

**Первый Московский Государственный
Медицинский Университет
кафедра факультетской хирургии №2**

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЛЕКЦИЯ

СХЕМЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ МЛЕЧНЫХ ПРОТОКОВ И ПУТЕЙ ЛИМФООТТОКА. УЗЕЛ ЗОРГИУСА.



ТЕХНИКА САМООБСЛЕДОВАНИЯ



ПАЛЬПАЦИЯ



ГНОЙНЫЙ МАСТИТ

- ВОЗБУДИТЕЛЬ: СТРЕПТОКОКК, СТАФИЛОКОКК, РЕЖЕ ГОНОКОКК, ПНЕВМОКОКК И ДР.
- ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ: ТРЕЩИНЫ СОСКОВ, ЛАКТОСТАЗ, НЕПРАВИЛЬНЫЙ УХОД, ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
- КЛИНИКА: ЛИХОРАДКА (39-40 ГРАДУСОВ), СИЛЬНЫЕ БОЛИ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ, НАПРЯЖЕНИЕ И ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЛИМФАНГИТ, РЕГИОНАРНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ.
- ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ (РАДИАЛЬНЫЕ И ПАРААРЕОЛЯРНЫЕ РАЗРЕЗЫ).
- НЕЛАКТАЦИОННЫЙ ГНОЙНЫЙ МАСТИТ ВОЗМОЖЕН ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЯЗАТЕЛЬНА БИОПСИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ МАСТИТА)

ГНОЙНЫЙ МАСТИТ



ФИБРОАДЕНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- У ЖЕНЩИН МОЛОЖЕ 35 ЛЕТ, У 10-15% ПАЦИЕНТОК – МНОЖЕСТВЕННОЕ.
- КЛИНИКА: ПЛОТНО-ЭЛАСТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ОБЫЧНО НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (1-4 СМ), НЕ СПЯНО С ОКРУЖАЮЩИМИ ТКАНЯМИ.
- ЛЕЧЕНИЕ: ЭКСЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ (СЕКТОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ МЖ)
- ВЕРОЯТНОСТЬ МАЛИГНИЗАЦИИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ 1%

ФИБРОЗНОКИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ

- ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОЛИФРАТИВНЫМ И РЕГРЕССИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ТКАНИ МЖ С НАРУШЕНИЕМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО И СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО КОМПОНЕНТОВ.
- ОСНОВНОЕ ЗВЕНО – НАРУШЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ.
- ГИПЕРПЛАЗИЯ, ПРОЛИФЕРАЦИЯ ДОЛЕК, ПРОТОКОВ, СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.
- РЕГРЕССИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ- АТРОФИЯ, ФИБРОЗ, ОБРАЗОВАНИЕ КИСТ.
- ЧАСТОТА: 30-40% ЖЕНЩИН СТАРШЕ 45 ЛЕТ.
- РИСК МАЛИГНИЗАЦИИ В 3-6 РАЗ ВЫШЕ, ЧЕМ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ.
- КЛИНИКА: НОЮЩИЕ ТУПЫЕ БОЛИ В МЖ, ЧУВСТВО РАСПИРАНИЯ И ТЯЖЕСТИ, УСИЛИВАЮЩЕЕСЯ В ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.
- БОЛЕЗНЕННЫЕ УЧАСТКИ УПЛОТНЕНИЯ В ТКАНИ МЖ.
- ЛЕЧЕНИЕ: КОНСЕРВАТИВНОЕ (ГЕСТАГЕНЫ, АНТИЭСТРОГЕНЫ, АНТИПРОЛАКТИНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПИЩЕВОЙ РЕЖИМ ИСКЛЮЧАЮЩИЙ МЕТИЛКСАНТИНЫ – ЧАЙ, ШОКОЛАД, КОФЕ.
- ПРОСТАЯ МАСТЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ АТИПИЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ ЭКСЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ, ПРИ ОТЯГОЩЕННОМ СЕМЕЙНОМ АНАМНЕЗЕ.

