

ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ РФ
кафедра онкологии, акушерства и гинекологии

Доброкачественные заболевания молочной железы

Иваново 2020г

Анатомия молочной железы

Молочные железы располагаются на передней поверхности грудной клетки на уровне III–VI ребер. Каждая железа состоит из 15–20 долей, расположенных в радиальном направлении и окруженных рыхлой соединительной и жировой тканью. Каждая доля молочной железы представляет собой альвеолярно-трубчатую железу с млечным протоком, расширяющимся в дистальном направлении и открывающимся на вершине соска.



Молочная железа делится на
квадранты:

верхне-
наружный

верхне-
внутренний

нижне-
наружный

нижне-
внутренний

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Пороки развития молочной железы:

– Амастия — отсутствие обеих молочных желез.

– Мономастия — отсутствует одна молочная железа. –

Полимастия — добавочные молочные железы или соски (полителия) располагаются обычно от подмышечной до паховой области. У больных часто развиваются дисгормональные гиперплазии, опухоли. Лечение хирургическое.

– Микромастия — симметричные недоразвитые молочные железы.

Встречается при эндокринных заболеваниях. Лечение — коррекция эндокринных заболеваний.

– Макромастия — может быть истинной (увеличение железистой ткани) и ложной (увеличение жировой ткани). Истинная макромастия может наблюдаться в детском возрасте при заболеваниях эндокринной системы и при преждевременном половом созревании. У взрослых женщин она наблюдается во время беременности. Лечение в детском возрасте — коррекция эндокринных нарушений

-- Мастоптоз — опущение молочных желез наблюдается у полных женщин и при резком похудании. Появляется боль, лимфостаз, мацерация. Лечение — ношение свободных бюстгалтеров, изготовленных под заказ; пластические операции.

2 Воспалительные заболевания:

– неспецифические: острый и хронический мастит;
– хронические специфические заболевания: туберкулез, актиноми-
коз, сифилис.

3 Дисгормональные гиперплазии: мастопатия, мастодиния, гинекомастия.

4 Доброкачественные опухоли: фиброаденомы, папилломы.

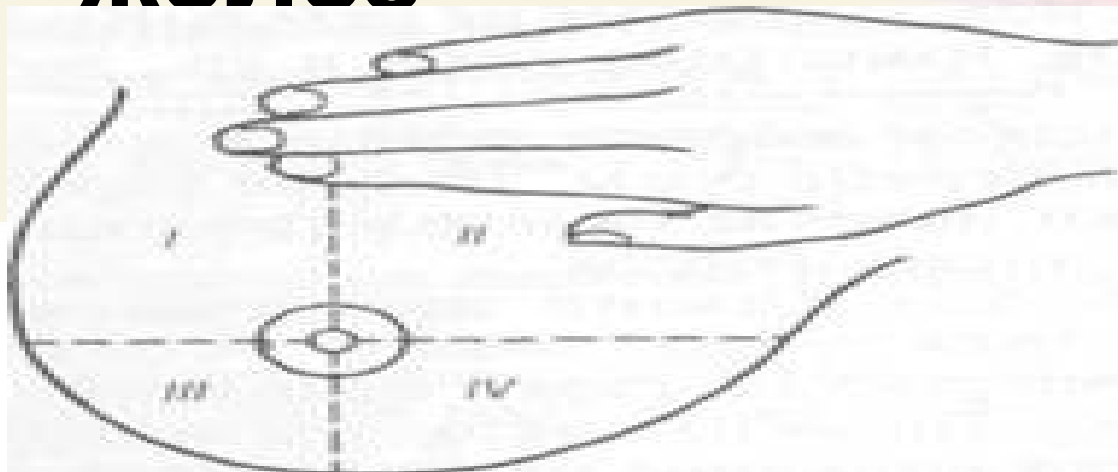
5 Злокачественные опухоли: рак, саркома.

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

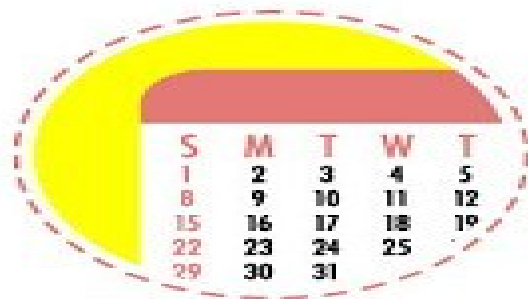
Диагностика заболеваний молочной железы включает в себя следующие этапы:

- **Из анамнеза уточняются жалобы пациентки;** наличие выделений из соска; особенности менструального цикла; количество родов; аборт.
- **Осмотр:** акцентируется внимание на размере, форме молочной железы, уровне расположения сосков, состоянии кожи (втяжение, симптом «лимонной корки»).
- **Пальпация молочных желез** проводится в положении стоя и лежа с обязательным обследованием регионарных лимфатических узлов.

Методика обследования молочных желез



САМООБСЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ



S	M	T	W	T
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	
29	30	31		

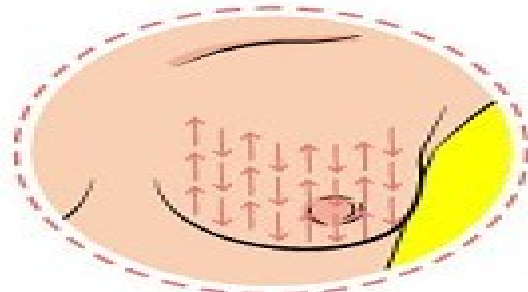
ДЕЛАЙТЕ ПРОВЕРКУ 1 РАЗ В МЕСЯЦ
НА 2-3 ДЕНЬ ПОСЛЕ МЕНСТРУАЦИИ



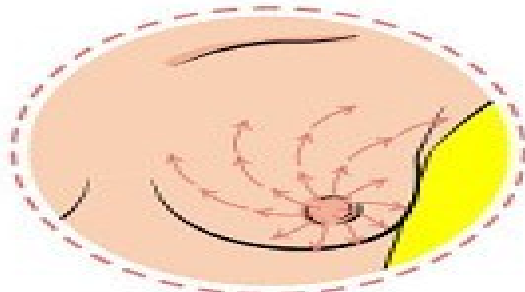
ПРОВЕРЯЙТЕ ПОДМЫШЕЧНУЮ
ЗОНУ, ПОДНЯВ РУКУ НАД ГОЛОВОЙ



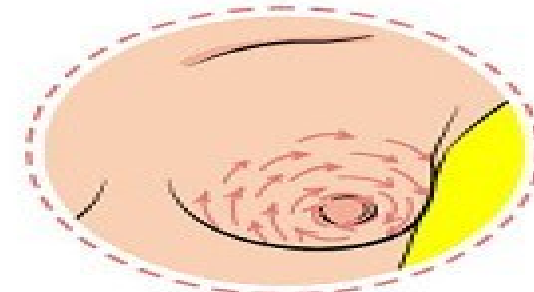
ДЕЛАЙТЕ ПРОВЕРКУ С ПОМОЩЬЮ
ПОДУШЕЧЕК ПАЛЬЦЕВ, СМАЗАННЫХ
МАСЛОМ ИЛИ ГЕЛЕМ ДЛЯ ТЕЛА



