальцев).

- Обратите внимание на надключичную, подключичную и подмышечную области, что позволяет установить сглаженность одной из них, свидетельствующее о наличии увеличенных лимфатических узлов. Медленное поднятие обеих рук усиливает и уточняет указанное зрительное впечатление.

- Особое внимание обращайте на наличие отёка верхней конечности, шеи, что может быть вызвано блоком лимфооттока.

Шаг 3 - Самопальпация лежа (рис.6).

- Ощупывание молочных желез лежа. Прилягте на кровать, под лопатку со стороны осматриваемой молочной железы положите подушку в виде валика, чтоб грудная клетка была приподнята, а молочная железа более распластана на грудной клетке. Техника и последовательность обследования лежа схожа обследованию стоя.



Шаг 4- Самопальпация под душем

• Можно провести дополнительное самообследование под душем. Мыльные пальцы, скользя по мокрой коже, иногда могут легче обнаружить патологию в молочных железах (рис.7).

На что следует обращать внимание?

Обращайте внимание на следующие изменения:

- увеличение или уменьшение размеров желёз, их форма, степень развития, симметричность
- смещение вверх или в сторону, наличие подвижности или фиксация
- нарушение конфигурации желёз (втяжения, выпячивания)
- состояние соска и ареолы (втяжение, деформации, изъязвление)
- наличие выделений из соска, их характер (молозивные, зеленовато-бурые, мазеобразные, серозные, кровянистые);
- состояние кожных покровов железы: локальная или разлитая гиперемия кожи железы, распространение её на соседние участки; локальный или тотальный отёк по типу «лимонной корки»;



- расширение кровеносных сосудов;
- наличие узелковых уплотнений, изъязвлений кожи, корок, мокнущих поверхностей, свищей, распада тканей.

Если при самообследовании Вы выявили какие-нибудь изменения, особенно нарастающие в динамике, Вам необходимо **обратиться к врачу**.

Есть определённые психологические проблемы обращения женщин за помощью по поводу патологии молочных желёз. В целом женщины, в отличие от мужчин, более часто и охотно посещают врачей, проходят профилактические осмотры, в большинстве случаев соглашаются на предлагаемые методы обследования и лечения. Однако в отдельных случаях, касаясь именно патологии молочных желёз, существует определённых страх выявления рака и, соответственно, боязни потерять молочную железу. Иногда, проживая в нескольких минутах

ходьбы от онкологического учреждения, некоторые пациентки приходят на приём с запущенной обширной опухолью молочной железы при явлениях распада и кровотечения. Реальная борьба с этими случаями заключается в комплексной санитарно-просветительной пропаганде по анализу результатов лечения рака молочной железы с учётом стадии выявления, возможностей на ранних стадиях выполнения органосохраняющих операций, профилактике патологии молочных желёз и т.п. Причём наиболее эффективной работа по выявлению ранней патологии молочных желёз может быть преимущественно на базе лечебных учреждений первичного звена здравоохранения.

ПАТОЛОГИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У МУЖЧИН

У мужчин молочные железы представляют рудиментарный орган малых размеров, в котором незначительно представлены железистая, жировая и соединительная ткани. В зависимости от конституции мужские молочные железы могут достигать больших размеров, особенно при ожирении в связи с избыточно развитой жировой тканью. Основные методы обследования – осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование и при выявлении уплотнений, очаговых образований – диагностическая пункция. Рентгенологическое исследование неэффективно в связи с малыми размерами молочных желёз.

Тем не менее анализ показывает, что обращаемость мужчин по поводу патологии молочных желёз в лечебные учреждения отнюдь не редкость. И обращаются в подавляющем большинстве случаев в связи с одним заболеванием – гинекомастией (шифр N 62 по МКБ-10 – обозначаемая также как гипертрофия молочных желёз). С патоморфологической точки зрения истинная гинекомастия представляет собой разрастание самой ткани желез (т.е. фиброаденоматоз), и этим она отличается от ложной гинекомастии за счёт разрастания жи-