МАКРОПРЕПАРАТ ПРИ КРУПОЗНОКИСТОЗНОЙ ФОРМЕ МАСТОПАТИИ



ИНТРАДУКТАЛЬНАЯ ПАПИЛЛОМА

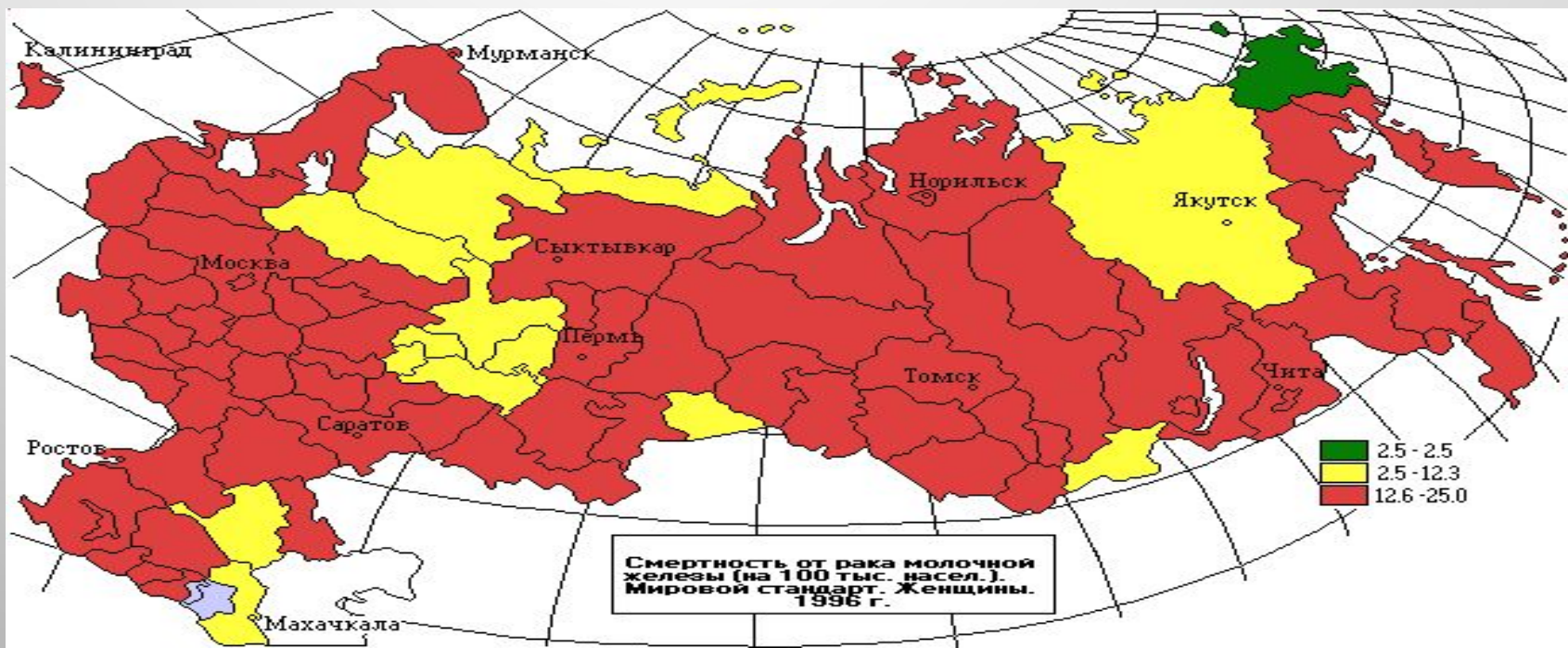
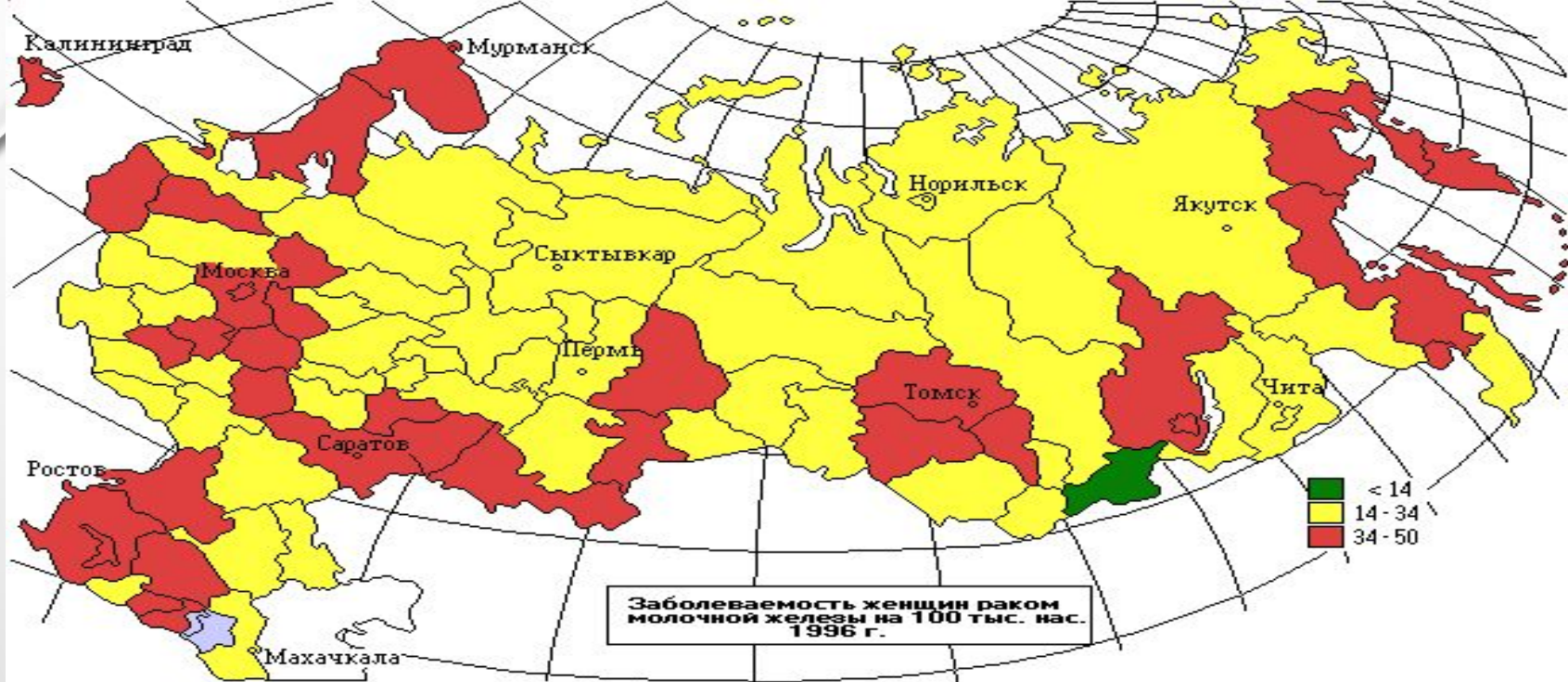
- ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ СОСКА.
- ВЫДЕЛЕНИЯ СПОНТАННЫЕ, СЕРОЗНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ, ОДНОСТОРОННИЕ И, КАК ПРАВИЛО, ИЗ УСТЬЯ ОДНОГО ПРОТОКА.
- МАММОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДРУГОЙ ПАТОЛОГИИ.
- ЛЕЧЕНИЕ: ИССЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕННОГО ПРОТОКА

