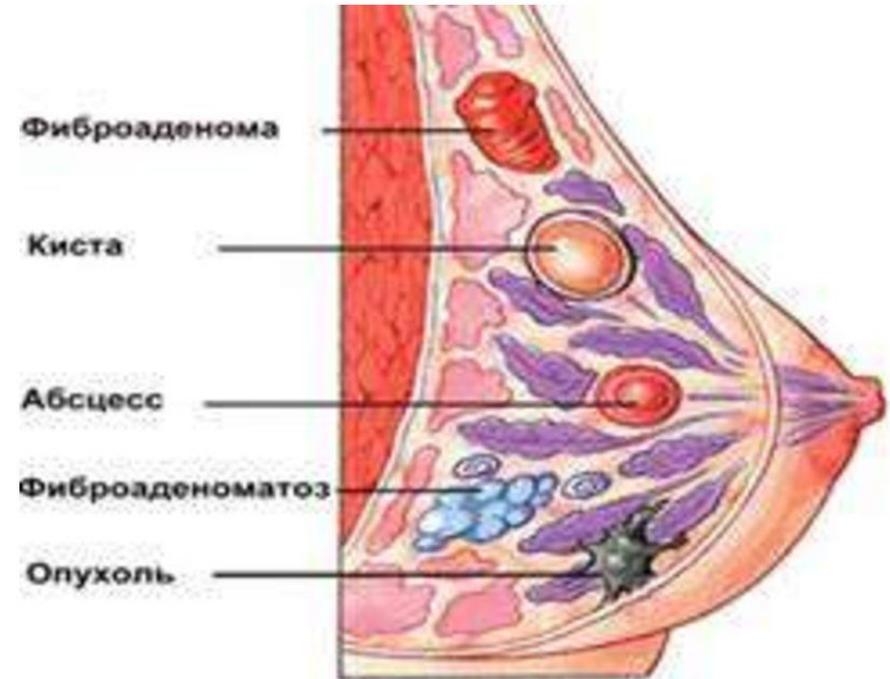


Заболевания молочной железы

Осипова Татьяна Игоревна

К заболеваниям молочной железы относятся:

- Маститы
- Доброкачественные опухоли
- Злокачественные опухоли
- Пороки развития молочной железы



ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

I. Воспалительные (маститы):

- а) специфические;
- б) неспецифические (лактационный, нелактационный)

II. Доброкачественные гиперплазии М.Ж.:

- а) узловые;
- б) диффузные.

фиброаденоматоз

III. Опухоли:

- а) злокачественные;
- б) доброкачественные;
- в) эпителиальные;
- г) неэпителиальные.

11. Острый гнойный лактационный мастит: классификация, клиника, диагностика, лечение

Мастит

- **Мастит** – острое воспаление ткани молочной железы.
- Возникает чаще в период лактации , наиболее часто с 7-го по 21 день после родов.
- **Причина мастита** – инфекция.
- **Факторы, способствующие возникновению мастита:**
 - Несоблюдение гигиены молочных желёз
 - Повреждение кожи соска
 - Лактостаз (застой молока)

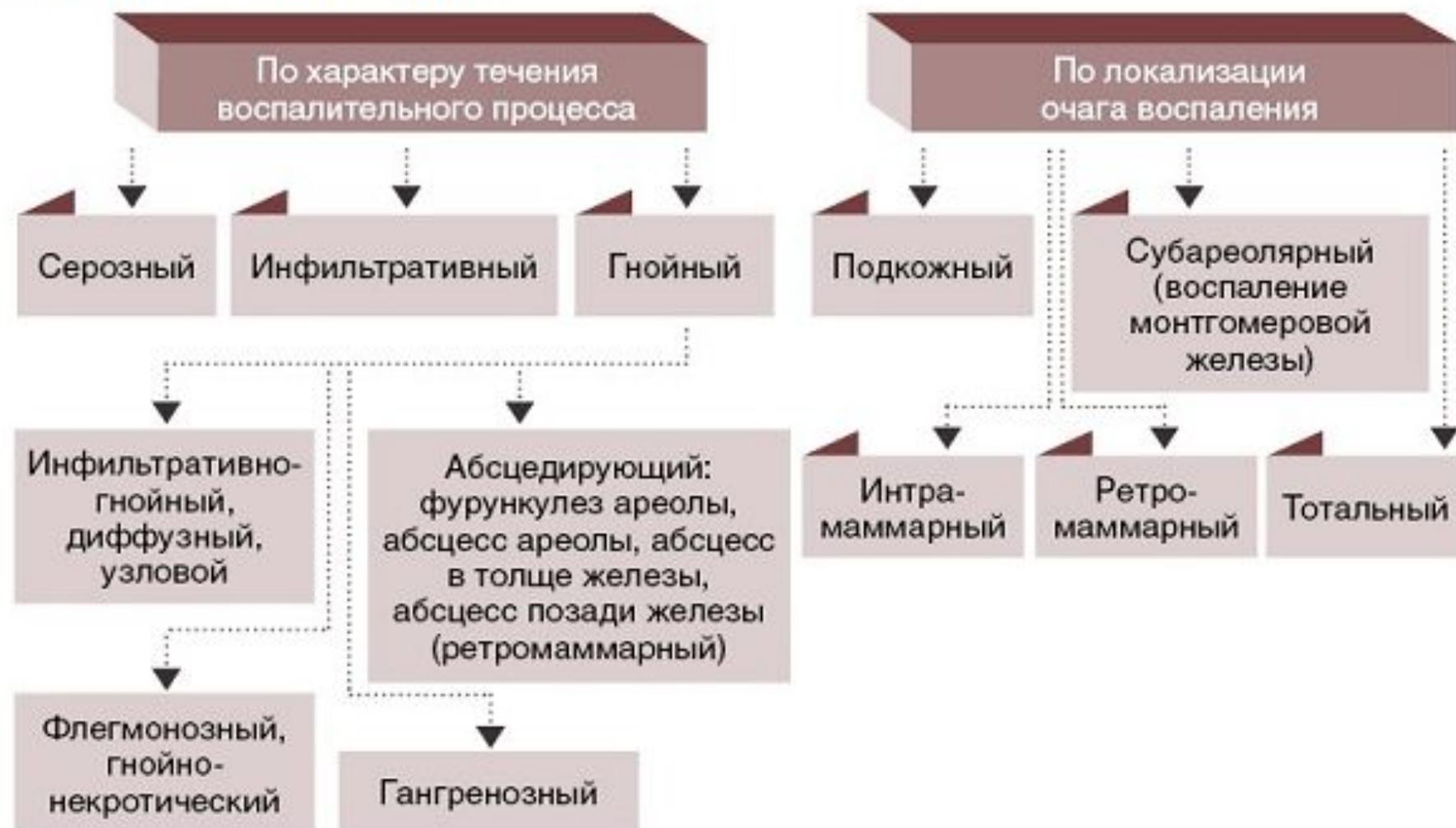
По локализации маститы бывают:

- **Диффузный**
- **Субареолярный**
- **Интрамаммарный**
- **Ретромаммарный**

По течению:

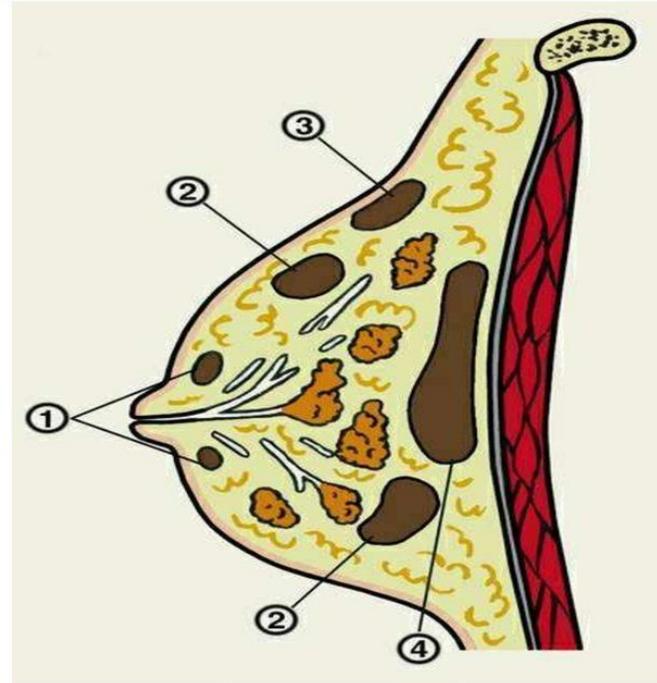
- О. инфильтрационный мастит (серозный)**
- О. гнойный лактационный мастит**

Классификация мастита



Острый гнойный мастит

- *Развивается остро*: состояние ухудшается
 - подъём температуры до 40 °С.,
 - признаки интоксикации
 - интенсивные боли в области уплотнения молочной железы и яркая гиперемия
 - вены молочной железы расширены
 - подмышечные лимфоузлы увеличены
 - появляется симптом **флюктуации**
- **ЛЕЧЕНИЕ:** *В ФАЗЕ ИНФИЛЬТРАЦИИ - КОНСЕРВАТИВНОЕ*
в фазе абсцедирования- вскрытие и дренирование гнояника



МАСТИТ: 1- субареолярный, 2- интрамаммарный
3- подкожный, 4- ретромаммарный

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

Возбудителем лактационного мастита является **золотистый стафилококк**, который характеризуется высокой вирулентностью и устойчивостью ко многим антибактериальным препаратам.

