

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Северо – Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра хирургических болезней № 2

Калицова М.В ., Тотиков В.З., Мильдзихов Г.У.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Учебное пособие для студентов
4 курса лечебного факультета по факультетской хирургии

Владикавказ
2020 г.

УДК618-19
3-12

Калицова М.В ., Тотиков В.З., Мильдзихов Г.У.

Заболевания молочной железы: учебное пособие - Северо – Осетинская
Государственная Медицинская Академия.- Владикавказ, 2020 – 45 с.

Данное учебное пособие посвящено заболеваниям молочной железы. Авторами представлены современные данные по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике, предоперационной и интраоперационной тактике ведения и лечения пациентов с заболеваниями молочной железы. Отражены представления о спорных и нерешенных вопросах, касающихся современного состояния данной проблемы.

Учебное пособие разработано в соответствии с требованиями ФГОС ВО, предназначено для студентов старших курсов медицинских ВУЗов и факультетов, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

**K618-19
3-12**

Р е ц е н з е н т ы:

Хестанов А.К. – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней № 3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Беслекоев У.С. – доцент, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России (протокол № 6 от 6 июля 2020 г)

© Северо – Осетинская Государственная Медицинская Академия, 2020
© КалицоваМ.В., Тотиков В.З, Мильдзихов Г.У., 2020

СОДЕРЖАНИЕ

I.	ВВЕДЕНИЕ.....	5
II.	АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.....	5
III.	ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.....	6
IV.	АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ	7
V.	КЛАССИФИКАЦИЯ	12
VI.	ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (МАСТИТЫ)	14
VII.	ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ	19
VIII.	ДИАГНОСТИКА	25
IX.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	28
X.	ЛЕЧЕНИЕ	31
	ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	38
	Ответы на тестовые задания	41
	СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	42
	Ответы на ситуационные задачи.....	43
	РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	46

Цель занятия: Ознакомить студентов с этиологией патогенезом, клиническим течением различных форм заболеваний молочной железы. Научить студентов методике обследования больных страдающих змж, методам диагностики, правильному построению и формулировке клинического диагноза, основам дифференциального диагноза и выбору метода лечения.

Студент должен знать:

1. Какие заболевания молочной железы относятся к дисгормональным.
2. Патогенез дисгормональных заболеваний, диагностику и лечение.
3. Показания к гормональному и хирургическому лечению мастопатии.
4. Этиологию и патогенез рака молочной железы, гормонозависимость рака молочной железы.
5. Способы диагностики рака молочной железы (маммография, пункционная цитодиагностика, операционная биопсия).
6. Классификацию рака молочной железы, международную и отечественную.
7. Особые формы рака молочной железы (болезнь Педжета, раковый мастит, панцирный рак, рожеподобный рак).
8. Лечение, виды оперативных вмешательств при заболеваниях молочной железы, принципы радикальной мастэктомии (абластичность, электроинцизия, правила блокового иссечения).
9. Профилактику рака молочной железы.

Студент после практического занятия должен уметь:

1. Выполнять осмотр и пальпацию молочных желез, определять наличие патологических симптомов, свойственных различным заболеваниям молочной железы.
2. Исследовать регионарные лимфатические узлы.

Оценить имеющиеся у больной дополнительные лабораторные и инструментальные методы диагностики заболевания молочной железы.

ВВЕДЕНИЕ

В молочных железах могут развиваться заболевания, различные по причинам и характеру течения. При этом нередко они имеют очень похожую симптоматику, и дифференцировка их, установление правильного диагноза часто требуют врачебной квалификации и применения некоторых лабораторных и инструментальных методов исследований. Тем не менее каждой женщине полезно иметь определенные представления о некоторых заболеваниях молочных желез и их наиболее характерных симптомах, чтобы в случае необходимости правильно ориентироваться в ситуации и своевременно обратиться за помощью в медицинское учреждение.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Заболевания молочных желез – наиболее распространенная группа заболеваний среди женского населения. Они бывают доброкачественные и злокачественные, то есть онкологические.

Основные заболевания молочных желез: Из доброкачественных возникают наиболее часто мастопатия, мастит, мастодиния, травмы груди. К злокачественным заболеваниям относится рак молочной железы, который поражает современных женщин все чаще.

Фиброзно-кистозная болезнь (фиброзно-кистозная мастопатия) – это доброкачественные изменения тканей молочных желез, как правило, не повышающие риск развития рака молочной железы, за исключением некоторых видов. Фиброзно-кистозная болезнь, или мастопатия, по данным различных исследований выявляется примерно у 50-60% женщин, как правило, в возрасте от 30 до 50 лет, и гораздо реже у женщин в период менопаузы.

При фиброзно-кистозной болезни женщина может чувствовать боли в молочных железах, усиливающиеся перед менструацией. Они чаще всего проходят и уменьшаются после окончания цикла. В ряде случаев боли приобретают очень интенсивный характер, распространяются на плечо, подмышечную область, лопатку. При пальпации определяются участки уплотнений (без четких границ, с четкими границами, в виде тяжелой, мелкой зернистости). Могут быть выделения из молочных желез.

Мастит – это воспаление молочных желез, которое встречается преимущественно у женщин, кормящих грудью, и возникает из-за бактериальной инфекции (которая проникает в железу по лимфатическим путям через трещины и ссадины сосков, реже – через протоки и кровь в закупоренном протоке).

Иногда мастит развивается у не кормящих женщин, чаще всего у тех, кто перенес операцию по удалению доброкачественной опухоли, а также у женщин с расстройством иммунной системы и больных сахарным диабетом.

Послеродовой мастит встречается в 2 - 5 % случаев, чаще у женщин, рожавших впервые. Маститами женщины заболевают обычно в течение первого месяца после родов. Он является одним из самых частых проявлений послеродовой инфекции.

Мастодиния (масталгия) - боль в грудной железе. У женщин в пременопаузе мастодиния может проявляться в виде чувства дискомфорта, возникающего перед менструацией. Предполагают, что причина мастодинии - циклическое нагрубание желез, обусловленное венозным застоем и отеком стромы перед менструацией; в это время молочная железа увеличивается в объеме более чем на 15%. Терапию проводят одновременно с лечением предменструального синдрома

ЭТИОЛОГИЯ ПАТОГЕНЕЗ

Нормальное функционирование молочных желез зависит от адекватного соотношения концентраций эстрадиола и прогестерона в их тканях. Нарушение этого соотношения приводит вначале к развитию функциональных нарушений, а в дальнейшем и к морфологическим изменениям, причем ведущая роль в возникновении ФКБ принадлежит не столько абсолютному увеличению эстрогенов, сколько относительной гиперэстрогении, возникающей вследствие недостатка продукции прогестерона во II фазу менструального цикла.

Гормональный дисбаланс в тканях молочной железы в сторону дефицита прогестерона вызывает морфофункциональную перестройку молочных желез, сопровождается отеком и гипертрофией внутридольковой соединительной ткани, а избыточная пролиферация эпителия протоков, приводящая к их обструкции, при сохраненной секреции в альвеолах приводит к увеличению альвеол и развитию кистозных полостей.

Причиной развития дисгормональной гиперплазии молочных желез может явиться повышение уровня пролактина вне беременности и лактации.

Некоторые исследователи отмечали значительное повышение уровня пролактина в крови в течение менструального цикла у женщин, страдающих ФКБ, по сравнению со здоровыми женщинами. По другим наблюдениям, уровень пролактина остается нормальным. По-видимому, противоречивость полученных данных связана как с характером нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, так и со сроками определения уровня пролактина в сыворотке крови. Последнее наиболее актуально для транзиторной формы гиперпролактинемии, для которой характерно повышение уровня пролактина только к концу менструального цикла.

Патогенетическая роль пролактина в развитии ФКБ до конца не уточнена. С одной стороны, рост содержания последнего в сыворотке крови является только маркером центральных, гипоталамо-гипофизарных нарушений в системе регуляции репродуктивной функции; но с другой - избыток пролактина оказывает прямой стимулирующий эффект на пролиферативные процессы в периферических органах-мишенях, реализуемый путем усиления продукции эстрогенов яичниками. Как уже упоминалось, имеет значение также способность пролактина увеличивать содержание рецепторов эстрадиола в тканях молочной железы.

Причинами патологической гиперпролактинемии являются заболевания, сопровождающиеся нарушением функции гипоталамуса (инфекции, травмы),

аденомы гипофиза (пролактиномы), эктопическая секреция гормона, гипотиреоз, синдром поликистозных яичников, климактерический синдром, недостаточность надпочечников, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, опоясывающий лишай, внутриматочная контрацепция, воздействие токсических факторов, а также различные стрессовые ситуации, которые могут сопровождаться эпизодами гиперпролактинемии.

Повышение уровня пролактина сопровождается отеком, нагрубением и болезненностью молочных желез, особенно во вторую фазу менструального цикла. При этом могут наблюдаться вегетативные расстройства: мигренеподобные головные боли, отеки конечностей, боли и вздутие живота. Этот симптомокомплекс получил название «предменструального синдрома» (ПМС).

Причин возникновения этих расстройств огромное количество. Поданным Сидоренко Л. Н. (1991), основными из них являются:

1. Фрустрирующие (стрессовые) ситуации, которые присутствуют в жизни каждой женщины (неудовлетворенность семейным положением, а также своим положением в обществе, бытовые конфликты, конфликтные ситуации на работе, психические стрессы и др.), поскольку любой стресс сопровождается различными функциональными нарушениями нейроэндокринной системы.
2. Факторы сексуального характера.
3. Факторы репродуктивного характера (количество беременностей, родов, абортов, возраст при беременности и родах, рождение крупного плода, длительность лактации, время появления менархе и наступления менопаузы и др.).
4. Гинекологические заболевания и в первую очередь воспалительные процессы в малом тазу.
5. Эндокринные нарушения (дисфункция щитовидной железы, метаболический синдром, синдром поликистозных яичников, сахарный диабет 1-го и 2-го типов и др.).
6. Патологические процессы в печени и желчных путях.
7. Наследственная (генетическая) предрасположенность. Остановимся на некоторых из них.

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ

Молочная железа – это сложный в анатомическом и функциональном состоянии орган, который развивается из базальных клеток эктодермы и происходит из дериватов кожи в результате дифференциации зачатков, сходных с зачатками апокриновых желез. У человека молочная железа чаще

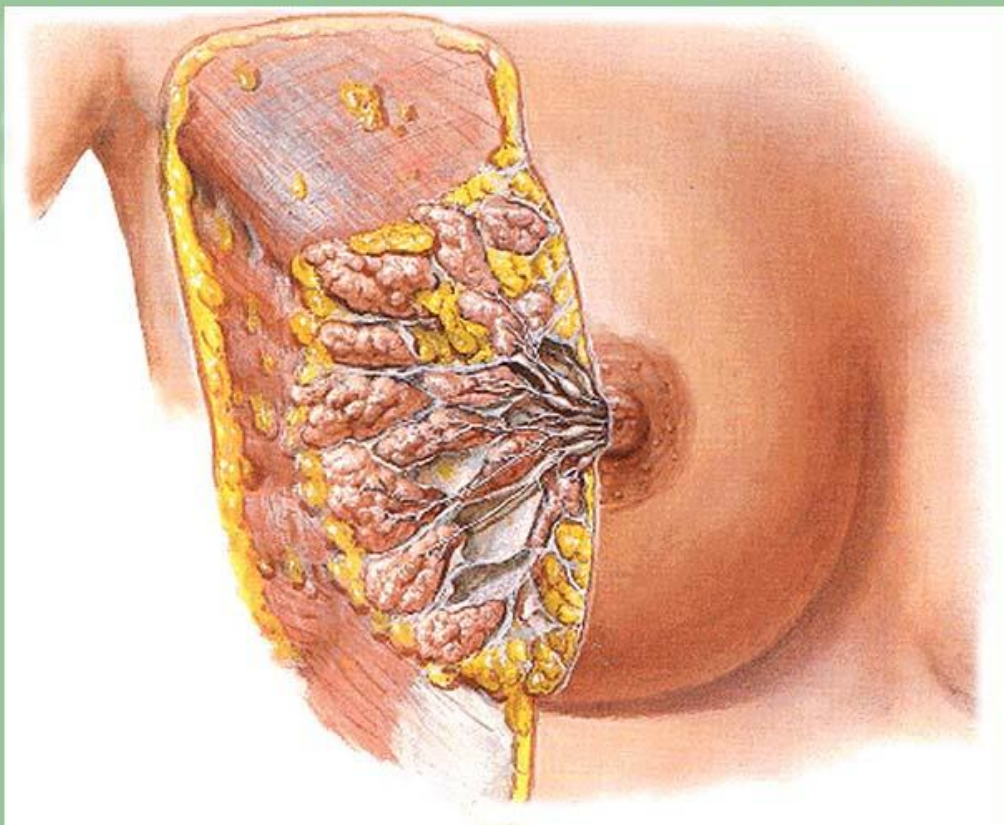
развивается из IV пары молочных точек, появляющихся у эмбриона на 2-м месяце жизни вдоль двух эпителиальных полос, или млечных линий.