ровой ткани. В патогенезе гинекомастии, также, как и мастопатии, большое значение отводится нарушению гормонального баланса за счёт избытка эстрогенов, которое может наблюдаться в любом возрасте, начиная с подросткового ввиду избыточной секрецией эстрогенов надпочечниками или яичками. Нарушению гормонального баланса может также способствовать патология печени и желчевыводящих путей, заболевания щитовидной железы. Гинекомастия может являться также паранеопластическим синдромом при раке лёгкого (особенно крупноклеточном), иногда при различных опухолях яичка, аденоме гипофиза. В связи с этим необходимо проявлять онконастороженность и при обследовании больных с гинекомастией обязательно проводить пальпаторно осмотр яичек, рентгенологическое исследование лёгких и при неврологической симптоматике – прицельную рентгенографию турецкого седла, при необходимости – компьютерную или магнитнорезонансную томографию головного мозга.

Клинически гинекомастия проявляется болезненностью в молочных железах и уплотнением в них. Может быть как двухсторонней, так и односторонней. Пальпаторно может проявляться в виде тяжести эластической консистенции или округлого подвижного тугоэластической консистенции опухолевидного образования с чёткими контурами и гладкой поверхностью. Методы обследования – УЗИ, диагностическая пункция. Цитологически при пункции выявляются чаще всего клетки кубического эпителия с различной степенью пролиферации. Гинекомастия нередко сочетается с сопутствующим воспалением, которое клинически проявляется болезненностью, иногда гиперемией кожи над железой.

Тактика лечения гинекомастии зависит от возраста больных. Гинекомастия подросткового и юношеского возраста (до 20-25 лет) никакого лечения не требует, так как является обычно следствием гормонального дисбаланса развития, ко-

торый исчезает после завершения полового созревания. Ошибкой является назначением в данном возрасте гормональных препаратов и также хирургического лечения. Если имеется патология печени и желчевыводящих путей, то назначается соответствующая медикаментозная терапия гепатопротекторами, диетотерапия. Необходимо ограничить занятия силовыми видами спорта (тяжёлой атлетикой), так как последние связаны обычно с нагрузками на грудные мышцы, что может стимулировать пролиферативные процессы в молочных железах.

При гинекомастии в зрелом и пожилом возрасте назначают андрогенные препараты (метилтестостерон по 5 мг. 2 раза в день или андриол по 6-8 мг 2 раза в день в течение 1 – 2 месяцев). При патологии печени соответственно назначают гепатопротекторы, при наличии воспалительных явления – антибактериальную и местную противовоспалительную терапию (противовоспалительные мази, димексид и т.п.). У мужчин старше 40 лет перед назначением андрогенных препаратов обязательно обследование предстательной железы с целью исключения рака, так как андрогенные препараты при раке данного органа противопоказаны. При безуспешности консервативного лечения в течение 2-3 месяцев и при росте уплотнения на фоне консервативного лечения проводят хирургическое лечение.

Из другой патологии молочных желёз у мужчин следует назвать мастит и доброкачественные опухоли (липомы, фибромы, атеромы). Их клиника, принципы лечения мало чем отличаются от таковых у женщин.

Рак молочной железы у мужчин – исключительно редкое заболевание. В патогенезе данной патологии, также, как и у женщин, многие исследователи ведущую роль относят нарушению гормонального баланса (андрогенная недостаточность, избыток эстрогенов) вследствие различных причин (патология печени, гиперфункция коры надпочечников, ожи-

рение, сахарный диабет). Пальпаторно определяется плотная, иногда хрящеподобная опухоль размерами до 2, реже до 5 см. Нередким симптомом являются выделения из соска, преимущественно кровянистые, реже серозные. Изъязвление покрова наблюдается довольно часто в связи с малым развитием клетчатки и довольно скорым срастанием опухоли с кожей. Вследствие этого возрастает частота появления рецидива, локорегионарных и отдалённых метастазов после лечения. Поэтому рак молочной железы у мужчин протекает более злокачественно, чем у женщин.