ГИНЕКОМАСТИЯ



РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА ПРИ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ





ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Ведущая опухоль у женщин в большинстве развитых стран;
- В структуре заболеваемости в России занимает 1-е место;
- 16% всех злокачественных опухолей в нашей стране у женщин;
- В Швеции его удельный вес значительно выше - 25-27%, в некоторых штатах США - до 30%, а в Осаке (Япония) - 8%;
- Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями молочной железы за последние 15 лет увеличилась
- Каждый год в мире регистрируется более 650000 новых случаев рака молочной железы. В странах СНГ - свыше 50000;
- Частота рака молочной железы неуклонно растет. В 1980 г. Заболеваемость раком груди составляла 22,6 на 100 тыс. населения, а в 1996 г. Она была уже 34,8, т.е. выросла в 1,54 раза.
- Рак молочной железы является одной из лидирующих причин смерти среди женщин в возрасте 40-55 лет
- В США каждая восьмая женщина имеет риск заболевания раком молочной железы, и каждая 28 женщина имеет риск смерти от рака молочной железы
- В США и Европе риск заболевания раком молочной железы в 6-10 раз выше чем в азиатских странах
- Использование маммографии позволяет выявлять рак молочной железы на ранних стадиях
- В 40-х годах нашего века только 72% женщин с раком молочных желез проживали более 5 лет после установления диагноза. В настоящее время при выявлении на ранних стадиях около 97% женщин живет более 5 лет.

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПУРДЕ М.К., 1979).

- Наличие дисгормональной гиперплазии молочных желез.
- Первичное бесплодие.
- Первые роды в более зрелом возрасте (26 лет и старше).
- Позднее начало менструаций (17 лет и старше).
- Позднее наступление менопаузы.
- Нерегулярность и позднее начало половой жизни (30 лет и старше), применение средств предохранения (химические, механические).
- Пониженное либидо, фригидность.
- Продолжительный период кормления детей грудью (лактация более 1-2 лет).
- Рождение крупных детей (масса тела 4000 и более).
- Повышенная масса тела женщин (70 кг и более).
- Эстрогенная насыщенность организма пожилых женщин при длительности менопаузы 10 лет и более (iii и iv реакция вагинального мазка).
- Увеличение щитовидной железы.
- Высокая заболеваемость злокачественными опухолями среди родственников по материнской линии.
- Перенесенный послеродовой мастит, особенно леченный консервативно.
- Травмы молочной железы.

СТЕПЕНЬ РИСКА РАКА МЖ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

| | RISK 1 out of ... |
|-----------|----------------------|
| 30-40 | 250 |
| 40-50 | 77 |
| AGE 50-60 | 42 |
| 60-70 | 36 |
| 70-80 | 34 |
| 80-90 | 45 |

www.vesalius.com

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (TNM)



ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА

МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- НЕИНФИЛЬТРИРУЮЩАЯ КАРЦИНОМА:
 - ВНУТРИПРОТОВОКОВЫЙ РАК;
 - ДОЛЬКОВЫЙ РАК
- ИНФИЛЬТРИРУЮЩАЯ КАРЦИНОМА:
 - ВНУТРИПРОТОВОКОВЫЙ РАК;
 - ДОЛЬКОВЫЙ РАК
- ОСОБЫЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ:
 - БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА
 - КАРЦИНОМА, ВОЗНИКАЮЩАЯ ИЗ КЛЕТОЧНОЙ ВНУТРИПРОТОВОКОВОЙ ФИБРОАДЕНОМЫ.
 - ЛОБУЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА
 - МЕДУЛЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА
 - ПАПИЛЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА
 - ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ КАРЦИНОМА
 - РЕШЕТЧАТАЯ КАРЦИНОМА
 - СЛИЗИСТАЯ КАРЦИНОМА

ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ПРИ СПАЙКЕ КАРЦИНОМАТОЗНОЙ ОПУХОЛИ С ГРУДНОЙ СТЕНКОЙ. ВНУТРИКОЖНЫЕ МЕТАСТАЗЫ.