Молочная железа у женщин расположена на передней грудной стенке между III-IV ребрами. С медиальной стороны она прилегает к грудице или накрывает часть ее, снаружи закрывает край большой грудной мышцы и доходит до передней подмышечной линии. Тело железы имеет форму выпуклого диска с неровной поверхностью спереди, где находятся выступы и углубления, заполненные жировой клетчаткой. Задняя, более гладкая, поверхность прилегает к фасции большой грудной мышцы, но края диска также неровные, иногда образуют выступы, чаще всего в сторону подмышечной впадины.

Паренхима представлена сложными альвеоляротрубчатыми железами, собранными в мелкие дольки, из которых формируется крупные доли. Размер молочных долей колеблется от 1-2 в длину и 1,5-2 см в ширину – небольшие молочные железы; до 5-6 см в длину и 3-4 см в ширину – большие железы. Число долей в железе от 6-8 до 20-24. Каждая доля имеет выводной молочный проток. Некоторые протоки могут соединяться перед выходом на поверхность соска, поэтому число отверстий на соске может колебаться от 12 до 20.

Доли располагаются в радиальном направлении к соску и могут наслаиваться одна на другую. Основная масса железистой ткани находится в задних отделах и по периферии молочной железы, а в центральной части преобладают молочные протоки.

Дольковое строение молочной железы

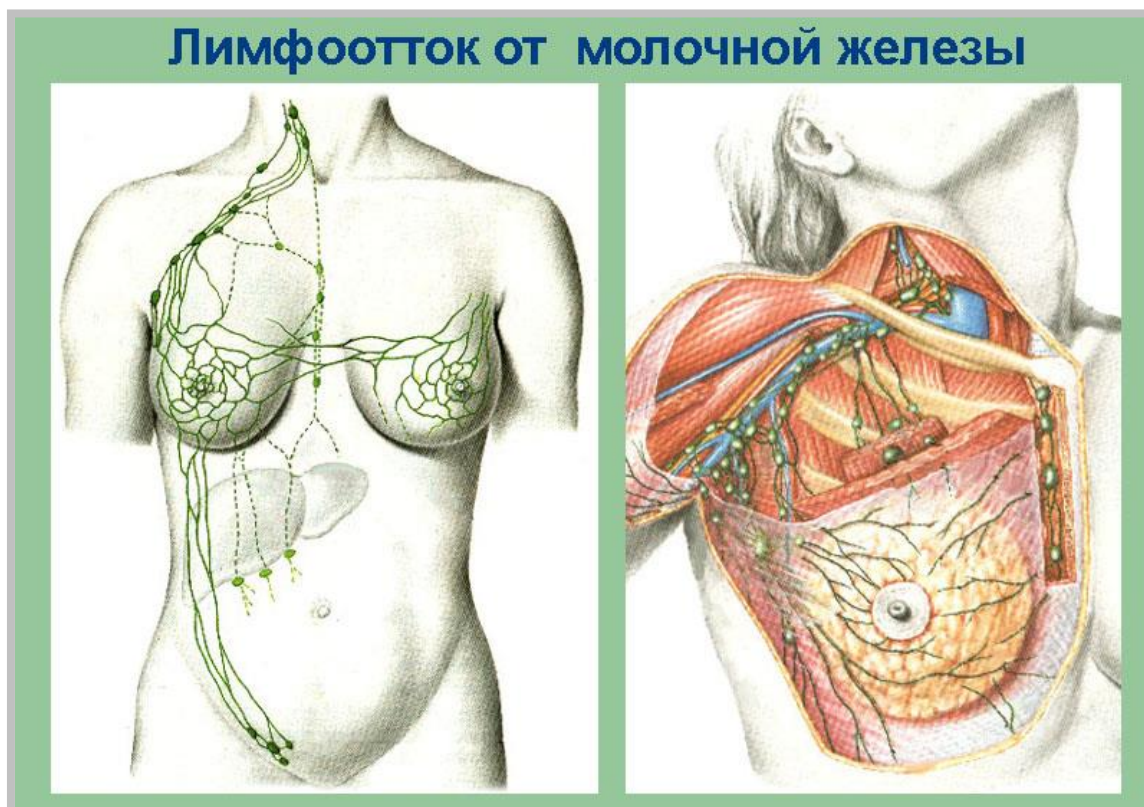


Паренхима железы заключена в соединительнотканый футляр,

образованный расслоением поверхностной грудной фасции, покрывающей спереди большую грудную и зубчатую мышцы. Под передним листком расщепленной поверхностной фасции имеется большое количество жировой клетчатки, окружающей молочную железу снаружи и проникающей между ее долями. Между задней поверхностью железы и фасцией, покрывающей большую грудную мышцу, находится клетчатка, состоящая из рыхлой соединительной и жировой ткани, обеспечивающей подвижность железы. От фасциального футляра вглубь распространяются соединительнотканые тяжи и перегородки, пронизывающие всю ткань железы и образующие ее мягкий остов, в котором, помимо грубой соединительной ткани, располагается жировая клетчатка, молочные протоки, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы. Между железистыми дольками паренхимы имеется более нежная и рыхлая соединительная ткань, лишенная жировой клетчатки. Внутридольковые перегородки продолжают кпереди за пределы фасциального футляра железы к глубоким слоям кожи в виде множества соединительнотканых тяжей – связок Купера. таким образом эти связки соединяют задний, передний фасциальные листки и глубокие слои кожи железы.

Молочная железа снабжается кровью ветвями внутренней грудной и подмышечной артерий (боковая и верхняя грудная), а также ветвями межреберных артерий. Вены молочной железы сопровождают артерии и широко анастомозируют с венами окружающих областей и противоположной молочной железы.

Иннервация происходит за счет мелких ветвей плечевого сплетения и 2-7 веточек межреберных нервов. Лимфатическая система молочной железы делится на внутриорганную и внеорганную.

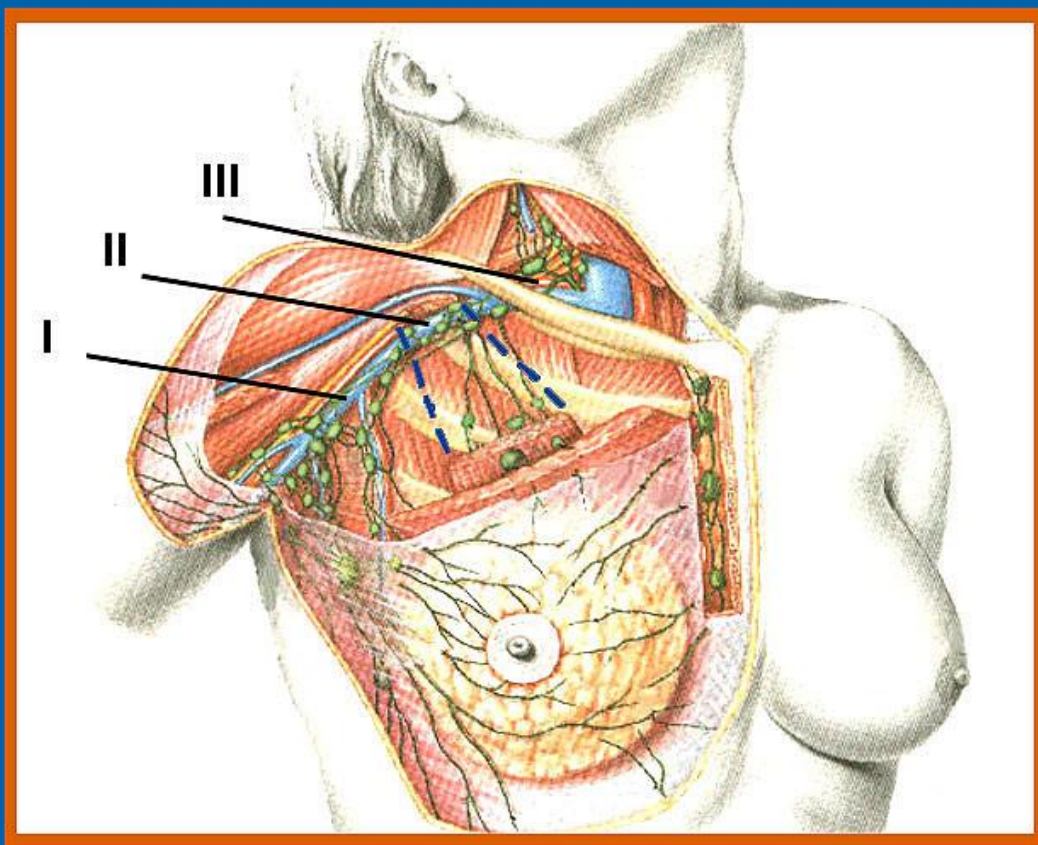


Внутригрудная лимфатическая система железы состоит из капилляров и сплетений лимфатических сосудов как паренхимы железы, так и наружного ее покрова – кожи и подкожной жировой клетчатки. Лимфатическая система в паренхиме железы берет начало в виде капилляров в междольковой рыхлой соединительной ткани. Капилляры в виде трехмерных сеточек, образующие корзинки, окружают доли железы. Между сеточками имеются соединяющие их междольковые капилляры. От сеточек в каждой доле отходят 1-3 более крупных отводящих лимфатических сосудов, которые образуют сплетения вокруг и вдоль млечных ходов в соединительнотканной клетчатке.

Лимфатические капилляры кожи железы образуют две сети – поверхностную (в подсосочковом слое), и глубокую (в глубоком слое дермы). Петли обоих слоев капилляров связаны анастомозами.

Внеорганный лимфатический система молочной железы представлена отводящими сосудами и регионарными узлами. Различают следующие пути оттока лимфы от молочной железы:

- 1) Подмышечный путь (главный); в норме по этому пути от молочной железы оттекает около 97% лимфы. Основные аксиллярные стволы начинаются в подмышечном сплетении одним или двумя постоянными лимфатическими сосудами.
- 2) Подключичный путь – лимфа отводится от лимфатических сплетений верхних и задних отделов молочной железы к подключичным узлам.
- 3) Парастернальный путь – лимфоотток происходит по многочисленным сосудам, исходящим преимущественно из глубоких отделов медиальной части железы.
- 4) Межреберный путь – лимфоотток совершается через множественные мелкие стволы, отходящие от задних и наружных отделов молочной железы.
- 5) Позадигрудный путь – лимфоотток происходит по лимфатическим сосудам, берущим начало из центрального и медиального отделов молочной железы и прободящих грудную стенку у грудины.
- 6) Перекрестный путь движения лимфы складывается из множества кожных и подкожных лимфатических сосудов грудной стенки, переходящих среднюю линию.
- 7) Путь Героты – сеть лимфатических сосудов, которые располагаются в эпигастрии и через оба листка влагалища прямой мышцы живота направляются в предбрюшинную клетчатку.



Молочная железа мужчины является рудиментарным образованием, по гистологическому строению сходным с железами новорожденных. У взрослого мужчины она имеет форму усеченного конуса. диаметр несколько больше 1 см. Краевые отделы железы связаны с кожей тонкими соединительнотканными перегородками, которые соответствуют куперовым связкам молочной железы у женщины. Тело железы состоит из рыхлой соединительной ткани, в которой располагается слабо разветвленные главные млечные ходы и протоки, выстланные двухслойным кубическим или цилиндрическим эпителием. У основания соска они сливаются в более крупные выводные протоки с выстилкой многослойным плоским эпителием.

Основная функция молочной железы – синтез и секреция молока. Строение и функция молочных желез существенно меняется на разных этапах менструального цикла, беременности, лактации, возрастных инволютивных процессов. Эти изменения определяются функцией эндокринных органов.

С 10-12 летнего возраста начинают вырабатываться фолликулинстимулирующий и лютеинизирующий гормоны передней доли гипофиза, которые обуславливают превращение пренормальных фолликулов яичников в зрелые, секретирующие эстрогены. Под влиянием эстрогенов начинается рост и созревание половых органов и молочных желез. С наступлением менструального цикла включается и прогестерон – гормон

желтого тела. В предменструальном периоде количество железистых ходов в молочной железе увеличивается, они расширяются, доли отечны, местами обнаруживаются слущенные клетки, эпителиальный слой набухает, вакуолизируется. В послеменструальном периоде отечность долек, инфильтрация вокруг крупных ходов исчезает.