Ведущее значение в диагностике рака молочной железы у мужчин принадлежит пальпации, и морфологическим методам исследования (диагностической пункции, биопсии опухоли). Характер лечебной тактики и оптимальный выбор схемы лечения затруднены вследствие трудности оценки отдалённых результатов различных вариантов лечения ввиду очень малых количеств больных. Основным радикальным методом лечения является хирургический – радикальная мастэктомия. Многие клиницисты даже на ранних стадиях заболевания без локорегионарных и отдалённых метастазов рекомендуют после оперативного лечения проводить лучевую терапию. При наличии локорегионарных и отдалённых метастазов в плане комплексного лечения или как самостоятельный метод лечения используется химиотерапия, препараты и схемы химиотерапевтического лечения мало отличаются от химиотерапии РМЖ у женщин. Обнаружение при раке РМЖ у мужчин положительных рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли является доводом в применении гормонотерапии. Также, как и у женщин используются антиэстрогенные препараты (тамоксифен), агонисты рилизинг-гормонов, ингибиторы ароматазы. При метастатическом РМЖ у мужчин увеличение выживаемости отмечено также после двухсторонней орхиэктомии.

Несмотря на то, что прогноз при раке молочной железы у мужчин хуже, чем у женщин, ранее выявление этих опухолей (до появления метастазов регионарные лимфатические узлы) приводит к стойкому многолетнему излечению. Поэтому осведомлённость населения о возможности РМЖ у мужчин сыграло бы ведущую роль в выявлении более ранних стадий рака, поддающихся своевременному лечению. Профилактика патологии молочных желёз у мужчин в перспективе могла бы быть основана на попытках элиминации некоторых факторов риска, указанных выше, а также своевременном выявлении и лечении тех заболеваний, предрасполагающих к развитию данной патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективное оказание медицинской помощи больным с различными заболеваниями молочных желёз зависит от качества функционирования различных уровней оказания такой помощи. Первичный уровень - городские поликлиники, поликлиники ЦРБ, ФАПы, женские консультации. Именно этому первичному звену медико-санитарной помощи отводится ведущая роль в выявлении, первичной диагностике и профилактики патологии молочных желёз, а также консервативного лечения доброкачественной неопухолевой патологии данного органа. Основную роль в данном направлении принадлежит таким специалистам первичного звена как участковые врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), хирурги, гинекологи, онкологи, медицинские сёстры смотровых кабинетов, фельдшеры ФАПов. Второй уровень оказания помощи – многопрофильные медицинские учреждения (стационары в комплексе с консультативными поликлиниками), где проводится уточняющая диагностика заболеваний молочных желёз и различные виды лечения доброкачественной опухоли данного органа и в отдельных случаях доброкачественной опухолевой патологии. Третий уровень – специализированные медицинские учреждения, где проводится также уточняющая диагностика и лечение злокачественной и доброкачественной опухолевой и неопухолевой патологии молочных желёз, применение высокотехнологичных методов диагностики и лечения. Это территориальные онкологические учреждения и также маммологические диспансеры, маммологические отделения в составе различных стационаров, разного профиля специализированные хирургические клиники в том числе и клиники пластической хирургии, акушерско-гинекологические учреждения. Важной значение на всех уровнях оказания медицинской помощи больным с патологией молочных желёз принадлежит чёткому соблюдению стандартов диагностики и лечения, в том числе и изложенным в настоящем пособии.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Алгоритмы объёмов диагностики и лечения злокачественных новообразований». Под ред. В.И.Чиссова.- Методические указания.- М.-2002.- 912 С.
2. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханашвили Г.Н. «Рак молочной железы».-М.-Медицина.- 1985.- 268 С.
3. Берштейн Л.М., Бойко А.В., Борисов В.И. и др. «Алгоритмы объёмов диагностики и лечения злокачественных новообразований гормонопродуцирующих и гормонозависимых органов».- М.- 2003.-156 С.
4. Бурдина Л.М. «Лечение заболеваний молочных желёз и сопутствующих нарушений менструальной функции мастодиномом» // Лечащий врач.- - 1999.- № 8.- С 13-25.
5. Высоцкая И.В., Летягин В.П., Ким Е.А. « Дисгормональные гиперплазии молочных желёз»// Маммология.- 2006.- № 2.- С 9-12.
6. Иванов О.А., Богомоллов Н.Г., Иванов В.М. «Алгоритмы дифференциальной диагностики в онкологии». Пособие для врачей.- Астрахань.- 2006.-- 29 С.
7. Копосова Т.Л., Чумакова С.С. « К вопросу о контрацепции при доброкачественных заболеваниях молочных желёз» // Маммология.- 1994.- № 2.-- С 17-19.
8. Макаренко Н.П. «Фиброзно-кистозная болезнь» // Русский мед. журн.-- 2005.-т. 13.- № 8.- С 875-877.
9. Моиссенко В.М., Семиглазов В.Ф. «Кинетические особенности роста рака молочной железы и их значение для раннего выявления опухоли» // Вопросы онкологии.- 1996.- т.42.- № 1.- С 15-22.
10. Рожкова Н.И., Бурдина И.И., Прокопенко С.П. «Перспективы маммологии в новом столетии» // Российский онкологический журнал.- 2001.- № 3.- С 55-56.
11. Рожкова Н.И., Прокопенко С.П.« Информация о первой всероссийской научно-практической конференции маммо-

