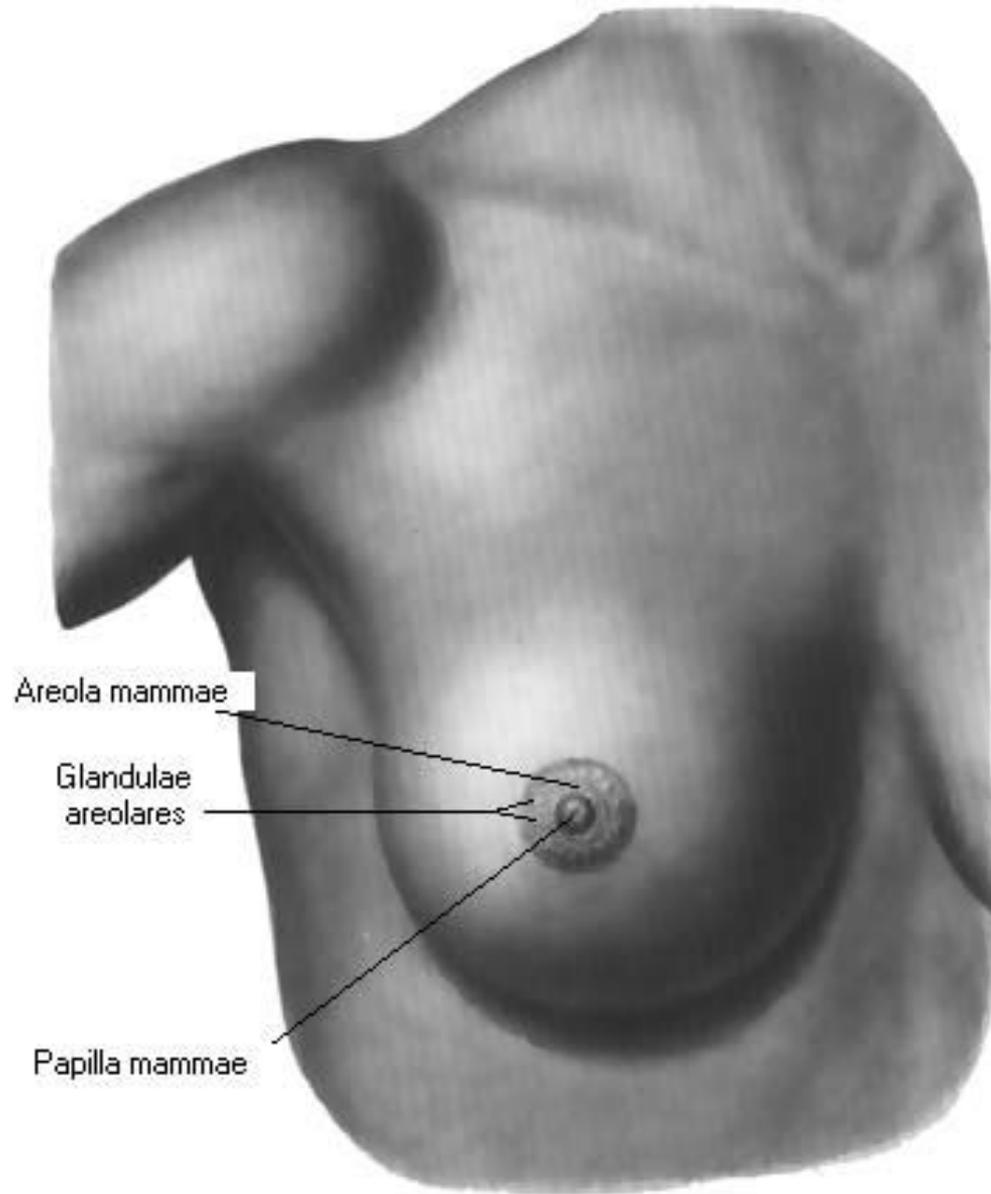




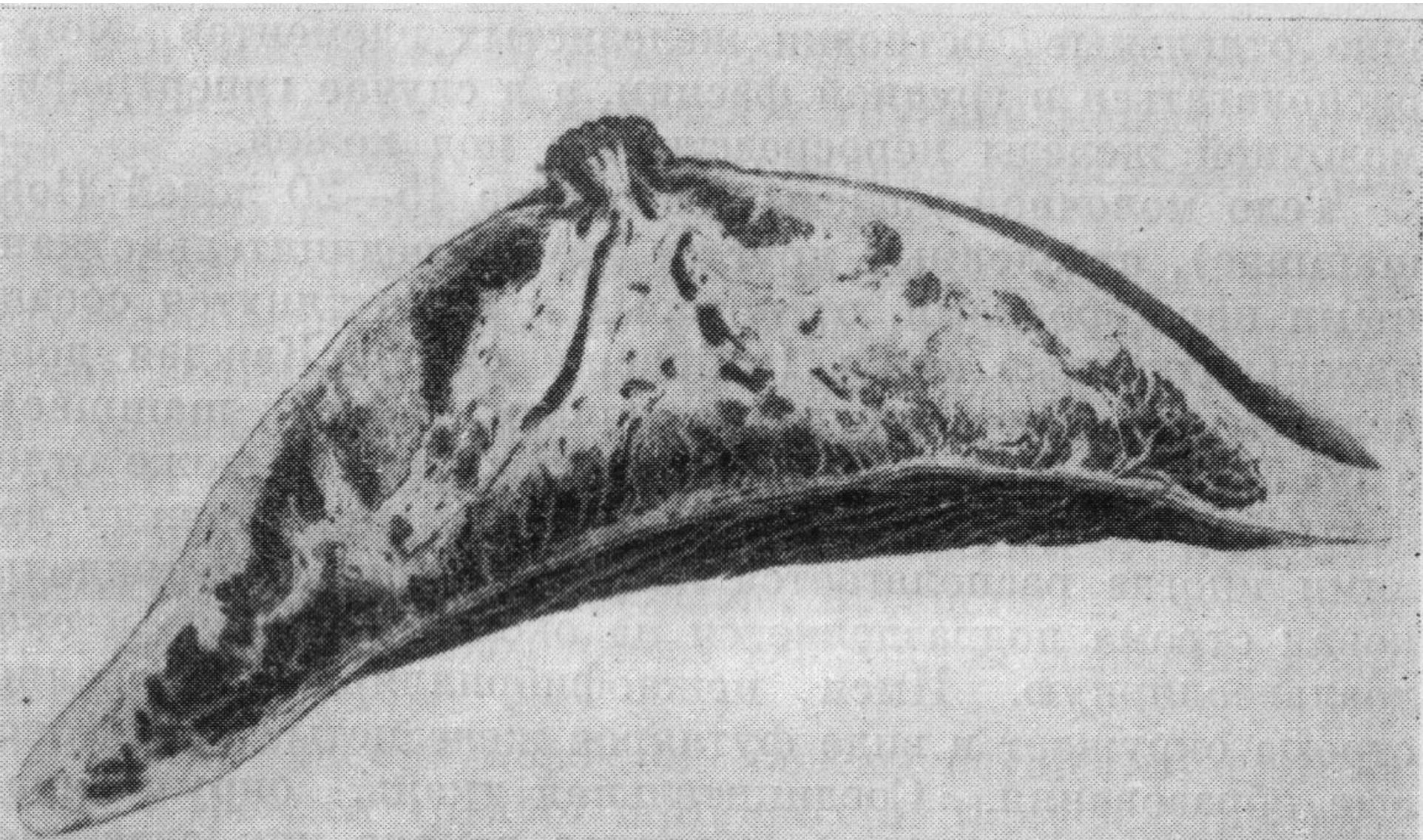
Болезни МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Профессор
Юрий Владимирович
ПЛОТНИКОВ**

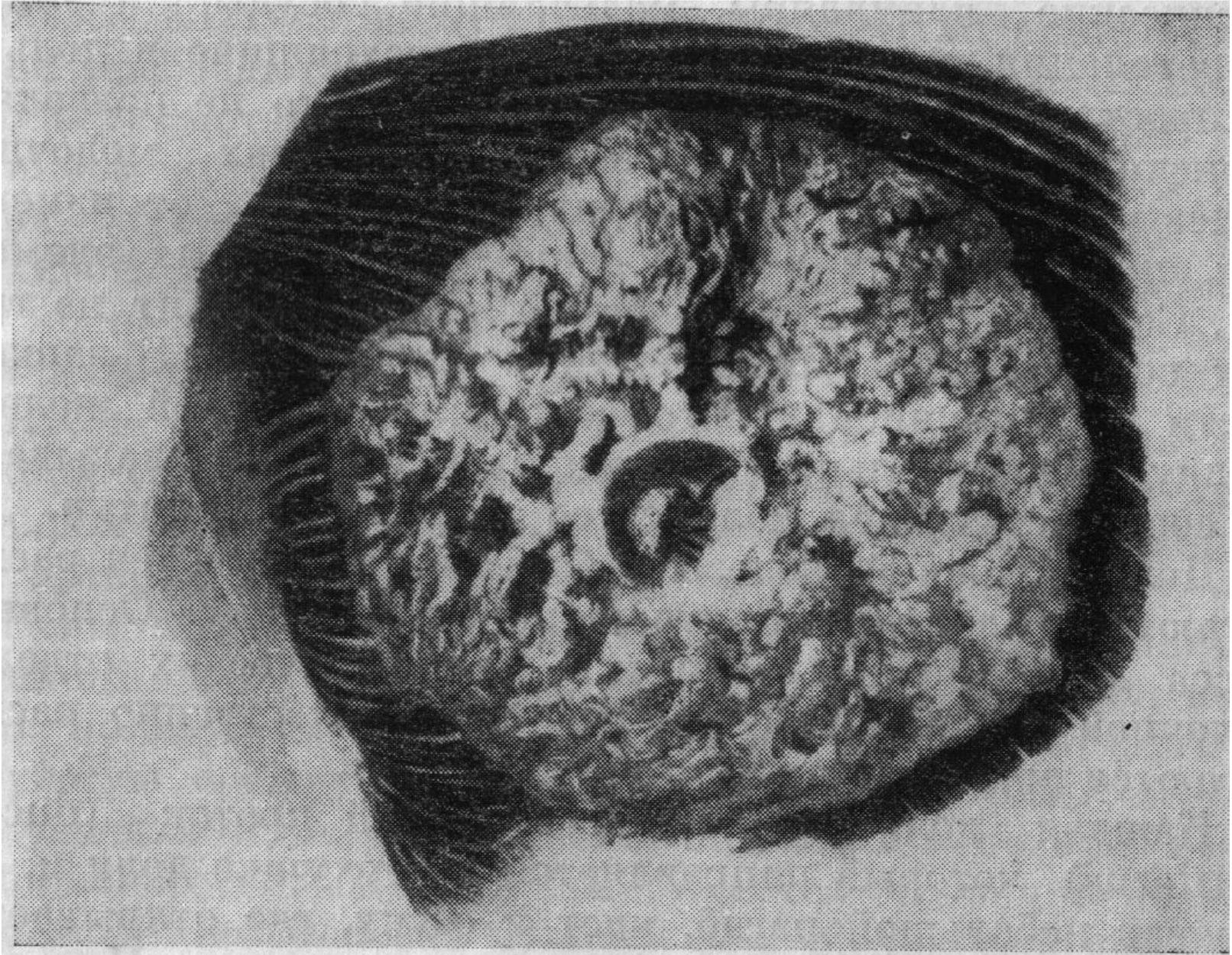
Анатомия



15-20 долек, протоки направляются к соску



15-20 долек, протоки направляются к соску



ЛИМФОТОТОК

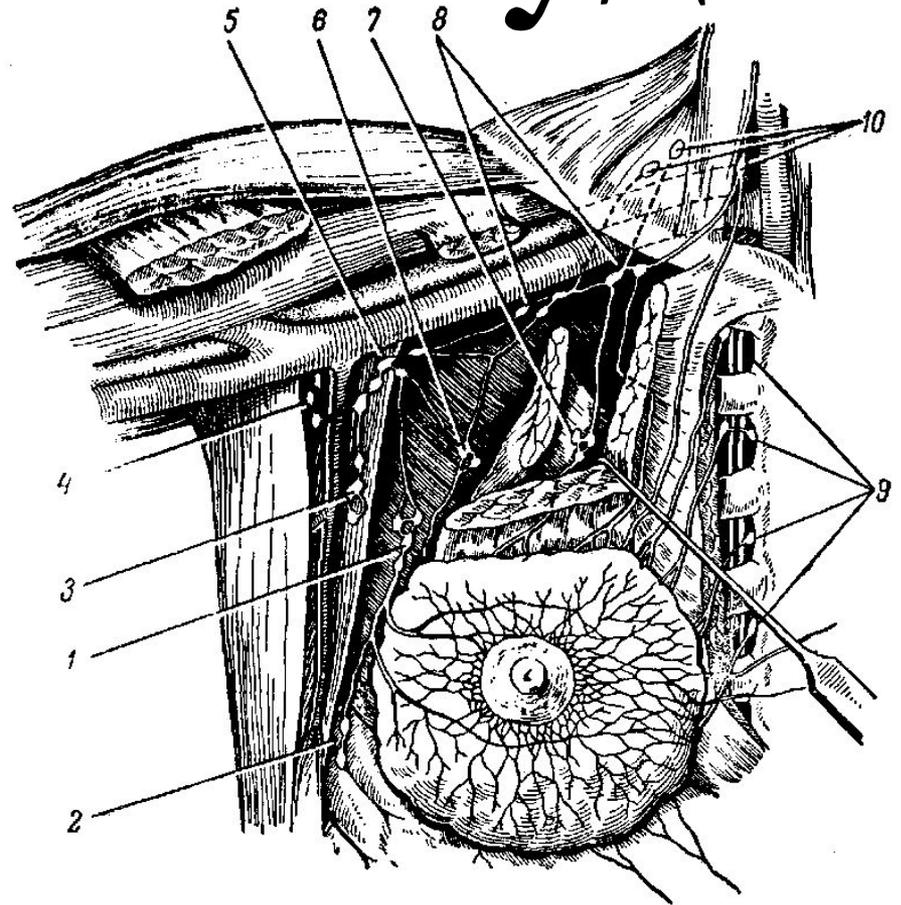
ЛИМФОТОТОК

ПОВТОРЯЕТ ПУТИ

КРОВОСНАБЖЕНИЯ

лимфоотток

Вдоль ветвей под-
мышечных сосудов
к подмышечным
лимфатическим
узлам



лимфоотток

Вдоль перфорирующих ветвей внутренних грудных сосудов, которые проникают в каждое межреберье, к цепочке внутренних грудных узлов. Эти узлы также получают лимфу от боковых перфорирующих ветвей межреберных сосудов

лимфоотток

Хотя лимфатические сосуды находятся между дольками молочной железы и свободно соединяются между собой, имеется тенденция для лимфы от боковых отделов дренироваться в подмышечную впадину, а от средних и внутренних - во внутренние грудные узлы

?