При беременности на состояние молочных желез оказывают влияние гормоны, вырабатываемые плацентой, хорионический гонадотропин, пролактин, а также гормоны истинного желтого тела; синтез гормонов передней доли гипофиза в этот период снижен. В молочной железе происходит гиперплазия железистых долек. После родов и отхождения плаценты вновь активируется функция аденогипофиза. Под влиянием пролактина и гормонов задней доли гипофиза окситоцина начинается лактация. По ее окончании молочная железа подвергается физиологической инволюции.

В климактерическом периоде по мере снижения функции яичников снижается уровень эстрогенных гормонов и компенсаторно повышается уровень фолликулинстимулирующего гормона гипофиза. Молочная железа уменьшается, железистая ткань замещается фиброзной и жировой.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
- Маститы (специфические и неспецифические)
- ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ:
- Эпителиального происхождения (фиброаденома, аденома, папиллома)
- Неэпителиального происхождения (липома, фиброма, ангиома и т.д.)
- . ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПАЗИИ (Фиброзно-кистозная болезнь):
- Мастопатия (фиброаденоматоз)
- . ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Мастит

Мастит (грудница)—воспаление паренхимы и интерстиция молочной железы.

Острый мастит в 80—85% всех случаев встречается в послеродовом периоде у кормящих женщин (так называемый лактационный мастит), в 10—15% — у не кормящих и лишь в 0,5— 1%— у беременных.

Частота возникновения маститов объясняется изменением видового состава возбудителей гнойной инфекции, их антигенных свойств и антибиотикорезистентностью. Обычно мастит развивается в одной молочной железе; двусторонний мастит встречается редко. Чаще послеродовой мастит возникает у первородящих.

Возбудителем мастита часто является стафилококк. У 82% больных при посеве гноя стафилококк выделен в чистом виде, у 11% —в ассоциациях с *E. coli* и стрептококком, у 3,4% —высеяна *E. coli* в монокультуре, у 2,4% выделен стрептококк; редко встречаются протей, *Ps. aeruginosa*, грибы. Источником инфекции являются носители возбудителей и больные со стертыми формами

гнойно-воспалительных заболеваний из числа окружающих лиц, от которых микробы распространяются с пылевыми частицами, через предметы ухода, белье и д-р. Первостепенное значение в возникновении мастита имеет внутрибольничная инфекция

Входными воротами инфекции служат чаще всего трещины сосков. Возможно и интраканаликулярное проникновение инфекции при кормлении грудью или сцеживании молока; реже встречается распространение инфекции гематогенным и лимфогенным путями из эндогенных очагов инфекции. Наличие патогенных бактерий на коже и сосках матери, а также в ротовой полости ребенка не всегда приводит к маститу. Благоприятствующими моментами для развития заболевания являются ослабление организма матери сопутствующими заболеваниями, снижение иммунобиологической реактивности организма, тяжело протекающие роды, особенно первые, с крупным плодом, различные осложнения послеродового периода. Существенным фактором, способствующим возникновению заболевания, является нарушение оттока молока с развитием лактостаза, что нередко наблюдается при недостаточности млечных протоков у первородящих, неправильном строении сосков и нарушениях функциональной деятельности молочной железы. При попадании микробов в расширенные млечные протоки молоко свертывается, стенки протоков отекают, что усугубляет застой молока; повреждается эпителий протоков. Все это способствует проникновению микробов в ткань железы, обуславливая возникновение и прогрессирование мастита.

Классификация.

Различают острые и хронические маститы.

С учетом течения воспалительного процесса: серозный, острый инфильтративный абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный.

В группе хронических маститов различают гнойную и негнойную формы. К негнойной форме хронического мастита относят плазмноклеточный перидуктальный мастит.

Специфический мастит — туберкулезный, сифилитический.

Патологическая анатомия.

Воспалительный процесс может ограничиваться воспалением млечных протоков, которое сопровождается выделением молока с примесью гноя или воспалением желез околососкового кружка. При переходе процесса на ткань железы и его прогрессировании могут последовательно наблюдаться фазы серозного и гнойного воспаления, нередко с выраженными деструктивными изменениями. Заканчивается процесс репаративной фазой. В фазе серозного воспаления ткань железы пропитана серозной жидкостью, отмечается скопление лейкоцитов вокруг сосудов. При прогрессировании воспалительного процесса серозное пропитывание сменяется диффузной гнойной инфильтрацией паренхимы молочной железы с мелкими очагами гнойного расплавления, которые в последующем сливаются, образуя абсцессы. Последние вследствие резкого истончения междольковых перегородок, обусловленного воспалительным процессом и увеличением секреторного

аппарата во время лактации, могут сливаться, прорываться в подкожную клетчатку или ретромаммарное пространство. Наиболее частая локализация гнойников — интрамаммарная, субареолярная. В редких случаях при гнойном мастите вследствие вовлечения в воспалительный процесс сосудов и тромбирования их наступает некроз отдельных участков железы, развивается гангренозная форма мастита. После вскрытия, опорожнения гнойника при гангренозной форме и удаления секвестров ткани молочной железы начинается процесс пролиферации. Образуется грануляционная ткань, а затем наступает рубцевание.

В основе хронического гнойного мастита лежит образование мелких абсцессов с выраженной индурацией окружающих тканей. При плазмноклеточном мастите выделяются инфильтраты, имеющие большое число блуждающих плазматических клеток вокруг млечных протоков. Хроническая инфильтративная фаза заболевания наблюдается при нерациональном местном применении антибиотиков путем повторных введений их в инфильтрат.

При расположении абсцесса в дольках на задней поверхности железы он может вскрыться в клетчаточное пространство позади нее, тогда образуется ретромаммарный абсцесс. В связи с большим объемом железистой ткани гнойный процесс в молочной железе развивается во всем его многообразии и тяжести, характерных для железистых органов.

Особенностями гнойного процесса в железистых органах являются слабовыраженная способность к отграничению и почти безудержное распространение с вовлечением в воспаление все большего количества железистой ткани. Это распространение нередко не останавливается и при радикальном вскрытии очага, после которого образуются все новые и новые абсцессы в паренхиме железы.

У некоторых больных железа сразу оказывается нафаршированной большим числом мелких гнойников, т. е. развивается гнойная инфильтрация паренхимы железы (апостематозный мастит), которая превращается как бы в губку, наполненную гноем. Это обычно быстро приводит к некрозу пораженных участков железы и образованию больших секвестров, которые постепенно отграничиваются от непораженных сегментов. Описанные формы процесса встречаются относительно редко. Еще реже наблюдается гнилостное поражение молочной железы, сопровождающееся общей септической реакцией.

Клиника

Серозная фаза. Появление боли в молочной железе, повышение температуры тела до 38,5— 39°C. При кормлении ребенок менее охотно берет больную молочную железу. Объективно: едва заметное ее увеличение при полном сохранении контуров. Кожа обычной окраски. При сравнительной пальпации можно отметить несколько большую упругость и диффузную болезненность пораженной молочной железы, чем здоровой. В этой фазе особенно опасен застой молока, который приводит к венозному стазу и содействует быстрому переходу мастита во вторую фазу.

Инфильтративная фаза.

Прекращение кормления или сцеживания молока из заболевшей железы

способствует бурному развитию гнойного мастита. Появляются ознобы, в железе образуется резко болезненный инфильтрат с неясными границами, вся железа значительно увеличивается, кожа над ней краснеет, СОЭ увеличивается до 30—40 мм/ч, лейкоцитоз нарастает до $10\text{—}20\cdot 10^9/\text{л}$. Усиливаются чувство напряжения и боль в пораженной железе, появляются головная боль, бессонница, слабость, потеря аппетита. Подмышечные лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными. При осторожной, но тщательной пальпации инфильтрата обычно не удается отметить очагов размягчения, флюктуации.

Абсцедирующая фаза. Нарастание всех клинических явлений: СОЭ достигает 50—60 мм/ч, лейкоцитоз— $15\text{—}16\cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобин снижается до 80—90 г/л, озноб усиливается, температура повышается до $39\text{—}40^\circ\text{C}$. Отмечается резкое покраснение кожи молочной железы и расширение подкожной венозной сети, регионарные лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными; инфильтрат отграничивается и легко пальпируется. При нагноении в области инфильтрата отмечается флюктуация.

Флегмонозная фаза. Резкое ухудшение общего состояния больной; повышение температуры тела до $38\text{—}40^\circ\text{C}$, повторные ознобы; иногда наблюдаются септические явления: язык и губы сухие, бессонница, головная боль, отсутствие аппетита. Кожные покровы бледны, молочная железа увеличена, пастозна, кожа гиперемирована, блестяща, иногда с цианотичным оттенком, при надавливании образуется ямка. Резкое расширение подкожных вен и нередко явления лимфангита. Сосок чаще втянут. В процесс вовлекается вся железа или большая ее часть. При пальпации определяются пастозность, участки флюктуации в нескольких местах. Лейкоцитоз повышается до $17\text{—}20\cdot 10^9/\text{л}$, содержание гемоглобина уменьшается до 65—75 г/л, СОЭ увеличивается до 60—75 мм/ч. В лейкоцитарной формуле отмечается сдвиг влево с наличием эозинофилии и лимфопении. В моче 60—90 мг/л белка, в поле зрения 40—50 лейкоцитов, 10—15 эритроцитов и единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

Гангренозная фаза. Крайне тяжелое состояние. Температура держится в пределах $40\text{—}40,5^\circ\text{C}$, пульс—110—120 ударов в минуту, слабого наполнения. Язык и губы сухие, кожные покровы бледны. Жалобы на слабость, недомогание и головную боль, отсутствие аппетита и плохой сон. Молочная железа увеличена, отечна, болезненна, пастозна. Кожа бледно-зеленого или синебагрового цвета, местами покрыта пузырями, на некоторых участках—некрозы. Сосок втянут, молоко отсутствует, причем часто и в здоровой молочной железе. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Лейкоцитоз повышен до $20\text{—}25\cdot 10^9/\text{л}$, отмечается резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов; содержание гемоглобина уменьшается до 40—60 г/л, СОЭ увеличена до 60—70 мм/ч. Артериальное давление понижается. В моче—до 90 мг/л белка, содержатся лейкоциты, эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры.

Хроническая инфильтративная фаза. Возникает после длительного местного лечения антибиотиками, чаще по поводу гнойного мастита, начавшегося с

высокой температуры. Под влиянием местной антибиотикотерапии процесс может очень скоро принять хроническое течение. Общее состояние больных удовлетворительное, температура не выше 37,5—37,8°C или нормальная. В молочной железе определяется очень плотный (хрящевой плотности) инфильтрат, не спаянный с кожей и малоболезненный при пальпации. Боли иногда возникают при наполнении железы молоком и кормлении. Размеры инфильтрата различны. Часто прощупываются увеличенные подвижные регионарные лимфатические узлы на одноименной стороне. Кожа над инфильтратом либо гиперемизирована, либо без особых изменений. В крови — незначительный лейкоцитоз (8,5—9,5·10⁹/л), СОЭ увеличивается до 25—30 мм/ч.

Плазмноклеточный мастит имеет подострое начало. Появляются разлитая гиперемия, отек кожи ближе к соску и околососковому кружку, субфебрильная температура, увеличенные подмышечные лимфатические узлы. Гиперемия, отек и болезненность кожи проходят через несколько дней. Соответственно участку гиперемии остается плотный, без четких границ, болезненный инфильтрат, иногда отмечаются втяжение соска и серозные выделения из него; пальпируются увеличенные подмышечные лимфатические узлы.

Осложнения

Течение мастита может осложняться лимфангитом, лимфаденитом и редко сепсисом. После вскрытия (особенно самопроизвольного) гнойника иногда могут образовываться молочные свищи, которые закрываются самостоятельно, но в течение длительного времени.

Диагностика и дифференциальная диагностика

Диагноз основывается на характерных данных клинического обследования. Проводится бактериологическое исследование гноя, молока (причем из пораженной и здоровой молочной железы), а при высокой температуре и ознобе — исследование крови. Термография показывает более высокую температуру (на 1—2°) над очагом поражения, чем на другой (здоровой) железе.

Острый мастит иногда напоминает маститоподобную и рожеподобную форму рака. При хронических (особенно плазмноклеточном) маститах необходимо исключить рак молочной железы, для чего дополнительно применяют рентгенологические методы исследования, термографию, цитологическое исследование пунктата из инфильтратов, выделений из соска, обязательное гистологическое исследование удаленных тканей.