логов» // Российский онкологический журнал.- 2002.- № 4.- С 54-55.

12. Рожкова Н.И. «Стратегия развития маммологической службы в России» // Российский онкологический журнал.- 2003.- № 2.- С 44-47.

13. Сборник официальных указаний по организации онкологической помощи.- Л.- Медицина.- 1985.- 280 С.

14. Семиглазов В.Ф., Моисеенко В.М., Черномордикова М.Ф., Меркулова Э.В. «Темп роста первичного рака молочной железы»// Вопросы онкологии.- 1988.- т.34.- № 2.- С 166-170.

15. Семиглазов В.Ф., Айламазян Э.К., Байлюк Е.Н. и др. «Профилактика рака молочной железы у больных пролиферативными процессами репродуктивной системы» // Вопросы онкологии.- 2006.- т.52.- № №.-С 247-257.

16. Сидоренко Л.Н. «Мастопатия».-Л.- Медицина.- 1991.- 264 С.

17. Холин А.В. «Национальная программа массового обследования молочных желёз в Великобритании». // Маммология.- 1995.- № 2.- С 9-11.

18. Becher H., Schmidt S., Chang-Claude J. «Reproductive factors and familiar predisposition for breast cancer by age 50 years. A case-control-family study for assessing main effects and possible geneenvironment interaction»// Int. Journal of Epidemiol. -2003.- Vol. 32 .- P.38-48.

19. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast Cancer and hormonal contraceptives collaborative reanalysis of data from 51 epi-demiological studies of 52705 women with breast cancer and 108411 wo-men without breast cancer.// Ibid.- 1997.- Vol. 351.- P.1047-1059.

20. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (A.B.Miller, member). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of in-dividual of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries including 50302 women with

breast cancer and 96973 women without disease. // Lancet.- 2002.- Vol. 360.- P. 187-195.

21. Davey J.B., McKinna J.A. «Prevention of breast cancer with tamoxifen -an update on the Royal Marsden Hospital pilot programme.»// European Journal of cancer.- 1990.- Vol. 26.- P. 680-684.

22. Jarry H. et al. «Agnus castus als dopaminerges Wirkprinzip in Mastodynon N. » // Zeitschrift für Phytotherapie.- 1991.- №12.- P.77-82.

23. Lipworth L. «Epidemiology of breast cancer» // European Journal of Cancer and Prevention.- 1995.- Vol. 4.- P. 7-30.

24. Miller A.B. «Подходы к противораковой борьбе в Канаде»// Вопросы онкологии.- 1988.- т.34.- №2.- С 131-140.

25. Miller A.B., Baines C., Harvey B. «Breast self-examination» // Canadian Medical Association Journal.- 2002.- Vol. 32.- P38-48.

26. «Principles of surgery» Ed. S.I. Schwartz.- New York; St. Louis; San Fran-cisco : Mc Graw-Hill Book company.- 1979.- 2134 p.

27. Thomas P.R., Ford H., Gazet J.C. «Use of silicon implants after wide local excision of the breast»// Brit. Journal of Surgery.- 1993.-80(7).- p.868-870.

28. Weiderpass E., Persson I.R. «Онкологические заболевания в менопаузе причины и способы предотвращения». // Вопросы онкологии.-2001.- т.47.- № 2.- С.139-147.