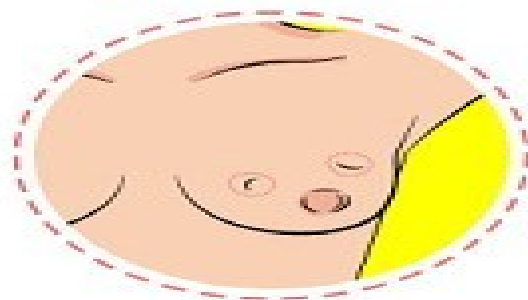
ВВЕРХ-ВНИЗ



ПО ДИАГОНАЛИ



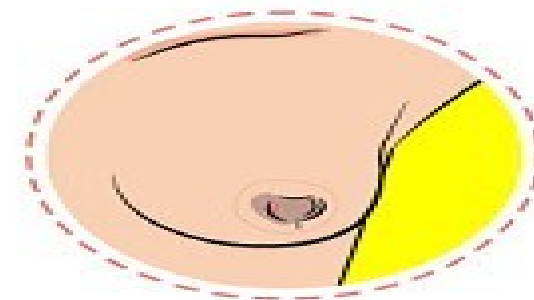
ПО КРУГУ



ИЗУЧАЙТЕ ОТРАЖЕНИЕ В ЗЕРКАЛЕ. ИЩИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ:
ДЕФОРМАЦИИ



ИЗУЧАЙТЕ ОТРАЖЕНИЕ В ЗЕРКАЛЕ. ИЩИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ:
ЦВЕТ И ТЕКСТУРА



ИЗУЧАЙТЕ ОТРАЖЕНИЕ В ЗЕРКАЛЕ. ИЩИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ:
ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКА

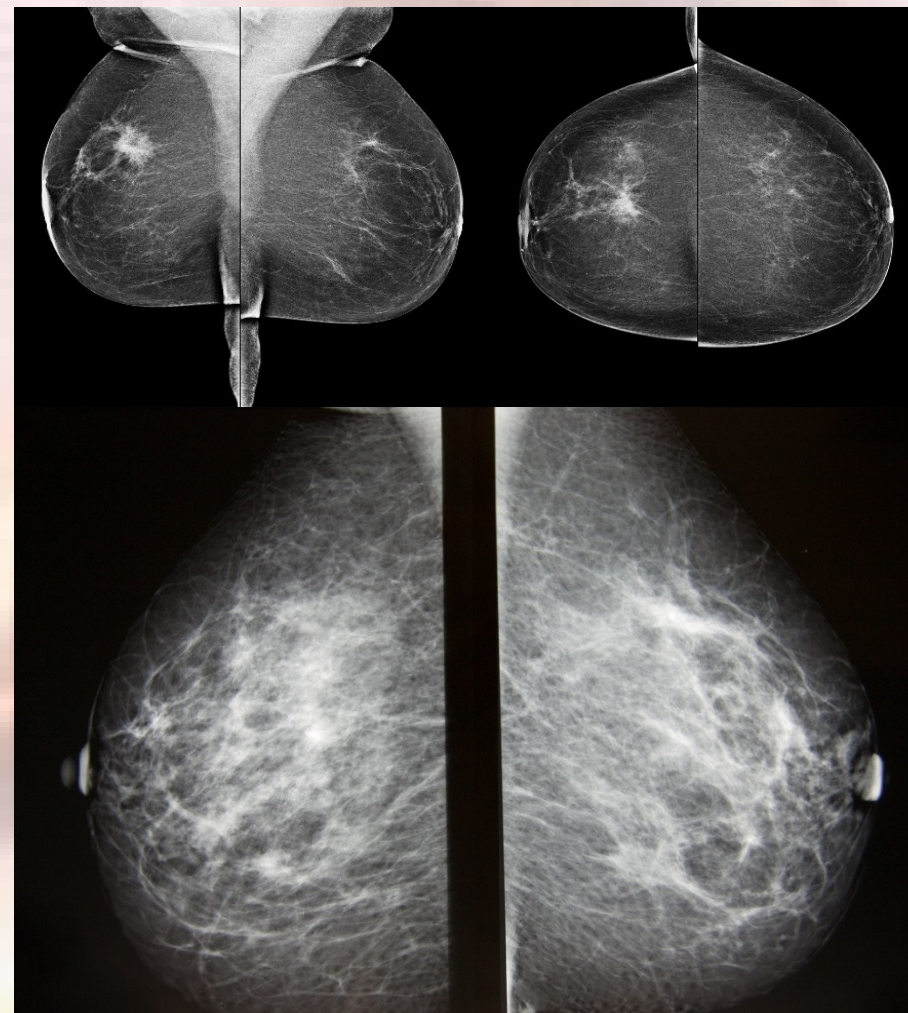
Инструментальные методы диагностики

Маммография является наиболее эффективным методом диагностики злокачественных образований молочной железы, а у женщин старше 35 лет она является «золотым стандартом». Достоверность маммографии в сочетании с физикальными методами обследования достигает 96 %.

Маммография выполняется в двух проекциях: прямой, или краниокаудальной, когда рентгеновские лучи проходят через ткань молочной железы сверху вниз, и боковой, или медиалатеральной, когда лучи проходят в боковом направлении.

Для улучшения визуализации ткань железы подвергается компрессии в соответствующем направлении.

Метод позволяет установить изменения структуры ткани молочной железы, выявить опухоль диаметром менее 10 мм (непальпируемую опухоль), особенно когда она расположена в глубоких отделах молочной железы.