Более благоприятна локализация рака в отделах молочной железы

- внутренних

- наружных

лимфоотток

Субареолярное сплетение под соском (сплетение Саппея) и другое глубокое сплетение, на грудной фасции, соединяются между собой и дренируются в основные выносящие лимфатические сосуды. Эти сплетения, однако, играют относительно незначительную роль. Главный дренаж направляется непосредственно в региональные лимфоузлы

лимфоотток

Подмышечные лимфоузлы дренируют грудь, верхнюю часть брюшной стенки и верхнюю конечность

ЛИМФОТОТОК

Подключичный лимфатический ствол получает лимфу от узлов подмышечной впадины. Слева этот ствол обычно дренируется в грудной проток, справа в подключичную вену или правый яремный ствол

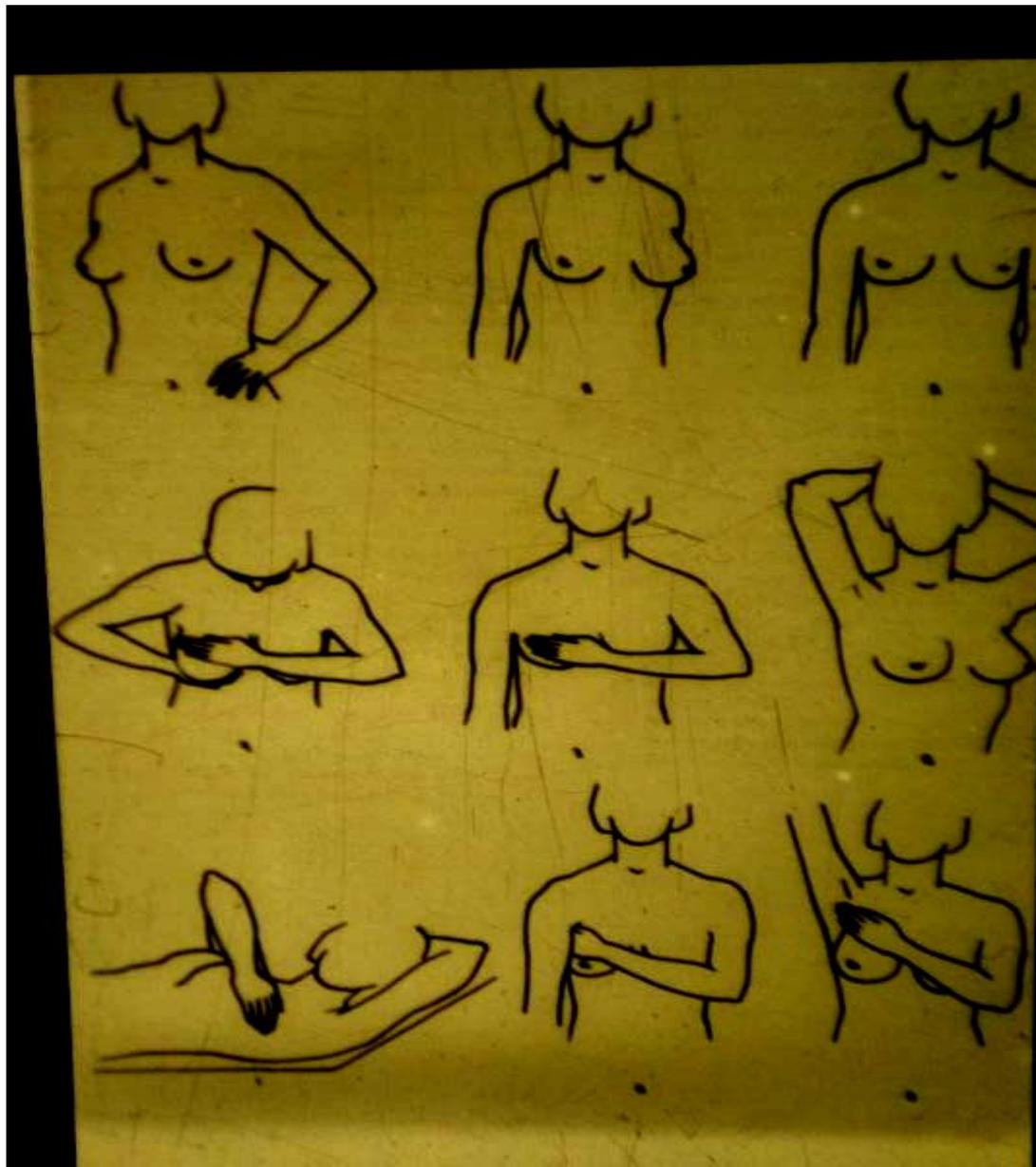
ЛИМФООТТОК

Пути оттока лимфы могут блокироваться злокачественными процессами в результате хирургического вмешательства или облучения. Метастазы тогда могут быть найдены в противоположной груди или противоположной подмышечной впадине, паховых лимфоузлах (через сосуды брюшной стенки), шейных (в результате ретроградного оттока от заблокированного грудного протока или яремного ствола) или даже внутрибрюшных в результате ретроградного метастазирования нижних внутренних грудных узлов

Самоисследование



Самоисследование



Самоисследование (отличие?)



Маммография - скриннинг

до 40 лет – одна

(исходная) или по

показаниям

40-49 – один раз в два года

50 лет и старше -

ежегодно

жалобы

ОПУХОЛЬ

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЛИ

ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКА

БОЛЬ

ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ

анамнез

связь жалоб с менструальным циклом

перенесенные заболевания молочной

железы беременность и роды, время

лактация

характер менструаций, возраст

появления и исчезновения

гинекологические заболевания,

аборты

операции на половых органах

осмотр

Осмотр молочных желез проводят в светлом помещении

Женщина должна быть раздета до пояса

Положения пациентки - стоя с опущенными руками, стоя с поднятыми руками и в положении лежа на спине и на боку

Обращают внимание на развитие молочных желез, их размер, форму, уровень стояния молочных желез и ареол (симметричность), а также на состояние кожи, сосков, ареол.

Сосудистый рисунок, окраска кожи, втяжения ее, деформация контуров, изъязвление соска и ареолы могут быть очень важными признаками рака и других заболеваний молочной железы

Осмотр



Осмотр – 5 признаков рака



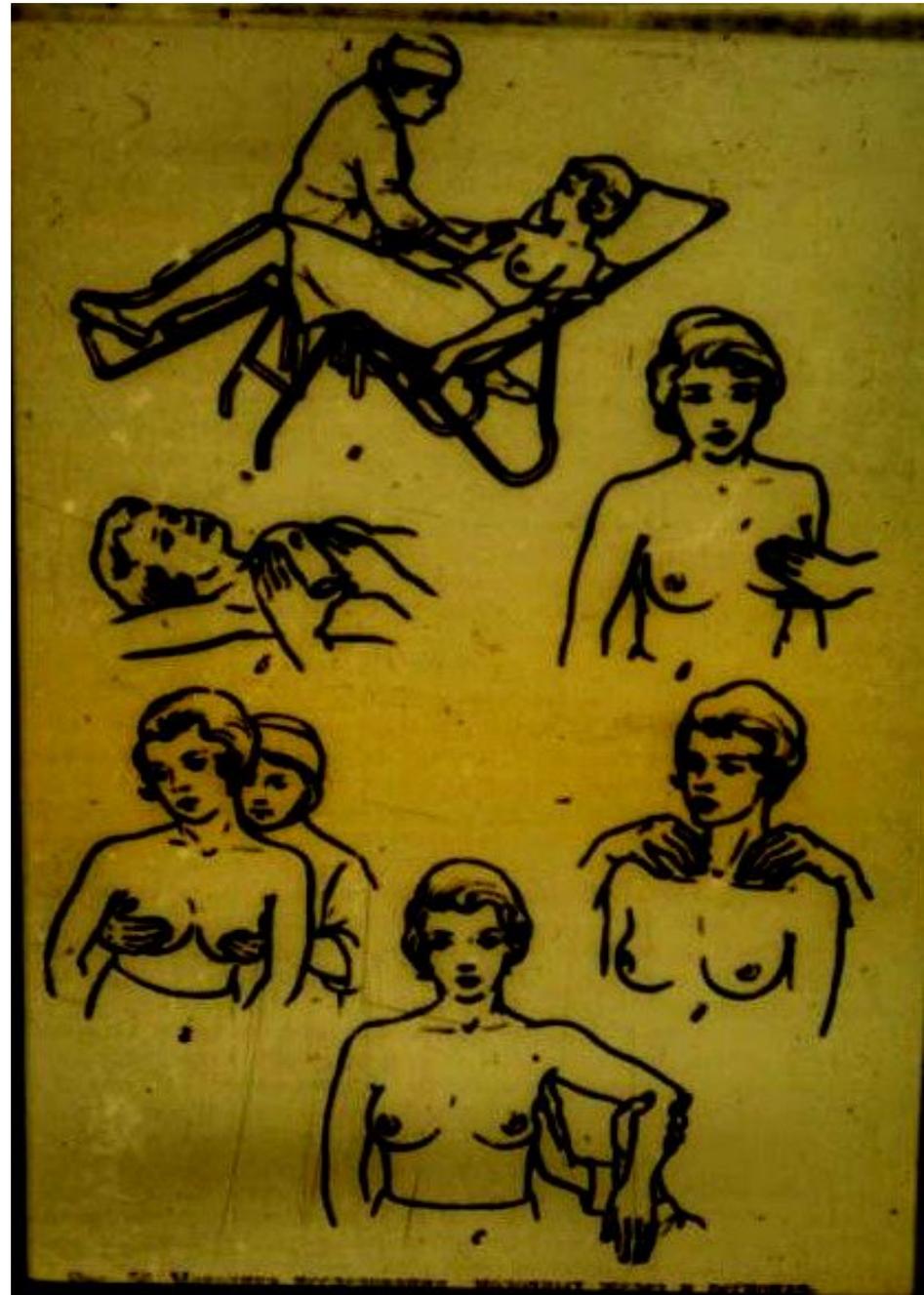
пальпация

Производится в положении стоя, лежа на спине и боку. При поверхностной пальпации кончиками пальцев исследуют область ареолы, затем периферические отделы железы – последовательно, начиная от верхненаружного квадранта к верхневнутреннему, а затем - от нижневнутреннего к нижненаружному.



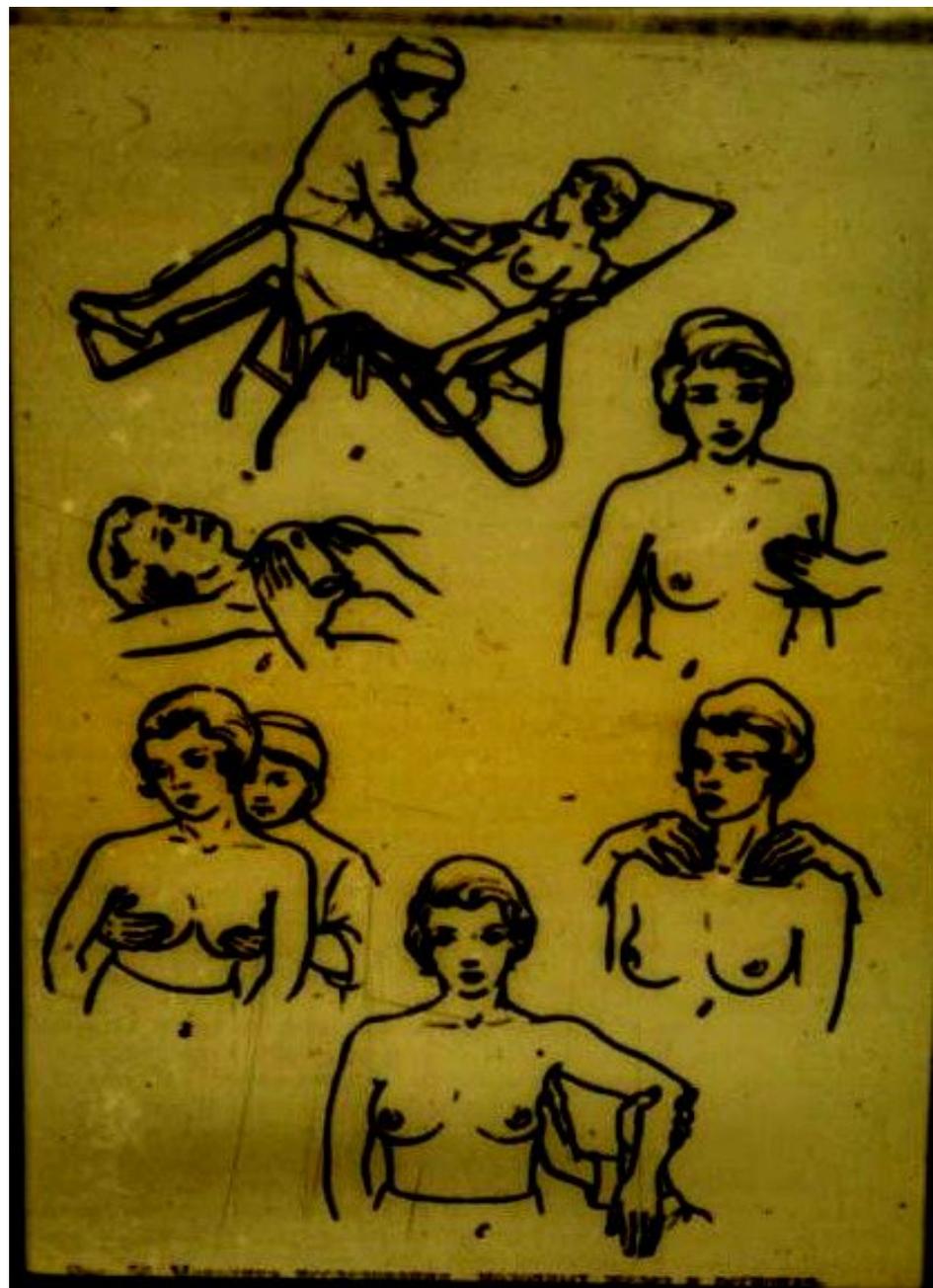
пальпация

В такой же последовательности производят глубокую пальпацию. Сначала пальпируют здоровую молочную железу. При выявлении опухолевидного образования определяют его размеры, консистенцию, характер поверхности, подвижность по отношению к коже.



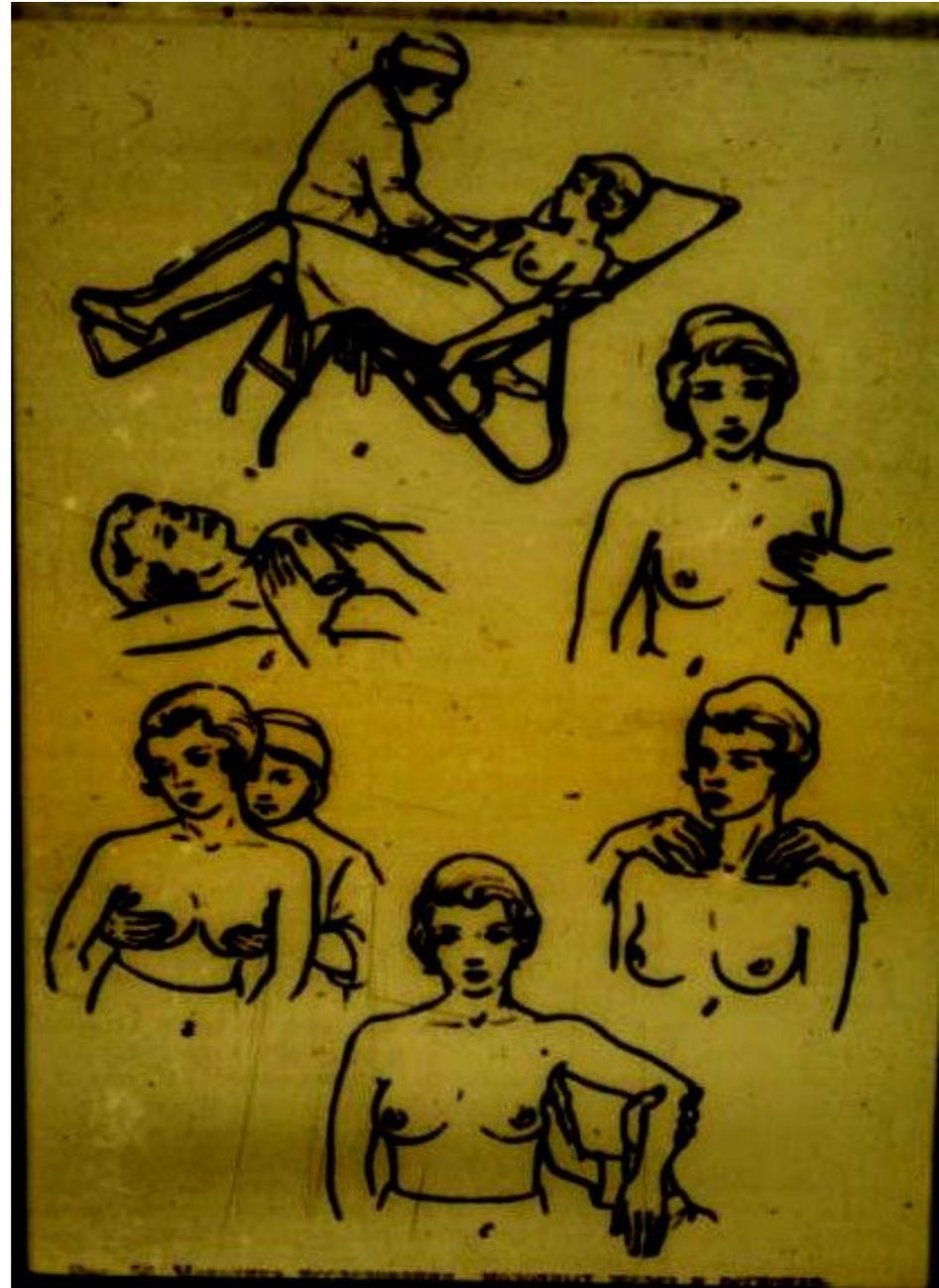
пальпация

Затем пальпируют подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические узлы. Больная должна расслабить руки, положив их себе на талию или на плечи исследующего