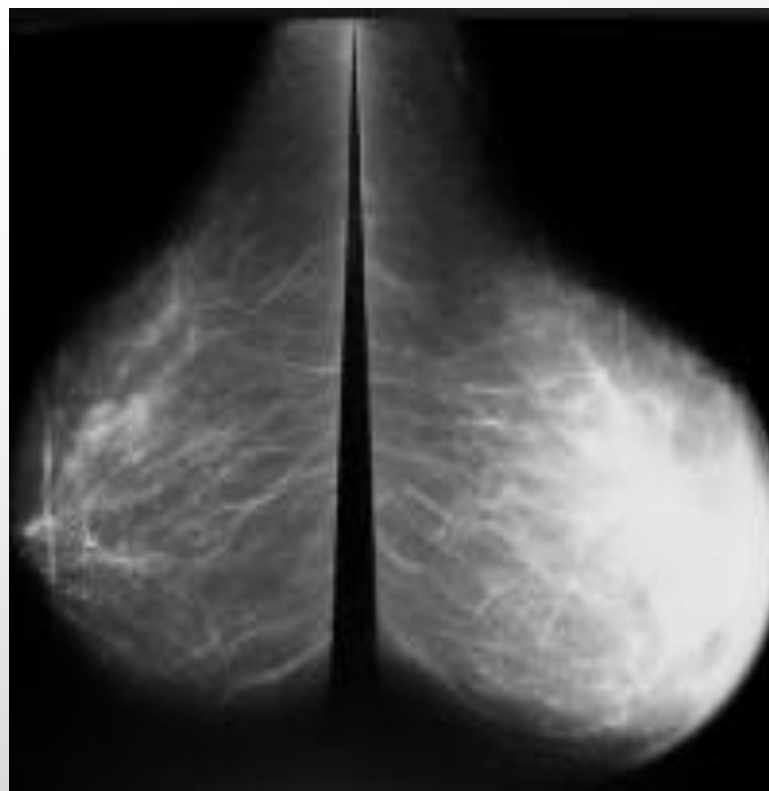
ДЕФОРМАЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РИСУНОК ЛИМОННОЙ КОРОЧКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



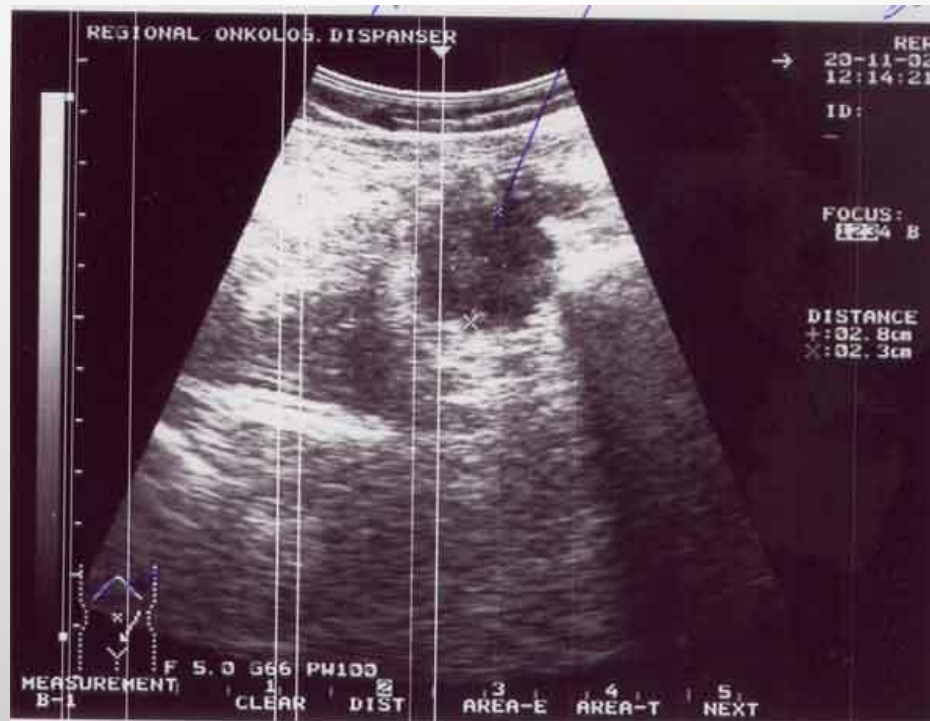
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ С ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ;
- ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ СОСКА;
- ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ (ИССЕЧЕНИЕ НЕБОЛЬШОГО УЧАСТКА С ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ);
- МАММОГРАФИЯ (ТОЧНОСТЬ 75-91%);
- УЗИ (РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ОТ 50-60% ДО 80-93%);
- ТЕРМОГРАФИЯ (ИЗМЕНЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ НА ПОРАЖЕННЫМ УЧАСТКОМ);
- РАДИОИЗОТОПНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОАКТИВНОГО ФОСФОРА ^{32}P (ТОЛЬКО ЕСЛИ ОПУХОЛЬ НЕ ГЛУБЖЕ 0,5 СМ ПОД КОЖЕЙ);
- ЛИМФОГРАФИЯ;
- МЕТОД РАДИОИЗОТОПНОЙ ЛИМФОСЦИНТИГРАФИИ ОСНОВАН НА ТОМ, ЧТО МЕТАСТАТИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЧАСТИЧНО ИЛИ ПОЛНОСТЬЮ ТЕРЯЮТ СПОСОБНОСТЬ НАКАПЛИВАТЬ ИЗОТОПЫ, ПОЭТОМУ НА СЦИНТИГРАММАХ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ДЕФЕКТЫ НАКОПЛЕНИЯ.
- МЕТОД ЧРЕЗГРУДИННОЙ ФЛЕБОГРАФИИ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ, ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ МЕТАСТАЗАМИ ПАРАСТЕРНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ.
- КОМПЬЮТЕРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (КТ, МРТ).