Инструментальные методы диагностики

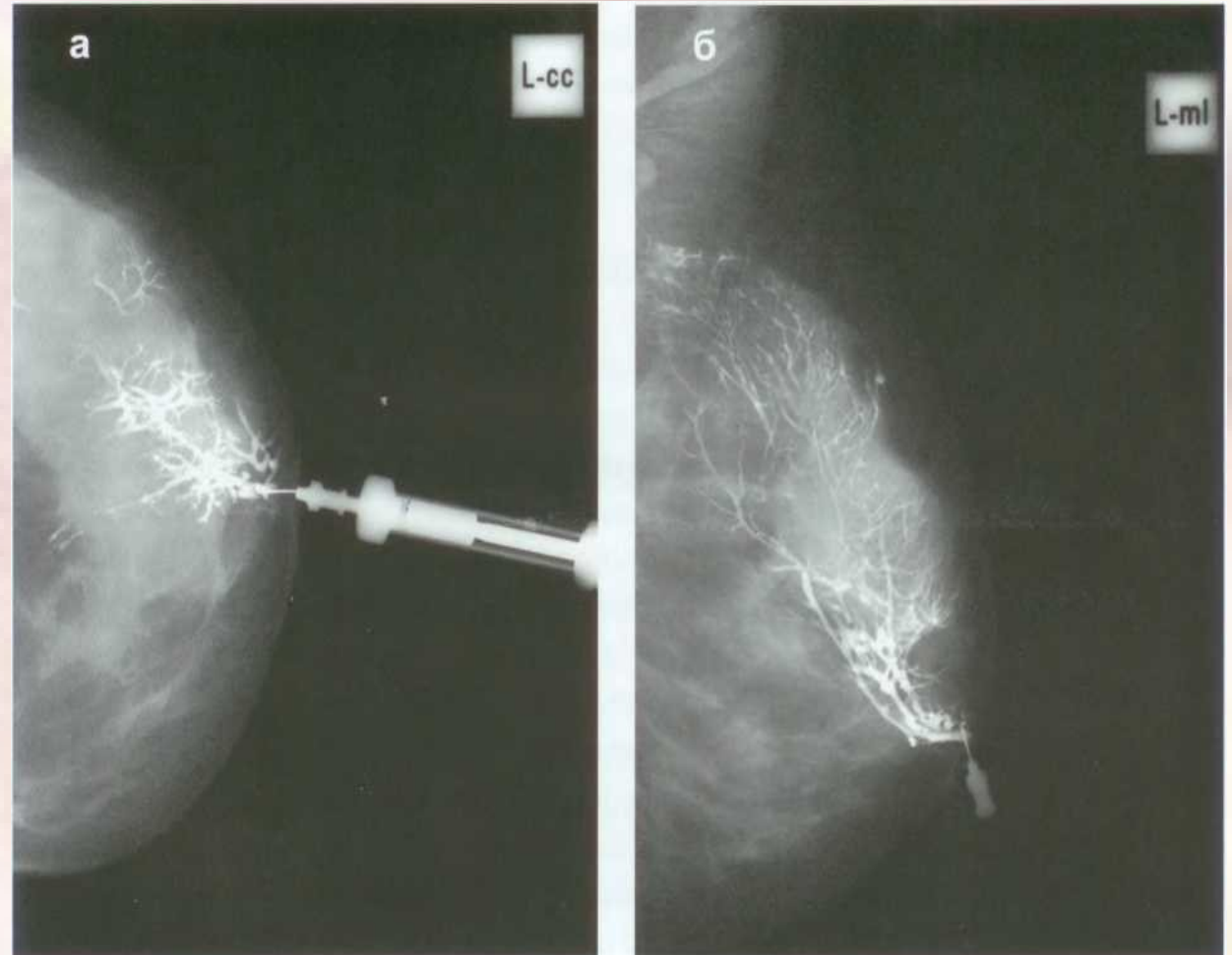
Дуктография молочной железы — рентгенологическое исследование

протоков молочной железы после введения в них контрастного вещества. Показанием к применению этого метода являются выделения из сосков.

Область ореолы и соска обрабатывается спиртом. По капле секрета отыскивается наружное отверстие млечного протока. В него на глубину 5–8 мм вводят иглу с тупым концом и под небольшим давлением вводят до 1 мл 60 % верографина или урографина до появления небольшого расширения.

На дуктограммах можно видеть расширение протоков, дефекты их наполнения, обрыв ветвления. В ряде случаев применяется двойное контрастирование протока: рентгеноконтрастным веществом и воздухом.

При подозрении на внутрикистозные разрастания (цистоаденопапиллома) после удаления посредством пункции содержимого кисты ее наполняют воздухом и выполняют пневмокистографию.



Инструментальные методы диагностики

Ультразвуковое исследование является вторым по значимости методом диагностики после маммографии. Наиболее эффективно это исследование у нерожавших женщин в возрасте до 30 лет, у женщин с плотными молочными железами.

Показания к ультразвуковому исследованию:

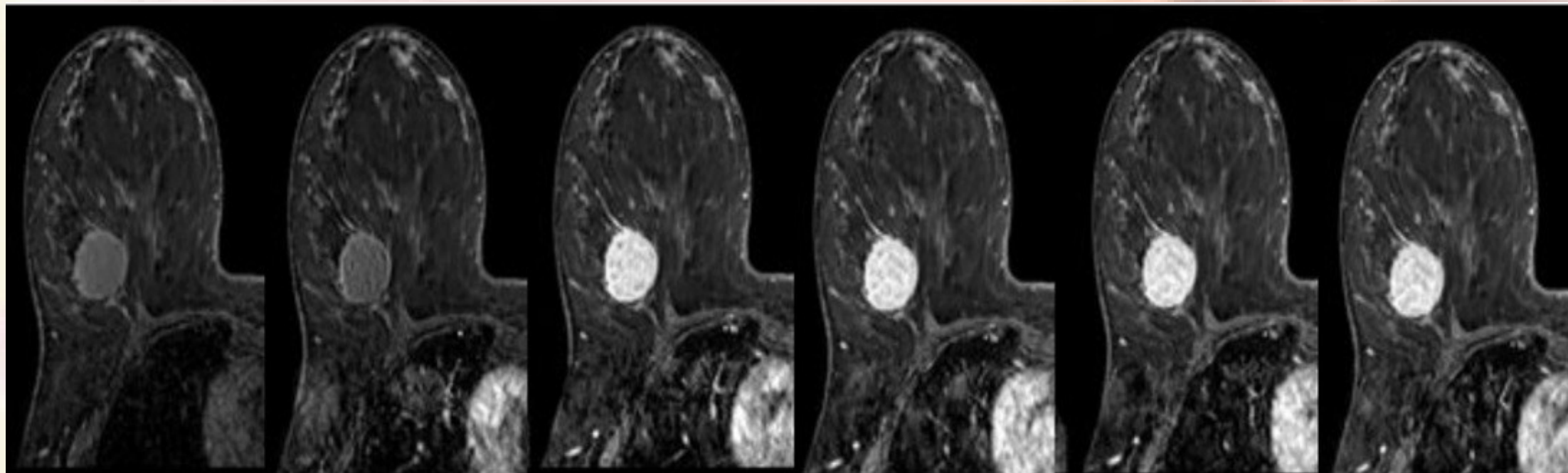
- выявление рентгенонегативных пальпируемых образований;
- выявление воспалительных процессов в молочной железе;
- проведение инвазивных процедур (тонкоигольная биопсия, трепанобиопсия) под ультразвуковым контролем.

К сожалению, возможности ультразвукового выявления минимального рака крайне низки.



Инструментальные методы диагностики

Магнитно-резонансная томография является весьма эффективными для определения так называемых «немых» опухолей молочной железы, составляющих 1 % всех опухолей молочной железы



Морфологическое исследование

является основным методом дифференциальной диагностики. Оно включает в себя цитологический и гистологический методы.