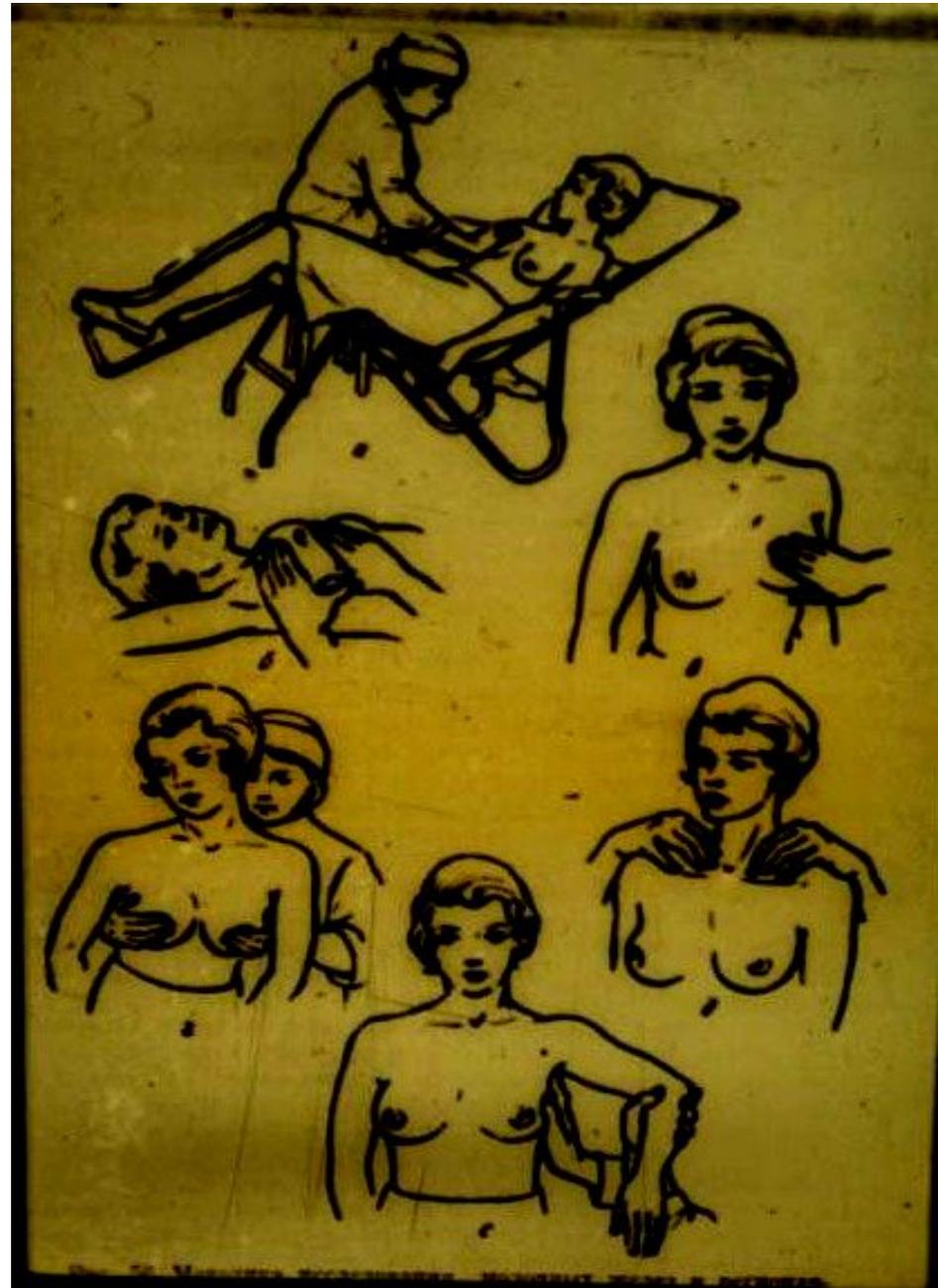
пальпация

При пальпации надключичных лимфатических узлов лучше стоять позади больной; она должна слегка наклонить голову в сторону обследования для расслабления грудиноключично-сосцевидной мышцы.



пальпация

Определяют величину, консистенцию, количество, подвижность, болезненность лимфатических узлов. Затем пальпируют подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические узлы. Больная должна расслабить руки, положив их себе на талию или на плечи исследующего.