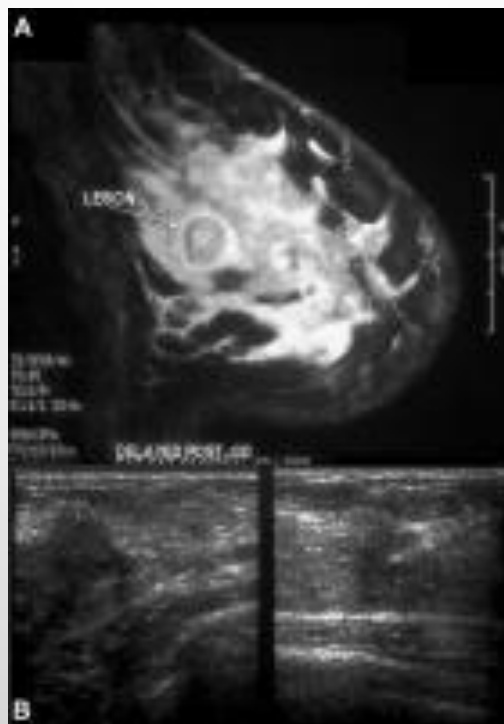
○ МАММОГРАММА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАММА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЖДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ И РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (Л.М.РАТНЕР)

| Симптомы | Злокачественные | Доброкачественные |
|--------------------------|---|---|
| Положение грудных желез | На больной стороне расположена выше уровне | Стояние на одном уровне |
| Кожа над опухолью | Спаяна с опухолью, втянута, имеет вид пупка или "лимонной корки" | Подвижна, нормального цвета |
| Время появления боли | Появляются поздно | Появляются рано (связь с менструациями) |
| Пальпаторные данные | Хрящевидной плотность узловатая, мелкой зернистости нет. Тесно спаяна с окружающими тканями и неподвижна. Границы нечеткие. Кожа над опухолью изменена. | Менее плотной консистенции.. Поверхность мелкобугристая или ровная, гладкая и округлая. Границы четкие. Опухоль подвижна. Иногда есть флюктуация. |
| Положение соска и ареолы | Деформация, умбиликация соска, сужение ареолы и деформация ее. Стояние соска выше горизонтальной линии, проведенной через здоровый сосок (симптом Форга). | Не изменяется. |
| Симптом König | При прикладывании ладони плашмя на опухоль последняя не исчезает. | При этом маневре опухоль исчезает |
| Влияние менструаций | Опухоль не изменяется | При некоторых заболеваниях во время месячных опухоль увеличивается, а после уменьшается. |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЖДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ И РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (Л.М.РАТНЕР) (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

| Симптомы | Злокачественные | Доброкачественные |
|--------------------------------------|---|---|
| Лимфатические узлы | Часто увеличены, плотные. Нередко спаяны между собой. Конфигурация изменена. | Часто не прощупываются. Если увеличены, то форма не изменена, мягкие. |
| Расширение вен над опухолью | Выражено | Отсутствует |
| Симптом Прибрама | При потягивании за сосок опухоль следует за ним. | Отсутствует. |
| Характер роста | Быстрый, без периодов регрессирования | Медленный, иногда с периодами уменьшения опухоли. |
| Состояние жирового слоя над опухолью | Атрофирован | Нормален |
| Симптом Пайра | Грудь захватывается справа и слева от опухоли двумя пальцами. Опухоль передвигается из стороны в сторону. При этом кожа собирается не в виде продольной складки, а в виде мелкой поперечной складчатости. | Отрицательный. |