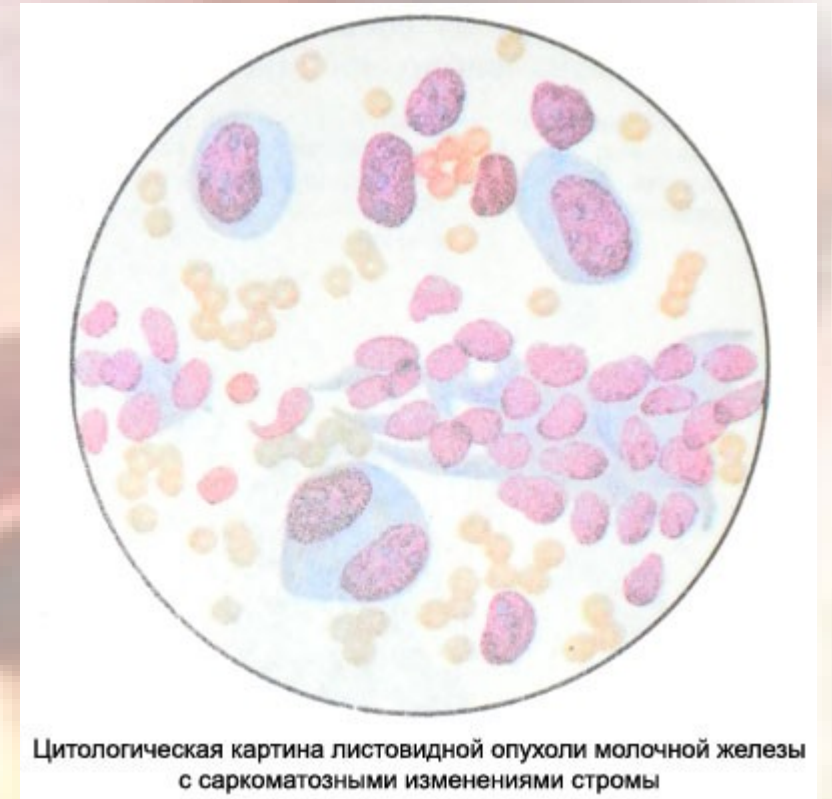
Пути получения материала для цитологического исследования:

- непосредственное соприкосновение между опухолью, выделениями из соска и предметным стеклом;
- из осадка жидкости после пункции кистозной полости.

Гистологическое исследование — наиболее информативный и достоверный метод дифференциальной диагностики.

Материал получают следующими путями:

- трепанобиопсия с получением столбика
- инцизионная биопсия чаще всего в объеме секторальной резекции.



МАСТИТ

Мастит — неспецифический воспалительный процесс в молочной железе (острый или хронический). Острый мастит в 90 % всех случаев встречается в послеродовом периоде (лактационный мастит: первородящие — 70 %, повторнородящие — 27 %, многородящие — 3 %). Возбудителем мастита у 80 % пациенток является стафилококк, в остальных случаях наблюдаются ассоциации со стрептококком, кишечной палочкой, неклостридиальными анаэробами. Предрасполагающими факторами для развития мастита являются трещины сосков, лактостаз, нарушение личной гигиены.



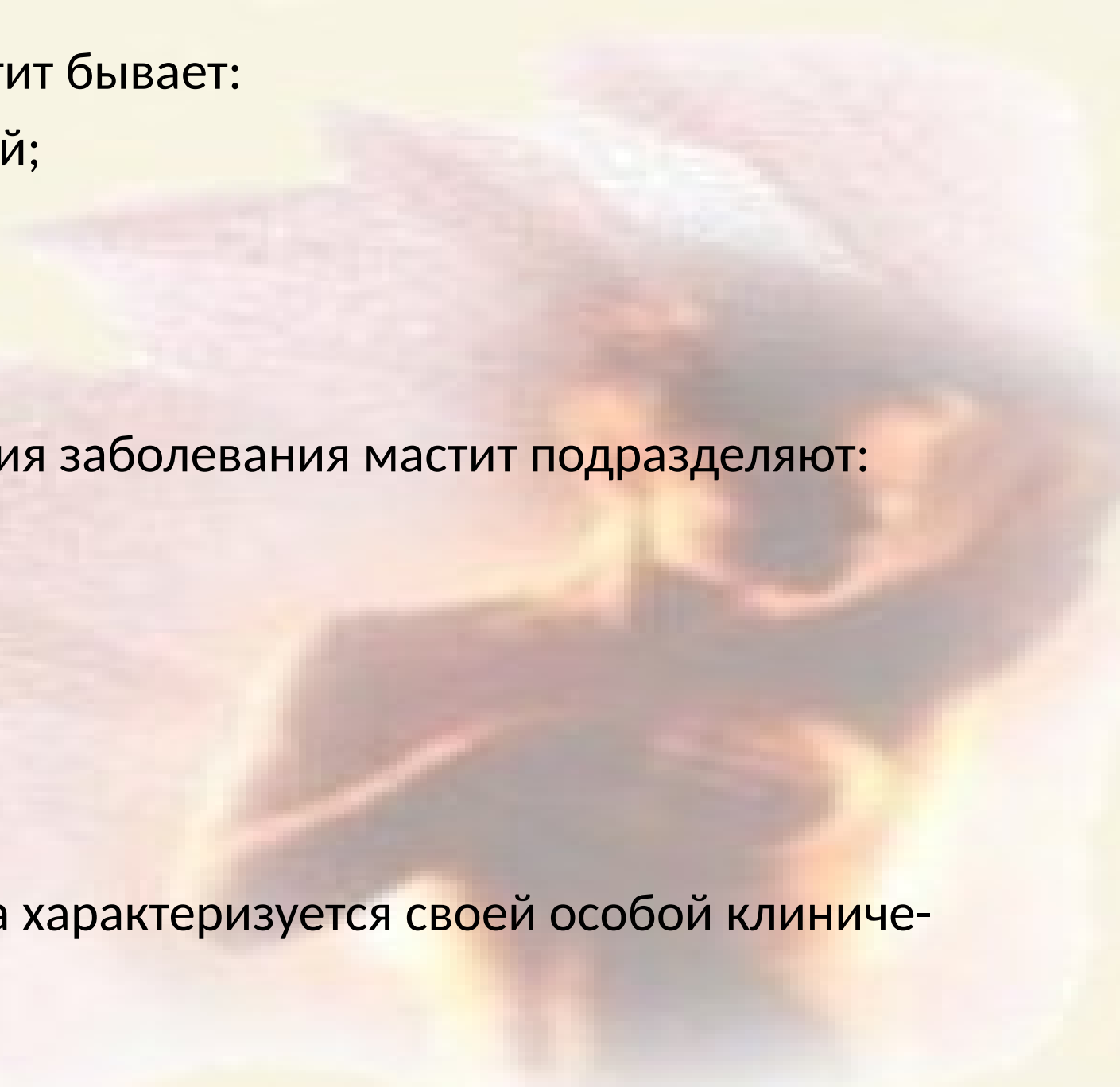
По локализации острый мастит бывает:

- подкожный, субареолярный;
- интрадуктальный;
- интрамаммарный;
- ретромаммарный.

По формам или фазам течения заболевания мастит подразделяют:

- на серозный;
- инфильтративный;
- абсцедирующий;
- флегмонозный;
- на гангренозный.

Каждая фаза острого мастита характеризуется своей особой клинической картиной.