Профилактика

Профилактику начинают в женских консультациях задолго до родов. Основой профилактических мероприятий является повышение сопротивляемости организма беременной женщины к неблагоприятным влияниям родов и послеродового периода. Важное место занимают санация эндогенных очагов инфекции, правильное кормление ребенка грудью, тщательный уход за молочными железами.

Лечение

Лечение проводят с учетом формы мастита. При начальных его формах (т. е.

при отсутствии гнойного воспаления) рекомендуют комплексное консервативное лечение, при гнойных — оперативное вмешательство. При появлении признаков застоя молока предусматривается создание состояния покоя железе, для чего ей придают возвышенное положение с помощью иммобилизующих повязок или лифчика, которые должны поддерживать, но не сдавливать железу. Для улучшения опорожнения железы применяют физиотерапевтические процедуры, используют молокоотсос; кормление грудью не прекращают, назначают окситоцин и но-шпу. При серозном и инфильтративном мастите применяют антибиотики (полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины, макролиды, сульфаниламиды в сочетании с антибиотиками инфузионную терапию с введением плазмозаменителей, гемодеза, белковых препаратов, солевых растворов; используют также средства, повышающие защитные силы организма (γ-глобулин и др.). Применяют ретромаммарные новокаиновые блокады с антибиотиками, протеолитическими ферментами. Для блокады используют 70—80 мл 0,5% раствора новокаина, 500000 ЕД мономицина или канамицина и 10 мг трипсина или химотрипсина. При застое молока для улучшения опорожнения железы применяют электрическое поле УВЧ и ВЧ в слаботепловой дозировке по 10—20 мин 2 раза в день; на курс—10—15 процедур. При серозной форме мастита УВЧ или микроволны в слаботепловой дозировке по 10—15 мин, ультразвук интенсивности 0,2—0,4 Вт/см² по 5—6 мин, ультрафиолетовое облучение железы (2—3 биодозы), новокаин-электрофорез (2% раствор на 70° этиловом спирте) по 20—30 мин в сочетании с микроволнами или ультразвуком по 8—10 воздействий. При инфильтративной форме применяют те же физические факторы, что и при начальной форме, но мощность и интенсивность воздействия увеличиваются.

Своевременным и правильным лечением в фазе острой инфильтрации удается остановить процесс и добиться его обратного развития у большого числа больных. Для ликвидации процесса в этой стадии следует применять полусинтетические пенициллины (ампициллин, метициллин по 500000 ЕД 4 раза в сутки), физиотерапию (УФО, соллюкс, УВЧ-терапию и т. д.). Нельзя допускать и застоя молока и прекращения кормления этой грудью. При недостаточном освобождении молочной железы путем кормления необходимо сцеживать или отсасывать молоко молокоотсосом.

При абсцедирующей фазе в большинстве наблюдений показано хирургическое лечение. При тяжелом общем состоянии следует производить операцию тут же при поступлении в стационар под внутривенным, масочным наркозом. Разрез длиной 7—10 см производят в месте флюктуации или наибольшей болезненности в радиарном направлении, не доходя до околососкового кружка или же на расстоянии 2—3 см от соска. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и вскрывают полость гнойника. Введенным в полость гнойника пальцем следует разделить все имеющиеся тяжи и перемычки. При наличии гнойника одновременно в верхнем или нижнем квадрантах молочной железы разрез необходимо делать в нижнем квадранте и через него опорожнять гнойник, расположенный в верхнем квадранте. При

затруднении опорожнения гнойника из одного разреза надо сделать второй радиарный разрез - противоотверстие. После освобождения от гноя в полость следует ввести резиновый или хлорвиниловый дренаж.

Пункционный метод лечения, ранее широко практиковавшийся, так же как и небольшие разрезы типа разрез-прокол, следует считать порочным; предпринимать его не рекомендуется. При оперативном лечении острого мастита необходимо отдавать предпочтение широким и достаточно глубоким разрезам молочной железы, которые позволяют радикально удалить все некротизированные ткани, ликвидировать все скопления гноя. Следует помнить, что особенности анатомического строения молочной железы, слабовыраженная тенденция ее тканей к ограничению воспалительного процесса и их высокая реактивность обуславливают склонность к рецидивам и прогрессированию мастита, что приобретает особое значение при недостаточно радикально выполненной операции.

Для ревизии раны край разреза разводят крючками и при хорошем освещении осматривают полость абсцесса, надавливая на железу. Если обнаружится сообщение гнойника с другим глубоко (расположенным абсцессом, то отверстие, из которого поступает гной, расширяют корнцангом. Иссекают некротизированные ткани, не только секвестрированные, но и связанные с тканью железы, свисающие в полость абсцесса. Если условия для дренирования неблагоприятны (большие размеры полости, гнойные затеки), то делают дополнительные радиарные разрезы. Полости гнойников дренируют с помощью резиновых трубок. Если имеется несколько интрамаммарных абсцессов, каждый из них вскрывают отдельным разрезом и проводят активную аспирацию содержимого (водоструйный отсос, дренирование по Редону).

Ретромаммарный и глубоко расположенные интрамаммарные абсцессы вскрывают из нижнего полуовального разреза Барденгейера: по нижней переходной складке рассекают кожу, подкожную клетчатку и проникают в ретромаммарное пространство, отслаивая железу от большой грудной мышцы. При этом интрамаммарные гнойники вскрывают снизу. В полость гнойника вводят дренажные трубки, рану зашивают до дренажей. Такой метод вскрытия гнойников позволяет избежать пересечения внутридольковых млечных протоков, обеспечивает хорошие условия для оттока гноя и отхождения некротизированных тканей, дает хороший косметический результат, поскольку после выздоровления остается малозаметный рубец, который прикрывает нависающая железа.

В послеоперационном периоде лечение необходимо проводить по фазам: в фазе гидратации применяют повязки с 10% раствором поваренной соли, в фазе дегидратации — мазовые повязки. Наряду с этим необходимо общее лечение (антибиотикотерапия внутривенное вливание глюкозы и солевых растворов, переливание крови). Применяют и физиотерапевтические методы (кварц, соллюкс, УВЧ и др.). При очередных перевязках повязку на молочную железу следует накладывать таким образом, чтобы не создавать венозного застоя и оставлять открытым сосок для кормления ребенка или регулярного отсасывания молокоотсосом.

При флегмонозной и гангренозной фазах мастита лечение заключается в срочном оперативном вмешательстве сразу же при поступлении больной в стационар для оказания экстренной помощи. Необходимо стремиться вскрыть гнойник одним или 2 широкими радиарными разрезами длиной 8—10 см. При распространении флегмоны и гангрены на всю железу разрез следует делать на нижней поверхности железы. Если не удастся полностью освободить полость от гноя из одного разреза, можно сделать дополнительные разрезы и дренировать полости. При распространении процесса на ретромаммарное пространство рационален овальный разрез под железой, для чего последнюю приподнимают кверху.

Лечение больных маститом флегмонозной и гангренозной фазы требует особого внимания и общих мероприятий с первых же дней поступления в стационар: применения больших доз антибиотиков широкого спектра действия, повторных переливаний крови, внутривенных вливаний глюкозы и солевых растворов, назначения сердечных средств, обильного питья, высококалорийной легкоусвояемой пищи и других мер, направленных на борьбу с токсикозом. Местное лечение, как и при абсцедирующем мастите, следует проводить с учетом фазы раневого процесса.

Консервативное лечение при хронической инфильтративной фазе не приводит к полному излечению в связи с наличием плотной, хрящевой консистенции капсулы вокруг гнойников. Поэтому показано хирургическое вмешательство, состоящее в иссечении всего инфильтрата с наложением глухого шва; если последнее невозможно, то следует радиарным разрезом через весь инфильтрат широко его вскрыть. По рассечении капсулы обычно удаляется небольшое количество гноя. Необходимо взять кусочек ткани из капсулы для гистологического исследования. Если есть подозрение на рак, то физиотерапию следует начинать только после получения отрицательных данных гистологического исследования. В послеоперационном периоде показано физиотерапевтическое лечение (УВЧ-терапия, ультрафиолетовое облучение и т. п.), новокаиновая блокада, грелки, внутримышечное введение антибиотиков — полусинтетических пенициллинов.

Прогноз при своевременной диагностике гнойного мастита и своевременном начале лечения с применением антибиотиков, а также при показаниях и оперативном вмешательстве благоприятный. Однако после обширных деструктивных процессов в паренхиме железы (обширные абсцессы, флегмоны, гангрена) функция ее значительно страдает.

Смертельные исходы наблюдаются только при развитии сепсиса у больных с флегмонозными и гангренозными формами мастита. В среднем при всех формах гнойного мастита летальность составляет 0,05%.

ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ

Этиопатогенетические факторы

- 1. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ**
- 2. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ**
- 3. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ**

4. СОМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

а) гинекологические заболевания

б) заболевания печени

в) эндокринные нарушения

Мастопатия

Этиология

Литературные данные свидетельствуют, что большинство исследователей при оценке этиопатогенеза рака молочной железы обращают внимание прежде всего на роль многочисленных экзо- и эндогенных факторов. При этом некоторые авторы стремятся придать вес каждому из неблагоприятных факторов с учетом частоты возникновения рака молочных желез у определенных групп женщин. Такая идентификация помогает выделить контингент женщин с повышенным риском заболевания. К ним принято относить лиц, для которых в силу влияния определенных факторов (возрастных, половых, генетических, экзогенного и эндогенного канцерогенного воздействия) опасность возникновения злокачественной опухоли выше, чем для других групп населения, не подверженных влиянию этих факторов.

Аналогичную тенденцию выделения групп с влиянием неблагоприятных факторов целесообразно осуществлять и в целях изучения и профилактики мастопатии. Имея одинаковые этиологические основы, мастопатия и рак молочных желез находятся в определенной взаимосвязи, которую следует рассматривать в плане вероятностного озлокачествления патологического процесса.

Для удобства рассмотрения причин, способствующих, возникновению дисгормональных гиперплазии молочных желез, приведены следующие группы эпидемиологических факторов и возможные причины связей их с заболеваниями молочных желез.

Социально-бытовая характеристика

Связь между общесоциальными проблемами и возникновением мастопатии существует. Ее можно объяснить состоянием нервно-психической сферы женщины, находящейся под влиянием различных фрустрирующих ситуаций, которые являются непосредственной предпосылкой развития патологического процесса в молочных железах.

Такого рода ситуации возникают в тех случаях, когда потребности (мотивации) индивидуума не соответствуют его приспособительным возможностям. Конфликт, являясь главной причиной сильных эмоций, проявляется при невозможности найти реальный выход из создавшейся ситуации. Обычно при исследовании нервно-психических нарушений обращается больше внимания на реакцию организма, чем на источник отрицательных эмоций. Между тем выявление и изучение конкретных конфликтных ситуаций помогает лучше понять основные причины тех отрицательных эмоций, которые способствуют развитию мастопатии.

В этом плане целесообразно рассмотреть некоторые источники сильной (избыточной) мотивации у больных мастопатией: 1) неудовлетворенность

семейным положением; 2) бытовые конфликты; 3) конфликтные ситуации на работе; 4) психический стресс; 5) неблагоприятные сексуальные факторы.

Репродуктивная функция

Репродуктивная функция женщины теснейшим образом связана со сложными ритмическими процессами в нервной и эндокринной системах, объединяемых, по принципу обратной связи, гипоталамусом. Не удивительно поэтому, что для оценки возможности возникновения предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы большое значение придается влиянию неблагоприятных факторов репродуктивного характера. Данные литературы последних лет не идут вразрез со сведениями, приведенными авторами в начале изучения этой проблемы. Так, В. MacMahon и соавт. (1982) обращают внимание на связь повышенного риска заболевания с ранним наступлением менструаций и поздней менопаузой. Этот риск, по мнению авторов, еще больше возрастает при отсутствии родов и большом числе искусственных и самопроизвольных аборт. Подчеркивается, что ановуляторные циклы у женщин репродуктивного периода являются неблагоприятным эпидемиологическим фактором.

Имеется несколько наблюдений значительного улучшения клинической картины состояния молочных желез и нормализации многих показателей эндокринного статуса после родов. В то же время после прекращения кормления ребенка грудью у ряда больных через полгода-год возобновляется патологический процесс в молочных железах. Кратковременность лактационного периода (до 5 мес) является одним из факторов риска возникновения рака молочной железы.

у большинства пациенток наблюдается ряд неблагоприятных факторов репродуктивного характера. Естественно, у многих женщин, не страдающих мастопатией, можно также обнаружить то или иное отклонение от нормального течения репродуктивного периода. Однако обычно эти отклонения наблюдаются не столь часто и, как правило, не в таком сочетании. Снижение функциональной активности репродуктивной системы, недостаточная реализация ее могут явиться одним из предрасполагающих моментов для возникновения дисгормональных гиперплазии и опухолей молочных желез.