Проникновение возбудителя в ткани молочной железы происходит **лимфогенным путем** через **трещины сосков и галактогенным путем** - через молочные ходы.

*Чрезвычайно редко воспалительный очаг в железе формируется вторично, при генерализации послеродовой инфекции, локализующейся в половом аппарате.

Развитию воспалительного процесса в молочной железе способствует **лактостаз**, связанный с окклюзией протоков, выводящих молоко. Немаловажная роль в патогенезе лактационного мастита принадлежит состоянию организма роженицы, особенностям его защитных сил

Острый гнойный лактационный мастит.

Фаза абсцедирования.

- Состояние ухудшается.
- ↑t° гектическая
- Боль в области уплотнения усиливается
- Размягчение при пальпации → флюктуация
- *Этот период необратим – экстренная операция – разрез с опорожнением гнойника!*

В фазу абсцедирования:

- вызвать скорую помощь (врача)
- экстренная госпитализация
- экстренная операция
- дренирование гнойника и лечение в соответствии с принципами терапии гнойно-септических заболеваний

Лечение мастита

- **Начинают при первых признаках:**
 - **Антибиотики:** оксациллин, линкомицин, фузидин
 - **Компрессы** со спиртом или мазью Вишневского
 - **Сцеживают молоко** или тормозят лактацию
парлодел 0,005 г по 2р в день 4-8 дней
 - **Ребёнка кормят сцеженным молоком**
 - **При появлении трещин** – кормят через накладку
 - **После кормления соски** обрабатывают спиртовым р-ром грамицидина.
 - **Из мазей лучше** окикорт или синтомициновая эмульсия

29. Дисгормональные заболевания молочной железы: клиника, диагностика, лечение

В развитии этой группы заболеваний важная роль принадлежит факторам, вызывающим нарушения со стороны гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Определенную роль играет и нервно-психологический статус больной.

Мастопатия (болезнь Реклю–Шимельбуша),
Фибroadеноматоз (ФАМ),
Доброкачественная дисплазия молочной железы.

По определению ВОЗ (1984), мастопатия представляет собой фиброзно-кистозную болезнь молочных желез, характеризующуюся спектром пролиферативных и регрессивных изменений в ее ткани с **нарушением соотношения эпителиального и соединительно-тканного компонентов.**

Дисгормональные заболевания

Фиброаденома. Доброкачественная опухоль молочной железы, которая развивается на фоне нарушений полового цикла и увеличения количества гормонов желтого тела.

- В зависимости от количества железистой ткани различают 2 **основные формы**: опухоли с преобладанием фиброзной ткани (фиброаденомы) и с преобладанием железистой ткани (аденофибромы).
- Безболезненны, четко отграничены от окружающих тканей, подвижны. Возникают чаще в молодом возрасте (15-25 лет). Размеры - от узлов 0.5-2 см до поражения всей железы. Возможна мультицентричность их возникновения. **Малигнизация наступает обычно на периферии и развивается в 18-51% случаев.**
- Методом выбора лечения является **секторальная резекция** молочной железы с обязательным срочным гистологическим исследованием.

Клиника и диагностика

- На начальных этапах заболевания пациентку беспокоят выраженные предменструальные боли. По окончании менструации боль исчезает или интенсивно снижается.
- При пальпации молочных желез отмечается болезненность и диффузное уплотнение без четких границ. После менструации указанные изменения уменьшаются или исчезают.
- Симптом Кенига отрицательный.
- На маммограмме выявляются множественные тени неправильной формы с нечеткими границами.
- Для дифференциальной диагностики используют УЗИ в сочетании с пункционной биопсией.
- При узловой мастопатии определяются одиночные или множественные малобольезненные, подвижные узлы, не связанные с кожей. Размеры узлов варьируются от нескольких миллиметров до 2–3 см и более.
- В положении лежа уплотнение теряет свои границы, при прижатии его ладонью к грудной стенке перестает определяться (симптом Кенига отрицательный). С диагностической целью показана аспирационная биопсия и секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием.

Лечение

Диффузная мастопатия подлежит **консервативному лечению** после тщательного обследования и исключения злокачественного заболевания молочной железы.

Основные принципы лечения:

- а) выключение циклической функции яичников от эндогенных яичниковых гормонов;
- б) воздействие на рецепторы к эстрогенам и прогестерону;
- в) обеспечение психического и психосексуального комфорта;
- г) соблюдение молочно-растительной диеты.

Больным назначаются гестагены (норколут 5–10 мг с 16–25-го дня менструального цикла — 5 лет); андрогены (метилместостерол по 5 мг в течение 2–6 мес.); антиэстрогены (тамоксифен по 10 мг 3–6 мес.); тиреоидные препараты (тироксин 100–200 мг ежедневно 3–6 мес.); препараты калия и йода (йодит калия по 10 мл 2 раза в день с 5–25-го дня менструации).

Следует исключить метилксантины (чай, кофе, шоколад), назначают витамины, седативные препараты.

Хирургическому лечению подлежат:

- 1 Узловая форма мастопатии.
- 2 Диффузная мастопатия с наличием известковых включений.
- 3 Диффузная мастопатия кистозной формы с пролиферацией эпителия и наличием выделений из соска геморрагического характера.
- 4 Мастопатия, сопровождающаяся пролиферацией и атипией клеток.

Осмотр

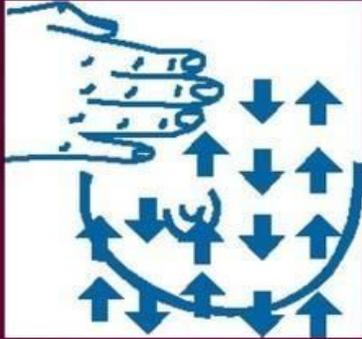
Полное обнажение до пояса в положении стоя, затем лежа.

Отмечается:

- величина,
- форма,
- положение,
- симметричность,
- состояние кожи (“апельсиновая корка”, экзематозные изменения, втяжение кожи, симптом “площадки”),
- смещаемость железы при движении руками,
- состояние сосудистой сети и лимфатической системы.

Осмотр

Пальпация скользящая обеими руками обязательно обе железы.

