

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ
КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ

В.М. КАЗАЧЕНОК, В.В. БАРЬЯШ

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Учебно-методическое пособие



Минск 2005

УДК 618.19-089 (075.8)

ББК 57.16 я 73

К 14

Утверждено Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 27.04.2005 г., протокол № 7

Авторы: доц. В.М. Казаченок, доц. В.В. Барьяш

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Л.А. Путырский; канд. мед. наук, доц. А.Н. Нехаев.

Казаченок, В. М.

К 14 Заболевания молочной железы : учеб.-метод. пособие / В. М. Казаченок., В. В. Барьяш –
Мн. : БГМУ, 2005. — 16 с.

ISBN 985-462-438-2.

Учебно-методическое пособие отражает программные вопросы изучения заболеваний молочной железы, цели и задачи занятия, тезисно-учебный материал, контрольные вопросы, ситуационные задачи, методы профилактики заболеваний.

Предназначено для студентов III и IV курсов медико-профилактического факультета, ординаторов, аспирантов и преподавателей хирургии.

УДК 618.19-089 (075.8)

ББК 57.16 я 73

Учебное издание

Казаченок Виталий Макарович

Барьяш Валерий Васильевич

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В.М. Казаченок

Редактор Н.А. Лебедко

Компьютерный набор Н.В. Оношко

Компьютерная верстка О.Н. Быховцевой

Подписано в печать Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. Уч.-изд. л. Тираж экз. Заказ

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220050, г. Минск, ул. Ленинградская, 6.

ISBN 985-462-438-2

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2005

Общее время занятий:

– для III курса — «мастит» — в ходе изучения острой гнойной хирургической инфекции;

– для IV курса — «заболевания молочной железы» — (лекция — 2 ч; практические занятия — 4 ч).

Мотивационная характеристика темы. Заболевания молочной железы составляют значительный раздел хирургии — от инфекционно-воспалительных процессов, прежде всего мастита, до онкологических, доброкачественных и злокачественных опухолей. Распространенность заболеваний молочной железы, разнообразие в проявлении процессов поражения железистой ткани заставляют признать этот раздел хирургии актуальным как в плане диагностики и лечения, так и в необходимости повсеместной профилактики. Подтверждением этому служит статистика: в Республике Беларусь рак молочной железы в 1994 г. составил 43,8 случаев на 100 тыс населения; в 1998 г. — 55,0; в 2003 г. — 60,9. Поэтому при подготовке врача любой специальности знание вопросов диагностики, принципов лечения и профилактики заболеваний молочной железы должно быть поставлено на уровень высокой ответственности.

Цель занятий: изучить отдельные патологические процессы в молочной железе, освоить методы клинического и лабораторного обследования больного, усвоить принципы лечения и профилактики заболеваний молочной железы.

Задачи занятия:

1. Знать классификацию заболеваний молочной железы.
2. Уметь собрать анамнез заболеваний, выявлять этиологические предпосылки к развитию патологических процессов.
3. Освоить методы физикального и лабораторного обследования молочных желез.
4. Уметь дифференцировать стадии мастита, доброкачественные и злокачественные опухоли.
5. Ориентироваться в подходах к лечению заболеваний молочной железы.
6. Уметь организовать профилактику заболеваний молочной железы.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения знаний по патологии молочной железы необходимо знать:

- 1) анатомо-гистологическое строение молочной железы, ее кровоснабжение, пути лимфооттока, особенности строения молочных ходов;
- 2) гормональную регуляцию функций молочной железы.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Эмбриогенез молочной железы.
2. Анатомическое расположение железы и ее гистологическая структура.
3. Артериальное и венозное кровоснабжение железы, особенности строения молочных протоков, лимфообращение.
4. Гормональные взаимоотношения при лактации и климаксе.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация заболеваний молочной железы.
2. Классификация острого и хронического мастита.