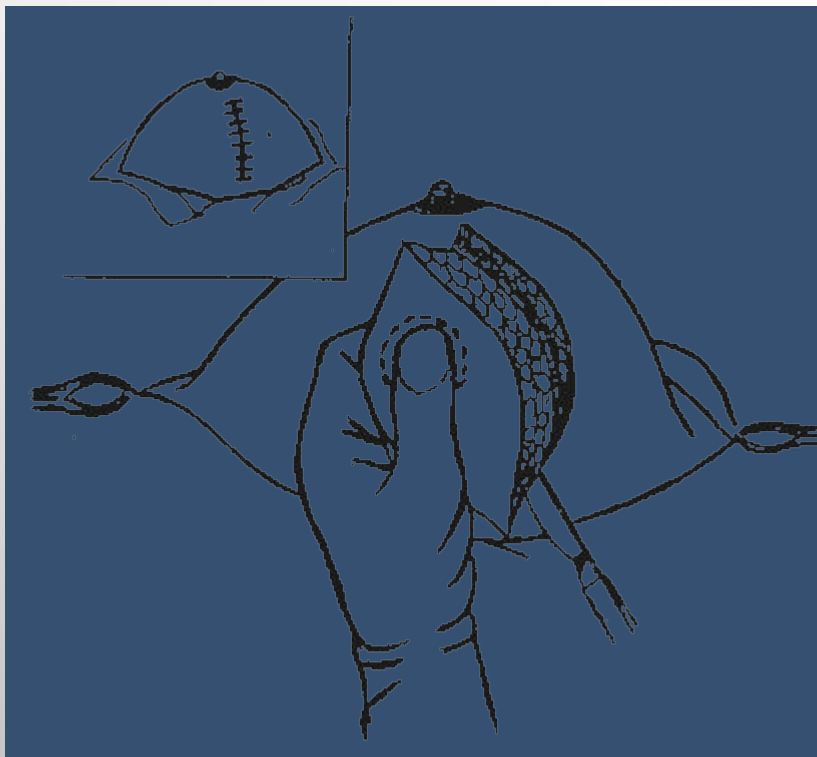
РАК ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

- ОСОБОЙ ФОРМОЙ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ РАК ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ У МУЖЧИН. НЕДОСТАТОЧНОЕ ЗНАКОМСТВО ВРАЧЕЙ С РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ БОЛЕЗНИ, МАЛАЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИВОДИТ К ТОМУ, ЧТО, ПО ДАННЫМ ОНЦ АНН РФ, ЛЕЧЕНИЕ 46% МУЖЧИН БОЛЬНЫХ РАКОМ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ В ПЕРВИЧНО НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ.
- ДИАГНОСТИКА РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН ОСНОВЫВАЕТСЯ КАК НА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКАХ, ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО. ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗ СОСКА, ПУНКТАТА ИЗ ОПУХОЛИ, ОТПЕЧАТКОВ С ПОВЕРХНОСТИ ЯЗВЫ, БИОПСИИ СО СРОЧНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ.
- В ТРУДНЫХ СЛУЧАЯХ ДИАГНОСТИКИ ПОКАЗАНЫ АМПУТАЦИЯ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СРОЧНОЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОТОРОГО РЕШАЮТ ВОПРОС ОБ ОКОНЧАТЕЛЬНОМ ОБЪЕМЕ ОПЕРАЦИИ. НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ СЕКТОРАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ У МУЖЧИН ИЛИ

ОПЕРАЦИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

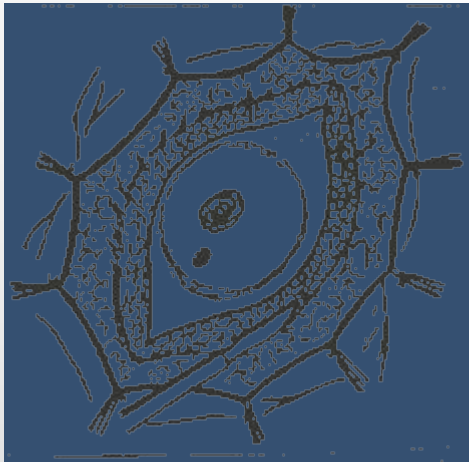
- **СЕКТОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ**
- **РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ ПО ХОЛСТЕДУ-МАЙЕРУ**
- **РАСШИРЕННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ (С УДАЛЕНИЕМ ПАРАСТЕРНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ)**
- **МОДИФИЦИРОВАННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ (ОПЕРАЦИЯ ПЕЙТИ-ДАЙСЕНА)**
- **ПРОСТАЯ МАСТЭКТОМИЯ**
- **МАСТЭКТОМИЯ С ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ**
- **ГЕМИМАСТЭКТОМИЯ С ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ**

СЕКТОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ



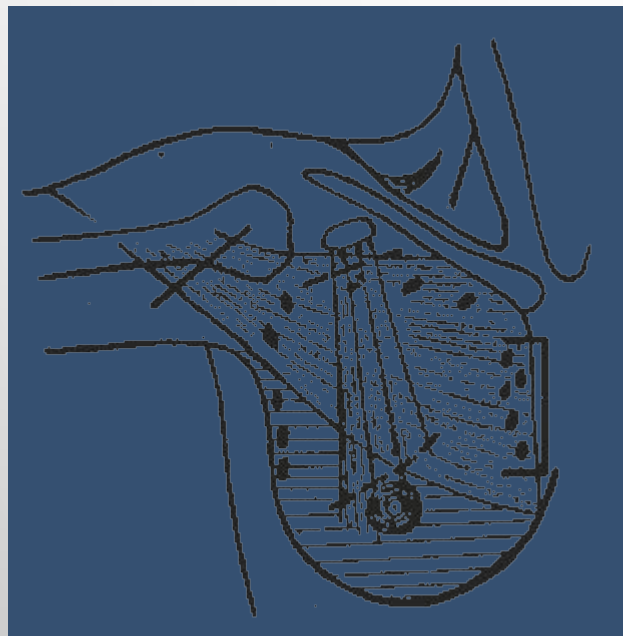
- В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ СРОЧНОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПЕРАЦИЮ ЛИБО НА ЭТОМ ЗАКАНЧИВАЮТ, ЛИБО (ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ РАКА) РАСШИРЯЮТ ДО ОБЪЕМА РАДИКАЛЬНОЙ

РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ ПО ХОЛСТЕДУ-МАЙЕРУ



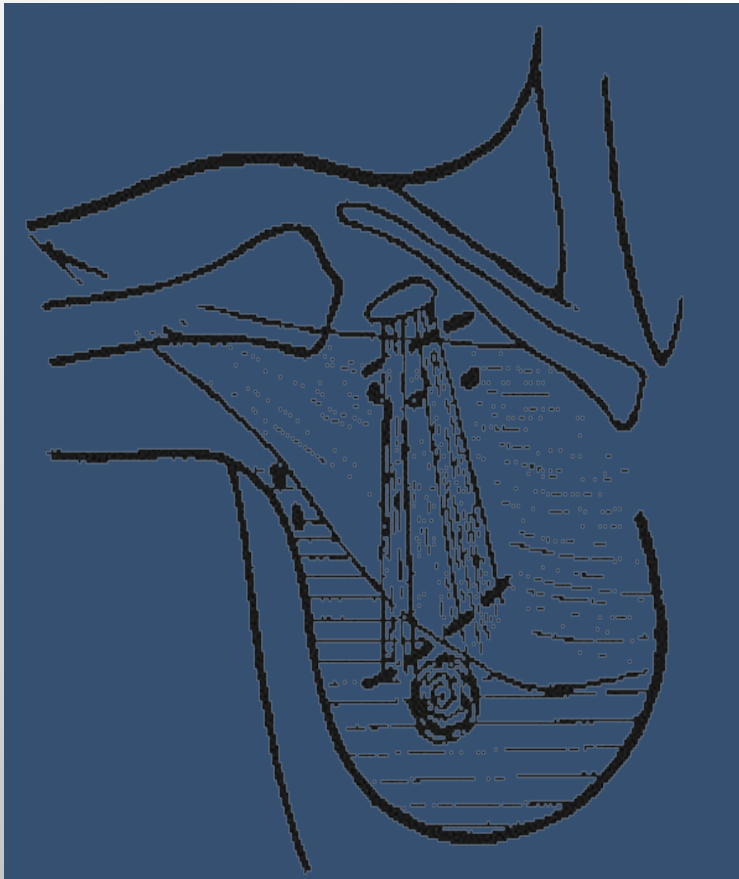
- ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ IIБ, IIIА, IIIБ СТАДИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
- ПРИНЦИП ОПЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЕДИНЫМ БЛОКОМ С БОЛЬШОЙ И МАЛОЙ ГРУДНЫМИ МЫШЦАМИ, ФАСЦИЯМИ, ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ, ПОДМЫШЕЧНОЙ И ПОДЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТЕЙ

РАСШИРЕННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ (С УДАЛЕНИЕМ ПАРАСТЕРНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ)



- ОСНОВАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЭТОГО ТИПА ПОСЛУЖИЛИ ДАННЫЕ О ВОЗМОЖНОСТИ ИЗОЛИРОВАННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ В ПАРАСТЕРНАЛЬНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ, КОТОРЫЕ НАБЛЮДАЮТСЯ У 12-15% БОЛЬНЫХ, ОСОБЕННО ЧАСТО ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ИЛИ МЕДИАЛЬНЫХ КВАДРАНТАХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
- ПРИ ЭТОЙ ОПЕРАЦИИ МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ УДАЛЯЮТ ВМЕСТЕ С БОЛЬШОЙ И МАЛОЙ ГРУДНЫМИ МЫШЦАМИ, ФАСЦИЯМИ, ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКОЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ, ПОДКЛЮЧИЧНОЙ, ПОДЛОПАТОЧНОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ОБЛАСТЕЙ С ЗАКЛЮЧЕННЫМИ В НЕИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ, А ТАКЖЕ ЧАСТЬЮ ГРУДИНЫ И

МОДИФИЦИРОВАННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ (ОПЕРАЦИЯ ПЕЙТИ- ДАЙСЕНА)

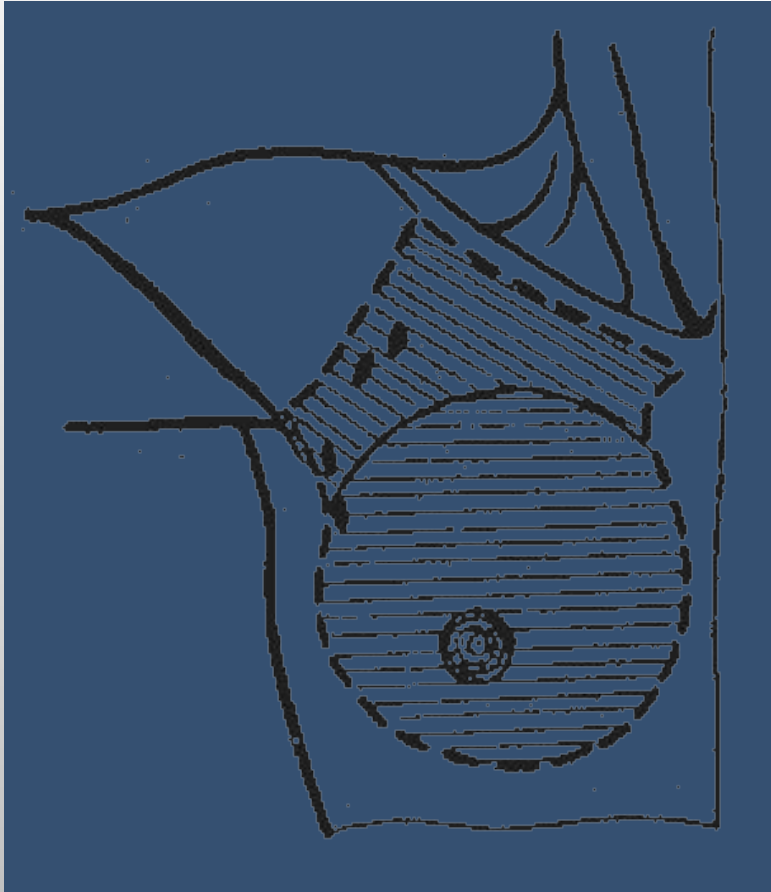


- ОПЕРАЦИЮ ПЕЙТИ-ДАЙСЕНА ПРОИЗВОДЯТ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНО НЕБОЛЬШОЙ ОПУХОЛИ (I - IIA СТАДИЯ, T1-2N0-1M0) НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ДВУСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ БОЛЬНЫХ.
- ОСОБЕННОСТЬЮ ЭТОЙ ОПЕРАЦИИ И ОТЛИЧИЕМ ОТ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ ПО ХОЛЕТЕДУ-МАЙЕРУ ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ

ПРОСТАЯ МАСТЭКТОМИЯ

- ПРОСТУЮ МАСТЭКТОМИЮ ВЫПОЛНЯЮТ КАК ПАЛЛИАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕННОЙ РАСПАДАЮЩЕЙСЯ ОПУХОЛИ ИЛИ ПРИ СЕРЬЕЗНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ К РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ.
- ОПЕРАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ФАСЦИЕЙ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ (НО БЕЗ УДАЛЕНИЯ ГРУДНЫХ МЫШЦ И КЛЕТЧАТКИ ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЫ).

МАСТЭКТОМИЯ С ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ



- МАСТЭКТОМИЮ С ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ ВЫПОЛНЯЮТ В ТЕХ ЖЕ СЛУЧАЯХ, ЧТО И ОПЕРАЦИЮ ПЕЙТИ-ДАЙСЕНА.
- ОПЕРАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С КЛЕТЧАТКОЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ, ПОДЛОПАТОЧНОЙ И ДОСТУПНЫХ ОТДЕЛОВ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ОБЛАСТИ

ГЕМИМАСТЭКТОМИЯ С ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ

- ГЕМИМАСТЭКТОМИЮ С ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ ВЫПОЛНЯЮТ ПРИ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОГРАНИЧЕННЫХ ПО РАЗМЕРУ ОПУХОЛЕЙ (I-IIA СТАДИЯ. T1-2N0-1M0) У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ И ПРИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА К ОПЕРАЦИЯМ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА.
- ПОРАЖЕННУЮ ПОЛОВИНУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОПУХОЛЬЮ, ВКЛЮЧАЯ ФАСЦИЮ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОДЛЕЖАЩИХ ОТДЕЛОВ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ, ВЫДЕЛЯЮТ ЕДИНЫМ БЛОКОМ С КЛЕТЧАТКОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ И ДОСТУПНЫХ ОТДЕЛОВ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ И ПОДЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТЕЙ.

ЗАВИСИМОСТЬ 5-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ОТ СТАДИИ РАКА МЖ