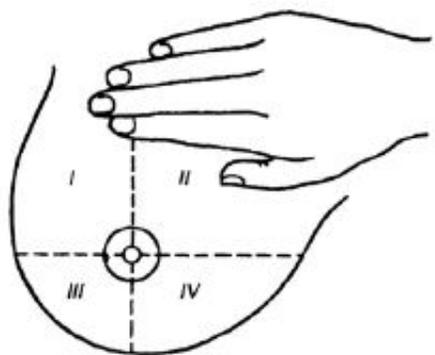
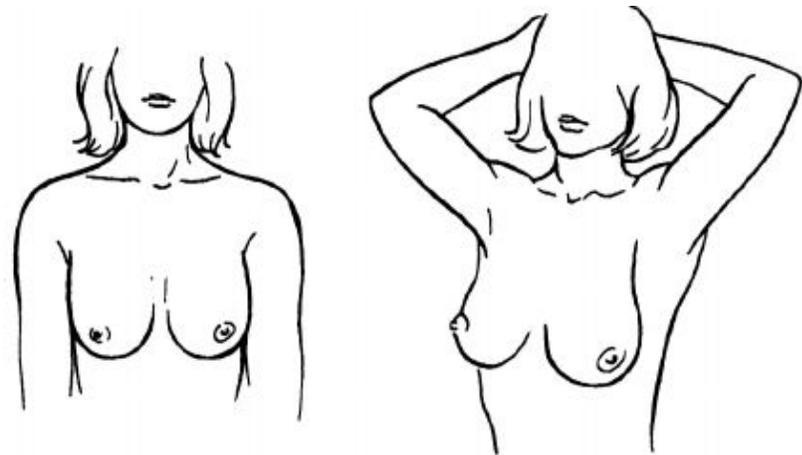
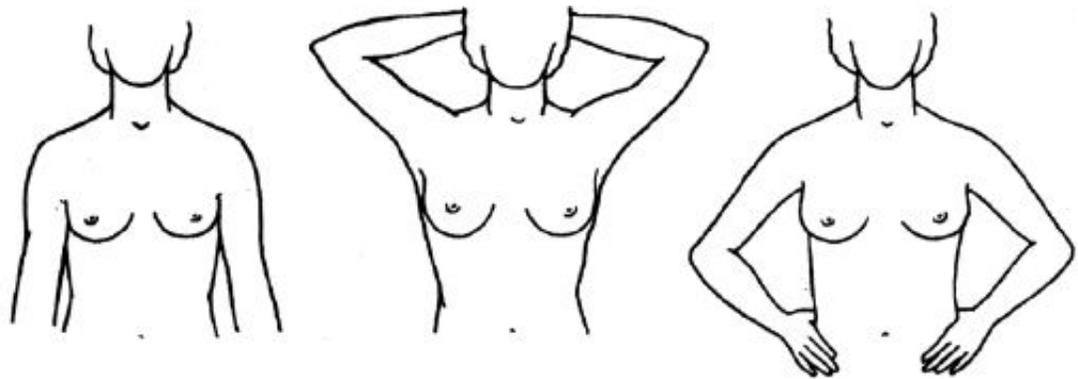


Осмотр

В конце проверяется наличие выделений из соска и его цитологическое исследование.

Сосок сжимают между пальцами, начиная от краев ареолы, для того, чтобы убедиться, что из соска не появляются выделения



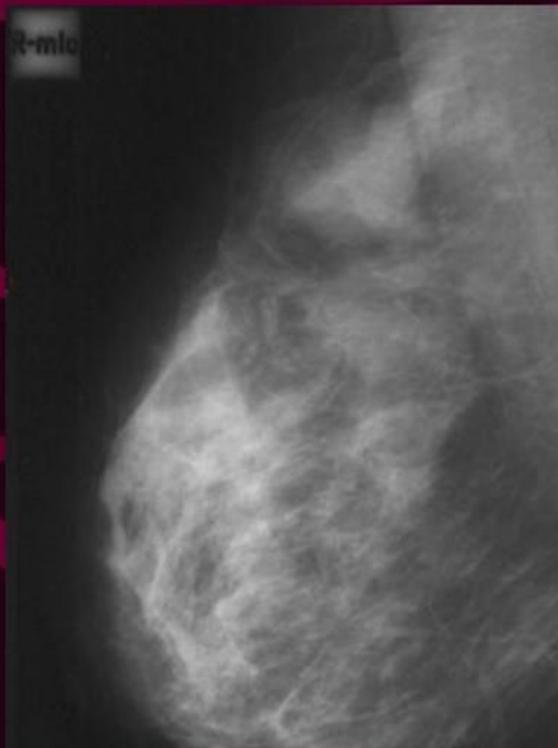


Акті
Чтобі
разде

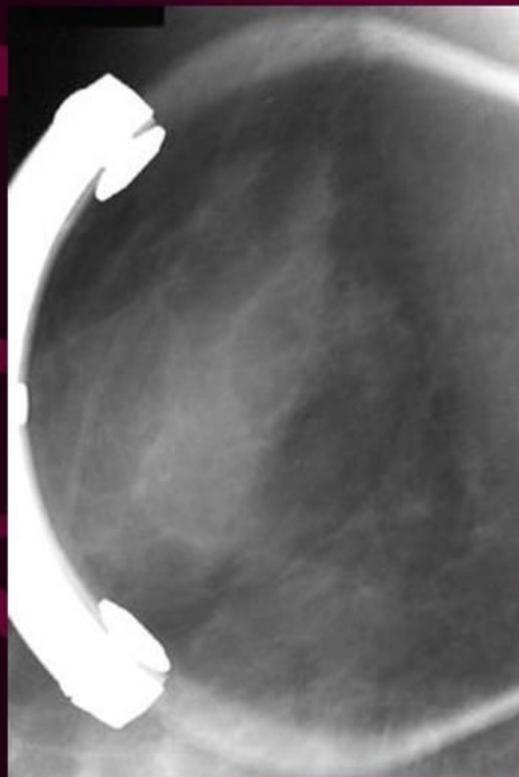
Признаки заболевания молочной железы, при которых женщина должна обратиться к врачу:

- 1 Уплотнение в молочной железе.
- 2 Увеличение одной из молочных желез.
- 3 Опускание одной из молочных желез.
- 4 Сморщивание кожи на молочной железе.
- 5 Образование впадины на соске.
- 6 Геморрагические выделения из сосков.
- 7 Увеличение регионарных лимфатических узлов молочной железы.

Дополнительные методы



Маммограмма справа в косой проекции (вариант нормы). В верхне-наружном квадранте определяется тень с довольно четкими контурами.



Маммограмма (вариант нормы) справа в косой проекции с увеличением в 1.8 раза и с локальной компрессией. Рентгеновская плотность ткани не отличается от плотности железистых долек.

Рентгеновская маммография

- **Молочная железа дает на рентгенограмме богатую деталями тень, в которой определяются изображения следующих компонентов:**
 - кожа**
 - сосок и ареола**
 - подкожно-жировая клетчатка со связками Купера**
 - сосуды**
 - комплекс соединительной и железистой ткани в виде треугольной тени, расположенной чаще в центральной части молочной железы**

Дуктография (галактография)

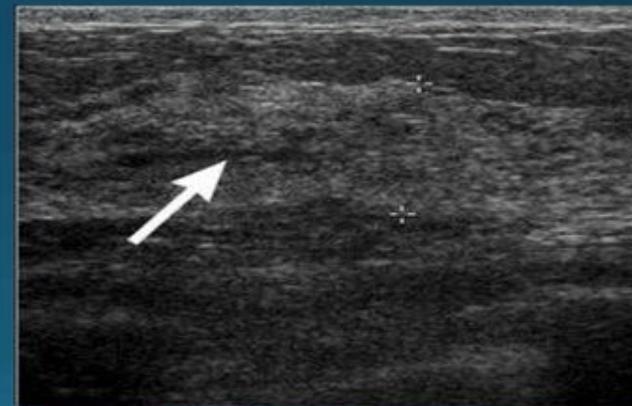
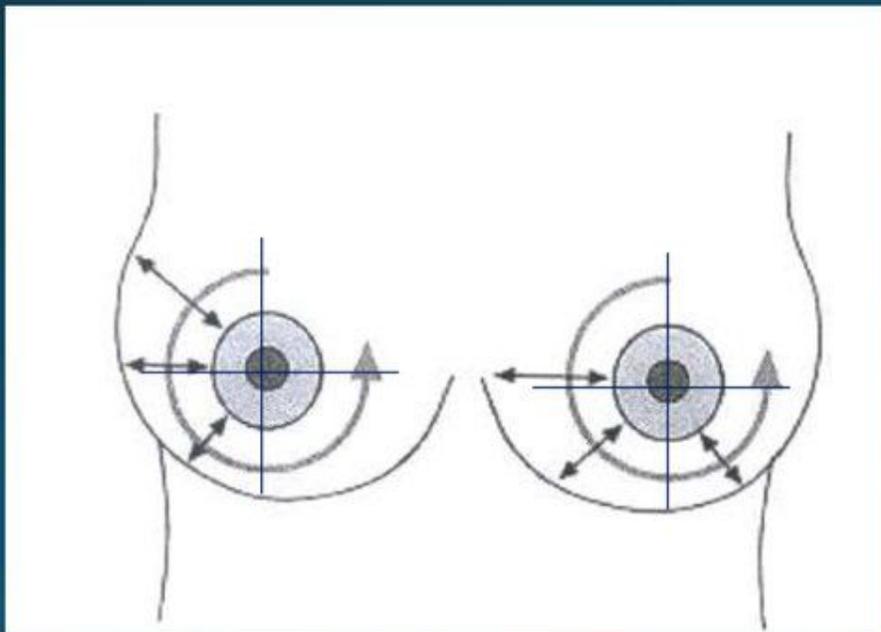
- рентгеновское исследование после введения водорастворимого РКС в протоки молочной железы
- на дуктограмме млечные протоки и млечные синусы имеют четкие и ровные контуры, прямолинейный ход, просвет протоков равномерный