3. Классификация доброкачественных и злокачественных опухолей молочной железы.
4. Физикальное обследование молочной железы.
5. Лабораторные методы обследования молочной железы, интерпретация результатов.
6. Дифференциальная диагностика неопластических образований в молочной железе.
7. Принципы диагностики, лечения и профилактики лактационного мастита.
8. Пути и методы профилактики доброкачественных и злокачественных опухолей молочной железы.
9. Хирургические подходы к различным заболеваниям молочной железы.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Классификация заболеваний молочной железы:

1. Врожденные пороки развития.
2. Травма молочной железы.
3. Инфекционно-воспалительные заболевания, острые и хронические.
4. Опухоли молочной железы — доброкачественные и злокачественные.

Характерные жалобы при заболеваниях молочной железы:

1. Боли различной интенсивности в зависимости от течения процесса, от острых, рвущих, распирающих до постоянных, возникающих при прикосновении и пальпации.
2. Лихорадка, от гектической до субфебрильной.
3. Наличие уплотнения в молочной железе.
4. Корочки и изъязвления соска.
5. Выделения из сосков (от молозивных до кровянистых).
6. Косметические неудобства.
7. Психо-эмоциональные, при подозрении у себя злокачественности.
8. Общесоматические (потеря веса, общая слабость и пр.).

Физикальное обследование:

1. Осмотр молочных желез, их расположение, симметрия, размеры, состояние кожи и сосков.
2. Пальпация, выявление уплотнений, болезненности, узлов, выделений из сосков при сдавливании железы.
3. Обследование надключичной, подмышечной областей.

Лабораторные методы обследования:

1. Рентгеномаммография, бесконтрастная и с контрастированием.
2. Ультразвуковая эхолокация.
3. Трепан-биопсия.
4. Пункционная прицельная биопсия.
5. Экспресс-биопсия при операциях.
6. Инфракрасное «фотографирование».
7. Трансиллюминация.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

Амастия, гипоплазия железы — отсутствие железы, ее недоразвитие. Косметический недостаток. У девочек возможна гормональная терапия у эндокринолога. У взрослых — пластическое восстановление, эндопротезирование.

Ателия — отсутствие сосков.

Полимастия — увеличение числа молочных желез с локализацией на передней поверхности грудной клетки. Характерно увеличение в объеме при менструальном цикле, беременности. Опасность малигнизации. Подлежат хирургическому удалению.

Гипертрофия молочной железы возникает в период полового созревания у девочек, у женщин — после родов за счет разрастания жировой ткани. Косметические неудобства, нарушение трофики кожи, изъязвления. Лечение хирургическое — резекция железы, пластика.

Гинекомастия — результат гормонального (эстрогены) дисбаланса у юношей в период полового созревания, у мужчин — в период угасания половой функции, при заболеваниях печени, раке предстательной железы. Важно исследование «гормонального зеркала», диагностика первопричинных заболеваний (печени, предстательной железы). Возможна малигнизация. Показано оперативное лечение — мастэктомия (как правило, с сохранением соска).

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Острый мастит — гнойно-воспалительный процесс, чаще постлактационный, редко наблюдается нелактационный. Обычный возбудитель — стафилококк. Благоприятствует развитию мастита плохая гигиена сосков, застой молока в железе, трещины сосков, снижение иммунитета, сопутствующие заболевания.

Классификация острого мастита: серозный, инфильтративный, абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный.

Классификация отражает стадийность развития гнойно-воспалительного процесса в железе, что необходимо учитывать при назначении лечения.

По локализации острый мастит классифицируется на субореолярный, паренхиматозный, интерстициальный, ретромаммарный.

Диагноз основан на анамнезе (роды, уход за сосками, сцеживание молока), объективном статусе (боли, инфильтрация, флюктуация, местная гипертермия), температурной реакции, общем и биохимическом анализе крови.

Лечение консервативное, с учетом стадийности воспаления, а также оперативное при симптомах нагноения (радиарные разрезы, дугообразный разрез Барденгайера по переходной кожной складке, мастэктомия при гангрене всей железы, неустранимом сепсисе).

Хронический мастит встречается редко, обычно как результат недолеченного острого процесса. Клиническая картина скудная, периодические обострения, возможна малигнизация. Лечение оперативное — секторальная резекция.