Специальные исследования

Маммография

УЗИ

Дуктография

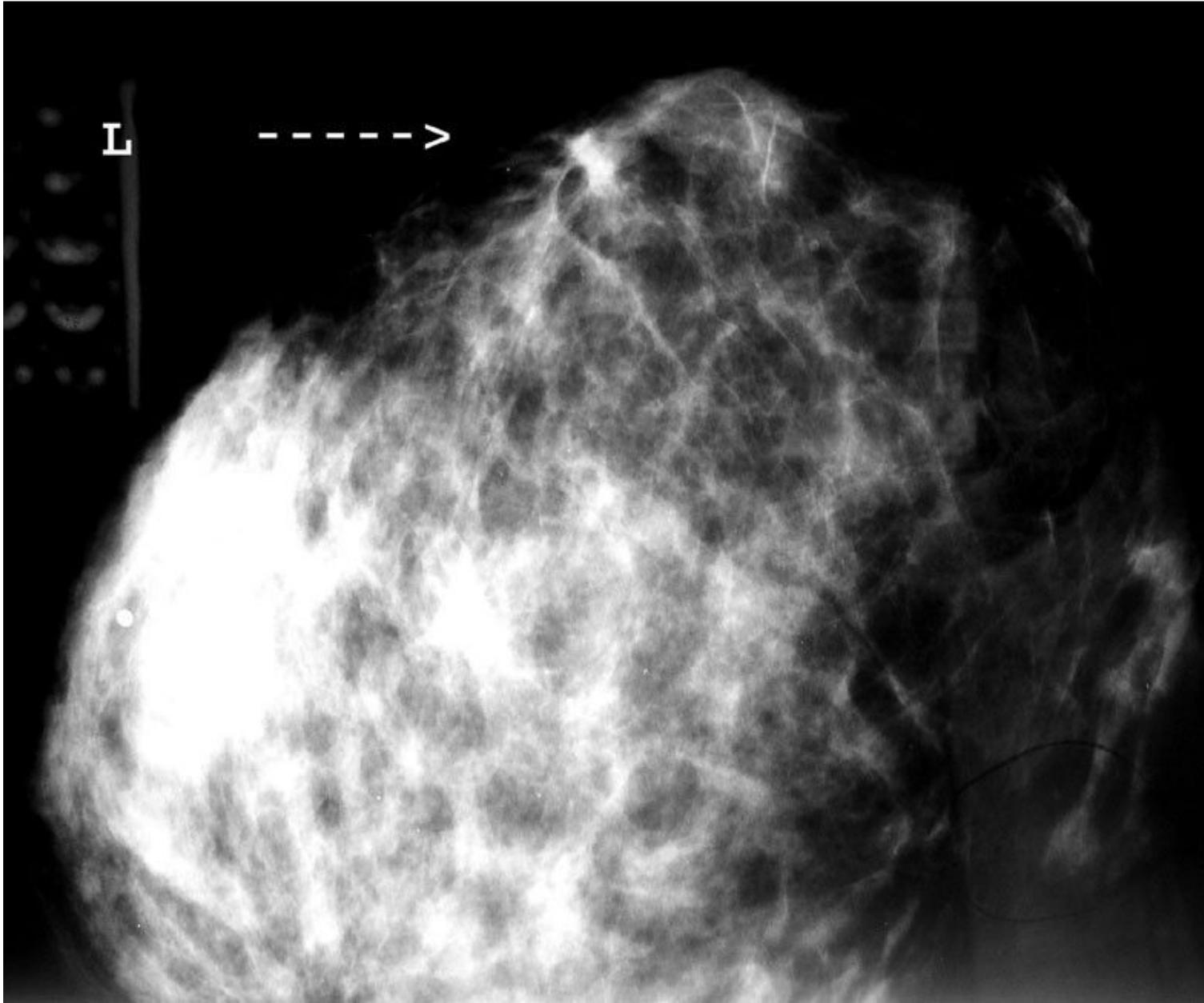
КТ, МРТ

Сцинтиграфия

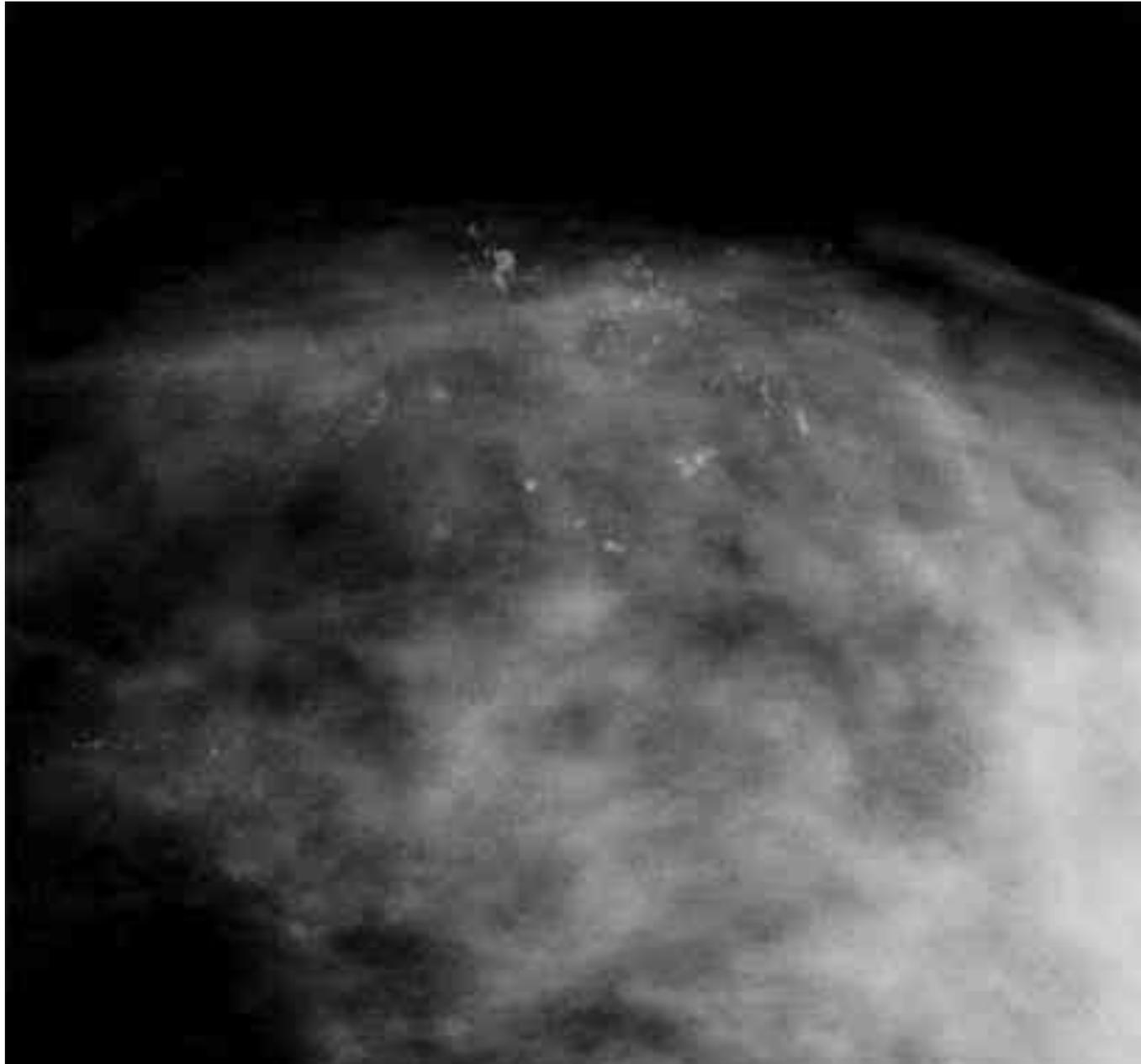
маммография



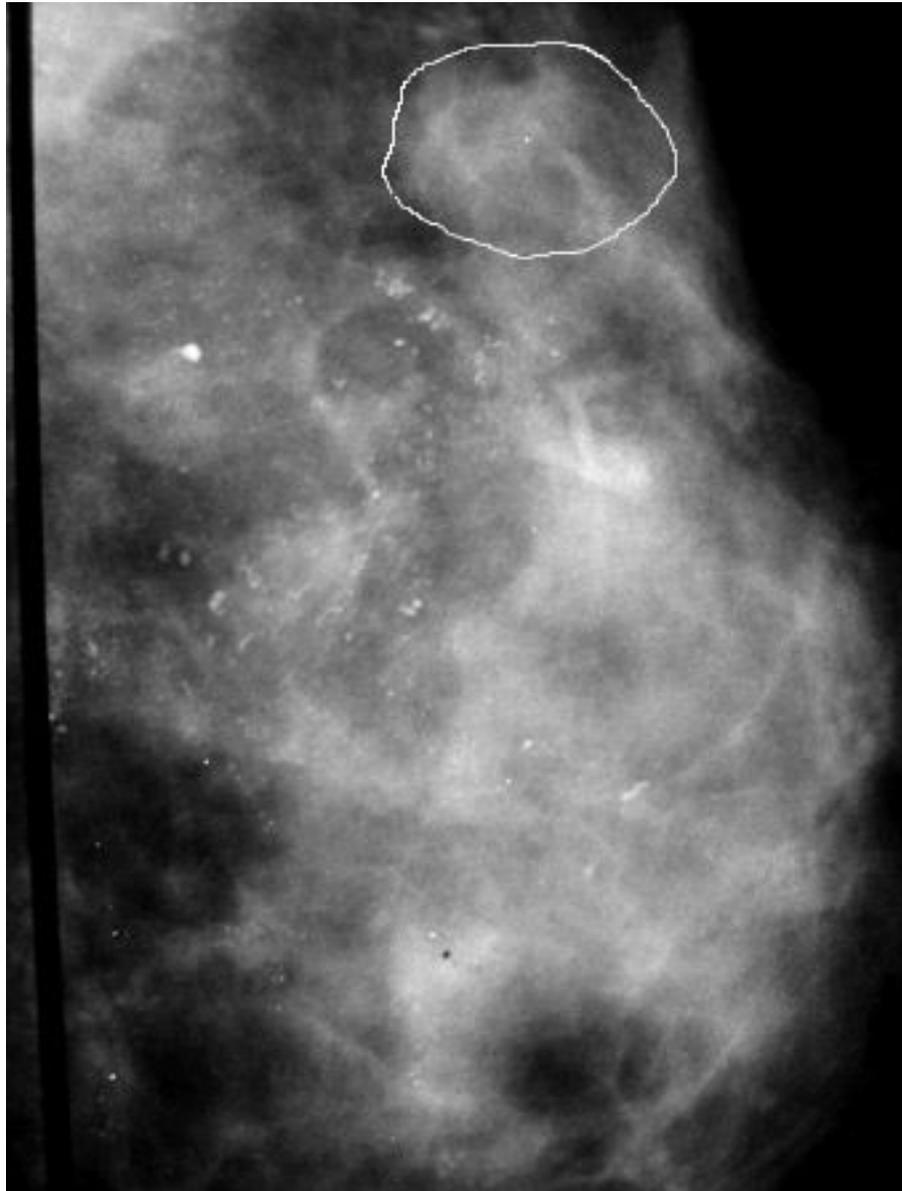
маммография



маммография



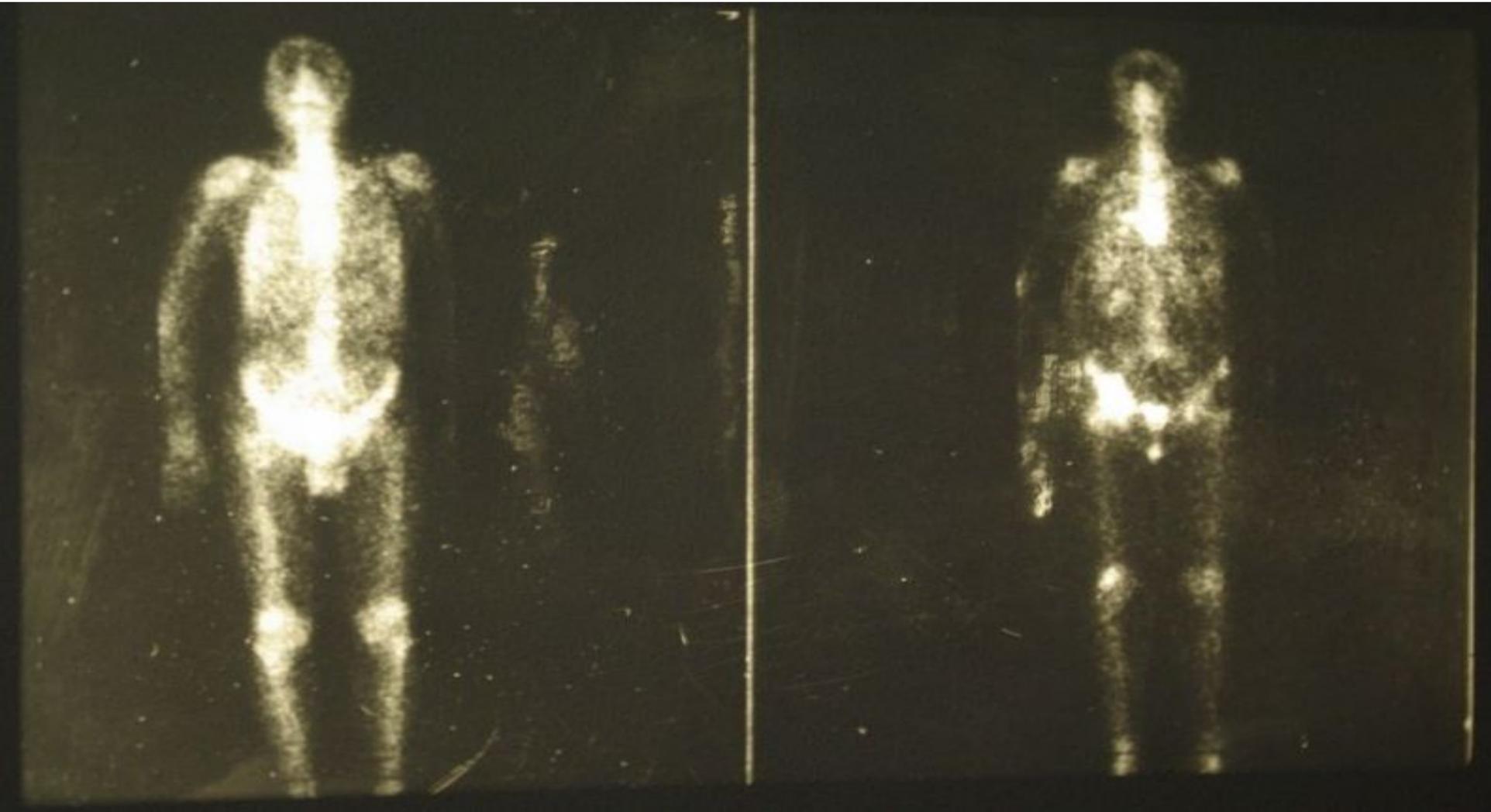
маммография



KT



сцинтиграфия



Опухоль в железе

Хотя с помощью клинического исследования можно много узнать об опухоли груди, есть два клинических правила.

Первое – у леди не должно быть опухоли в груди. Второе: любая опухоль должна быть исследована гистологически (с удалением) или цитологически (с помощью иглы).

Виды биопсии

• Пункционная (УЗИ!)

• Инцизионная

• Эксцизионная

(секторальная биопсия)

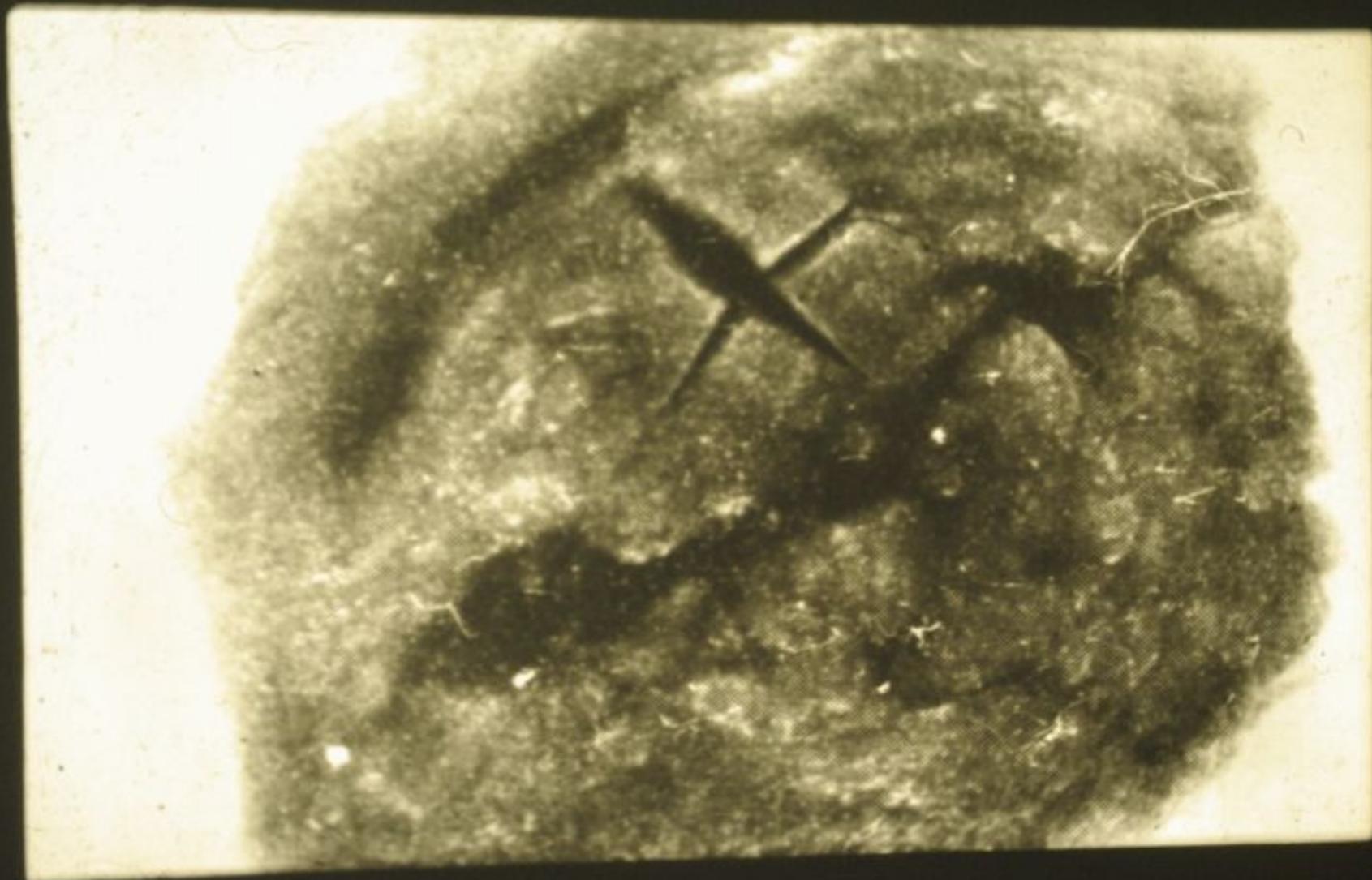
Пункционная биопсия



Секторальная резекция



Секторальная резекция



Опухоль в железе

Девяносто пять процентов всех
опухолей молочной железы
составляют четыре

1. Рак

2. Киста

3. Фиброаденома

4. Локализованная

дисгормональная гиперплазия

другие образования

1. Травматический жировой
некроз

2. Другие кисты:

а) галактоцеле

б) хронический абсцесс

с) цистаденома

д) ретенционная киста желез

Монтгомери

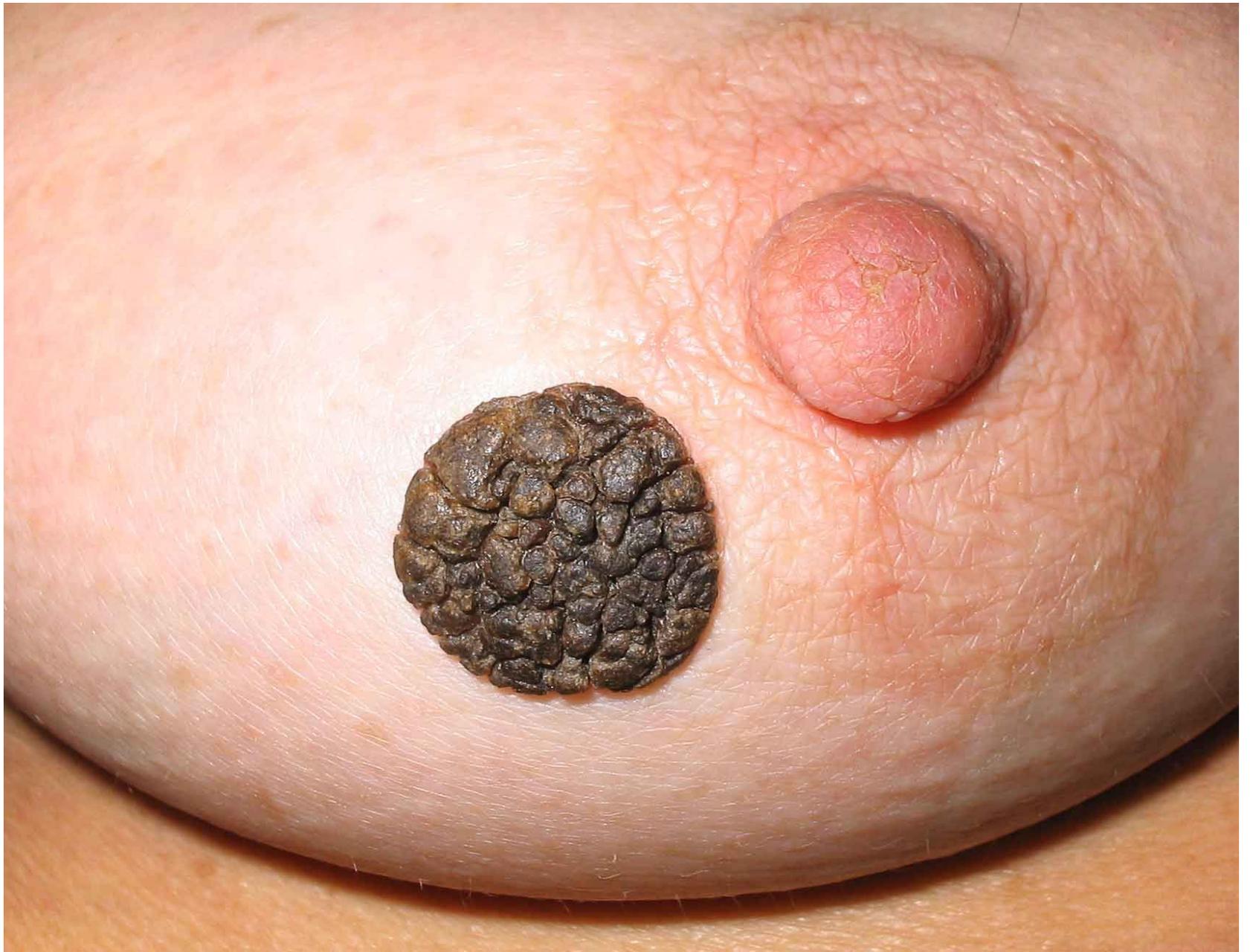
Другие опухоли

- а) саркома (чрезвычайно редка)**
- б) папиллома протока**

Другие опухоли

- a) туберкулез или опухоль ребра
- b) липома
- c) аневризма аорты
- d) холодный абсцесс (*empyema necessitatis*)
- f) тромбоз поверхностных вен молочной железы или грудной стенки (болезнь Мондора)

melanoma



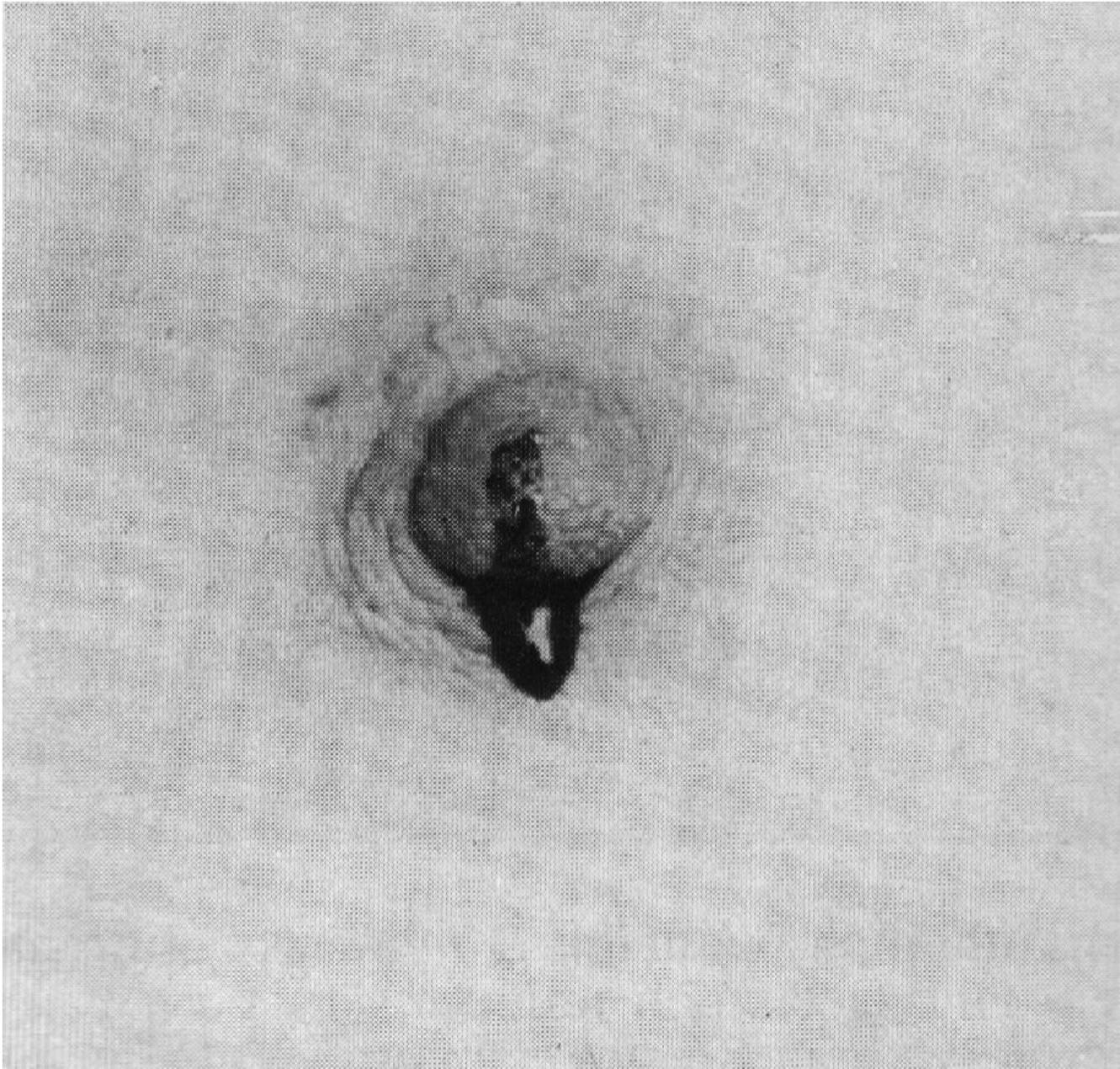
Опухоль в железе

Если опухоль может быть кистой, то пункция сразу ставит диагноз. Если после пункции опухоль исчезает (цитологическое исследование!), в дальнейшем лечение не требуется. Однако, если никакой жидкости не получено, опухоль должна быть удалена хирургическим путем или подвергнута биопсии