Серозный мастит. Беспокоят боли в молочной железе, может наблюдаться малозаметное увеличение контуров железы, кожа не изменена, при пальпации определяется упругость и болезненность. Температура тела до 39 °С.

Инфильтративный мастит. В железе образуется резко болезненный инфильтрат с нечеткими контурами, железа увеличена в размерах, кожа над инфильтратом гиперемирована. Увеличиваются и становятся болезненными подмышечные лимфатические узлы. У больных наблюдается озноб, потливость, бессонница, головные боли. Температура тела 39–40 °С, в крови — лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Абсцедирующий мастит. Клиническая картина такая же, как и при инфильтративной фазе, но с более выраженными признаками интоксикации. Инфильтрат ограничивается. Пальпируется размягчение, флюктуация. При расположении абсцесса на задней поверхности железы он может вскрываться в клетчатое пространство — ретромаммарный абсцесс (плавающая железа, сосок приподнят кверху).

Флегмонозный мастит. Молочная железа гиперемирована, при надавливании образуется ямка, сосок втянут. Пальпаторно определяются участки флюктуации.

У больных септическое состояние с выраженным интоксикационным синдромом.

Гангренозный мастит. Обычно наблюдается у больных, поздно обратившихся за медицинской помощью, или при тромбозе сосудов молочной

железы. Молочная железа увеличена в размерах, пастозна, кожа синеватого цвета, местами покрыта пузырями, участками некроза. У больных наблюдаются выраженные воспалительный и токсический синдромы.

Течение мастита может осложняться лимфангиитом, лимфаденитом и сепсисом. Острый мастит следует дифференцировать от воспалительных форм рака.

Лечение

Лечение мастита проводится с учетом фазы заболевания.

Серозный и инфильтративный мастит лечатся консервативно. При появлении признаков застоя молока создается покой молочной железе путем ее косыночного подвешивания (но не сдавливания). Для улучшения освобождения железы молоко отсасывают молокоотсосом, сцеживают, уменьшают прием жидкости.

Назначаются препараты, подавляющие лактацию (бромокриптин, комбинацию эстрогенов с андрогенами), кормление грудью прекращают. В течение первых суток заболевания возможно применение холода. В дальнейшем применяется сухое тепло либо созревающие компрессы. Выполняется ретромаммарная новокаиновая блокада, назначается антибактериальная терапия, УФО, ультразвук, УВЧ.

При абсцедирующем мастите показано хирургическое лечение. С диагностической целью допустима пункция абсцесса. Операция обычно проводится под внутривенным наркозом. Абсцесс вскрывается радиальным разрезом, не доходя до околососкового кружка 2 см. После вскрытия абсцесса пальцем, введенным в полость абсцесса, разъединяют перемычки, удаляют некротические ткани, ликвидируют затеки, полость обрабатывают антисептиками и дренируют. Ретромаммарные и глубоко расположенные интрамаммарные абсцессы вскрываются полуовальным разрезом по нижней переходной кожной складке (разрез Бранденгейера). Этот разрез позволяет избежать пересечения внутридольковых млечных протоков, обеспечивает хорошие условия оттоку гноя и дает хороший косметический результат.

При флегмонозном мастите выполняются широкие радиальные и ретромаммарные разрезы и дренирование. При гангренозном мастите производится мастэктомия. Хронический мастит может быть исходом острого и самостоятельным заболеванием. Пальпаторно определяются инфильтраты. Для уточнения диагноза показана пункционная или операционная биопсия. При наличии гнойного процесса показано вскрытие гнойника, при наличии инфильтрата — физиотерапевтическое лечение.

ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Мастопатия

(болезнь Реклю–Шимельбуша). По определению

ВОЗ- это фиброзно-кистозная болезнь с широким спектром пролиферативных изменений в ткани молочных желез и патологическим соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов

Мастопатия является одним из самых распространенных заболеваний

у женщин, встречается у 30–60 % пациенток, чаще в возрасте 30–50 лет.

ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Клинические проявления фиброзно-кистозных изменений имеют место у 50 % женщин.

При этом заболевании риск развития рака молочной железы в 3–6 раз выше, чем в общей популяции. Известно, что мастопатия часто сочетается с патологией органов репродуктивной системы, эндокринных желез.

Определенную роль в развитии этого заболевания играют малое число родов, непродолжительность и неполноценность лактации, аборты, воспалительные заболеваний придатков.

ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

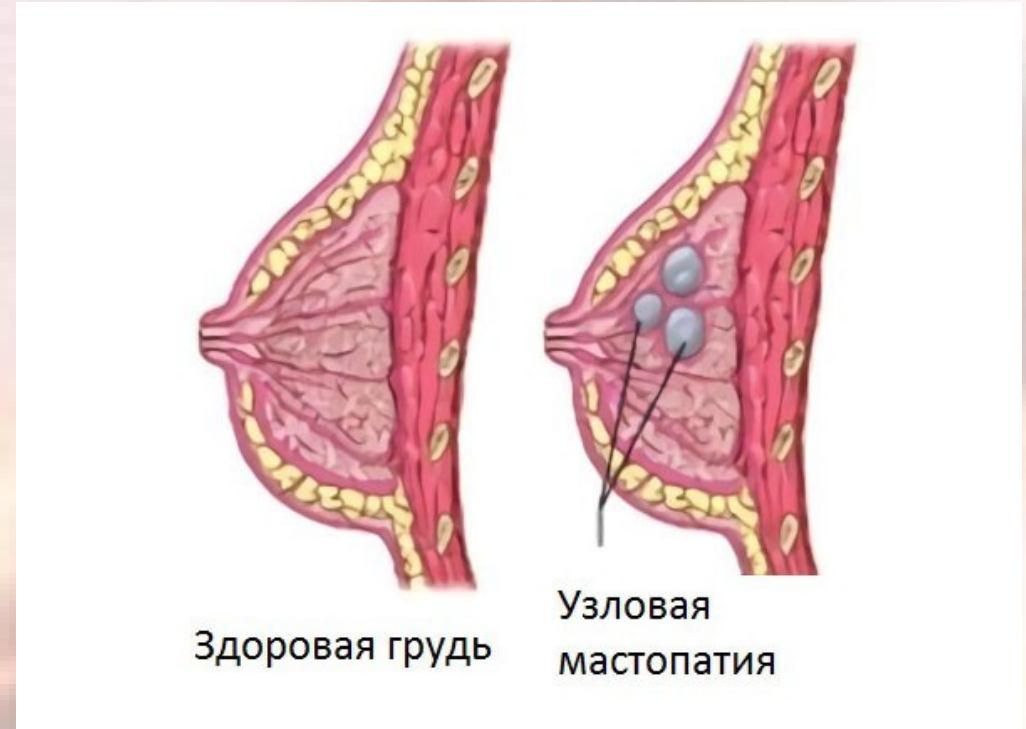
- Различают диффузную и узловую форму мастопатии.
- Различают четыре формы диффузной мастопатии:
 - – с преобладанием железистого компонента (аденоз);
 - – преобладанием фиброзного компонента;
 - – преобладанием кистозного компонента;
 - – смешанная форма.