Профилактика острого мастита: постоянное врачебное наблюдение за течением беременности в условиях женской консультации, подготовка железы

и сосков к лактации (полотняная ткань в бюстгальтере на область сосков), оттягивание запавших, уплощенных сосков при помощи молокоотсоса в дородовом периоде.

Общая подготовка женщин к родам и лактационному периоду (лечебная гимнастика, прогулки, терапия, водные процедуры, бассейн) и подготовка молочных желез (ежедневное обмывание молочных желез теплой водой с мылом), самомассаж сосков, сцеживание молока после кормления при избытке его, лечение трещин сосков путем легкого массажа и выдавливания нескольких капель молока и легкое растирание-массаж сосков.

Специфические маститы туберкулезного, сифилитического, актиномикозного генеза встречаются редко.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Доброкачественные опухоли молочной железы широко представлены различными процессами. Несут в себе риск малигнизации, требуют повсеместной диспансеризации и профилактики.

Различают следующие доброкачественные процессы молочной железы: интрадуктальная папиллома, фиброаденома, филоидная (листовидная) опухоль, фиброаденоматоз (мастопатия) очаговый и диффузный.

Интрадуктальная (внутрипротоковая) папиллома характеризуется кровянистыми выделениями из соска, которые могут появляться самопроизвольно или при надавливании. Лечение — оперативное.

Фиброаденома чаще встречается у молодых женщин до 30 лет; может быть одиночной и множественной, четко пальпируется в виде плотных, подвижных, округлых, безболезненных узлов. Лечение — оперативное.

Филоидная (листовидная) опухоль характеризуется наличием узла в молочной железе, который может достигать гигантских размеров. Лечение — оперативное.

Фиброаденоматоз (мастопатия) очаговый и диффузный.

Диффузная мастопатия — наиболее часто локализуется в верхне-наружных квадрантах железы. Первые жалобы: боли разной интенсивности в железах в предменструальном периоде, которые могут усиливаться до мучительных при прикосновении, выделения из соска различного характера, за исключением кровянистых. При пальпации — резкая болезненность и неопределенное диффузное уплотнение; в последующем — локализованная болезненность в отдельных участках, уплотнение, тяжести, мелкая зернистость. Лечение — консервативное.

Узловая форма встречается чаще у женщин старше 30 лет. Узлы могут быть одиночными или множественными, имеют четкие края, могут во время месячных изменять свой размер. Лечение — оперативное.

Кроме того, в молочной железе бывают *липомы*, которые имеют вид четко очерченного узла и *молочные кисты* (галактоцеле) — результат обтурации молочных ходов после маститов, формируются в период лактации, четко отграничены, медленно увеличиваются, овальной формы, при пункции — молокооб-

разная или опалесцирующая, слизеподобная жидкость. Лечение — оперативное.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Различают следующие его формы:

- узловая;
- рак Педжета;
- диффузные формы:
 - маститоподобная;
 - инфильтративно-отечная;
 - панцирная;
 - рожеподобная.

Узловой рак — наиболее частая форма, обе железы поражаются с одинаковой частотой, опухоль чаще локализуется в верхненаружном квадранте.

Первый клинический признак — обнаружение плотного опухолевидного узла, для которого характерно наличие кожных симптомов: площадки, втяжения, лимонной корки, морщинистости.

Метастазирует в лимфоузлы и отдаленные органы.

Диффузный рак — характерен быстрый рост в железе и за ее пределы, четкий отграниченный узел не пальпируется, определяется опухолевый инфильтрат, без четких границ, который может распространяться на всю ткань молочной железы.

Клинические формы: эризипелоидные (рожеподобные), маститоподобные, инфильтративно-отечные, панцирные.

Рак Педжета — начинается с безобидной, на первый взгляд, длительно не заживающей эрозии в области соска, или шелушения там же. По мере роста инфильтрирует и разрушает сосок, ареолу, могут появляться узлы в молочной железе.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клиническая диагностика включает:

1. Анамнез.
2. Осмотр молочных желез. При осмотре определяют:
 - симметричность расположения и форму молочных желез;
 - уровень стояния сосков и их вид (втяжение, отклонение в сторону);
 - состояние кожи (гиперемия, отек, морщинистость, втяжения или выпячивания на ней, сужение ореолярного поля и т. д.);
 - патологические выделения из соска (количество, цвет, длительность);
 - наличие отека руки на стороне поражения.
3. Пальпацию молочных желез (в вертикальном и горизонтальном положениях).
4. Пальпацию регионарных и шейно-надключичных лимфатических узлов (как правило, производят в вертикальном положении).