Роль заболеваний половых органов в возникновении и течении мастопатии

При изучении этиопатогенеза дисгормональных гиперплазии молочных желез в эксперименте и клинике значительная роль справедливо отводится гинекологическим заболеваниям, которые могут проявляться в виде как функциональных, так и органических изменений и быть обусловленными центральными или периферическими факторами.

Из перенесенных и сопутствующих гинекологических заболеваний, приводящих к возникновению мастопатии, необходимо выделить воспалительные процессы в малом тазу, в первую очередь воспалительные процессы придатков матки, которые могут быть причиной значительных структурных и функциональных нарушений гипофизарно-яичниковой оси.

Наблюдения над больными мастопатией указывают на большой процент

пациенток с заболеваниями половых органов (андексит, фибромиома, эндометриоз и т. д.).

Следствием перенесенных хронических заболеваний может быть устойчивое нарушение обратной связи между эффекторными эндокринными органами и диэнцефалогипофизарной зоной.

Даже после устранения патологических процессов в половых органах еще длительное время показатели гормонального баланса и процессов метаболизма бывают далеки от нормы. Об этом свидетельствуют, в частности, и данные лабораторных методов исследований, полученные при обследовании больных мастопатией.

Ликвидация патологического процесса в половых органах иногда связана с выполнением овариэктомии. При этом вслед за излечением основного заболевания наступает выраженная перестройка организма, проявляющаяся диэнцефальными расстройствами и местно — тканевыми изменениями в гормонозависимых органах, прежде всего в молочной и щитовидной железах.

Оценка сексуальных факторов

Хотя сексуальные вопросы в медицинской науке не новы, их изучение и анализ еще до последнего времени встречают ряд затруднений. Определенная настороженность появляется при освещении этих проблем в силу близости их с бесспорно реакционными идеями неотрейдиизма, фетишизирующего вопросы секса. Вместе с тем отмечено немало тяжелых неврозов, психосоматических заболеваний на почве сексуальной дисгармоничности.

Сексуальная неудовлетворенность как один из ведущих психотравмирующих факторов проявляется в результате кумулирования в течение длительного времени последствий сдерживаемых эмоций. Половое влечение женщины тесным образом связано с эмоциональной сферой и личностными особенностями.

Длительная сексуальная неудовлетворенность в конечном итоге приводит к застойным явлениям в высших вегетативных центрах, акцентированному возбуждению в коре головного мозга и развитию невротических реакций.

Неблагоприятные особенности сексуальной жизни рассматриваются через призму нарушения нервно-психической сферы больной, что учитывается при общей оценке тяжести заболевания. Поэтому, если установлена заметная роль сексуальных факторов в возникновении и развитии мастопатии, то соответствующие рекомендации сексолога или психотерапевта окажут больший терапевтический эффект, чем гормональные препараты или преждевременная секторальная резекция.

Генетическая предрасположенность

Нельзя не уделить внимания такому сложному и спорному вопросу, каким является роль наследственности в этиологии мастопатии.

Обсуждая вопрос о роли наследственности доброкачественных поражений и опухолей молочной железы, О. Muhlbook (1972) утверждает, что генетически передается как неполноценность ткани молочной железы (как органа-мишени), так и гормональный дисбаланс. В органах-мишенях, по мнению автора, имеется наивысшая отборочная чувствительность к гормональным воздействиям. Такая

генетическая предрасположенность под влиянием вирусных агентов или каких-либо эпидемиологических факторов может реализоваться трансформацией нормальной клетки в злокачественную.

Тщательно проведенные поэтапные исследования приводят Т. McSheehy (1974) к заключению, что в канцерогенезе ткани молочной железы, несомненно, немалую роль играют вирусы и генетические факторы.

Психологические факторы в возникновении и развитии мастопатии за последние годы как в отечественной, так и в зарубежной литературе все чаще стали появляться сообщения о значительной роли нервно-психической сферы в возникновении и течении предопухолевых и опухолевых заболеваний.

Возникновению рака нередко предшествует различной степени выраженности психический стресс. Стресс истощает иммунные силы, увеличивает восприимчивость организма к канцерогенному влиянию. Воздействие эмоционального стресса реализуется через гипоталамо-гипофизную систему. Происходит увеличение уровней в крови пролактина, гормона роста, гонадотропинов, кортикотропина, эстрогенов. При стрессе отмечено повышение превращения в головном мозге адреналина, что приводит к подъему уровня содержания основного метаболита норадреналина мозга – 3-метокси-4-гидроксифенилгликола (МГФГ). Изменение содержания катехоламинов при стрессе могут приводить к гормональным сдвигам, отражающимся на росте заболеваемости раком молочной железы.

Среди этиологических факторов, приводящих к возникновению дисгормональной гиперплазии молочных желез, немаловажная роль принадлежит нарушению **инактивирующей способности печени**.

Нарушения гомеостаза на этом уровне, могущем явиться одним из ведущих факторов, способствующих возникновению дисгормональных гиперплазии и рака молочных желез.

Нарушения функциональной активности перечни приводят к сложным биохимическим сдвигам, и могут явиться одним из пусковых механизмов гормонального и общего дисбаланса.

Особое место в оценке неблагоприятных факторов, влияющих на возникновение и течение мастопатии, принадлежит дисфункции щитовидной железы.

При оценке лабораторных методов исследования функционального состояния щитовидной железы в наблюдениях преимущественно выявлено гипотериоидное состояние.

Некоторые авторы дисгормональные изменения молочных желез рассматривают как результат возрастной инволюции или функциональной неполноценности.

В группе больных 45-49 лет характерно наступление возрастной физиологической и морфологической перестройки в системе гипоталамус-гипофиз-эффекторные эндокринные органы. В этом возрасте при сохранении овуляторных циклов представляется весьма важным такой факт, как изменение фракционного состава эстрогенов в сторону повышения уровня эстриола. Последнее рассматривается как главный эндокринный фактор, имеющий

прямое отношение к генезу рака у больных этого возраста. Таким образом, патогенез дисгормональных гиперплазий неоднороден, а обменно-эндокринные сдвиги в организме связаны с возрастными особенностями и рядом фоновых процессов.

Морфологические особенности

Морфологические особенности мастопатии

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФИБРОАДЕНОМАТОЗА:

I. Непролиферативный

- дольковый
- протоковый
- кистозный
- фиброзный

II. Пропролиферативный

- аденоматозно-солидно-крибозный
- фиброэпителиальный
- миоэпителиальный

При любой морфологической форме аденоматоза может происходить малигнизация

Фиброаденоматозы. Изменения наблюдаются не столько в дольках, сколько в протоках, соединительной ткани. Фиброаденоматоз может быть простым (непролиферативные, так называемые непродуктивные формы) и пролиферативным (так называемые продуктивные формы). Простой фиброаденоматоз бывает дольковым, протоковым, фиброзным, мелкокистозным. Как подчеркивает Д. И. Головин (1969), эти названия указывают на структуры, которые преобладают в общей картине. Как правило, они сочетаются. Особое значение имеет протоковая пролиферация (у 97% больных раком молочной железы опухоль имеет протоковое происхождение). Обнаружение пролиферации свидетельствует о продуктивной форме фиброаденоматоза.

Несколько особняком стоит другая форма продуктивного фиброаденоматоза — фиброзирующий аденоз (или фиброзная форма фиброаденоматоза). Морфологически она представляется миоэпителиальной пролиферацией, фиброзом в альвеолах и окружающих альвеолы.

Локализованная форма фиброаденоматоза — наиболее расплывчатое клиническое понятие. В большинстве случаев речь идет об участках в ткани молочной железы (диаметром от 1 до 5—6 см), имеющих более плотную консистенцию, чем при аденозах, или мазоплазиях, иногда болезненных при пальпации. Выявляемые во время осмотра границы уплотнений кажутся иногда

достаточно определенными, хотя могут быть и нечеткими. Поверхность таких уплотнений бугристая, полициклическая, нередко зернистая. Возраст больных чаще всего в пределах от 30 до 40 лет.

При фиброзных формах (фиброзирующий аденоз, фиброзная мастопатия) наблюдаются как отдельные (множественные) уплотнения на фоне аденофиброматоза, расположенные радиально по проекциям долек железы либо поражающие отдельные участки в виде диска, так и уплотнение всей ткани органа с умеренными болевыми ощущениями и отсутствием выраженной динамики. Обычно такие формы находят у женщин в предменопаузальном периоде и в начале менопаузы, хотя, по данным литературы, они могут встретиться в возрасте от 30 до 75 лет.

Кистозный фиброаденоматоз. Морфологически кисты неоднородны. Развиваясь из дольковых форм фиброаденоматоза, почти все кисты возникают из мелких протоков и альвеол. Протоковые кисты имеют эпителиальную выстилку. Кисты альвеолярного происхождения в сущности представляют собой щели между дольками. Мелкие кисты обычно располагаются группами, сливаются или образуют многокамерную кисту. При развитых формах кисты поражают ткань обеих молочных желез, располагаясь то поодиночке, то группами (Головин Д. И., 1969). На стенках кист с эпителиальной выстилкой возможны разрастания папиллярного характера, иногда даже солидного типа.

Маммография не всегда позволяет прийти к правильному заключению. Множественные и многокамерные кисты имеют вид гомогенных четко очерченных теней с гладкими контурами, иногда с ободком просветления вокруг них за счет прослойки жировой ткани.

Большое значение не только для дифференциации с раком, но и для характеристики изменений на стенках кист придается пункционной и трепан-биопсии. Обычно после пункции кисты аспират имеет вид темной или бурой жидкости, иногда с хлопьями. При простых кистах (без эпителиальной выстилки) он не содержит клеток, а состоит из нейтральных или кислых глюкозаминогликанов и большого количества белка. Наличие клеточных элементов, особенно атипических эпителиальных клеток и их комплексов, наводит на мысль о разрастаниях на стенках кист, что у ряда больных может быть проверено пневмоцистографией. Рентгенологическое исследование после заполнения кисты воздухом достаточно демонстративно. Такие же результаты могут быть получены при трепан-биопсии и отсасывании аспирата. Цитологическое исследование дополняется взятием кусочка ткани со стенки кисты. При благоприятном ответе у больных простыми кистами возможна трепан-склерозирующая терапия.

Комплексное обследование больных

Комплексное обследование включает первичный осмотр, исследование возможных нарушений менструальной функции и других гормонально-метаболических показателей, повторный осмотр. Выполнение всего объема комплексного обследования требует не менее 1,5—2 мес, в течение которых производятся все обследования.

Осмотр больной мастопатией включает: общий осмотр и осмотр и

пальпацию молочных желез.

Общий осмотр позволяет по некоторым внешним признакам получить предварительное представление об особенностях эндокринного и метаболического статуса больной. Внешние признаки физического состояния рассматриваются как факторы, причинно связанные с генетическими особенностями, особенностями развития и условиями жизни.

Производя внешний осмотр больной, следует прежде всего обратить внимание на конституцию и строение скелета. Отдельно производятся осмотр и пальпация щитовидной железы. Затем осматривается кожный покров и определяется характер оволосения. Дополнительно следует получить заключение гинеколога о состоянии наружных половых органов.

По типологическим признакам (рост, масса тела, строение скелета) определяется конституция больной: нормостеническая, астеническая или гиперстеническая.

При осмотре кожного покрова обращается внимание на эластичность, цвет и пигментацию. Эластичная, бархатистая кожа свидетельствует о нормальной или повышенной эстрогенной насыщенности. Сухая, шершавая, бледная кожа дает представление либо о гипофункции щитовидной железы, либо о снижении уровня яичниковых гормонов, либо о выраженном аминозе. Наличие пигментных пятен позволяет сделать предположение о дисфункции печени.

При осмотре и пальпации щитовидной железы обращается внимание на возможное диффузное увеличение и наличие уплотненных участков узлового характера, которые могут наблюдаться не только при гипертиреозе, но и при гипотиреозе.

Для оценки характера оволосения необходимо обратить внимание на рост волос на лобке (по женскому или мужскому типу), а также на наличие оволосения бедер, средней линии живота и груди.

Осмотр внешних половых органов предусматривает определение развитости больших и малых половых губ, клитора, степени пигментации, цвета вульвы. Кроме того, оценивается состояние слизистой влагалища. Незрелость больших и малых половых губ, слабо выраженная их пигментация, бледные, сухие слизистые вульвы и влагалища, отсутствие складчатости влагалищной стенки указывают на пониженный уровень эстрогенной насыщенности. При нормальной и повышенной эстрогенной насыщенности слизистые вульвы и влагалища окрашены в светло-красный цвет. Слизистая вульвы гладкая, блестящая. Отмечаются выраженная складчатость и сочность влагалищной стенки.