Узловая мастопатия

Эта форма мастопатии чаще встречается у пациенток от 30 до 50 лет. Узловые новообразования в молочных железах более четкие, чем при диффузной мастопатии

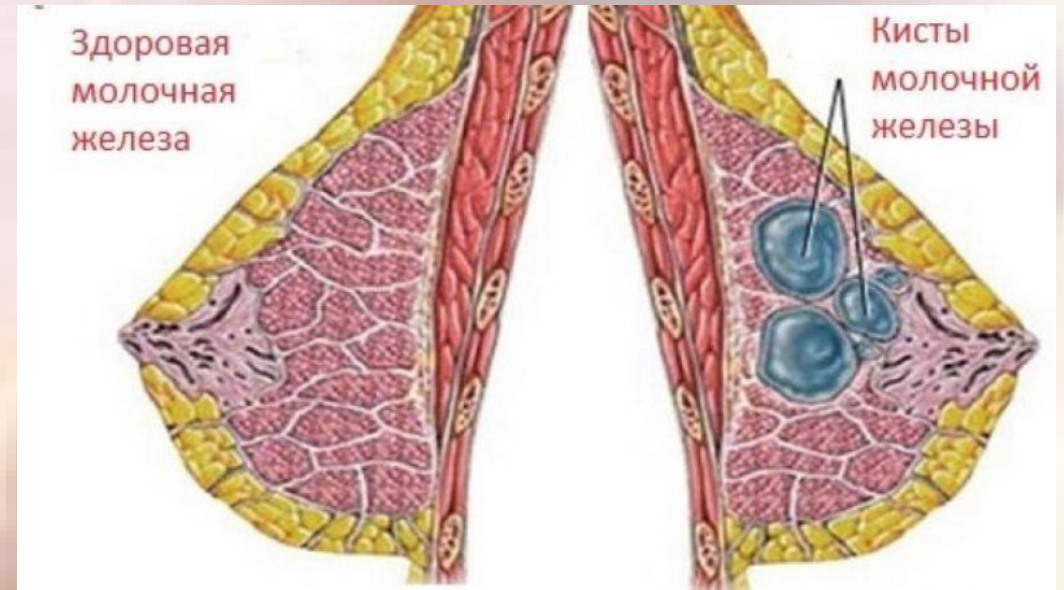
Узловые уплотнения более четко определяются при клиническом обследовании больных в положении стоя. В положении больной лежа уплотнения теряют свои границы, как бы исчезают в окружающих диффузно уплотненных тканях молочной железы. При прижатии уплотнения ладонью к грудной стенке оно перестает определяться (отрицательный симптом Кенига). Кожные симптомы отрицательные.

Узловые новообразования в молочных железах могут быть одиночными или множественными, выявляться в одной или в обеих железах. Узловые уплотнения определяются на фоне диффузной мастопатии (грубая дольчатость, зернистость, тяжесть, болезненность вне узла и выделения из сосков).



Киста молочной железы

– заболевание, которое встречается нередко у женщин репродуктивного возраста. Современные технологии диагностики и лечения в маммологии позволяют выявлять данное заболевание на самых ранних этапах и, соответственно, максимально эффективно избавлять женщин от его последствий. Причиной образования считают гормональные нарушения, количество род и аборт в анамнезе, генетическую предрасположенность, приём гормональных контрацептивов. Немаловажное значение имеют также мастит в анамнезе, наличие оперативных вмешательств на грудной области. Киста молочной железы представляет собою одну или несколько полостей, которые обычно заполнены жидкостью. Киста молочной железы образуется из молочных протоков и может быть одиночной и групповой. Она очень трудно обнаруживается, пока она не достигнет чрезмерно больших размеров. Иногда это заболевание может проявляться в виде болезненных ощущений в груди. Особенно женщина начинает испытывать довольно значительные боли в молочной железе до и во время менструации.



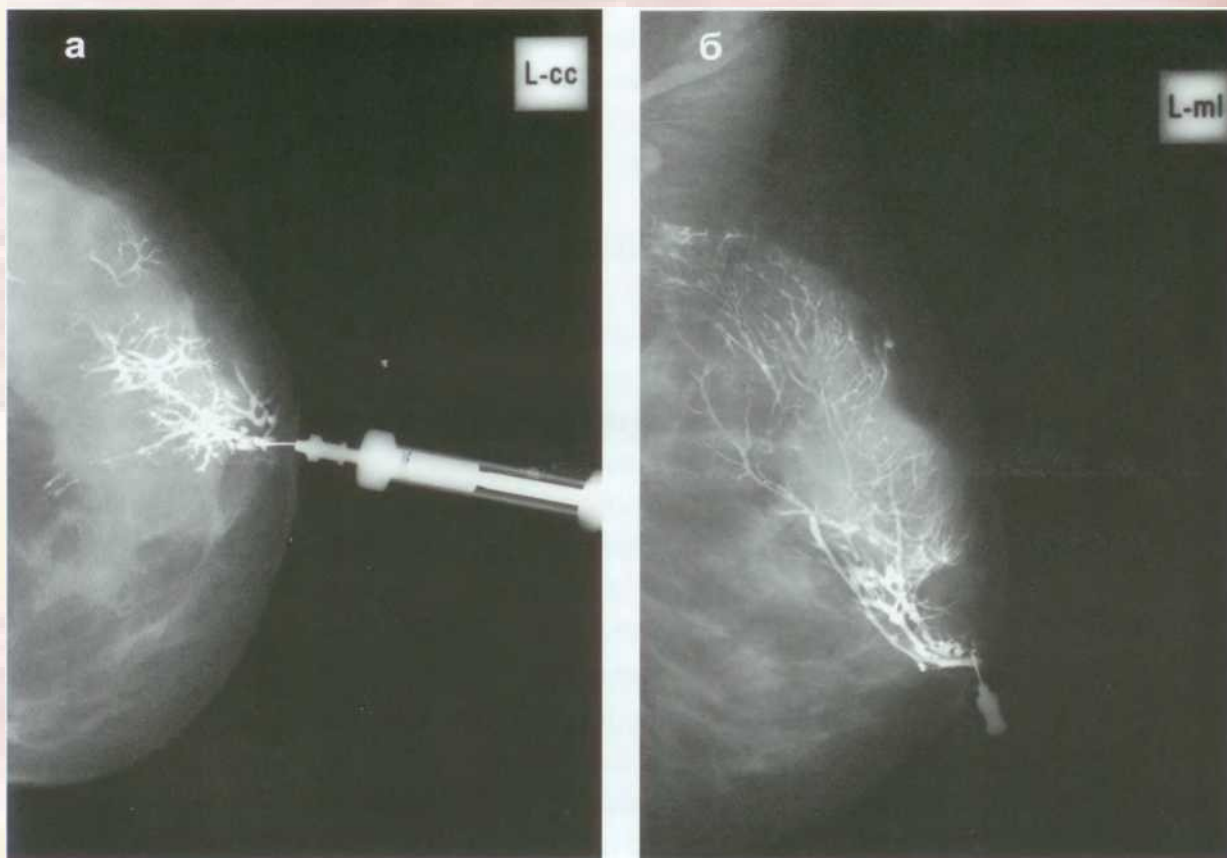
Внутрипротоковая папиллома

(син.: болезнь Минца, кровоточащая молочная железа, цистоаденопапиллома) характеризуется сосочковыми разрастаниями эпителия внутри расширенного выводного протока молочной железы. располагается в крупном протоке непосредственно под соском или ареолой. Считается факультативным предраком. Проявляется кровянистыми выделениями из соска. Иногда выделения бывают зелёного цвета. У некоторых больных они появляются только при надавливании на сосок. В других случаях выделения обильны, пятна крови остаются на белье.