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Рентгенологическая диагностика — один из ведущих методов выявления рака молочной железы, особенно если опухоль небольших размеров и не пальпируется.

Маммография показана всем больным раком молочной железы после 40 лет.

Методы обследования, которые необходимо выполнить больной до начала лечения:

- а) пункционная биопсия опухоли с цитологическим исследованием пунктата;
- б) ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
- в) рентгенологическое исследование легких;
- г) остеосцинтиграфия (в учреждениях, оснащенных радиоизотопной лабораторией);
- д) ультразвуковое исследование молочных желез, регионарных лимфоузлов.

Маммография и УЗИ дополняют друг друга, т. к. при маммографии могут быть видны опухоли, которые не определяют при УЗИ, и наоборот.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лабораторные исследования, которые необходимо выполнять при первичном обращении больной до начала лечения:

1. Общий анализ крови, группа крови, Rh-фактор, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, билирубин, глюкоза), RW (реакция Вассермана).
2. ЭКГ.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

1. **Цитологическая (пункционная) биопсия** (тонкоигольная биопсия).
2. При необходимости — **трепан-биопсия или секторальная резекция молочной железы.**

В настоящее время используется классификация опухолей по системе TNM Международного противоракового союза (2002 г.)

Для оценки категорий T, N, M должны использоваться следующие методы:

1. Категория T — физикальное исследование и визуализация, например, маммография.
2. Категория N — физикальное исследование и визуализация.
3. Категория M — физикальное исследование и визуализация.

Анатомические области:

1. Сосок (С 50.0).
2. Центральная часть (С.50.1).
3. Верхневнутренний квадрант (С.50.2).

4. Нижневнутренний квадрант (С.50.3).
5. Верхненааружный квадрант (С.50.4).
6. Нижненааружный квадрант (С.50.5).
7. Подмышечный хвост (С.50.6).

Регионарные лимфоузлы:

1. Подмышечные (ипсилатеральные), межгрудные узлы (Роттера) и лимфоузлы вдоль подмышечной вены и ее ветвей, которые могут быть разделены на следующие уровни:

а) уровень I (нижняя часть подмышечной ямки): лимфоузлы расположенные латерально по отношению к латеральной границе малой грудной мышцы;

б) уровень II (средняя часть подмышечной ямки): лимфоузлы, расположенные между медиальной и латеральной границами малой грудной мышцы, и межгрудные лимфоузлы (Роттера);

с) уровень III (верхушечная часть подмышечной ямки): апикальные лимфоузлы и узлы, расположенные медиально по отношению к медиальному краю малой грудной мышцы, за исключением тех, которые определяются как подключичные.

Примечание. Внутримаммарные лимфоузлы кодируются как подмышечные лимфоузлы.

2. Подключичные (ипсилатеральные) лимфоузлы.

3. Внутримаммарные (ипсилатеральные) лимфоузлы: лимфоузлы в межреберных областях по краю грудины в эндоторакальной фасции.

4. Надключичные (ипсилатеральные) лимфоузлы.

Метастазы в любых других лимфоузлах определяется как отдаленные метастазы (M₁), включая шейные или контралатеральные внутримаммарные лимфоузлы.

Под символами TNM подразумевают:

1. T — первичная опухоль:

T_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T₀ — опухоль в молочной железе не определяется.

T_{is} — преинвазивная карцинома (*carcinoma in situ*).

T_{is} (DCIS) — протоковая карцинома (*carcinoma in situ*).

T_{is} (LCIS) — дольковая карцинома (*carcinoma in situ*).

T_{is} (Paget) — Болезнь Педжета (соска) без опухоли.