Гипоэстрогенный вид наружных половых органов, астеническая конституция, строение скелета по мужскому типу и вторичное оволосение являются противопоказанием для назначения препаратов андрогенного действия.

Осмотр и пальпация молочных желез должны производиться особенно тщательно. Вначале осмотр и пальпация выполняются в положении больной стоя, а затем лежа на спине. Для проведения осмотра и пальпации в положении стоя больная должна положить руки на голову, расслабиться и несколько

наклониться вперед. При осмотре молочных желез определяются их конфигурация, сглаженность контуров, наличие деформации, цвет околососковой ареолы и соска. Резко выраженная пигментация околососковой ареолы свидетельствует, в совокупности с другими внешними признаками, об эстрогенной насыщенности, в то время как бледно-розовый цвет ареолы — о недостаточной эстрогенной насыщенности.

Деформация, «симптом площадки», ретракция соска являютсястораживающими фактами наличия опухоли.

При пальпации молочных желез в положении лежа кисть руки больной должна быть положена на лоб. Пальпация проводится вначале путем последовательного легкого поглаживания обеих молочных желез от периферии к центру. В результате ориентировочной пальпации устанавливаются уплотненные участки. Затем продолжается более углубленная пальпация отдельных участков молочной железы. При этом пальпация выполняется легким прикосновением «подушечек» пальцев и должна начинаться из зоны наиболее эластичных и менее выраженных уплотнений с постепенным перемещением пальцев руки в сторону более уплотненного участка. В процессе пальпации следует неоднократно возвращаться к наиболее уплотненному участку с целью определения его формы, консистенции. Если установлено несколько уплотненных участков, то тщательной пальпации подвергается каждый из них. В конце пальпации необходимо легким нажатием в радиальном направлении двумя пальцами определить наличие выделений из сосков. Выделения могут быть прозрачными, молочноподобными, светло- или темно-зеленого цвета, розоватого цвета и кровянистыми. При наличии выделений выполняется цитологическое исследование.

Если в результате осмотра и пальпации исключено подозрение на опухоль и подтвержден первичный диагноз «мастопатия», то по данным осмотра и пальпации дается ее клиническая оценка.

Характеристика тяжести клинической картины определяется по 6-балльной шкале

В соответствии с предложенными классификационными критериями 6 баллам соответствует локализованный фиброаденоматоз на фоне диффузного; 5 баллам — локализующийся фиброаденоматоз в виде комкообразно уплотненных участков; 4 баллам — резко выраженный диффузный или кистозный фиброаденоматоз; 3 баллам — выраженный диффузный кистозный или фиброзный фиброаденоматоз; 2 баллам — умеренно выраженный диффузный фиброаденоматоз; 1 баллу — слабо выраженный диффузный фиброаденоматоз. При отсутствии патологических изменений указывается значение, равное нулю баллов. Балльная оценка клинической картины может быть положена в основу анализа первоначально определяемого состояния и кинетики патологического процесса. По предложенным критериям нами был проведен анализ начальной клинической картины, наблюдавшейся у больных мастопатией. В среднем тяжесть клинической картины, по данным физикальных методов исследования, характеризовалась величиной $4,5 \pm 0,08$ балла, что несколько выше оценки, соответствующей резко выраженному

диффузному фиброаденоматозу.

В зависимости от возраста отмечается увеличение среднего значения тяжести клинической картины, о чем свидетельствуют следующие данные:

Возрастная группа	Средняя балльная оценка
До 30 лет	4,13 + 0,12
30—39 »	4,19 + 0,16
40—44 »	4,36 + 0,23
45 лет и старше	5,39 + 0,23

Значимое ($p \leq 0,05$) увеличение числа больных с локализованными и локализующимися формами фиброаденоматоза отмечалось у больных в возрасте старше 45 лет.

Диагностика

В последние годы обращено внимание на диагностическую ценность рентгенологического метода исследования молочных желез (маммография). Маммография является одним из методов дифференциальной диагностики при подозрении на опухоль.

По характеру рентгенологического изображения [Tetti С et al., 1986] различают 6 типов молочных желез: железистый, трабекулярный, зернистый, диспластический, фиброзно-жировой, жировой. По характеру патологических изменений выделяют 5 типов рентгенологической картины — от отсутствия патологических изменений до опухоли с сопутствующими изменениями. Подчеркивается необходимость сопоставления рентгенологической картины с вариантами норм, что позволяет избежать ошибочной диагностики.

М. С. Цетковский, И. И. Лабетский (1986) отмечают, что в целях раннего выявления рака молочной железы из существующих инструментальных методов обследования может быть рекомендована только маммография. Необходимым условием современной маммографии является максимальная визуализация молочной железы, что достигается ее равномерной компрессией в 3 проекциях, включая косую под углом 45° . Для скрининга женщин в возрасте 40—49 лет должна применяться 2-проекционная маммография 1 раз в год. После 50 лет достаточно проведения обследований каждые 2 года.

Термографию при диспансеризации женщин с дисгормональными гиперплазиями молочных желез рекомендуют использовать В. Я. Мазурин и соавт. (1986), поскольку этот метод, как подчеркивают авторы, позволяет достаточно точно выделить больных с высокой пролиферативной активностью железистой ткани, которым показано оперативное вмешательство.

О целесообразности телетермомаммографии у лиц моложе 20 лет сообщают С. Tetti, А. Tetti (1986). Телетермомаммографию рекомендуется выполнять в кондиционируемом помещении, при охлаждении кожи, на 5-й день менструального цикла. Отмечается высокая радиочувствительность молочной железы в данном возрасте, что определяет роль неионизирующих методов исследования

Лабораторные методы исследования. Выполняемые в процессе комплексного обследования больных лабораторные исследования

предусматривают установление показателей: а) менструальной функции; б) тиреоидной активности; в) активности коркового слоя надпочечников; г) активности симпатико-адреналовой системы; д) белкового и липидного обмена.

Для установления *характера менструальной функции* могут быть рекомендованы кольпоцитологическое исследование и определение экскреции с мочой прегнандиола. Наряду с лабораторными исследованиями необходимо выполнять измерение базальной температуры.

При кольпоцито логической оценке менструальной функции используется материал серии вагинальных мазков, содержащий не менее 5—7 препаратов за один менструальный цикл. Вагинальные мазки берутся гинекологом начиная с 6—7-го дня менструального цикла через 3—4 дня.

Оценка цитологической картины вагинальных мазков выполняется цитологом. Однако лечащий врач должен знать критерии оценки цитологической картины. Цитологические исследования предусматривают изучение эпителиальных клеток слизистой влагалища, характер и расположение которых указывают на степень эстрогенной стимуляции, обусловленной главным образом гормонами яичников и надпочечников. Цитологическая картина вагинальных мазков отражает общую сумму гормональных влияний. По показателям вагинальных цитограмм устанавливается наличие у больной ановуляторного маточного кровотечения или овуляторного менструального цикла. При этом определяется уровень эстрогенной насыщенности (нормальная, повышенная, пониженная).

У больных мастопатией чаще отмечается пониженный уровень эстрогенной насыщенности относительно показателей при нормальном менструальном цикле.

Нередки ановуляторные (однофазные) гипоестр-генные циклы.

Данные базальной температуры дополняют диагностические сведения, получаемые в результате кольпоцитологических исследований, и являются практически достоверным диагностическим тестом функционального состояния яичников.

Изменение экскреции с мочой прегнандиола происходит в соответствии с цикличностью менструальной функции. Характер этих изменений служит, прежде всего, показателем функциональной активности желтого тела яичников. Для проведения лабораторных исследований требуется суточное количество мочи, собираемое больной дважды: на 7—8-й и на 20—22-й дни менструального цикла.

Собранная суточная моча пригодна и для определения нейтральных 17-КС и суммарных 17-ОКС, поэтому для лабораторных исследований кортикостероидных гормонов еще раз собирать порцию суточной мочи не обязательно.

Для *оценки тиреоидной активности* у больных с подозрением на дисфункцию щитовидной железы определяются значение связанного с белками крови йода (СБЙ) и основной обмен.

При оценке полученных результатов СБЙ следует учитывать, что у многих больных мастопатией отмечаются низкие значения СБЙ, свидетельствующие о

пониженной тиреоидной активности, что сопровождается вялостью, депрессивной реакцией на стресс, повышенной утомляемостью.

Для характеристики функциональной активности коры надпочечников могут быть использованы данные экскреции нейтральных 17-кетостероидов (17-КС) и суммарных 17-оксикортикостероидов (17-ОКС). Показатели экскреции с мочой 17-КС и 17-ОКС определяются 1 раз до начала лечения.

Оценивая результаты лабораторных исследований, надо учитывать, что увеличение значения нейтральных 17-КС может указывать, при наличии некоторых признаков гирсутизма и гипоплазии наружных половых органов, на повышенную андрогенную насыщенность. Назначение препаратов андрогенного действия таким больным противопоказано.

Часто у больных мастопатией отмечаются низкие значения суммарных 17-ОКС, являющиеся косвенным показателем снижения адаптационных возможностей организма.

Функциональная активность симпатико-адреналовой системы определяется по уровню экскреции с мочой катехоламинов: адреналина, норадреналина, дофамина и их предшественника — ДОФА. По значению экскреции с мочой указанных гормонов можно судить о степени адаптационных возможностей организма к стрессорным воздействиям различного характера.

Общий белок и белковые фракции сыворотки крови определяются у всех больных мастопатией. Кроме того, у больных старше 40 лет целесообразно выполнять исследования холестерина и (3-липопротеидов. Значение общего белка и характер протеинограммы указывают, прежде всего, на функциональное состояние печени, отклонение которого от нормы может явиться одной из причин возникновения мастопатии. Пониженный или повышенный уровень холестерина и липопротеидов в сыворотке крови свидетельствует о нарушении липидного обмена, связанном с общими изменениями процессов метаболизма.

Если в результате анализа данных протеинограммы установлено отклонение белкового профиля сыворотки крови относительно нормы, следует определить причину нарушения функции печени. У больных мастопатией довольно часто отмечаются низкие значения альбумин-глобулинового коэффициента (АГК). Это может быть связано как с первичным заболеванием печени, ослаблением адаптационных возможностей ретикулоэндотелиальной системы, так и с опосредованным влиянием функциональной неполноценности периферических эндокринных органов.

По результатам сопоставления данных анамнеза с данными осмотра и пальпации, а также с данными лабораторных методов исследования производится совокупная оценка ведущих этиопатогенетических факторов и преморбидного фона.

Таким образом, оценка фона, на котором возникает мастопатия, служит основой для выбора консервативной терапии. При интерпретации полученных лабораторных данных следует учитывать патологические изменения функциональной активности печени, почек, что может в значительной степени привести к нарушению гормонального статуса организма больной.

Нельзя недоучитывать и психологическое состояние больного: при нервно-психической возбудимости усиливается продукция тиреоидных гормонов, катехоламинов. Интерпретируя эстрогенную насыщенность, показатели гормонов желтого тела яичников, целесообразно принимать во внимание месячные колебания уровня этих гормонов. При количественном определении гормонов необходимо учитывать физиологические варианты (возраст, стресс и др.), а также метаболический клиренс циркулирующих гормонов.

Патогенетическая терапия

Наименование методов	Лечебные мероприятия	Категория больных
Ликвидация сопутствующих заболеваний	Лечение у гинеколога лечение у эндокринолога Лечение у терапевта	Больные с патологическими изменениями половых органов и других соматических систем
Общеоздоровительные методы	Аэротерапия Гидротерапия Бальнеотерапия	Все категории
Устранение факторов перенапряжения центральной нервной системы	Ликвидация бытовых конфликтов Изменение психологического климата Разрешение сексуальных конфликтов	Больные с выраженными расстройствами нервно-психической сферы
Психотерапия	Лечение у психолога Аутогенная тренировка	То же
Медикаментозная терапия	Витаминотерапия Дегидратационная терапия Препараты калия Седативная терапия, транквилизаторы, нейролептики Регулирование процессов тканевого обмена Противогистаминная терапия Общетонизирующая терапия Андрогенотерапия Эстрогенотерапия Прогестинотерапия	Все категории При синдроме предменструального напряжения. Больные с нарушением обмена Больные с некоторой возбудимостью нервно-психической сферы Больные с астеническим синдромом. Только при гипоестрогенном состоянии. При лютеальной недостаточности.