Выделения из соска

1. С примесью крови
 - а) протоковая папиллома
 - б) протоковая карцинома
 - в) болезнь Педжета
 - д) диффузный (необычный) рак
2. Серозные: ранняя беременность
3. Желтоватые, коричневые или зеленые: дисгормональная гиперплазия (кистозная или фиброзная)
4. Молочные: после лактации
5. Гнойные: абсцесс молочной железы

КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ



кровянистые выделения

**Первое, что тревожит больную -
кровянистые выделения. Их
лечение**

1. Железа исследована, обнаруживается опухоль, при давлении на которую появляются выделения. Это место иссекается, дальнейшее лечение базируется на результате гистологической экспертизы

кровянистые выделения

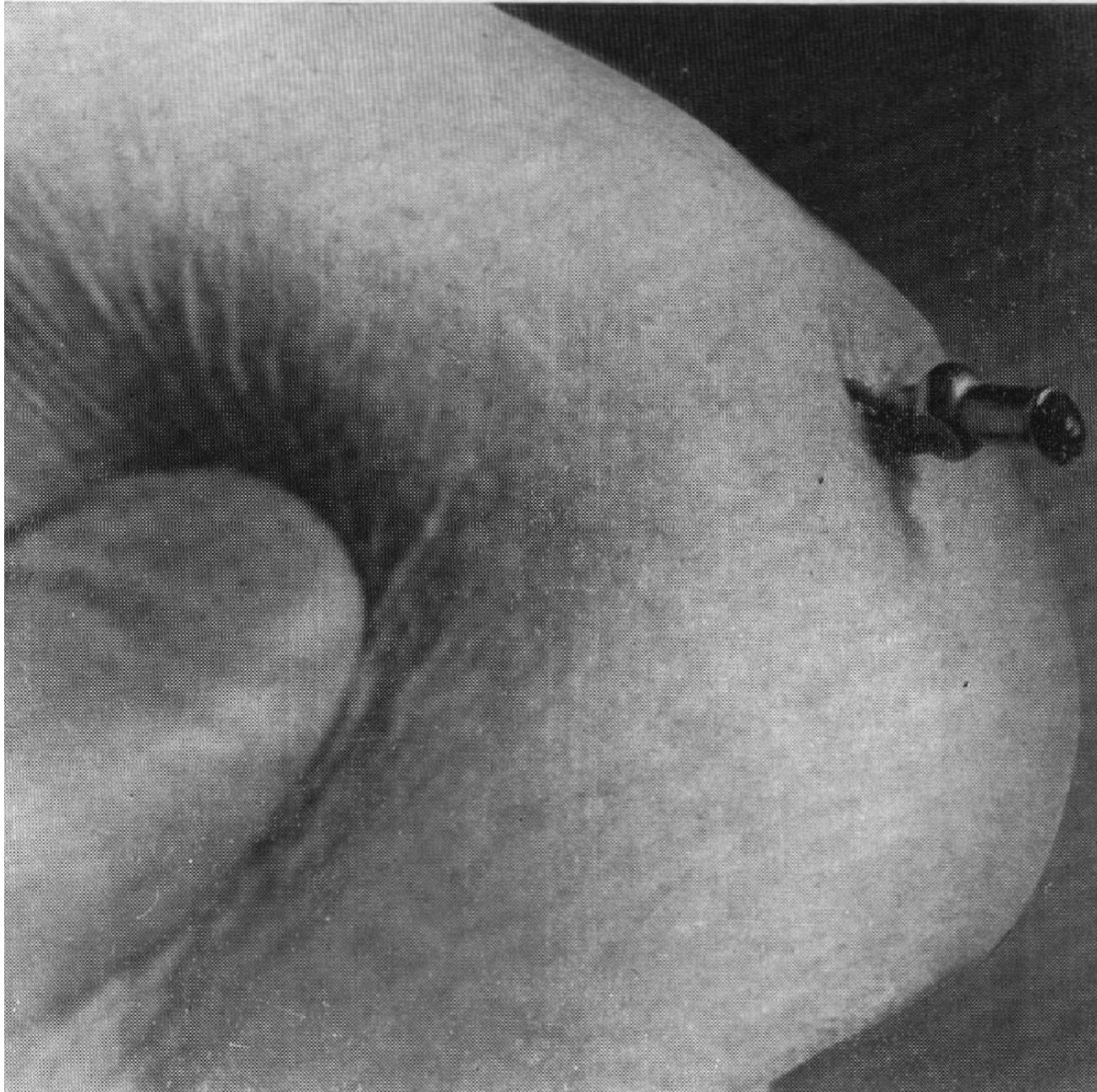
2. Если это место не обнаружено, оно может быть рядом с соском. Надавливая на это место, можно получить выделения. Этот сектор груди исследуется хирургическим путем, затем гистологически. При этом злокачественное заболевание выявляется редко

КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ

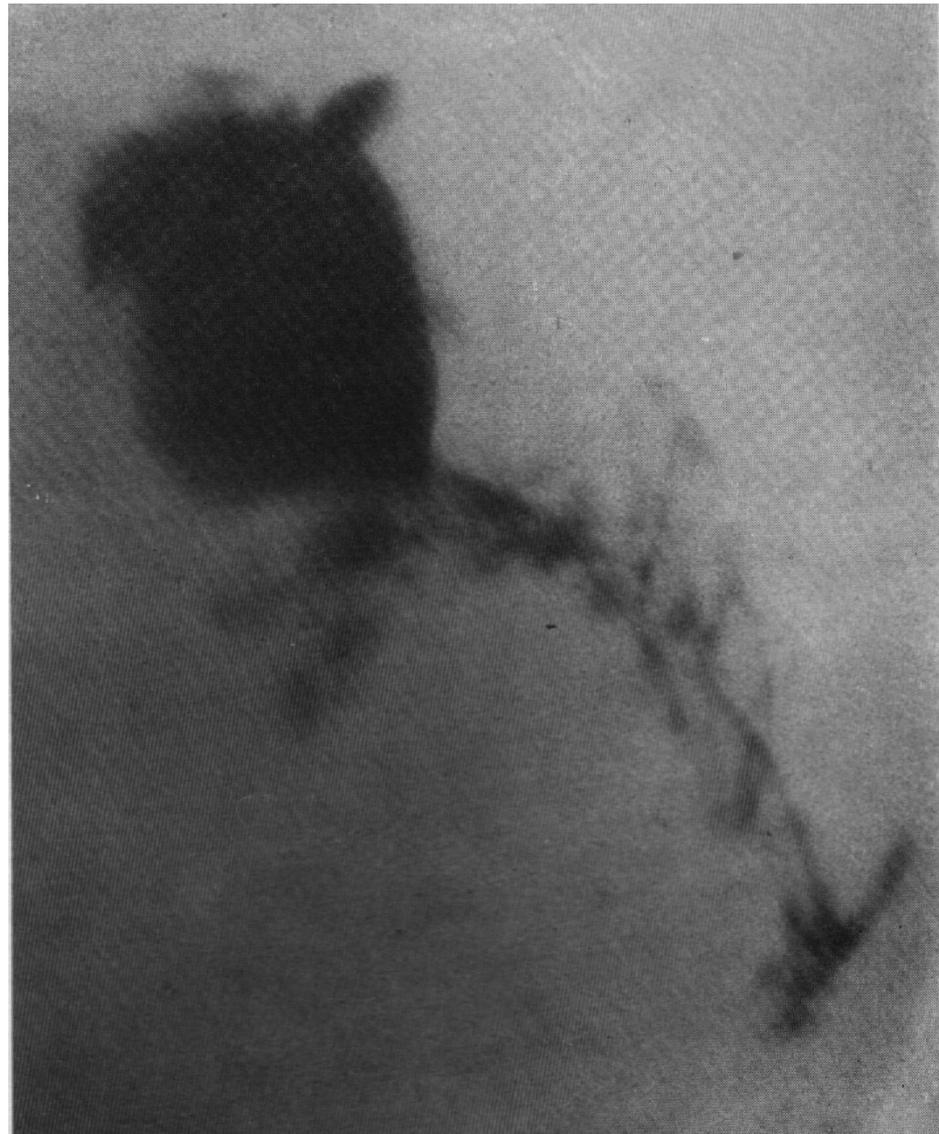
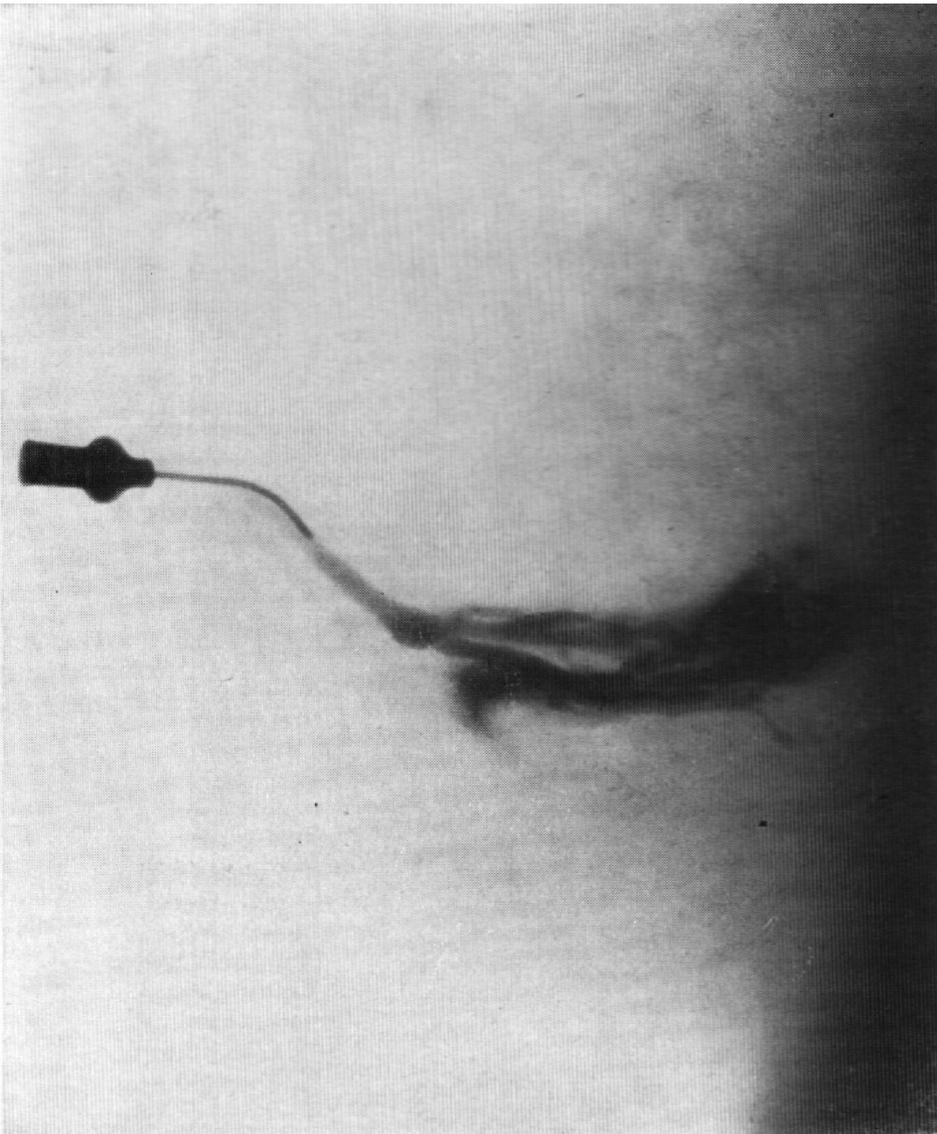
3. Если никакого уплотнения не чувствуется, и никакой проток нельзя заподозрить, предпринимается консервативное ведение: повторные осмотры до того момента, пока не найдется патологический участок; тогда он иссекается и исследуется. Здесь тоже мало вероятно, что будет найден рак.

Существуют специальные исследования: маммо- и дуктография, когда контраст вводится в подозрительный проток.

дуктография



Дуктография: норма и киста



боль в груди

1. Абсцесс молочной железы
2. Дисгормональная гиперплазия: типично, что боль появляется перед месячными
3. Рак молочной железы лишь иногда вызывает колющие боли
4. Заболевания не груди, а грудной стенки, например хондрит реберного хряща. Этот синдром (болезнь Титце) имеет неизвестную этиологию, поражает один или больше хрящей в области присоединения к груди 2-3-4 ребер, и без лечения разрешается в течение нескольких месяцев

Травматический жировой некроз

Разрушенные в результате травмы жировые ячейки вызывают гигантоклеточную реакцию инородных тел с последующим фиброзом и, возможно, кальцификацией

Травматический жировой некроз

Клиническая картина

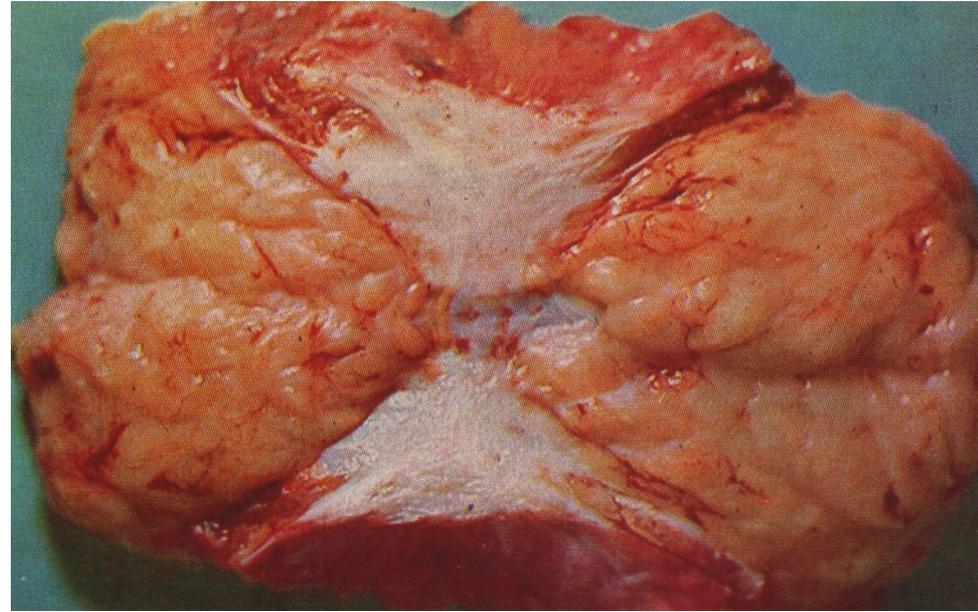
Много женщин с опухолью груди связывают ее с травмой. Клинический диагноз жирового некроза может быть поставлен только тогда, когда травма была достаточно сильной, а пациентка тучной. Сама опухоль может становиться меньшей в размере, и это тоже подтверждает диагноз, несмотря на то, что клинически опухоль может быть спаяна с кожей и сопровождаться значительным увеличением подмышечных лимфоузлов.