Примечание. Болезнь Педжета с наличием опухоли классифицируется в соответствии с размерами опухоли.

T₁ — опухоль не более 2 см в наибольшем измерении.

T_{1mic} — микроинвазия до 0,1 см в наибольшем измерении.

Примечание. Микроинвазией считают распространение раковых клеток за пределы базальной мембраны с очагами менее 0,1 см.

T_{1a} — опухоль более 0,1 и менее 0,5 см в наибольшем измерении.

T_{1b} — опухоль более 0,5 и менее 1 см в наибольшем измерении.

T_{1c} — опухоль более 1 см и менее 2 см в наибольшем измерении.

T₂ — опухоль более 2 см и менее 5 см в наибольшем измерении.

T₃ — опухоль более 5 см в наибольшем измерении.

T₄ — опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу.

Примечание. Грудная стенка включает ребра, межреберные мышцы и переднюю зубчатую мышцу, но не грудную мышцу.

T_{4a} — распространение на грудную стенку.

T_{4b} — отек (включая «лимонную корочку») или изъязвление кожи молочной железы, или сателлиты в коже молочной железы.

T_{4c} — признаки, перечисленные в 4a и 4b вместе.

T_{4d} — воспалительная форма рака молочной железы.

Примечание. Воспалительная карцинома молочной железы характеризуется диффузной бурой индурацией кожи с эризипелоидным краем, обычно без подлежащей массы. Если биопсия кожи указывает на отсутствие вовлеченности в процесс и нет локализованного, с определяемыми размерами первичного рака, категория T есть pT_x при патогистологическом стадировании воспалительной карциномы (T_{4b}). Кожа покрытая ямочками, втяжение соска или другие изменения кожи, за исключением тех, что бывают при T_{4b} и T_{4d}, могут оцениваться как T₁, T₂, или T₃, не влияя при этом на классификацию.

2. N — регионарные лимфатические узлы:

N_x — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N₀ — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N₁ — метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах(e) на стороне поражения.

N₂ — метастаз в неподвижном ипсилатеральном подмышечном лимфатическом узле(ax) или в клинически явном ипсилатеральном внутримаммарном лимфоузле(ax) при отсутствии клинически явных метастазов в подмышечных лимфоузлах.

N_{2a} — метастаз в подмышечном лимфоузле(ax), сцепленных друг с другом или с другими структурами.

N_{2b} — метастаз только в клинически явном внутримаммарном лимфоузле(ax) при отсутствии клинически явного метастаза в подмышечном лимфоузле.

N₃ — метастаз в ипсилатеральном подключичном лимфатическом узле(ax) с поражением подмышечных лимфоузлов и без них; или в клинически явном ипсилатеральном внутримаммарном лимфоузле(ax) при наличии клинически явных метастазов в подмышечных лимфоузлах; или метастаз в ипсилатеральном надключичном лимфоузле(ax) с поражением подмышечных или внутримаммарных лимфоузлов или без них.

N_{3a} — метастаз в подключичном лимфоузле(ax).

N_{3b} — метастазы во внутримаммарных и подмышечных лимфоузлах.

N_{3c} — метастаз в надключичном лимфоузле(ax).

Примечание. «Клинически явные» означает выявленные в результате клинического исследования или применения средств визуализации (за исключением лимфосцинтиграфии).

3. M — отдаленные метастазы:

M_x — данных для суждения о наличии отдаленных метастазов недостаточно.

M₀ — признаков отдаленных метастазов нет.

M₁ — имеются отдаленные метастазы.

Категории **M1** и **pM1** могут быть более уточнены в соответствии со следующими условными обозначениями:

Легкие PUL Костный мозг MAR

Кости OSS Плевра PLE

Печень HEP Брюшина PER

Мозг BRA Надпочечники ADR

Лимфоузлы LUM Кожа SKI

Другие OTN

4. G-гистопатологическая классификация:

G₁ — высокая степень дифференцировки.

G₂ — средняя степень дифференцировки.

G₃ — низкая степень дифференцировки.

5. R-классификация.

Отсутствие или наличие остаточной опухоли после лечения описывается символом **R**. Определения R-классификации:

R_x — наличие остаточной опухоли не может быть установлено.