Ультразвуковое исследование молочных желез УЗ анатомия:

Для оценки локализации патологии молочную железу разделяют на:

- надсосковый сегмент
- подсосковый сегмент
- околососковую область
- верхний наружный квадрант
- нижний наружный квадрант
- верхний внутренний квадрант



Эхограмма молочной железы

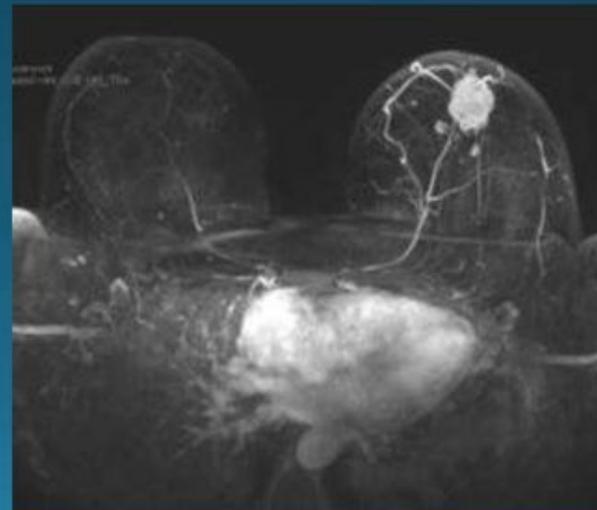
- паренхима (маркеры)
- млечный проток (стрелка)

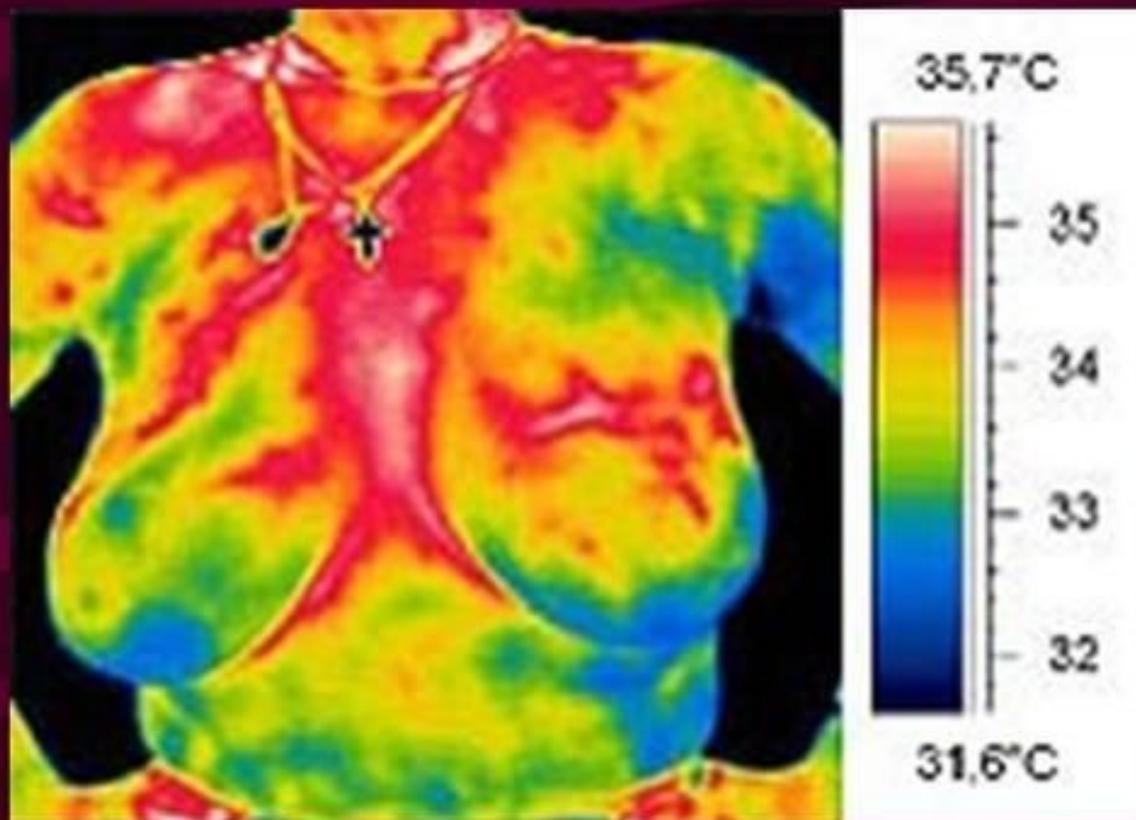
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ

- МРТ - один из наиболее информативных методов визуализации женских половых органов и молочных желез
- Метод не только дает представление о топографии тазовых органов, но и позволяет визуализировать изменения структуры половых органов, а также окружающих тканей
- МРТ со специальной маммографической катушкой четко визуализирует структуру молочной железы
- Как правило, выполняется МРТ с динамическим контрастным усилением и получением кривых накопления РКС в ткани желез и окружающих структурах
- Это высокоинформативная лучевая методика в выявлении и дифференциальной диагностике объемных образований и определении местного распространения процесса (выявление инвазивного роста опухоли, регионарной и нерегионарной лимфаденопатии)

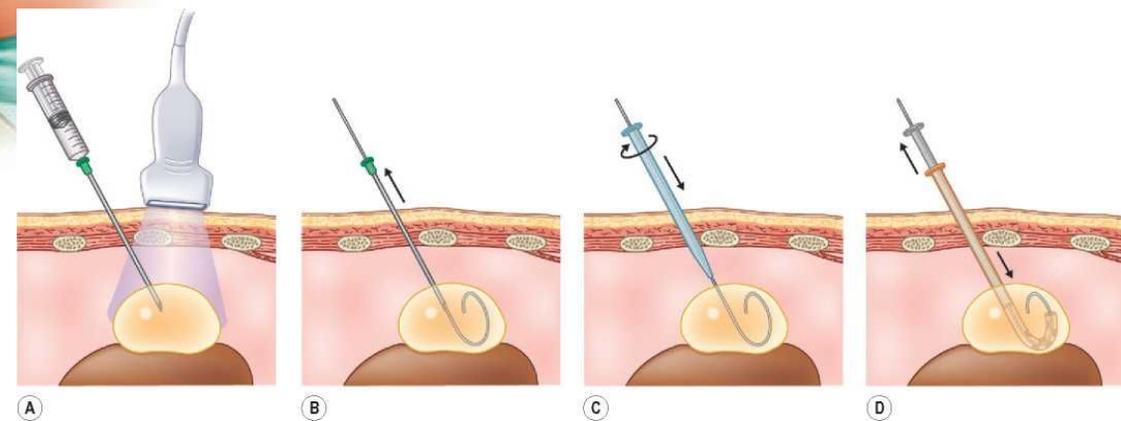
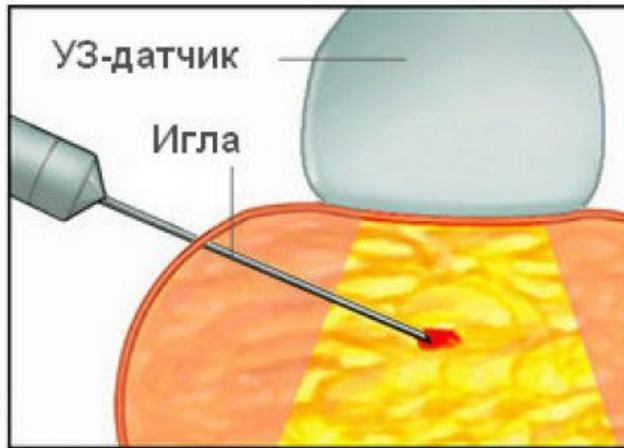
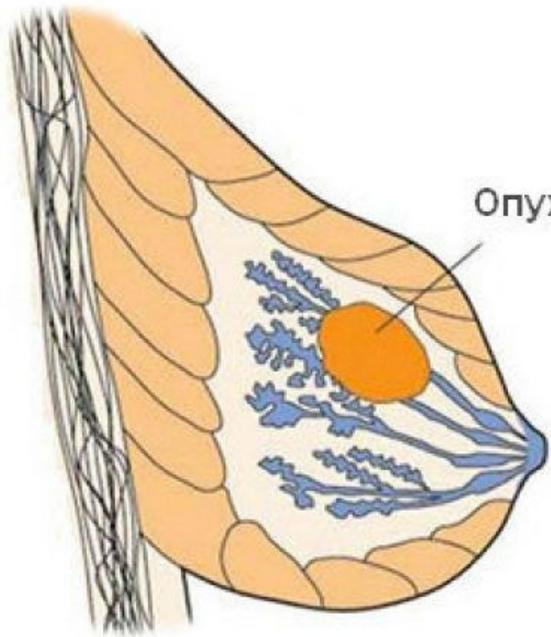
Магнитно-резонансная томография молочных желез