29. Winslet M.C., Obeid M.L. «Submammary approach for the excision of mammographically localized lesions of the breast». // European Journal of Surgery.- 1994.- Vol.160.- №4.- P. 209-211.

30. www. mammologia. ru.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	3
Некоторые данные из анатомии и физиологии женских молочных желёз	4
Методы обследования молочных желёз:	7
- клинический	7
- инструментальные	9
- лабораторные	14
- морфологические	15
Семиотика патологии молочных желёз	20
Нозологические формы патологии молочных желёз:	30
- мастопатия	32
- солитарные кисты молочных желёз	43
- мастит	45
- жировой некроз молочных желёз	48
- трещины и свищи соска	49
- эктазия протоков	49
- агалактия и гипогалактия	49
- галакторея	50
- атрофия молочных желёз	50
- втянутый сосок	51
- травмы молочной железы	53
Доброкачественные опухоли молочных желёз	53
Рак молочной железы	54
Вопросы амбулаторной и малоинвазивной хирургии молочных желёз	74
Профилактика и своевременное выявление патологии молочных желёз	76
Патология молочных желёз у мужчин	87
Заключение	92
Литература	93

**O.A.Ivanov, V.G.Akishkin, J.V.Oganesjan,
N.G.Bogomolov, L.A.Bakhmutova, V.V.Guskov,
A.I.Shelekhov-Kravchenko, S.P.Ivanova**

HANDBOOK OF CLINICAL MAMMOLOGY

ASTRAKHAN REGIONAL ONCOLOGICAL
DISPENSARY
ASTRAKHAN STATE MEDICAL ACADEMY

In the submitted handbook on the basis of the literary data and own experience of the authors the items of information on semiotics of diseases, methods of examination and treatment of the most widespread pathology of breast are systematized which frequently meets in clinical practice of the doctors of the majority of specialists. The special attention is given to questions of early diagnostics and prevention of illnesses of the given body. The handbook is intended for a wide range of the readers, since the students of medical educational institutions and finishing the doctors with the large clinical experience of work. This edition will be especial useful to the doctors and middle medical personnel of a primary medical network, to which of first patients with a pathology of mammary glands apply - local therapists, family doctors and doctors of common practice, surgeons both oncologists of polyclinics and central district hospitals, gynecologists of women advices, the medical workers of medical station and examination rooms.

THE CONTENTS

	Page.
Introduction	3
Some data from anatomy and physiology of mammary glands	4
Methods of examination of mammary glands:	7
clinical	7
- tool	9
- laboratory	14
- morphological	15
Semiotics of pathology of mammary glands	20
Nosology of a pathology of mammary glands:	30
- mastopathy	32
- solitary cysts	43
- mastitis	45
- fatty necrosis	48
- nipple crack and fistulas	49
- duct ectasia	49
- agalactia and hypogalactia	49
- galactorrhea	50
- atrophy of mammary glands	50
- retracted nipple	51
- traumas of breast	53
Benign tumors of breast	53
Breast cancer	54
Ambulant and small-invasive surgery of breast.	74
Prevention and duly revealing of pathology of breast.	76
Pathology of mammary glands at the male	87
Conclusion	92
Literature	93

ИВАНОВ ОЛЕГ АЛЕКСАНДРОВИЧ
АКИШКИН ВИКТОР ГЕОРГИЕВИЧ
ОГАНЕСЯН ЮРИЙ ВИРАБОВИЧ
БОГОМОЛОВ НИКОЛАЙ ГЕННАДЬЕВИЧ
БАХМУТОВА ЛЮЦИЯ АНВАРОВНА
ГУСЬКОВ ВЛАДИМИР ВАСИЛЬЕВИЧ
ШЕЛЕХОВ-КРАВЧЕНКО АЛЕКСАНДР ИГОРЕВИЧ ИВАНОВА
СВЕТЛАНА ПАВЛОВНА

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МАММОЛОГИИ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Компьютерный набор и форматирование – авторское.
Технический редактор – Б.Т. Куртусунов.

Подписано в печать 27.08.08
Гарнитура Times New Roman
Формат 60 x 80 1/16. Условных печ.л. 7; изд.л. 1.
Заказ № Тираж 500 экз.

Издательство Астраханской государственной медицинской академии
414040, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121