Травматический жировой некроз

Лечение

Только иссечение, так как невозможно быть совершенно уверенным в диагнозе без биопсии. Разрез через опухоль показывает бледную, волокнистую массу, которая в центре может содержать желтоватую или прозрачную жидкость

Травматический жировой некроз



Острое воспаление

1. Мастит новорожденного
2. Ювенильный мастит (мастит половой зрелости)
вероятно гормональные, но могут нагноиться
3. Мастит при свинке (инфекционном паротите)
- редкое осложнение
4. Травматический (из-за потертостей одеждой)
5. Субареолярный: вследствие инфицирования одной из сальных желез Монтгомери в области ареолы
6. Острый бактериальный мастит и абсцесс молочной железы

Острое воспаление

Последнее заболевание самое частое и самое важное. В основном оно бывает в период лактации (кормления грудью). Вызывается проникновением инфекции (*Staphylococcus aureus*) через травмированный сосок. Это может закончиться либо воспалением около ареолы, либо проникновением инфекции по молочным протокам вглубь, где и развивается инфекция. Типично это для кормящих матерей на первом месяце после первых родов. Абсцесс молочной железы может также развиваться у некормящих женщин, но это - редкость после менопаузы

Острое воспаление

Клинические особенности

Инфекция начинается как целлюлит, который через несколько дней превращается в абсцесс.

Лечение

Сцеживание руками или специальным молокоотсосом уменьшает застой молока. В течение первых 24 часов инфекция может быть остановлена антибиотиками. Если инфекция присутствовала в течение больше, чем два дня, можно быть почти уверенным, что начинает формироваться ограниченный абсцесс.

Острое воспаление

Если продолжать консервативное лечение, то в этих более поздних случаях неприятным исходом может быть прорыв гнойника через кожу, гангрена или сепсис.

Хирургическое лечение Вы изучали на кафедре общей хирургии

Хронические абсцессы

Туберкулез, гумма и актиномикоз молочной железы очень редки.

Наиболее вероятный хронический абсцесс груди - после необоснованно длительной терапии антибиотиками острого абсцесса («antibio-tisoma» или «penicillinoma»). Лечение хирургическое

Туберкулез молочной железы со свищами



дисгормональные гиперплазии

Это наиболее обычное из всех болезненных состояний молочной железы. Фиброаденоз, фиброкистоз, цистофиброз), вероятно, присутствует у большинства женщин.

Этиология.

Любой орган в организме, который подвергается циклическим изменениям быстрого увеличения и регресса, склонен к отклонениям от этого процесса. Кроме молочной железы, это простата, щитовидная железа и яичники. Дисгормональная гиперплазия молочной железы обнаруживается у женщин от половой зрелости до менопаузы, после которой остаются кисты молочной железы. Процесс часто двусторонний

дисгормональная гиперплазия

Макроскопия

Пораженная ткань молочной железы плотная, желтовата, беловата и резиновой консистенции. Обычно не в капсуле. Часто встречаются кисты: от многочисленных крошечных до единичных, больших, синих (кровоянистых) куполообразных. Жидкость в кисте может быть желтая, зеленая или коричневая. Иногда протоки содержат материал, подобный зубной пасте.

Микроскопия

1. Гиперплазия железистой ткани
2. Гиперплазия соединительной ткани
3. Формирование кист
4. Сосочковые образования внутри кист
5. Лимфоцитарная инфильтрация (в прошлом побудила микроскопистов обозначать это состояние как «хронический мастит»)

Микроскопия

Вероятно, что папиллома протока является ограниченной формой папиллярных образований, которые бывают при дисгормональной гиперплазии, а фиброаденома является ограниченной железистой и соединительной тканью той же гиперплазии

дисгормональная гиперплазия

Клинические особенности

Пациентка может быть в любом возрасте, от подросткового до менопаузы. У нее могут быть:

опухоль в груди, причиняющая **боль**, связанную с месячными, особенно перед ними, **выделения из соска**, кровянистые, желтого, зеленого или коричневого цвета

ДИСГОРМОНАЛЬНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ

Можно обнаружить диффузную мягкоэластическую бугристость обеих желез или участка, ограниченного одним сектором груди, чаще верхне-наружным. Характерно, что эта шероховатость лучше всего определяется ощупыванием между указательным пальцем и большим пальцем, и более трудно определяется ладонью руки (в отличие от карциномы - симптом Кенига). Это происходит потому, что долька фиброаденоза имеет почти такую же консистенцию, как окружающая ткань груди.

Реже может быть очаговая, гладкая, сферическая опухоль в груди, которая может иметь значительный размер. С помощью симптома флюктуации или УЗИ обнаруживается жидкость внутри, тогда это диагностируется как киста. Нередко мягковатые узлы ощутимы в подмышечной впадине.

дисгормональная гиперплазия

Реже может быть очаговая, гладкая, сферическая опухоль в груди, которая может иметь значительный размер. С помощью симптома флюктуации или УЗИ обнаруживается жидкость внутри, тогда это диагностируется как киста. Нередко мягковатые узлы ощущимы в подмышечной впадине

дисгормональная гиперплазия

Дифференциальный диагноз с карциномой груди небольших размеров может быть очень труден, практически невозможен; более того, совсем не редко найти оба процесса в пределах той же самой груди. Нет никаких доказательств, что дисгормональная гиперплазия является предраком

дисгормональная гиперплазия

Специальные исследования

Маммография может быть полезна в диагнозе начального рака, который проявляется зоной ограниченной кальцификации.

Полезно заверить больную, что заболевание доброкачественное. Но нужно подчеркнуть, что можно допустить ошибки даже при самой опытной интерпретации этих снимков, и самой безопасной тактикой является биопсия

Лечение

Повторяю: "нельзя позволить леди иметь опухоль в груди". Ограниченная опухоль, которая может быть кистой, должна быть подвергнута немедленной пункции (трепан-биопсии) под местной анестезией с контролем УЗИ, можно амбулаторно. Если получена прозрачная светлая жидкость и опухоль полностью исчезает, то мы можем быть уверены, что это - простая киста. Редкое заболевание - рак в стенке кисты (цистоаденокарцинома) сопровождается получением кровянистой жидкости и тем, что опухоль не исчезает; тогда необходима срочная биопсия.

дисгормональная гиперплазия

Многие женщины с дисгормональной гиперплазией жалуются на боль в железах, которые могут или не могут быть связаны с менструальным циклом. Боль легко снимается после беседы с врачом или приема анальгетиков.

Выраженная циклическая боль может требовать лечения с применением бромокриптина, даназола, мастодинона, диеногеста, дроспиренона.

Опухоли груди

Классификация

Доброкачественные

- 1. фиброаденома**
- 2. внутрипротоковая папиллома**

Злокачественные

1. Первичные

- а) карцинома**
- б) внутрипротоковая карцинома**
- с) болезнь Педжета (соска и околососковой ареолы)**
- д) фибросаркома**

2. Вторичные

- а) прямая инвазия из опухолей грудной стенки**
- б) метастазы меланомы**

Фиброаденома

Патология

Это плотная, отграниченная доброкачественная опухоль с листовидным рисунком на поверхности разреза. Микроскопически определяется волокнистая ткань, окружающая пролиферирующий эпителий.

Клинические особенности

Фиброаденомы обычно встречаются в возрасте наступления половой зрелости, обычно у молодых женщин; это смещаемые опухоли, не спаянные с кожей.

Фиброаденома

Редко у женщин среднего или пожилого возраста встречаются очень большие дольчатые фиброаденомы, который могут даже вызывать некроз кожи от давления (серозно-кистозная болезнь Броди). Большинство их остаются мягкими, но немногие могут подвергнуться трансформации в рак или саркому (1:400).

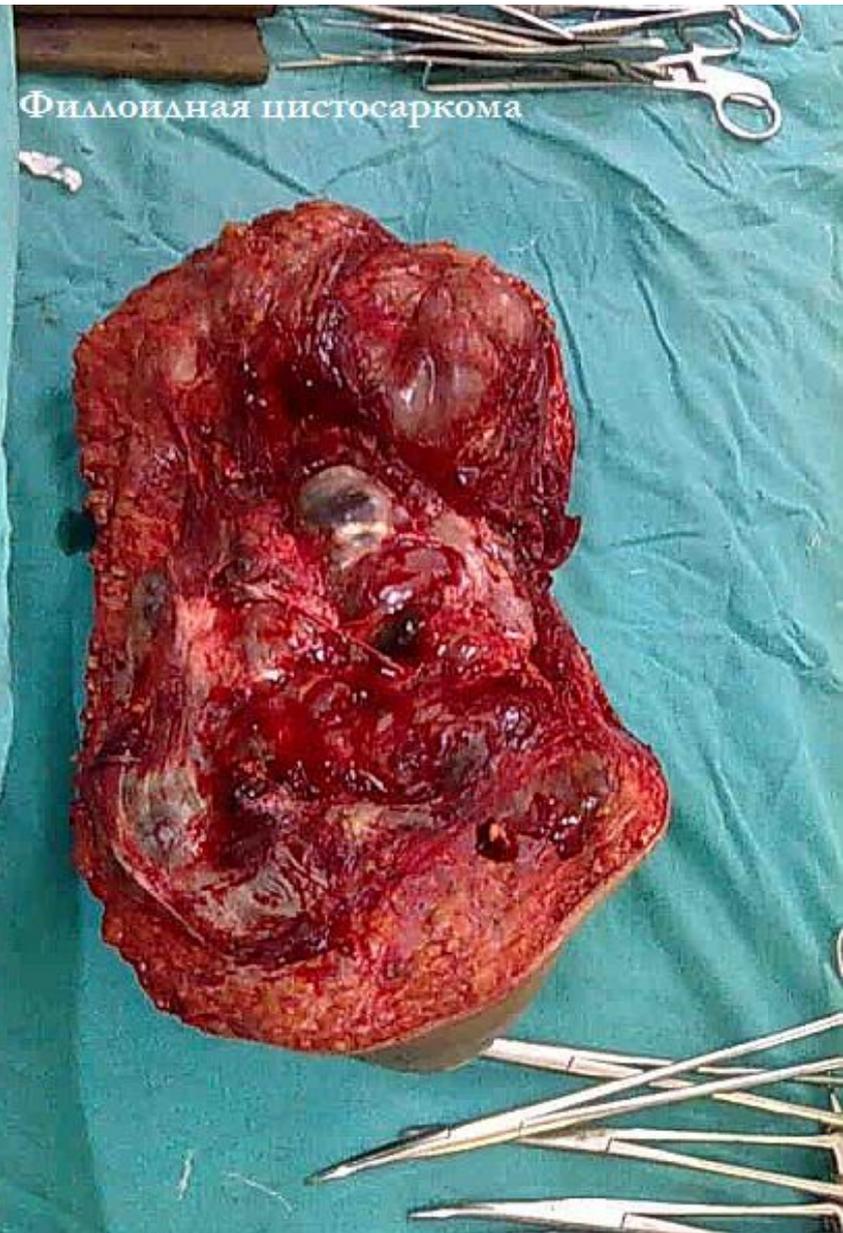
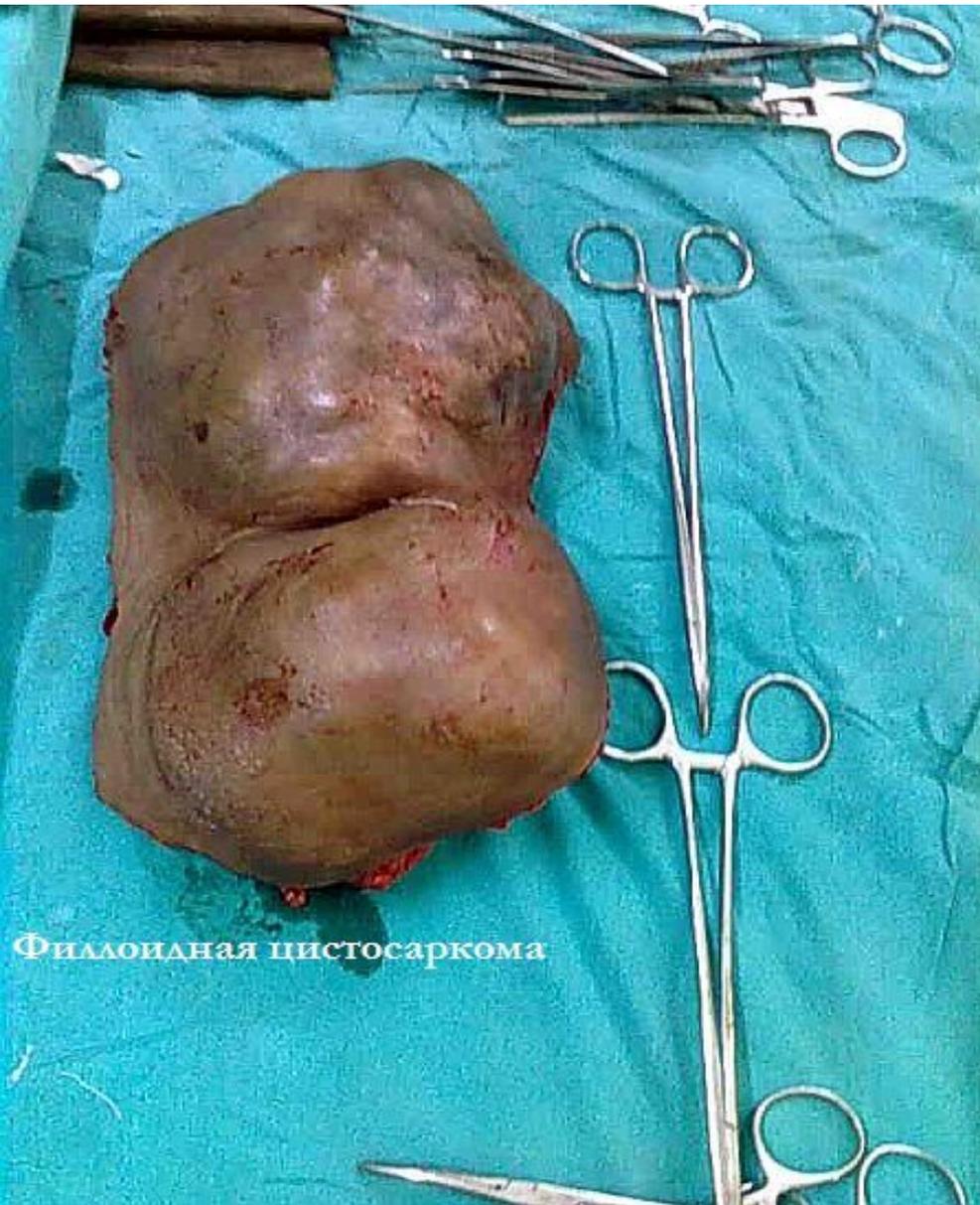
Лечение

Иссечение и гистологическое подтверждение диагноза

Фиброаденома

Филлоидная (листовидная) фиброаденома – больших размеров, отличается возможностью рецидивировать или превращаться в саркому

Филлоидная цистосаркома



Папиллома протока

Она может быть частью общего папилломатоза или быть единичной.

Папиллома протока обычно располагается в одной из 15-20 протоков около соска у молодых женщин. Пациентка жалуется на кровотечение из соска. Врач может найти маленькое овальное набухание рядом с соском. При надавливании на него происходит выделение крови или других выделений из соска.

Папиллома протока

Дуктография может определить место заболевания.

Лечение

Иссечение опухоли с обязательным гистологическим исследованием препарата.

Если опухоль не обнаруживается, иссекают маленький участок ткани железы, при надавливании на которую выделения могут быть более выражены.

Папиллома протока

Дуктография может определить место заболевания.

Лечение

Иссечение опухоли с обязательным гистологическим исследованием препарата.

Если опухоль не обнаруживается, иссекают маленький участок ткани железы, при надавливании на которую выделения могут быть более выражены.

Папиллома протока



Рак молочной железы

Это самое частое злокачественное новообразование у женщин. В Санкт-Петербурге оно встречается у 1 из 17 женщин.