- проводится чаще всего для выявления различных новообразований в них, а также для диагностики патологии в этой части тела
- использование этого метода позволяет установить достоверный диагноз даже в спорных случаях
- используют для проверки состояния и целостности имплантатов
- в послеоперационный период для оценки состояния соединительных тканей и шрамов с целью предотвращения воспалений и рецидивов заболевания
- при РМЖ проводится как до и после хирургического вмешательства
- проводят для оценки результатов проведённых ранее сеансов химиотерапии

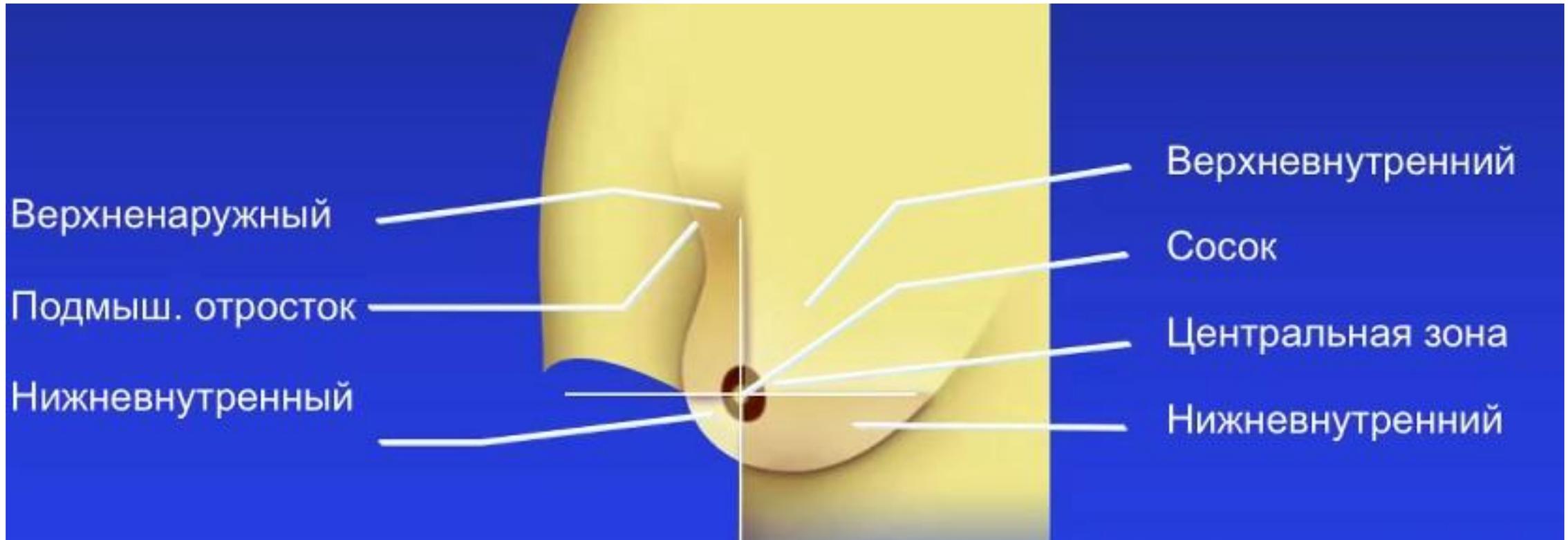




Термография.
Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
левой молочной железы



2. Рак молочной железы: клиника, классификация по стадиям, методы лечения



Статистика

- Рак молочной железы в структуре онкологических заболеваний всего населения (мужского и женского) Санкт-Петербурга и Ленинградской области устойчиво занимает третье место после рака легких и желудка.
- Среди женских онкологических заболеваний рак молочной железы занимает первое место.
- Показатель заболеваемости в нашем регионе за последние годы возрос до 32,0 на 100000 населения, а смертность от этого заболевания составляет 15,5 на 100000 населения.
- По оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2000 году в мире выявлено до 1 млн. новых случаев рака молочной железы.

Классификация

Согласно Международной классификации выделяются следующие гистологические формы злокачественных опухолей молочной железы эпителиального происхождения:

1) Неинвазивные:

- а) внутрипротоковая карцинома;
- б) дольковая карцинома,

2) Инвазивные:

- а) инвазивная протоковая карцинома;
- б) инвазивная протоковая карцинома с преобладанием внутрипротокового компонента;
- в) инвазивная дольковая карцинома;
- г) слизистая карцинома;
- д) медуллярная карцинома;
- е) папиллярная карцинома;
- ж) тубулярная карцинома;
- з) аденоидная кистозная карцинома;
- и) секреторная (юношеская) карцинома;
- к) апокриновая карцинома;
- л) карцинома с метаплазией:
 - плоскоклеточный тип,
 - веретенноклеточный тип,
 - хрящевой и костный типы,
 - смешанный тип;

м) прочие.

3) Болезнь Педжета (рак соска молочной железы).

I. Узловые формы:

1. Отграничено растущие.
2. Местно-инфильтративно растущие.

II. Диффузные формы:

1. Отечные.
2. Диффузно-инфильтративные.
3. Лимфангитические.

III. Атипичные формы.

1. Рак Педжета.
2. Первично-метастатический (скрытый) рак.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (TNM)