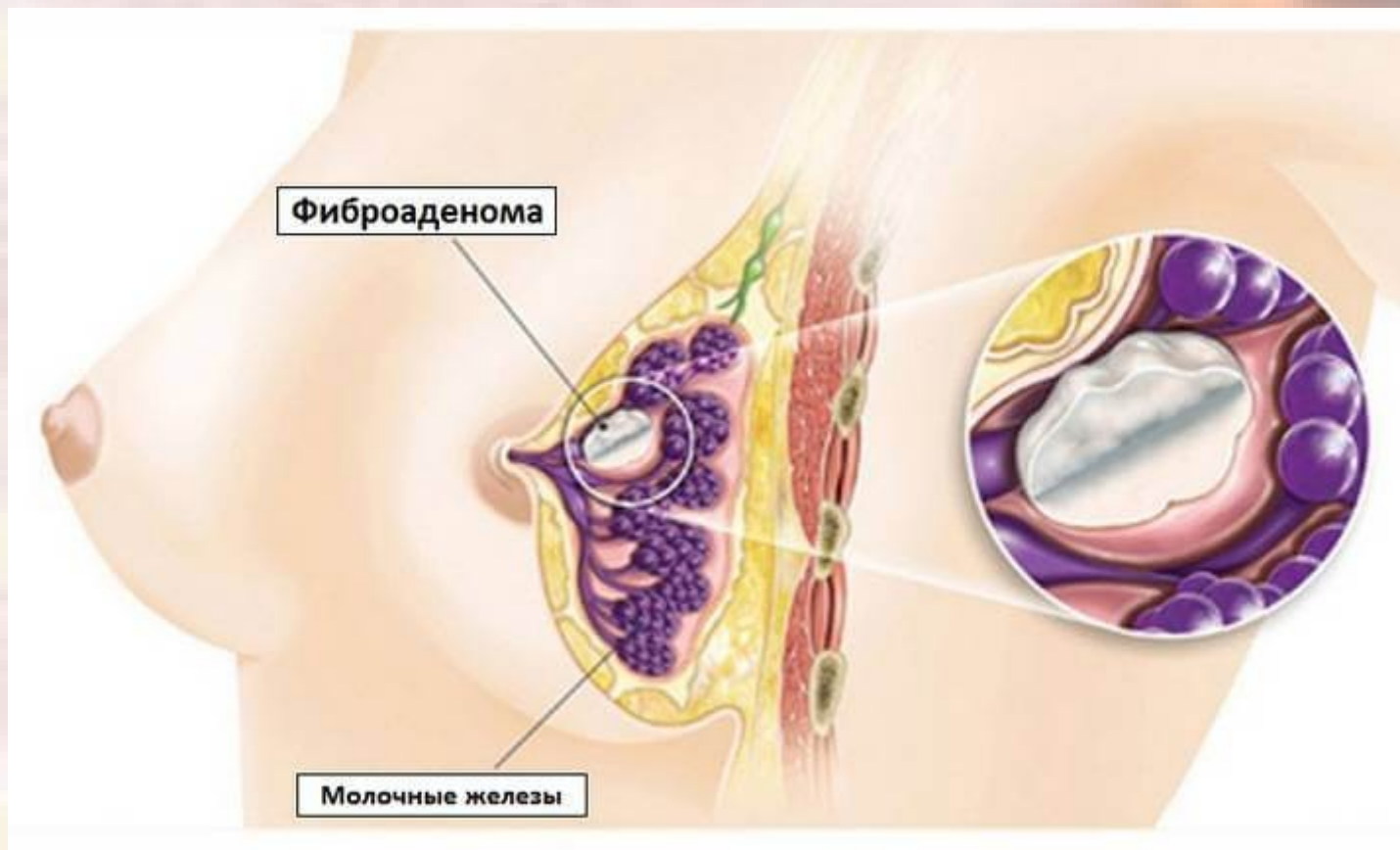


При пальпации часто определяется в виде округлого мягковатого эластического образования или продолговатого тяжа размерами менее 1 см. пальпацию производят, последовательно надавливая пальцем ореолу соска по ходу часовой стрелки. Точную локализацию определяют с помощью дуктографии.

Дуктография (галактография) – это рентгенологическое исследование млечных протоков молочной железы с введением в них контрастного вещества. Данный метод является разновидностью маммографии.