	Тиреоидинотерапия	При гипопункции щитовидной железы.
Оперативное вмешательство	Секторальная резекция молочной железы Гемимастэктомия Подкожная мастэктомия	При ограниченном локализованном фиброаденоматозе. То же При множественных локализованных участках фиброаденоматоза.

Характеристика медикаментозных комплексов.

При осуществлении патогенетической терапии каждой больной рекомендовались курсы лекарственных препаратов. Однако, как правило, лекарственные препараты назначались нами в определенном сочетании. Выбор их осуществлялся, исходя из изложенных принципов патогенетической терапии (табл. 2).

Таблица 2

Медикаментозные комплексы

Номер комплекса	Состав	Группы больных
1-й	Витамины Адаптогены	Без выраженных нарушений менструальной функции и сопутствующих заболеваний С синдромом предменструального напряжения
2-й	Седативные вещества	С выраженными нервно-психическими расстройствами
3-й	То же и препараты дегидратационного действия	С лютеальной недостаточностью и повышенной эстрогенной насыщенностью
4-й*	То же, нейролептики и транквилизаторы	С лютеальной недостаточностью и пониженной эстрогенной насыщенностью
5-й*	Прогестины и препараты андрогенного действия, антиэстрогены	С лютеальной недостаточностью
6-й*	Прогестины и препараты эстрогенного действия	Сопутствующий аднексит
7-й	Прогестины	Без выраженных нарушений менструальной функции Сопутствующий аднексит. Повышенный уровень

8-й	Специальные средства и 0,25 % раствор калия йодида	эстрогенной насыщенности Сопутствующие микроки- стозные изменения яичников Сопутствующая гепатопатия
9-й	0,25 % раствор калия йодида, антиэстрогены	
10-й	Препараты гепато-ропного действия	Сопутствующий некалькулезный холецистит Сопутствующий, гипоти-реоз
11-й	Холецистокинетические, желчегонные и антиинфекционные средства	Гиперпролактинемия *В состав каждого комплекса обязательно входят
12-й	Тиреоидин, препараты эстрогенного и прогёстагенного действия, L-ДОФА	негормональные средства.
13-й	L-ДОФА, бромокриптин	

В состав 1-го комплекса включались: витамины, адаптогены, седативные средства. При необходимости лечение дополнялось противогистаминной терапией.

Во 2-й медикаментозный комплекс, помимо медикаментозных средств, входящих в 1-й комплекс, включались препараты дегидратационного действия. Такой вид лечения назначался больным с синдромом предменструального напряжения.

При выраженных нервно-психических расстройствах использовался 3-й негормональный комплекс, в состав которого входили также нейролептики и транквилизаторы. Медикаментозное лечение этих больных дополнялось психотерапией. Большое внимание уделялось устранению психотравмирующих ситуаций.

В 4-й комплекс включались негормональные медикаментозные препараты и гормональные препараты андрогенного действия в сочетании с прогестагенами. В ряде наблюдений назначались антиэстрогены (тамоксифен, зитазониум). Этот комплекс назначался больным с выраженной эстрогенной насыщенностью и дефицитом гормонов желтого тела.

5-й комплекс применялся при выраженной эстрогенной недостаточности. В состав этого комплекса входил один из негормональных комплексов (1-й, 2-й, 3-й) в сочетании с препаратами эстрогенного и прогестагенного действия.

6-й комплекс — только при лютеальной недостаточности, включал негормональные комплексы 1-й, 2-й или 3-й и прогестагены.

Комплекс 7-й использовался у больных мастопатией с сопутствующим преморбидным фоном в виде хронического аднексита. Этим больным назначались: а) негормональные препараты, входящие в комплексы 1-й, 2-й, 3-й. Состав их определялся наличием синдрома предменструального напряжения

и степенью выраженности нервно-психических расстройств; б) специальное лечение — микроклизмы, внутримышечные инъекции биогенных стимуляторов (экстракт алоэ, ФиБС, стекловидное тело и пр.); в) при торпидных, протекающих годами аднекситах, приводящих к значительному нарушению как гормональных, так и метаболических показателей, целесообразно назначение физиотерапевтических процедур. В дальнейшем, при не уступающих и этому лечению воспалительных процессах придатков матки (диффузные формы мастопатии), имеет смысл больных направлять на санаторно-курортное лечение.

Комплекс 8-й — при сопутствующем хроническом аднексите, сопровождающемся повышенным уровнем эстрогенной насыщенности, наряду с витаминотерапией, препаратами дегидратационного действия, микроклизмами, внутримышечными инъекциями биогенных стимуляторов, целесообразно (при отсутствии гепатопатии, холецистита, гипофункции щитовидной железы) назначение 0,25 % раствора калия йодида как *per os*, так и в виде местных физиотерапевтических процедур.

Комплекс 9-й — при сопутствующих микрокистозных изменениях в яичниках и следующей за этим гипер-эстрогемией показано (при отсутствии противопоказаний) включение препаратов калия йодида по методике, предложенной Н. И. Лазаревым (1969). Как правило, и в этот лечебный комплекс входят витаминотерапия, препараты общеукрепляющего действия, седативные средства. Из гормональных средств обычно назначаются андрогены в сочетании с прогестинами. В ряде наблюдений включаются антиэстрогены.

Комплекс 10-й — при сопутствующей хронической гепатопатии на протяжении длительного времени применяются средства, влияющие на тканевый обмен (витогепат, сирепар, кислота липоевая, липамид и др.) и в ряде случаев в сочетании с желчегонными средствами (кислота дегидрохолевая, аллохол, холензим, берберин, холосас, холагол, кукурузные рыльца, Лив 52 и др.). По показаниям присоединяются адаптогены, витамины, седативные средства, транквилизаторы, дегидратационная терапия. Гормонотерапия

(при необходимости) назначается только после определения гормонального баланса и при нормализации объективных показателей функциональной активности печени. Препараты калия йодида противопоказаны.

Комплекс 11-й — если мастопатии сопутствует некалькулезный холецистит, то обязательно в течение 3—5 лет назначаются витаминотерапия, холецистокинетические, желчегонные, антиинфекционные средства, нередко сочетающиеся с препаратами, влияющими на тканевый обмен (см. комплекс 10-й). Дегидратационная терапия очень часто является компонентом этого комплекса. Андрогенотерапия, применение эстрогенов нежелательны. Калия йодид противопоказан. Целесообразно систематическое выполнение тюбажа.

Комплекс 12-й — сопутствующий гипотиреоз. Необходим длительный прием тиреоидина в сочетании с витаминами, дегидратационной терапией, препаратами седативного действия, транквилизаторами, адаптогенами; 1-ДОФА в малых дозах (см. стр. 142) может быть рекомендован в течение 6—8 мес. При объективных показателях, свидетельствующих о дефиците гормонов

эстрогенного и гестагенного действия, назначается соответствующая гормонотерапия. Калия йодид абсолютно противопоказан.

Комплекс 13-й — при сопутствующей гиперпролактинемии к комплексам 1, 2, 3 добавляются бромокриптин, 1-ДОФА.

На втором этапе лечения мастопатии, когда речь идет о поддерживающей терапии, возможны рекомендации наиболее простых медикаментозных комплексов, включающих витамины, седативные средства, препараты общеукрепляющего действия. При необходимости — препараты гепатотропного действия. Комплексы 1, 2, 3 мы часто настоятельно советуем применять на протяжении 3—5 лет.

Хирургическое лечение больных мастопатией

Выполнение оперативного вмешательства при мастопатии осуществляется как вынужденная мера — только при локализованных формах

Следует особо подчеркнуть, что хирургическое лечение направлено на ликвидацию следствия нарушенного гомеостаза. Причина же, вызвавшая патологические изменения в молочных железах, остается. Поэтому оперативное удаление пораженного участка не ликвидирует нарушенного гомеостаза, и в последующем требуется длительная консервативная, корригирующая терапия. Только секторальная резекция без последующей консервативной терапии не приводит к устойчивому выздоровлению.

По вопросу об объеме оперативного вмешательства нет единого мнения. Ряд авторов при кистозных мастопатиях предлагают выполнять сверхэкономные вмешательства — *аспирацию* содержимого без какой-либо последующей патогенетической консервативной терапии. К сожалению, и до сего времени в некоторых лечебных учреждениях нашей страны бытует такая тактика. Но ведь при аспирации кисты удаляется только ее содержимое. Остается соединительно-тканная капсула, которая может быть с эпителиальной выстилкой однорядной, многорядной, с признаками пролиферации. Наконец, в стенке кисты имеется вероятность образования сосочковых разрастаний, атипических элементов, рака. Абсолютно изолированных одиночных кист, без той или иной степени выраженности, фиброаденоматозного фона, практически не встречается. Если даже при обзорной или пневмомаммографии не будет наблюдаться патологических разрастаний в стенке кисты, все равно клиницист никогда с уверенностью не может сказать, что морфологическое исследование не выявит в ней пролиферативных изменений. И уже совсем опасна рекомендация при наличии нескольких изолированных кист выполнять последовательную их аспирацию без оперативного вмешательства. Выполнение *подкожной мастэктомии* V. Friedberg (1977) основывает на том обстоятельстве, что при гистологическом изучении изменений в молочных железах при мастопатии 10 % оцениваются как предрак. Предлагается осуществлять подкожную мастэктомию у следующих групп больных: 1) при «рецидивах» мастопатии с множественными рубцами вследствие неоднократных секторальных резекций молочной железы, затрудняющих

интерпретацию изменений в них при физикальном обследовании; 2) при мастопатии с атипической пролиферацией эпителия, которая впоследствии повышает риск возникновения рака молочной железы; 3) при неинфильтративном преинвазивном раке, являющемся облигатной формой для развития инфильтративного рака молочной железы.

Более экономные оперативные вмешательства при мастопатии (резекция $2/3$ молочной железы, гемимастэктомия, секторальная резекция) могут быть осуществлены, исходя из объема поражения молочной железы. При этом непреложным фактом остается правило: разрез необходимо выполнять, отступя от края уплотненного участка не менее чем на 2 см. Иссечение ткани надлежит производить не конусообразно. Основание (дно) раны должно по размерам соответствовать кожным разрезам. Удаление поверхностной фасции с большой грудной мышцы обязательно. Это правило диктуется тем обстоятельством, что перед операцией с малой долей вероятности можно быть уверенным в абсолютной доброкачественности удаляемого уплотненного участка.

При конусовидном же разрезе и при наличии карциномы в молочной железе оперирующий хирург проведет разрез в зоне инфильтрации, что совершенно не соответствует принципам абластики.

Что касается *экономных секторальных резекций*, предусматривающих удаление только крупных кист и оставление мелких, то эта практика ни в коем случае не может быть приемлема. Если оставляются макроскопически видимые, даже очень маленьких размеров кисты, как правило, и возникают те «рецидивы», о которых упоминают некоторые авторы. Это не «рецидивы», а активизирующиеся пролифераты после нерадикального хирургического лечения. Иногда приходится первоначальный план, который предусматривал секторальную резекцию, изменять, так как во время операции выявляются новые патологические участки. В таких ситуациях лучше при первом же оперативном вмешательстве выполнить более обширное удаление ткани молочной железы, чем в дальнейшем подвергать больных неоднократным секторальным резекциям, в связи с появлением у операционного рубца или рядом с ним новых (определяемых уже визуально) локализованных участков фиброаденоматоза.

На основании психосоматического подхода могут быть сформулированы следующие принципы патогенетической терапии мастопатии:

1. Непрерывность и длительность двухэтапного лечения, включающего интенсивную направленную терапию на I этапе и поддерживающую терапию на II этапе.
2. Обязательное устранение сопутствующих заболеваний и психотравмирующих ситуаций в процессе патогенетической терапии.
3. Проведение курсов общеукрепляющего лечения, а при необходимости — и психотерапии.
4. Непременное определение гормонального баланса и показателей процессов метаболизма перед назначением гормональных препаратов.
5. Рациональное сочетание оперативного и консервативного лечения при локализованных формах фибро-аденоматоза.

6. Периодическое выполнение на II этапе лечения, вне зависимости от начального характера заболевания, контрольных осмотров и лабораторных исследований.

Изложенные принципы комплексного лечения мастопатии должны неукоснительно выполняться по отношению к каждой пациентке. Пренебрежение хотя бы одним из них значительно снижает эффективность патогенетической терапии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы:

- а) инверсия соска;
- б) ателия;
- в) амастия;
- г) полителия и полимастия;
- д) дистопия млечных ходов.

2. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска?

- а) внутрипротоковая папиллома;
- б) болезнь Педжета;
- в) узловатая мастопатия;
- г) киста;
- д) фиброаденома.

3. Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы?

- а) умбиликация;
- б) лимонная корка;
- в) втяжение соска;
- г) гиперпигментация соска и ареолы;
- д) изъязвление.

4. Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего?

- а) овариоэктомия;
- б) химиотерапия;
- в) гормонотерапия;
- г) лучевая терапия;
- д) пангистрэктомия.

5. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска выделения желтоватого цвета. Подмышечные лимфоузлы слегка увеличены, болезненные. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. Какой предположительный диагноз можно поставить?

- а) внутрипротоковая папиллома;
- б) узловатая форма фиброзно-кистозной мастопатии;
- в) фиброаденома;
- г) диффузный рак;
- д) узловой рак.

6. Больная 39 лет обратилась с жалобами на боли и деформацию правой молочной железы. При осмотре железа резко увеличена и деформирована, кожа инфильтрирована, представляет собой толстый, бугристый пласт, на

ее поверхности имеются участки кровоизлияний и изъязвлений. Сосок деформирован, втянут. Справа пальпируются увеличенные, плотные подмышечные лимфоузлы. Со стороны внутренних половых органов патологии не обнаружено. Диагноз?

- а) диффузная мастопатия;
- б) рак Педжета;
- в) маститоподобный рак;
- г) панцирный рак;
- д) коллоидный рак.

7. При осмотре больной 50 лет в области соска правой молочной железы видна язва, покрытая вялыми грануляциями. Язва имеет подрытые края, серовато-гнойное не свертывающееся в корки отделяемое. Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи. Диагноз?

- а) экзема соска;
- б) первичный шанкр;
- в) аденома соска;
- г) туберкулез молочной железы в стадии язвы;
- д) рак Педжета.

8. Больная 60 лет жалуется на кровянистые выделения из соска, незначительную болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не изменена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются. Диагноз?

- а) рак;
- б) саркома;
- в) внутримолочковая аденома;
- г) туберкулез;
- д) мастопатия.

9. Больная 35 лет жалуется на покраснение соска и его утолщение. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутие в области соска. При сдвигании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен, плотный на ощупь. Диагноз?

- а) актиномикоз молочной железы;
- б) болезнь Педжета;
- в) экзема соска;
- г) скirr молочной железы;
- д) маститоподобный рак.

10. Больная 19 лет обратилась с жалобами на умеренные боли в молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. Обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожный покров не изменены. Пальпаторно в железе определяются бугристые образования, на фоне которых выявляется плотная, с четкими границами опухоль диаметром до 6 см, которая легко смещается в тканях, не связана с кожей и соском. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Диагноз?

- а) фиброаденома на фоне фиброзно-кистозной мастопатии;
- б) рак молочной железы;
- в) абсцесс молочной железы;
- г) липома;
- д) саркома молочной железы.

11. У больной в верхне-наружном квадранте молочной железы определяется одиночный безболезненный узел диаметром 5 см плотной консистенции, хорошо отграниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз?

- а) фиброаденома молочной железы;
- б) рак молочной железы;
- в) мастит;
- г) узловатая форма мастопатии;
- д) фиброзно-кистозная форма мастопатии.

12. У больной 28 лет в обеих молочных железах диффузно, нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения, которые в предменструальный период становятся болезненными и более плотными. Кожа молочной железы не изменена. Соски не увеличены. Диагноз?

- а) диффузная двусторонняя фибрознокистозная мастопатия;
- б) фиброаденома молочной железы;
- в) инфильтративно-отечная форма рака;
- г) диффузный двусторонний мастит;
- д) маститоподобный рак молочной железы.—правильной формы, выделений нет. лимфатические узлы

13. Больная 22 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 39. С, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно - боль, диффузный инфильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз?

- а) острый мастит;
- б) мастопатия диффузная;
- в) хронический мастит;
- г) рожеподобный рак;
- д) узловатая мастопатия.

14. У больной 43 лет диагностирован рак молочной железы 2б стадии. Тактика?

- а) радикальная мастэктомия с пред- и послеоперационной лучевой терапией;
- б) облучение молочной железы и зон регионарного метастазирования (3500-4500 рад);
- в) радикальная мастэктомия, двусторонняя овариоэктомия, облучение зон, гормонотерапия;
- г) радикальная мастэктомия, длительная гормонотерапия;
- д) лучевая терапия, гормонотерапия.

15. У больной с подозрением на фиброаденому молочной железы при микроскопии отделяемого из соска и при исследовании пунктата из опухоли атипичных клеток не обнаружили. Как поступить с больной?

- а) выписать под амбулаторное наблюдение;
- б) назначить гормональную терапию метилтестостероном;
- в) назначить антибиотикотерапию;
- г) выполнить секторальную резекцию со срочным гистологическим исследованием;
- д) провести простую мастэктомию.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1	Б	11	А
2	А	12	А
3	Г	13	А
4	Г	14	А
5	Б	15	Г
6	Г		
7	Г		
8	В		
9	Б		
10	А		

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Больная К., 44 л., обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в левой молочной железе. Опухоль обнаружила самостоятельно 6 месяцев назад. За медицинской помощью не обращалась. Больная имеет одного ребенка.

Менструальная функция сохранена. Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре определяется втяжение соска. В верхненаружном квадрате железы пальпируется опухоль 6х4 см, плотная малоболезненная, смещаемая. В левой подмышечной области имеется увеличенные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов – без патологии.

1. Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие клинические симптомы необходимо проверить.
4. Какие данные можно получить при раке молочной железы? Какие исследования необходимо выполнить для установления окончательного диагноза?
5. Определите лечебную тактику у данной больной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больная 33 л., жалуется на боли в правой молочной железе. Боли усиливаются в предменструальном периоде. В нижневнутреннем квадранте правой молочной железы в вертикальном положении обнаружено опухолевидное образование 2х2 см, безболезненное, подвижное. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Патологии со стороны внутренних органов нет.

1. Назовите предварительный диагноз, который Вы считаете наиболее вероятным у данной больной.
2. Укажите у данной больной заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Перечислите клинические симптомы, которые необходимо проверить.
4. Назовите лабораторный и инструментальные исследования, которые необходимо выполнить у данной больной для подтверждения диагноза.
5. Назовите данные, характерные для этого заболевания, которые могут быть получены при этих исследованиях.
6. Сформулируйте окончательный диагноз.
7. Укажите тактику лечения, основываясь на окончательном диагнозе.
8. Назовите объем операции на молочной железе у данной больной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

На прием к хирургу обратился юноша 18 лет, с жалобами на увеличение левой молочной железы. Железа начала увеличиваться 3 года назад. Объективно определяется диффузное увеличение молочной железы. Болезненности при пальпации нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие исследования необходимо провести, ожидаемые результаты?
4. Определите лечебную тактику.
6. Возможный прогноз, если не оперировать

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больная М., 27 л жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В анамнезе – неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадрате железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование в диаметре 3 см.

Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку.

1. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие лабораторные, инструментальные исследования необходимо выполнить и их результаты, характерные для окончательного диагноза?
4. Сформулируйте окончательный диагноз.
5. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

У больной А., 21 г., на 14 день после родов появились боли в левой молочной железе, повысилась температура до 38. В левой молочной железе определяется болезненный инфильтрат.

1. Какое заболевание развилось у больной?
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования следует провести, ожидаемые результаты?
3. Назначьте консервативное лечение.
4. Какие клинические симптомы укажут на неэффективность назначенной терапии и развитие в железе абсцедирования и каким методом исследования это можно подтвердить?
5. Определите лечебную тактику, метод обезболивания при гнойном мастите.
6. Назовите основные этапы операции.

Ответы на ситуационные задачи

Клиническая задача № 1

- 1.1. Рак левой молочной железы.
- 2.1 Фибroadенома молочной железы.
- 2.2 Узловая мастопатия.
- 2.3 Хронический мастит.
- 3.1 Положительный симптом Кенига- опухоль не исчезает при пальпации железы в горизонтальном положении больной.
- 3.2 Положительный симптом «лимонной корочки» (отек кожи вследствие лимфостаза)
- 3.3 Положительный симптом умбиликации.
- 3.4 Положительный симптом «площадки».
- 3.5 Патологические выделения из соска.
- 4.1 Аспирационная биопсия опухоли молочной железы. (в пункте можно обнаружить одну из гистологических форм рака молочной железы).
5. Больную необходимо направить в онкодиспансер для проведения комбинированного лечения.

Клиническая задача № 2

1. Узловая форма мастопатии.
- 2.1 Рак молочной железы.
- 2.2 Фиброаденома молочной железы.
- 3.1 Симптом Кенига – пальпация ладонью в вертикальном и горизонтальном положении больной.
- 3.2 Положительный симптом «лимонной корочки» (отек кожи вследствие лимфостаза)
- 3.3 Положительный симптом умбиликации.
- 3.4 Положительный симптом «площадки».
- 3.5 Патологические выделения из соска.
- 4.1 Клинический анализ крови.
- 4.2 Клинический анализ мочи.
- 4.3 Пункционная биопсия.
- 5.1 Маммография – очаговое затемнение молочной железы.
- 5.2 УЗИ – очаговая гиперплазия железистого эпителия в виде узла в толще железы.
- 5.3 Биопсия: гиперплазия железистого эпителия.
- 6.1 Узловая форма мастопатии правой молочной железы.
- 7.1 Показано оперативное лечение.

Клиническая задача № 3

1. Левосторонняя гинекомастия.
2. Доброкачественная опухоль.
Рак молочной железы.
Симптомы: Кенига, умбиликации, «лимонной корочки», «площадки», выделения из соска. Все симптомы – отрицательные.
3. Анализы крови и мочи в норме.
Мамография – тени неправильной формы, зачастую с микрокальцинатами.
УЗИ – эхографически сходна с мастопатией.
Пункционная биопсия – железистая мастопатия. Наблюдается расширение млечных протоков, очаги склерозирующего аденоза.
4. Хирургическое лечение: подкожная мастэктомия слева.
5. Развитие рака молочной железы.

Клиническая задача № 4

1. Левосторонняя мастопатия.
2. - рак молочной железы,
- киста левой молочной железы,
- фиброаденома молочной железы.
- 3.1 Клинический анализ крови, мочи – патологии нет.
- 3.2 Маммография – затемнение диффузного характера с мелкими очагами просветления.
- 3.3. УЗИ: гиперэхогенные структуры с неровными контурами.

- 3.4. Пункционная биопсия – картина фиброзно-кистозной мастопатии.
4. Кистозно-фиброзная мастопатия, узловатая форма.
5. Оперативное – секторальная резекция молочной железы

Клиническая задача № 5

1. Острый лактационный мастит.
 2. Клинический анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ.
Анализ мочи – без патологии.
- УЗИ: инфильтрат в левой молочной железе.
3. Сцеживание молока, фиксация молочной железы, антибиотики, УВЧ: N10
 4. - озноб с повышением температуры до 39-40°C.
 - усиление болей в области поражения
 - появление симптомов флюктуации при пальпации инфильтрата
 - УЗИ: определяется инфильтрат с жидким содержимым в центре.
 5. Больной показана операция под общим обезболиванием, вскрытие абсцесса, иссечение некротических тканей, дренирование полости гнояника.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная :

Кузин М. И. Хирургические болезни .321-399.

Дополнительная:

1. Бурдина, Л. М. Мастодион и его роль в лечении доброкачественных заболеваний молочных желез / Л. М. Бурдина, И. И. Бурдина // Маммология. 1998. № 4. С. 28–34.
2. Иванов, О. А. Заболеваемость и выявляемость рака молочной железы (некоторые клинические, эпидемиологические и статистические аспекты) / О. А. Иванов // Маммология. 1994. № 3. С. 10–13.
3. Зайцев, В. Ф. Тактика хирурга при узловых образованиях молочных желез
4. / В. Ф. Зайцев, Т. А. Николаенко, С. В. Сугак // Актуальные проблемы клинической медицины. Мн., 1999. С. 35–36.
5. Зайцев, В. Ф. Лечение мастопатии / В. Ф. Зайцев, Т. А. Николаенко, С. В. Сугак // Актуальные проблемы клинической медицины. Мн., 1999. С. 39–41.
6. Семиглазов, В. Ф. Минимальный рак молочной железы / В. Ф. Семиглазов, А. Г. Веснин, В. М. Моисеенко. СПб.: изд-во «Гиппократ», 1992.
7. Харченко, В. П. Новые технологии в диагностике и консервативном лечении кист молочной железы. Московский НИИ диагностики и хирургии МзиМП РФ / В. П. Харченко, Н. И. Рожкова, С. П. Прокопенко // Маммология. 1998. № 4.