- **T – первичная опухоль**

Tx – недостаточно данных для оценки первичной опухоли

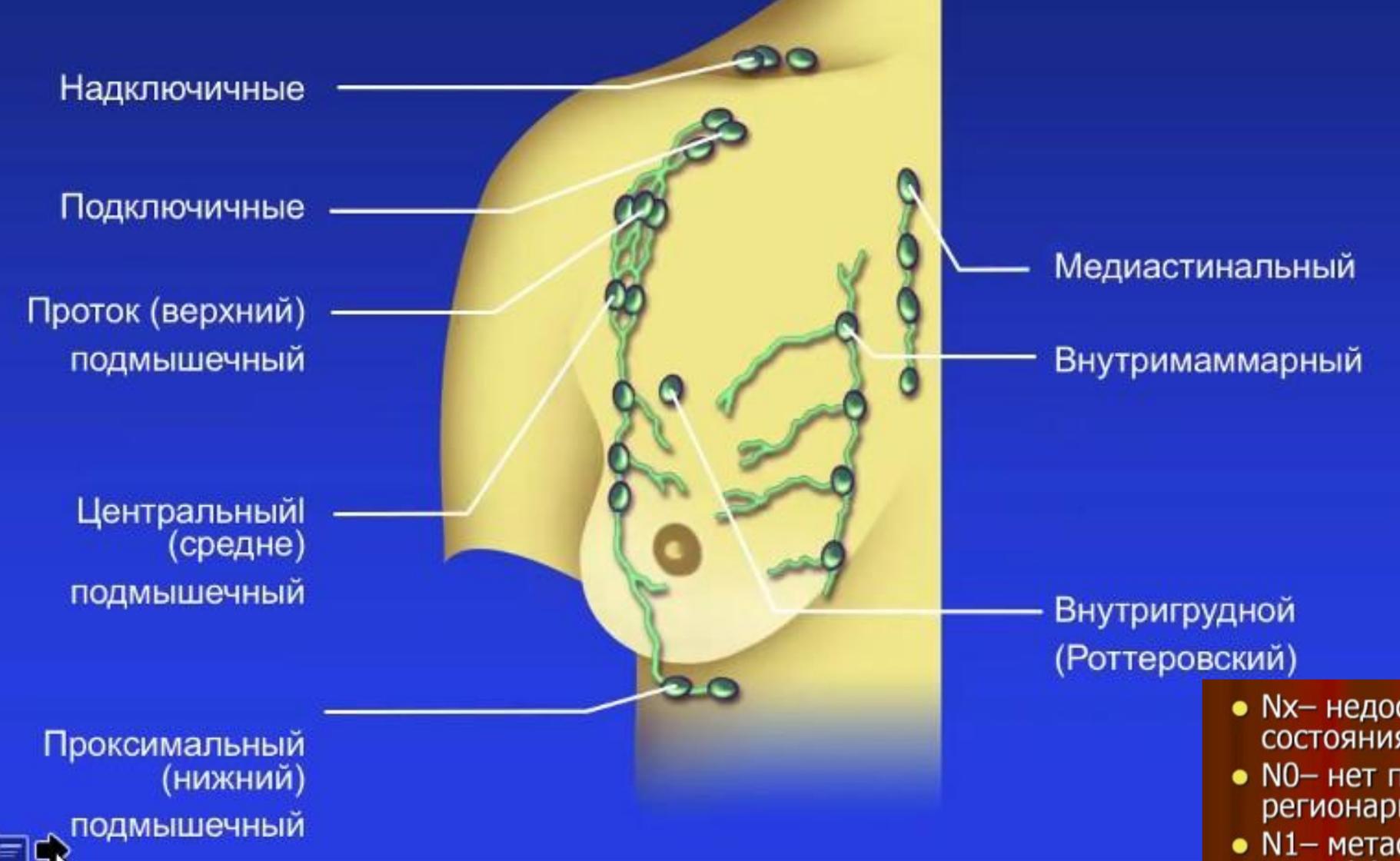
T0 – первичная опухоль не определяется

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 грудную стенку или кожу.



- Nx – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
- N0 – нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов
- N1 – метастазы в смещаемых подмышечных узлах(е) на стороне поражения
- N2 – метастазы в подмышечных узлах(е), фиксированных друг с другом или с другими структурами на стороне поражения
- N3 – метастазы во внутренних лимфатических узлах(е) молочной железы на стороне поражения

M - метастаз

- Mx – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
- M0 – нет признаков отдаленных метастазов
- M1 – имеются признаки отдаленных метастазов

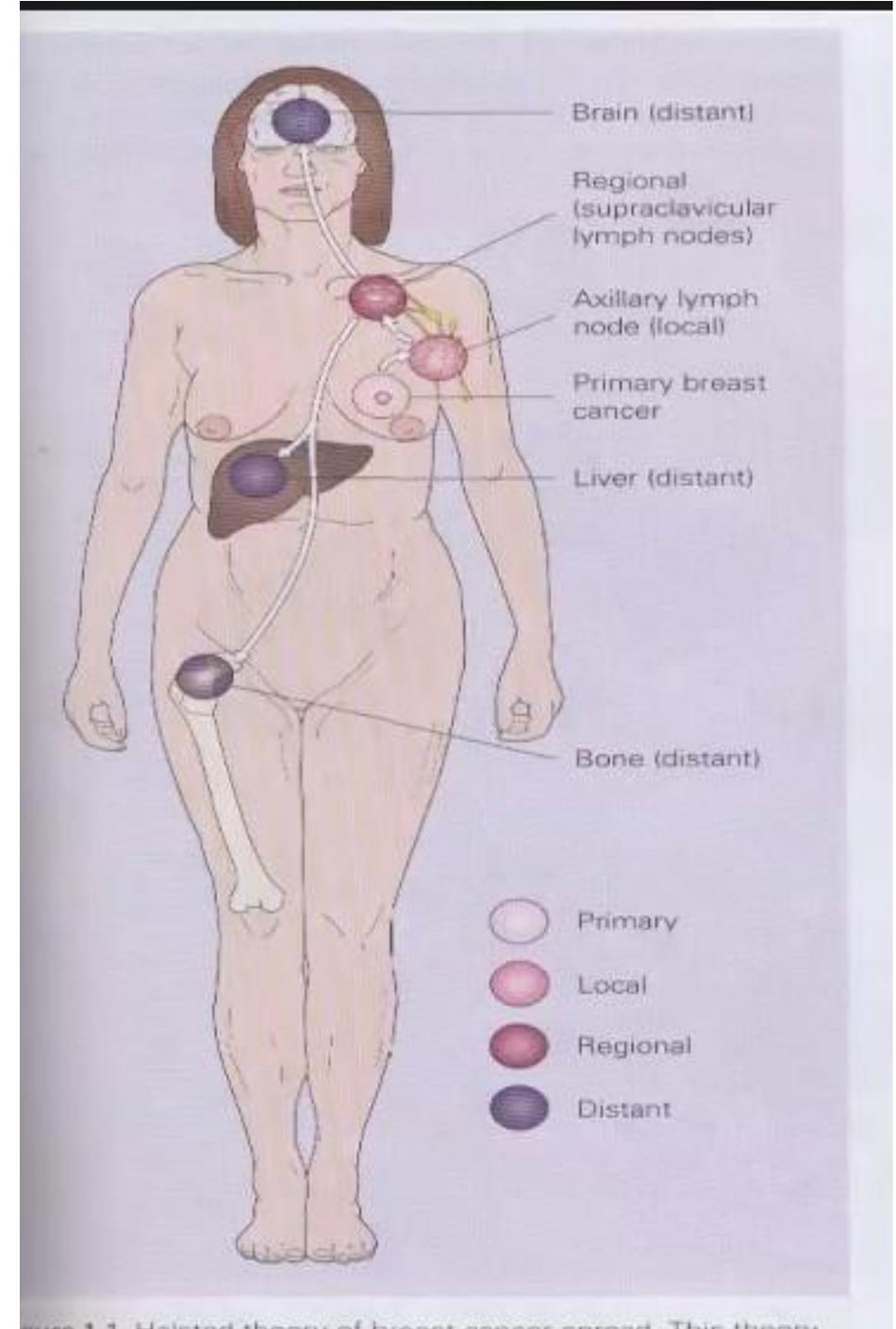


Figure 1.1. Halsted theory of breast cancer spread. This theory

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Стадия 0 Tis N0 M0
- Стадия I T1 N0 M0
- Стадия IIA T0 N1 M0
- T1 N1 M0
- T2 N0 M0
- Стадия IIB T2 N1 M0
- T3 N0 M0
- Стадия IIIA T0 N2 M0
- T1 N2 M0
- T2 N2 M0
- T3 N1, N2 M0
- Стадия IIIB T4 любая N M0
- любая T N3 M0
- Стадия IV любая T любая N M1

Рак молочной железы

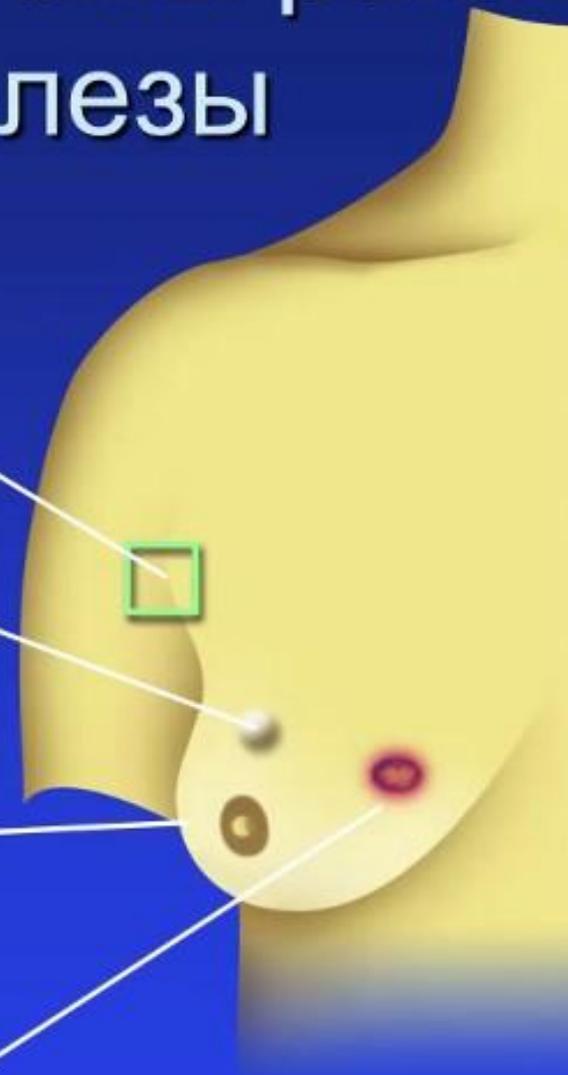
Признаки и симптомы рака молочной железы