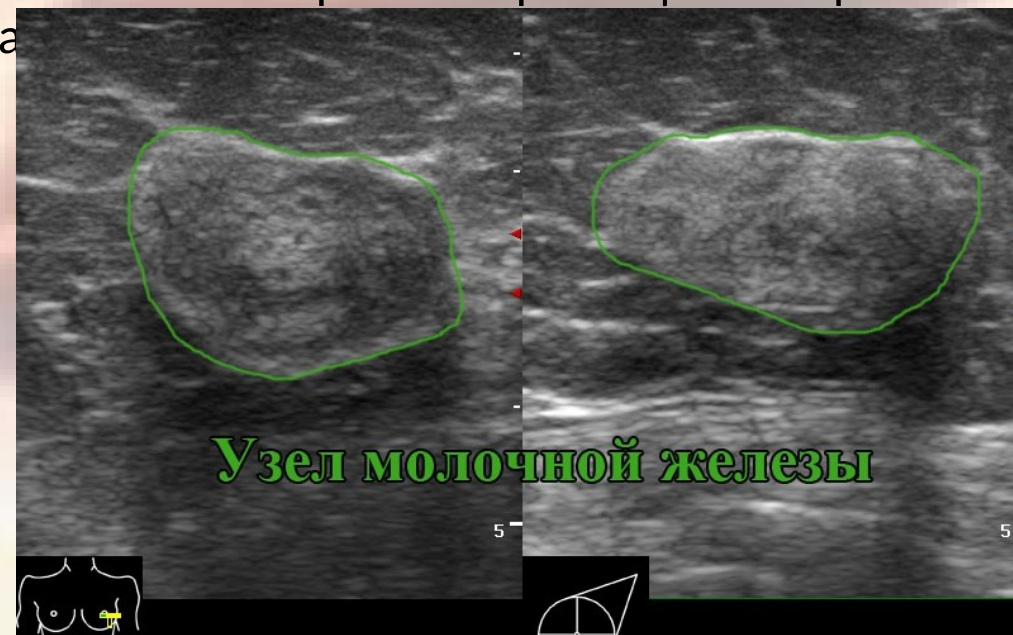
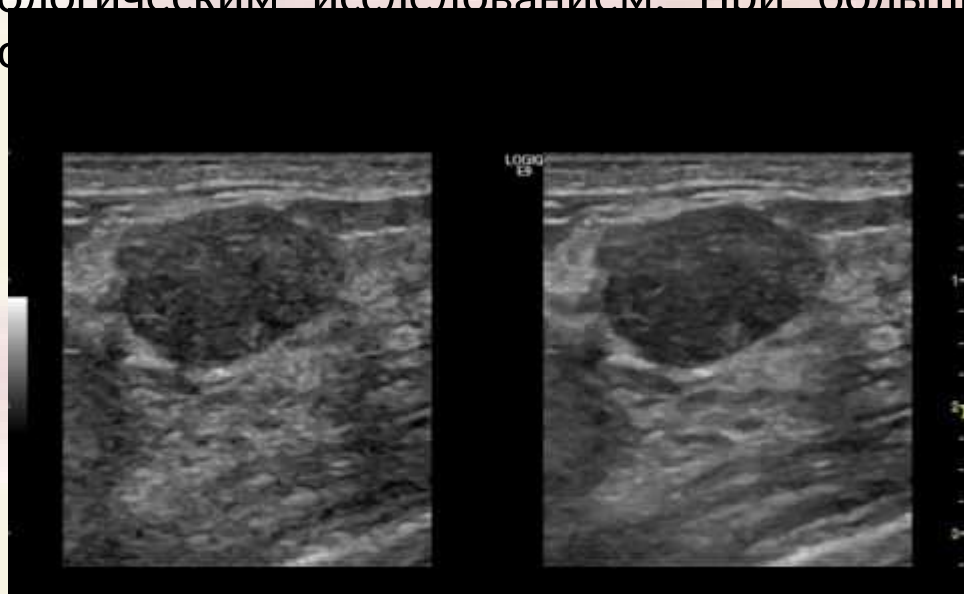
Фиброаденома – новообразование фиброэпителиального строения, наиболее частая доброкачественная опухоль молочной железы. Происхождение гормональное. Представляет собой округлый или овальный узел эластической консистенции с гладкой поверхностью. Безболезненна, свободно подвижна. Диаметр опухоли обычно 2 – 4 см. во время беременности и лактации может достигать большой величины.



Листовидная (филлоидная) фиброаденома

встречается редко (2 % от числа всех фиброаденом). Представляет собой разновидность периканаккулярной фиброаденомы. Имеет характерную слоистую структуру, отличается быстрым ростом. Размеры опухоли могут варьировать в широких пределах — от небольших до гигантских, занимающих всю молочную железу. Склонна к рецидивированию и перерождению в саркому. При пальпации определяется узел опухоли с четкими границами и гладкой полициклической поверхностью — плотноэластические участки чередуются с очагами размягчения. При достаточно больших опухолях появляется истончение, синюшность и изъязвление кожи над ней.

Диагноз подтверждается рентгенологическими и цитологическими исследованиями. Лечение — хирургическое. При малых размерах опухоли выполняется секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием. При больших размерах опухоли выполняется мастэктомия.



Лечение диффузной мастопатии

Больные диффузной мастопатией нуждаются в повторных курсах лекарственного лечения на протяжении длительного времени. Женщинам нужно рекомендовать ношение бюстгалтера соответствующей формы и размера, позволяющего избежать сдавления и деформации железы. Следует уменьшить потребление кофе, чая, шоколада, какао, колы, поскольку содержащийся в них кофеин и теofilлин способствует развитию фиброзной ткани и образованию жидкости в полостях. В зависимости от конкретных обстоятельств, женщинам дают советы по нормализации половой жизни, рекомендуют беременность и роды с обязательным кормлением ребёнка грудью. Больным, у которых диффузная мастопатия обнаружена случайно, мало выражена и не сопровождается болевыми ощущениями, а также лицам с мастодинией, если циклическая боль выражена умеренно, можно ограничиться указанными рекомендациями. Остальным назначают негормональную и гормональную терапию.

Лечение локализованной мастопатии и фиброаденомы.

Узловая мастопатия и фиброаденома подлежат оперативному лечению.

При узловой мастопатии и фиброаденоме показана секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием.

Кисту молочной железы пунктируют и аспирируют её содержимое. В освобождённую полость вводят воздух и повторяют маммографию. Пневмокистография позволяет выявить папилломатозные разрастания в кисте или неровность и утолщение внутреннего контура её стенки, что подозрительно на озлокачествление. Жидкость, удалённая во время пункции кисты, обязательно подлежит цитологическому исследованию. После пункции можно назначить курс лечения даназолом для предупреждения рецидива. При повторном накоплении жидкости или при подозрении на малигнизацию производят секторальную резекцию со срочным гистологическим исследованием.

Лечение внутрипротоковой папилломы.

Единственной правильной тактикой лечения данной патологии является хирургическое вмешательство. При внутрипротоковой папилломе производится секторальная резекция ткани той молочной железы, которая содержит протоки с патологическим содержимым. Разрез выполняется вокруг ареолы, благодаря чему обнажаются протоки, которые открываются в сосок. Происходит осмотр протоков. Сектор ткани с патологически измененными протоками подвергается удалению.

После операции ткань исследуется под микроскопом, вслед за чем делается заключение о природе опухоли. Операция не влияет на форму и размер груди. Полная реабилитация занимает в среднем около пяти дней.

Гинекомастия

— гиперплазия молочных желез у мужчин. Причиной этого заболевания являются эндокринные нарушения, происходящие в организме и характеризующиеся увеличением женских и уменьшением мужских половых гормонов.

Гинекомастия может быть обусловлена и другой патологией:

- 1 Хронической почечной недостаточностью
- 2 Заболеваниями печени (цирроз печени).
- 3 Опухолями надпочечников и яичков.
- 4 Тиреотоксикозом.
5. Приемом лекарственных препаратов (фенотиазина, цимотидина, эстрогенов, наперстянки и др.).

Лечение гинекомастии должно включать в себя коррекцию эндокринного состояния и нарушенного метаболизма.

При неэффективности консервативного лечения выполняется удаление молочной железы.

Галактоцеле

— это киста, наполненная молоком, имеет гладкую, округлую, резко отграниченную поверхность, легко смещается в ткани железы, появляется после прекращения кормления ребенка молоком. Обычно располагается в центре железы или под соском. Лечение — аспирация содержимого или иссечения кисты.

Ссылка для прохождения тестирования

После изучения лекции необходимо пройти тестирование при помощи сервиса Гугл-формы.

<https://forms.gle/bNSzcMT1eKc2K52K6>

Пожалуйста, корректно заполняйте поля ФИО, факультет и номер группы.