Возраст больных может быть любой, но редко встречаются больные моложе 30 лет

Факторы риска рака молочной железы

возраст (старше 65 лет)

социальные условия

раннее половое созревание

репродуктивное поведение (аборты), исход первой беременности

кормление грудью (интенсивность секреции молока)

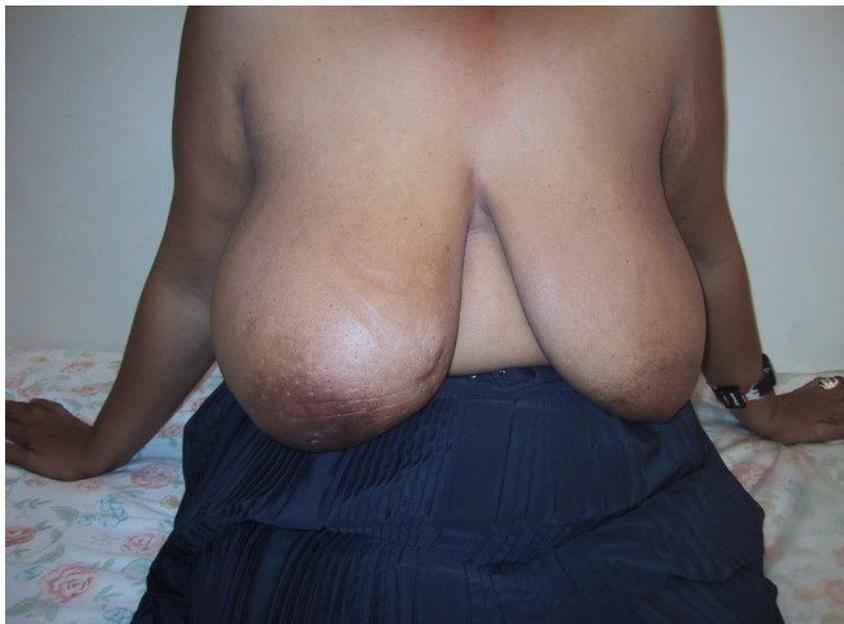
питание и вредные привычки (курение и алкоголь)

наследственность

breast cancer associated gen – BRCA1 или BRCA2

гинекологические заболевания (рак яичников

Рак молочной железы



Рак молочной железы



Рак молочной железы

Клинические и макроскопические типы

1. Скиррозный: плотный и осумкованный; поверхность разреза серая, вогнутая, каменная, с белыми пятнами, напоминает незрелую грушу
2. Атрофический скирр: подобная рубцу опухоль, встречающаяся в сморщенной груди пожилых
3. Мозговидный: большой, мягкий и 'подобный мозгу'.
4. Папиллярный (сосочковый): внутрипротоковый или внутрикистозный

Рак молочной железы

5. Лактационный: стремительная форма, встречающаяся во время или после беременности ('mastitis carcinomatosa').
6. Болезнь Педжета соска и ареолы

Рак молочной железы

Различают узловую и
диффузные формы
(маститоподобный,
рожеподобный,
панцирный), рак
Педжета

Рожеподобный рак



микроскопия

**Рак молочной желе-
зы происходит из
протокового или аль-
веолярного эпителия**

микроскопия

1. Аденокарцинома: хорошо дифференцированные железы в волокнистой строме
2. Круглоклеточный рак: скопление круглых клеток в волокнистой строме
3. Симплекс-карцинома (анапластическая карцинома): недифференцированные ячейки в твердой ткани
4. Коллоидная или мукоидная карцинома: особенность - чрезмерное количество слизи

микроскопия

5. **Внутрипротоковая карцинома: возникает в протоке, инвазия в его стенку**
6. **Папиллярная цистoadенокарцинома: в стенке кисты**
7. **Чешуйчатоклеточный рак: при чешуйчатой метаплазии, обычно в стенке кисты.**
8. **Болезнь Педжета.**
9. **Дольковая карцинома in situ: предраковое состояние, часто в обеих железах**

Распространение (4 пути)

1. Прямое распространение: вовлечение кожи и подкожных тканей ведет к сморщиванию кожи, ре-тракции (смещению) соска и к изъязвлению. Распространение вглубь вовлекает *m.m. pectoralis major, serratus anterior* и грудную стенку

Распространение

2. Лимфатический: блокада кожных лимфатических протоков ведет к отеку кожи, изъеденному отверстиями потовых протоков, давая появление апельсиновой корки. Кожное лимфатическое распространение приводит к возникновению дочерних узлов и к панцирному раку, грудная стенка становится сплошной опухолевой массой. Главные каналы лимфы направляются непосредственно к подмышечным и внутренним грудным лимфатическим узлам. Более позднее распространение происходит в надключичные, брюшные, средостенные, паховые и противоположные подмышечные узлы.

Распространение

3. Гематогенное распространение: в легкие, печень и кости (в участки красного костного мозга, то есть череп, позвоночник, таз, ребра, грудину, верхний конец бедра и верхнего конца плечевой кости). Мозг, яичники и надпочечники - также частые фокусы депозитов.

4. Трансцеломическое распространение: плевральный и брюшинный пути происходят обычно в запущенном состоянии, сопровождаются соответственно плевритом и асцитом.

Классификация – клинические стадии

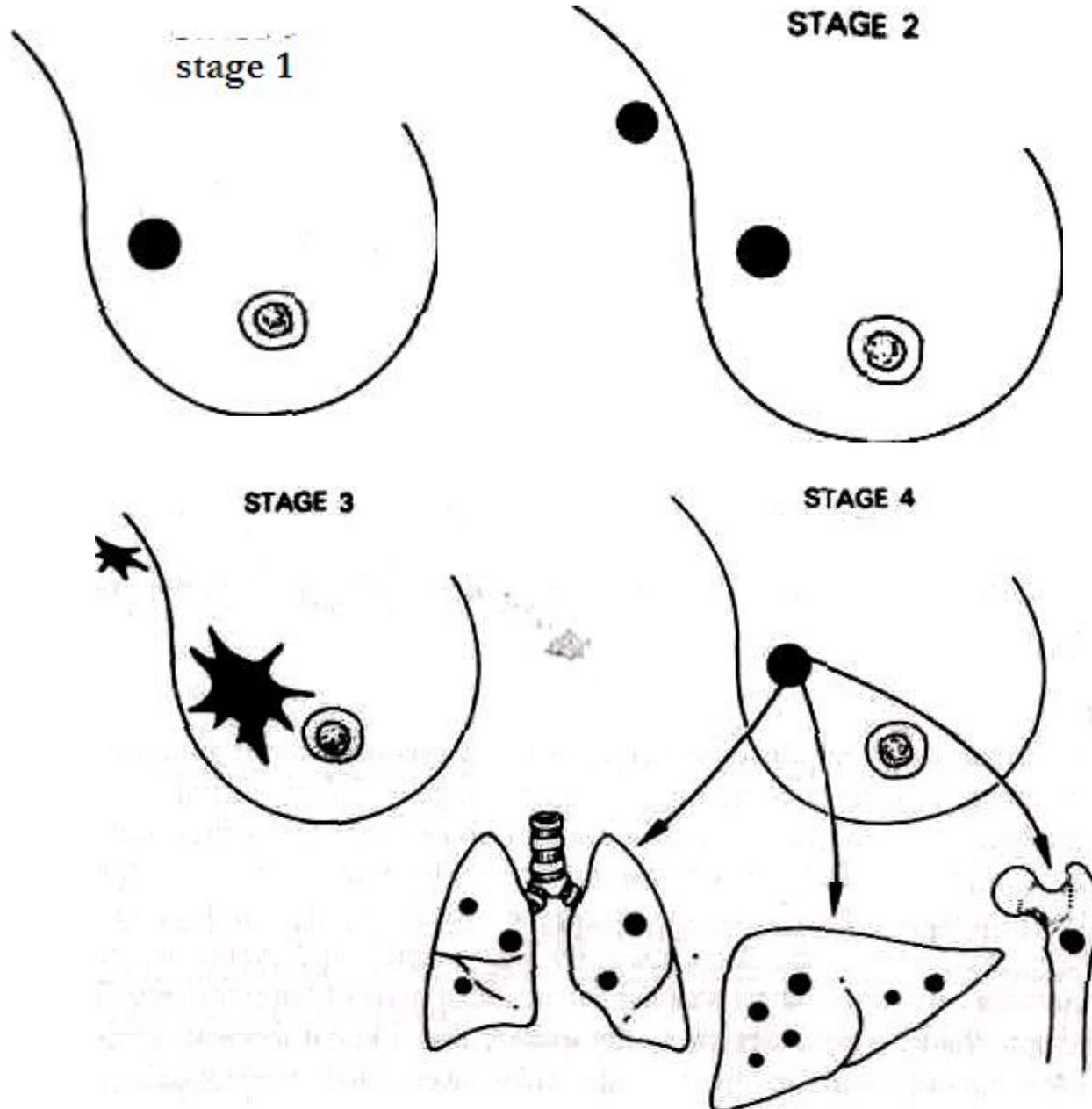
I. Опухоль ограничена железой, без или с незначительной фиксацией кожи или с втянутым соском.

II. Как выше, но, кроме того, подмышечные лимфоузлы увеличены, единичны и легко смещаемы.

III. Опухоль и/или узлы фиксированы поверхностно или глубоко.

IV. Есть отдаленные метастазы.

Клиническая классификация



Клиническая классификация

Легко ошибиться, в оценке, является ли стадия I или II (приблизительно у 25%).

Подмышечные лимфоузлы могут быть вовлечены, хотя их нельзя прощупать.

Наоборот, подмышечные узлы, которые прощупываются, могут оказаться непораженными.

Стадия???



TNM – T

T0 или *is*: опухоль не обнаруживается или *in situ*.

T1: опухоль – до 2 см в диаметре, кожа не вовлечена, кроме болезни Педжета, где она ограничена соском; сосок не смещен и не фиксирован.

T2: опухоль больше 2 см, но не больше 5 см в диаметре, или неполная фиксация кожи со связью или сморщиванием предлежащей кожи, или смещение соска, но без фиксации к подлежащим тканям.

T3: опухоль больше 5 см, но меньше 10 см в диаметре, нет инфильтрации, изъязвления кожи или апельсиновой корки или фиксации к грудным мышцам.

T4: опухоль больше 10 см диаметром или вовлечены кожа, апельсиновая корка, опухоль фиксирована к грудной стенке

TNM - N

N0 – нет прощупываемых подмышечных узлов на одноименной стороне.

N1: прощупываются смещаемые подмышечные узлы на одноименной стороне

N2: спаянные между собой или с другими структурами лимфоузлы на одноименной стороне.

N3: увеличенные подключичные или надключичные лимфоузлы, отек руки на одноименной стороне.

M - Distant metastases

MO: нет признаков отдаленных метастазов (включая исследования грудной клетки, скелета, печени)

M1: отдаленные метастазы, включая кожу, широкую фасцию груди, поражение узлов противоположной стороны, клинические, рентгеновские и пр. признаки распространения в легкие, плевру, скелет, печень и т.д.

Клинические признаки - жалобы

К местным признакам относится обычно безболезненная опухоль в груди (хотя иногда бывают жалобы на колющие боли). Иногда основной жалобой является втянутость соска или кровянистые выделения. Небольшая часть больных жалуется на признаки, вызванные метастазами, например, на боль в пояснице, патологический перелом, или одышку.

Клинические признаки - объективные

Железы осматриваются для обнаружения смещения, втянутости соска, фиксации кожи к опухоли; последнее проверяется при мягком перемещении опухоли в пределах груди. Внезапно обнаруженная ретракция соска является очень подозрительным на рак, но такой сосок может быть с рождения или после перенесенной в прошлом инфекции (мастита). Фиксация кожи - также информативный признак, хотя это может быть замечено в области хронического мастита или травматического жирового некроза, после гнойного мастита, при хроническом абсцессе.

Клинические признаки

Ощупывание начинается сначала со здоровой стороны. После этого исследуется больная грудь. С особым вниманием определяются опухоль, фиксация к ней кожи, фиксация ее к подлежащим тканям. Затем прощупываются подмышечные узлы и все другие пути возможного метастазирования: грудная клетка, печень, исследуется асцит, таз

СИМПТОМ ПЛОЩАДКИ



Симптом лимонной корки



СИМПТОМ ПЛОЩАДКИ



Симптомы рака молочной железы

- 1. симптом умбиликации (за счет укорочения куперовых связок, вовлеченных в опухоль)**
- 2. симптом площадки (генез тот же)**
- 3. симптом «морщинистости» (генез тот же)**

Симптомы рака молочной железы

4. симптом «лимонной корки» (за счет вторичного внутрикожного лимфостаза вследствие блокады лимфатических путей регионарных зон или вследствие эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов)
5. гиперемия кожи над опухолью (проявление специфического лимфангита)
6. симптом Краузе: утолщение складки ареолы (вследствие отека из-за поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения подареолярной зоны)

Симптомы рака молочной железы

7. симптом Прибрама (при потягивании за сосок опухоль смещается за ним)

8. симптом Кенига: при прижатии молочной железы ладонью плашмя опухоль не исчезает

9. симптом Пайра: при захватывании железы двумя пальцами слева и справа кожа не собирается в продольные складки, а образуется поперечная складчатость

Исследования

Подвергаются рентгеновскому и радиологическому исследованию грудная клетка, кости скелета, череп, позвоночник и таз

Выполняется полный анализ крови, так как анемия и лейкопения возможны при метастазах в костный мозг

Диагноз должен быть подтвержден гистологически

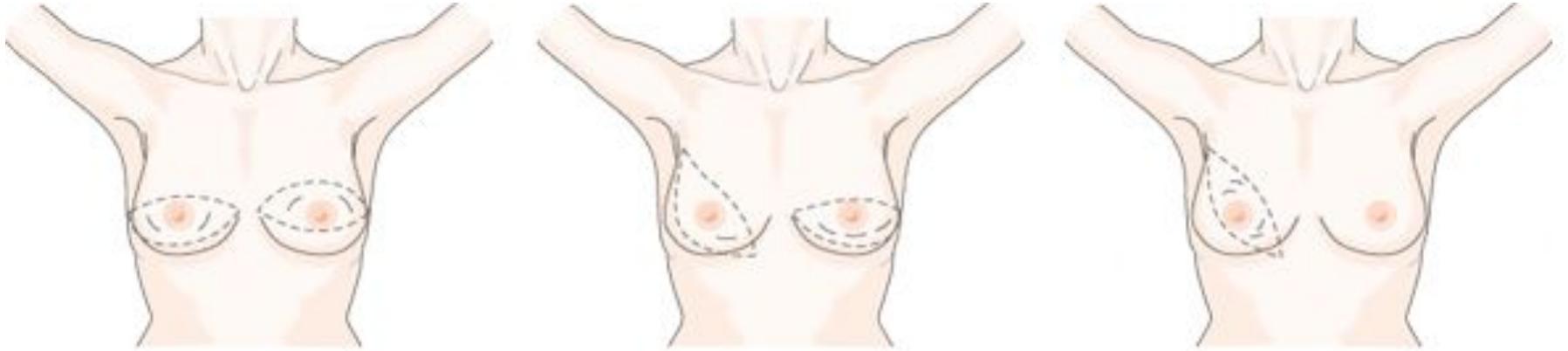
Лечение

**ОДНО СЛОВО –
“КОМПЛЕКСНОЕ”**

Стадии I and II

Современное направление одобряет относительно консервативный (сберегательный) подход. Большинство хирургов выполняет либо простую мастэктомию с удалением подмышечных лимфоузлов, либо простое местное удаление опухоли (туморэктомия, лампэктомия) в сочетании с лучевой терапией; последнее имеет большое косметическое преимущество при равной длительности выживания. Опухоли менее 1 см требуют только оперативного лечения. Более – в зависимости от факторов риска (степени злокачественности опухолей, возраста, эстроген-рецепторов).