- Опухоль или боль
- в подмышечной
- области

- Пальпируемая опухоль
- Уплотнение
- Боль

- Выделения из соска
- Втяжение соска

- Отек или покраснение
кожи



Симптом площадки



Симптом Краузе



Изменения формы МЖ



Прорастание кожи и распад опухоли



Воспалительная форма РМЖ



Методы лечения РМЖ

ЛОКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Хирургия
- Лучевая терапия
- Комбинированная терапия

СИСТЕМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Химиотерапия
- Гормонотерапия
- Моноклональные антитела (таргетные препараты)
- Комплексная терапия
- Иммуноterapia (историческое значение)

Лучевая терапия РМЖ

- Предоперационная (40-45 Гр)
- Послеоперационная (40-45 Гр)
- Радикальная (60-70 Гр)
- Паллиативная (2-24 Гр)

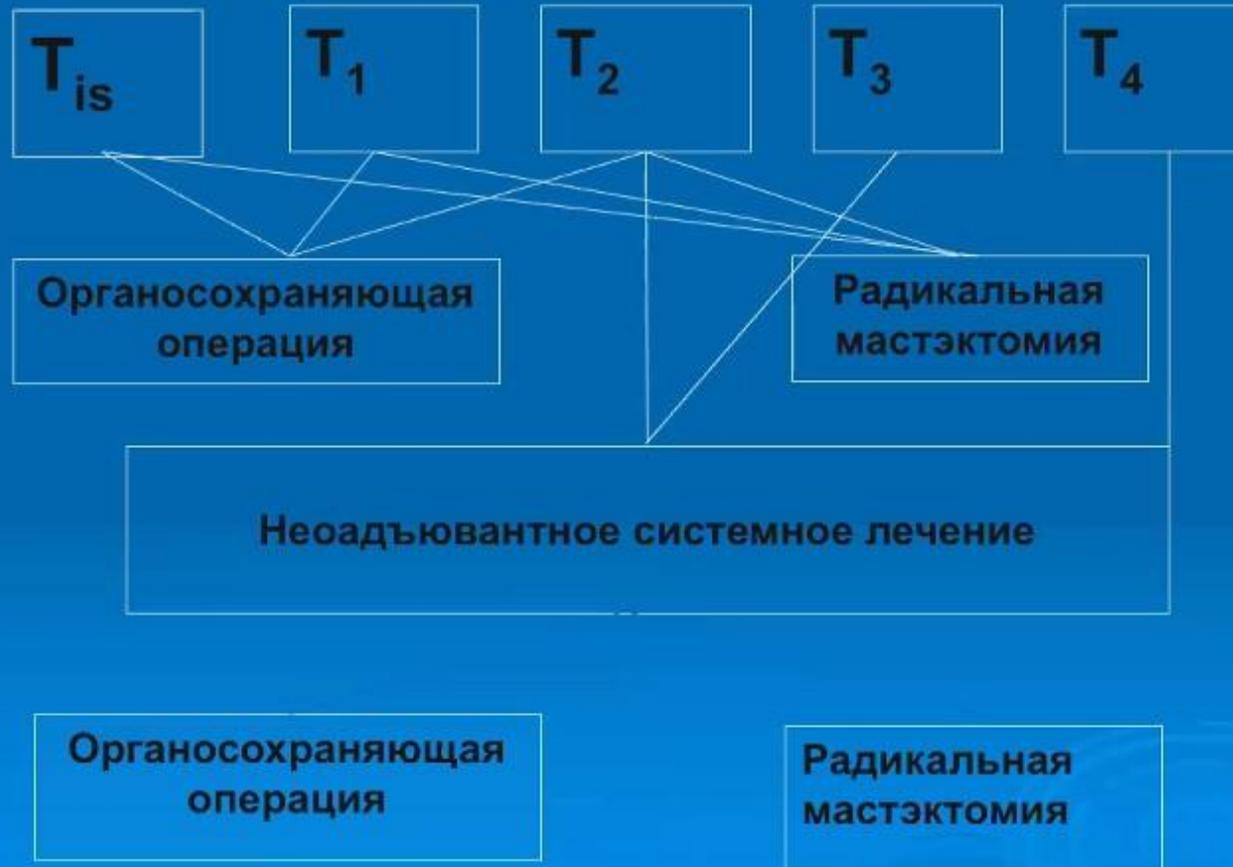
Лекарственная терапия РМЖ

- Химиотерапия
- Гормонотерапия
- «Таргетная» терапия
- Иммунотерапия

Химиотерапия РМЖ

- Неoadьювантная (индукционная)
- Адьювантная
- При диссеминированном раке

Тактика хирургического лечения при первичном РМЖ



Хирургическое лечение

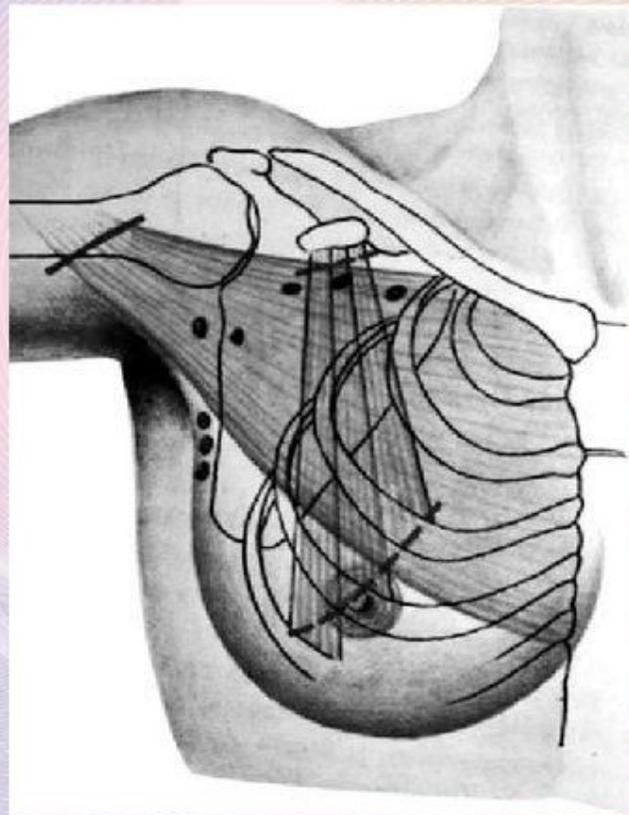
I. Мастэктомия

1. Радикальная мастэктомия по Холстеду-Майеру;
2. Модифицированная (ограниченная) радикальная мастэктомия по Пейти-Дайсену;
3. Расширенная радикальная (подмышечно-грудинная) мастэктомия по Урбану-Холдену;
4. Радикальная мастэктомия по Маддену;
5. Мастэктомия по Пирогову;
6. Простая мастэктомия.

II. Органосохраняющие операции (радикальная резекция)

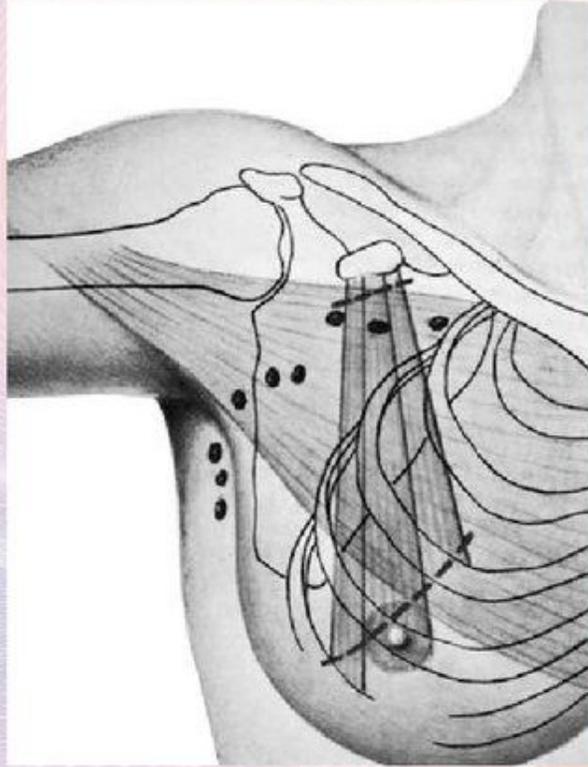
1. Туморэктомия (лампэктомия);
2. Резекция квадранта (квадрантэктомия).

Радикальная мастэктомия по Холстеду-Майеру



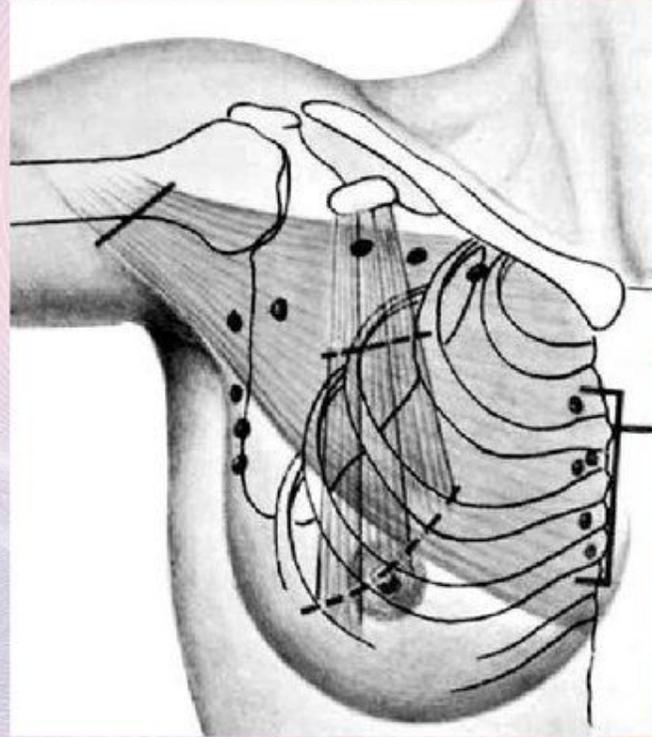
Единым блоком удаляют МЖ, большую и малую грудную мышцы, их фасции, подключичную, подмышечную и подлопаточную клетчатку с л/у в пределах анатомических футляров

Модифицированная радикальная мастэктомия по Пейти-Дайсену



Предполагает сохранение большой грудной мышцы, но удаление малой грудной для облегчения доступа к л/у II и III уровней

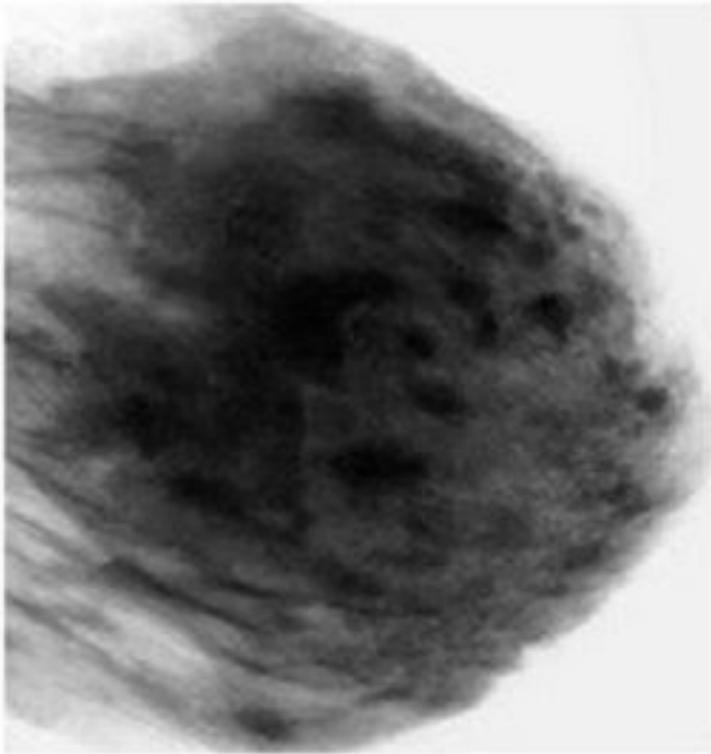
Расширенная радикальная мастэктомия по Урбану-Холдену



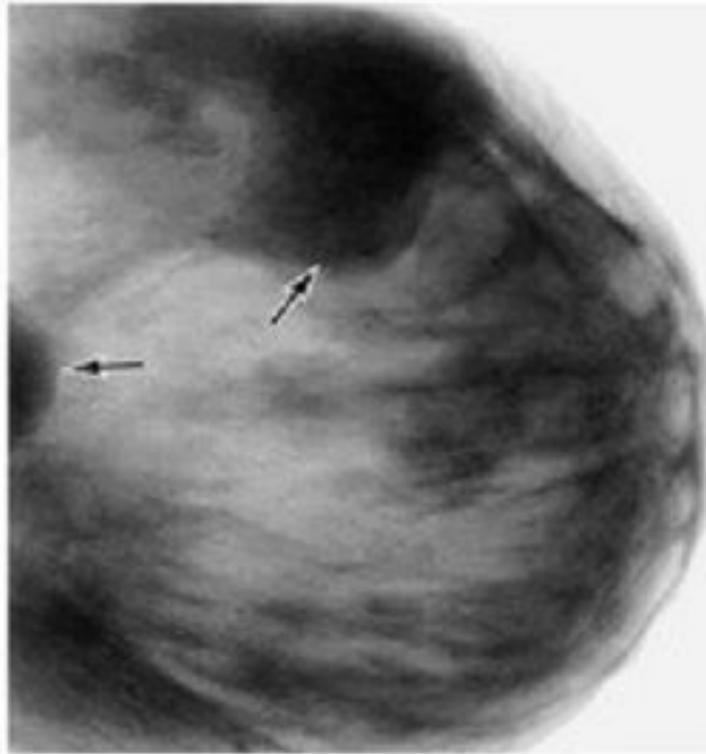
Предполагает в дополнении к оперативному вмешательству по Холстеду-Майеру парастернальную лимфаденэктомию с резекцией хрящевых частей II–IV ребер и грудины на этом уровне. Показанием к операции служат опухоли, локализованные во внутренних квадрантах МЖ

Радикальная мастэктомия по Маддену

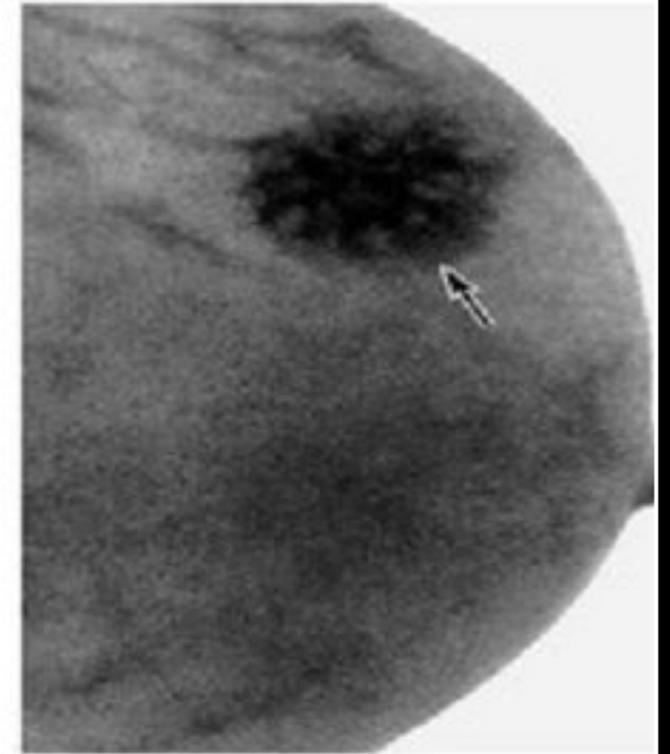
Предусматривает сохранение как большой, так и малой грудных мышц. При этом выполняется подключично - подмышечная лимфаденэктомия. Данную операцию в настоящее время считают оптимальной при узловых формах РМЖ – она носит функционально-щадящий характер.



Маммография, фото 1
Молочная железа в норме



Маммография, фото 2
Мастопатия



Маммография, фото 3
Рак

53. Диф диагностика ДНО и ЗНО 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. |