Операции при I и II стадиях



Стадии I и II

Из-за относительно худшего прогноза во II стадии (т.е. с вовлечением лимфоузлов), предполагая, что у 60 процентов больных уже имеется скрытая диссеминация, уделяется внимание вспомогательной цитостатической или гормональной терапии в этой группе

Стадия III

Хирургического лечения здесь недостаточно. Неoadьювантная терапия (местная лучевая или/и химиотерапия перед операцией) обязательна. Удаление железы оказывает "санитарное" действие. Но ее надо обязательно удалять, чтобы не было изъязвления.

Стадия IV и рецидивы после мастэктомии
При единичном отдаленном метастазе,
например, в одну кость, или местном
рецидиве в рубце после мастэктомии,
лучше всего помогает местная лучевая
терапия (с последующим иссечением
рубца).

Местное применение цитостатических
препаратов может использоваться в
лечении злокачественного асцита или
плеврита после предварительного
удаления жидкости.

Стадия IV и рецидивы после мастэктомии

При диссеминации процесса широко применяются половые гормоны или делается овариэктомия. Приблизительно 30 процентов опухолей гормонозависимы. Испытание рецепторов эстрогенов (ER) опухоли в настоящее время выполняется в специальных центрах. Результат полезен в предсказании прогноза. ER-положительные опухоли отвечают на гормональную терапию у 60 процентов больных, тогда как ER-отрицательные опухоли - редко гормонозависимы (10 процентов). Есть несколько методов гормональной терапии. Наиболее доступен тамоксифен, мощный антиэстроген, он имеет мало побочных эффектов и должен включаться в первую линию лечения у больных в раннем пред- и постменопаузальном периодах.

Пациенты, у которых нет эффекта от тамоксифена

1. Ранний пременопаузальный или постменопаузальный период: овариэктомия (лапароскопическая) или лучевая терапия.

2. Поздний период после менопаузы - эстрогены.

3. Двусторонняя адреналэктомия (лапароскопически!).

4. Гипофизэктомия

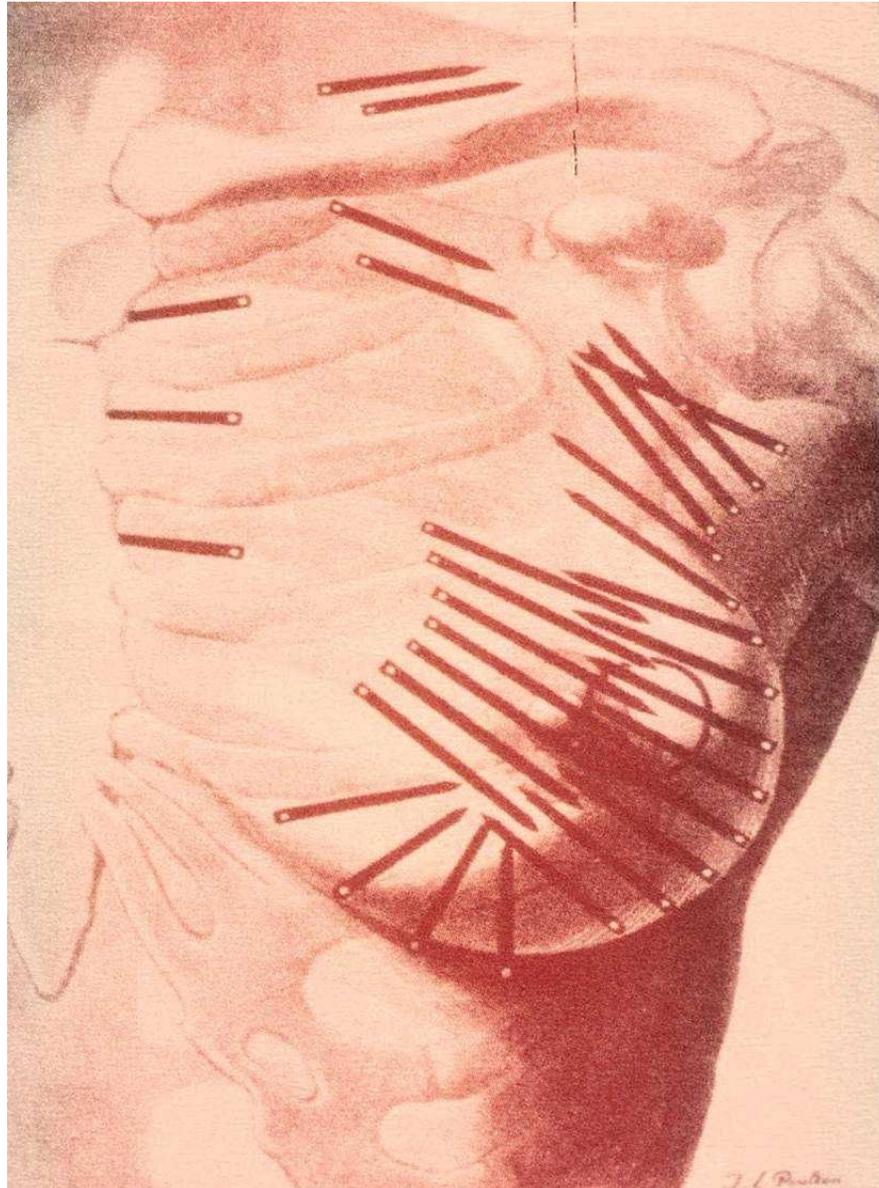
Эти последние две хирургических процедуры теперь используются редко.

5. Адреналэктомия, которая может быть произведена посредством применения Aminoglutethimide, который подавляет синтез кортизола и надпочечных андрогенов и эстрогенов

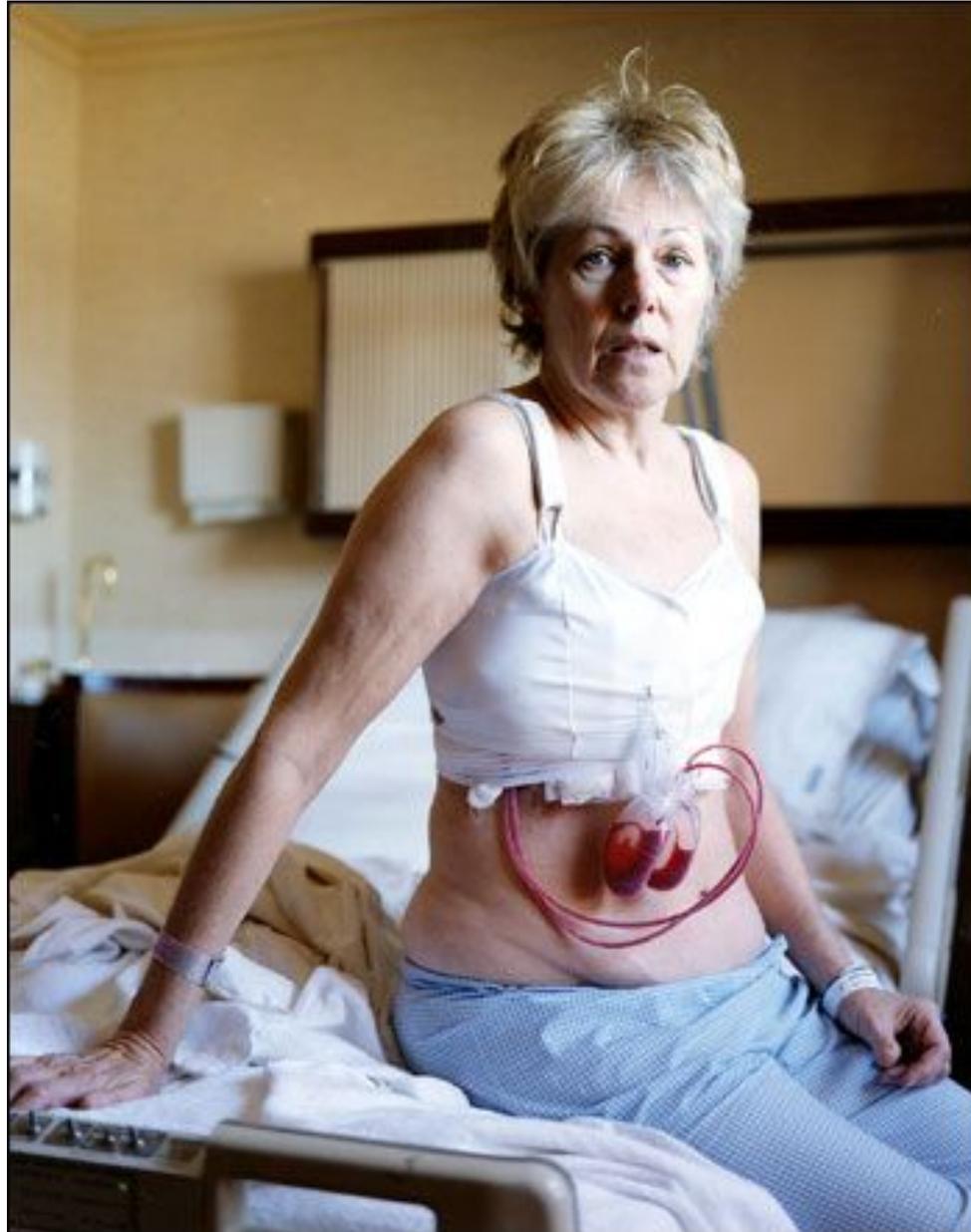
лечение

У больных с широко распространенной болезнью, не отвечающей на гормональную терапию, временный регресс может быть достигнут посредством цитостатических препаратов, особенно в виде комбинаций.

лечение



Ванесса Редгрейв



Ванесса Редгрейв



Ванесса Редгрейв



Ванесса Редгрейв



Ванесса Редгрейв



Ванесса Редгрейв



Рецидив в рубце



Беременность и рак молочной железы

К счастью, карцинома груди в течение беременности и кормления грудью возникает редко. Течение болезни, возможно из-за гормональных эффектов, значительно ускоряется, чаще развиваются так называемые псевдовоспалительные формы рака, в частности, так называемый *ma-stitis carcinomatosa*. В большинстве случаев, однако, опухоль ведет себя так же, как и у небеременных женщин. Хотя прогноз серьезен, это не обязательно безнадежно. Лечение проводится по уже обозначенным направлениям согласно стадии, в которой болезнь распознается. Большинство хирургов советует завершать беременность.

Рак молочной железы у мужчин

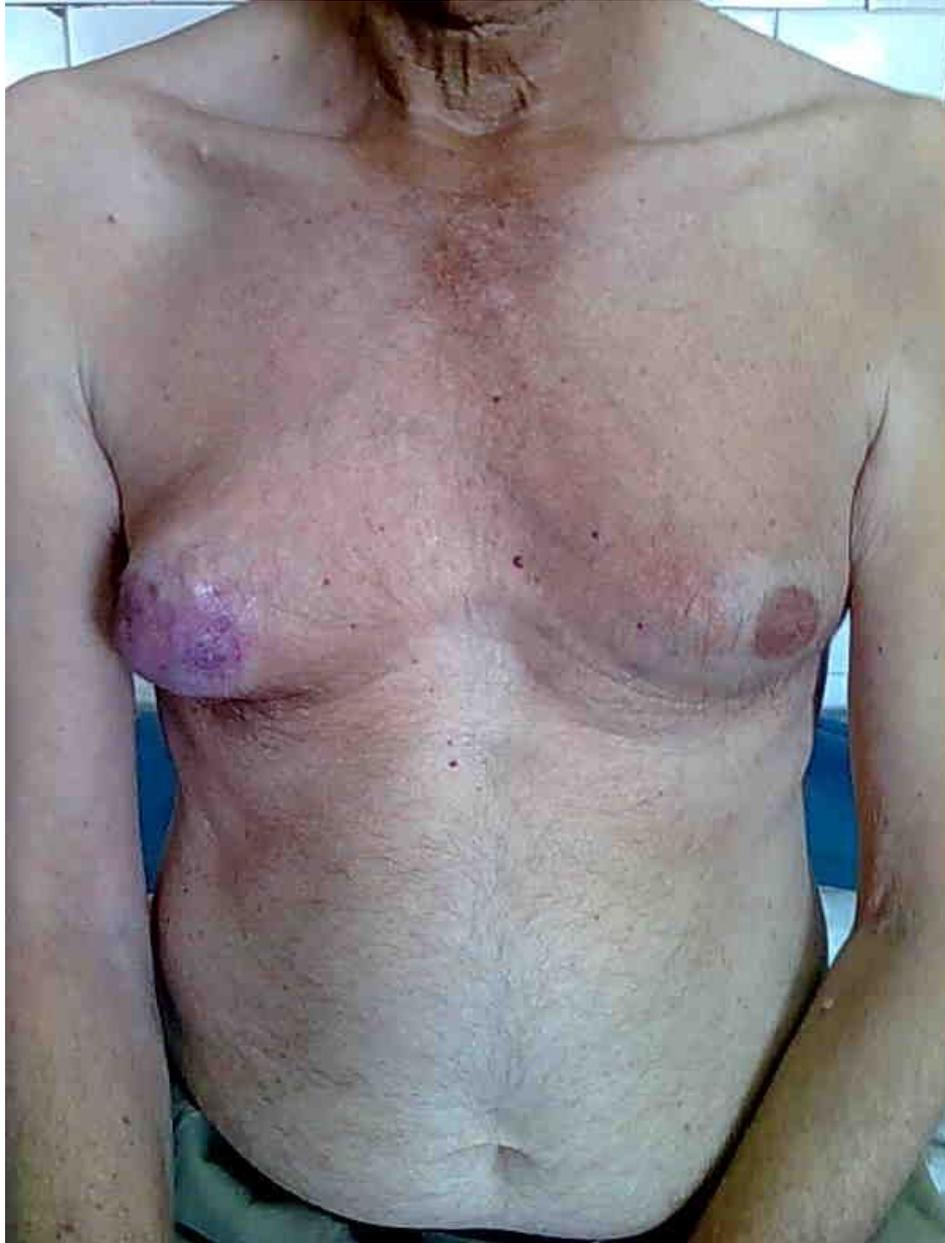
Количество больных было больше в прошлые годы в связи с лечением рака предстательной железы антитестостероновыми препаратами. Он составляет меньше, чем 1 процент всех наблюдений рака молочной железы. Прогноз хуже, чем у женщин, вероятно из-за малого количества ткани железы, что позволяет развиваться быстрой диссеминации процесса в региональные лимфатические узлы.

Рак молочной железы у мужчин

Лечение заключается в радикальной мастэктомии, но так как кожи мало, часто необходимо прибегать к кожной пластике.

Орхидэктомия и цитостатическая терапия могут использоваться при диссеминированном процессе.

Рак молочной железы у мужчин



Рак молочной железы у мужчин



Рак молочной железы у мужчин

5 лет живут при I стадии опухоли приблизительно 80%; II стадии – 40%. Небольшому количеству больных с III и IV стадиями возможно также продлить выживание, особенно при медленном росте или у гормонально зависимых.

В дополнение к стадии опухоли, гистологическая характеристика имеет также большое значение: чем менее дифференцированная опухоль, тем хуже прогноз.

Болезнь Педжета

Paget описал болезни костей, полового члена и соска, все они носят его имя.

Повреждение соска встречается у женщин среднего возраста и старых. Болезнь представляется как одностороннее красное, кровоточащее, экзематозное поражение соска, который в конечном счете разрушается. Это связано с карциномой подлежащей железы, которая еще не прощупывается.

Болезнь Педжета



Болезнь Педжета

Микроскопические проявления

Эпителий соска утолщен, с продленными сетчатыми структурами. Более глубокие слои эпителия содержат многократные светлые клетки Педжета с маленькими темно-окрашенными ядрами; это - гидрофильные раковые клетки. В подлежащей дерме имеется воспалительная клеточная инфильтрация.

Тщательное исследование препарата после мастэктомии обычно показывает карциному внутри протока, даже если опухоль не прощупывалась, и на некотором расстоянии от соска.

Лечение

Болезнь Педжета - лечение

Мастэктомия или местное иссечение с послеоперационной лучевой терапией. Если опухоль не прощупывается, прогноз превосходен.

Если опухоль прощупывается, прогноз такой же, как при всех опухолях, и зависит от стадии опухоли и ее гистологического строения

Спасибо за внимание!