R₀ — остаточная опухоль отсутствует.

R₁ — микроскопическая остаточная опухоль.

R₂ — макроскопическая остаточная опухоль.

ГРУППИРОВКА ПО СТАДИЯМ

Стадия 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадия I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадия IIА	T ₀	N ₁	M ₀
	T ₁ *	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Стадия IIВ	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Стадия IIIА	T ₀	N ₂	M ₀
	T ₁ *	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁ , N ₂	M ₀
Стадия IIIВ	T ₄	N ₀ , N ₁ , N ₂	M ₀
Стадия IIIС	любая Т	N ₃	M ₀
Стадия IV	любая Т	любая N	M ₁

*Примечание.** T₁ включает T_{1mic} (микроинвазия 0,1 см или менее в наибольшем измерении).

РЕЗЮМЕ

Tis	in situ
T1	≤ 2 см
T1 mic	≤ 0,1 см
T1a	> 0,1 до 0,5 см
T1b	> 0,5 до 1 см
T1c	> 1 до 2 см
T2	> 2 до 5 см
T3	> 5 см
T4	грудная стенка/кожа
T4a	грудная стенка
T4b	отек кожи/изъязвление, сателлитные узелки на коже
T4c	признаки, характерные для T4a и T4b
T4d	воспалительная карцинома

N1	Подвижные подмышечные	pN1mi pN1a pN1b pN1c	Микрометастазы > 0,2 мм, ≤ 2 мм 1–3 подмышечных узла внутримаммарные узлы с микрометастазом, выявленном при биопсии сторожевого узла, но клинически неопределяемом 1–3 подмышечных узла и внутримаммарные узлы с микрометастазом, выявляемом при биопсии сторожевого узла, но клинически неопределяемом
N2a	Неподвижные подмышечные	pN2a	4–9 подмышечных узлов
N2b	Внутримаммарные клинически определяемые	pN2b	Внутримаммарные узлы, клинически определяемые
N3a	Подключичные	pN3a	≥10 подмышечных узлов или подключичный узел (узлы)
N3b	Внутримаммарные и подмышечные	pN3b	Внутримаммарные узлы, клинически определяемые с подмышечным узлом (узлами) или > 3 подмышечных узлов и внутримаммарных узлов с микрометастазами, которые выявляются при биопсии сентинельного (сторожевого узла), но клинически неопределяемых
N3c	Надключичные	pN3c	Надключичные

Лечение рака молочной железы является сложной проблемой и имеет несколько составляющих.

1. Хирургическое лечение — включает в себя выполнение следующих групп оперативных вмешательств:

- мастэктомии (Мастэктомия по Холстеду–Майеру, по Пейти, по Мадену, по Холдину–Урбану);
- радикальные резекции молочной железы (выполняются при небольших опухолях при отсутствии регионарных метастазов или одиночных метастазах в подмышечные лимфоузлы);

- радикальные вмешательства на молочной железе с первичной маммопластикой;
- косвенно-действующие операции — овариэктомия, адреналэктомия, гипопизэктомия, последние две в настоящее время не используются (применяются для лечения гормонозависимых форм рака молочной железы).

2. Лучевая терапия:

- предоперационный курс;
- послеоперационный курс;
- радикальный курс;
- паллиативный курс.

3. Химиотерапия:

- адьювантная;
- неоадьювантная;
- лечебные курсы.

4. Гормонотерапия (группы препаратов):

- антиэстрогены;
- андрогены;
- ингибиторы ароматазы;
- кортикостероиды;
- прогестины.

САМОКОНТРОЛЬ

Ситуационные задачи

№ 1

Девушке 17 лет, жалуется на появление болезненной припухлости в области наружного края большой мышцы груди во время начала менструаций. Через 2–3 дня припухлость исчезает.

Диагноз, рекомендации?

№ 2

Молодая женщина, 27 лет, жалуется на отсутствие молочных желез. Это ее угнетает морально и по этой причине она отказывается выйти замуж.

Диагноз, рекомендации?

№ 3

После родов, на 2-й неделе кормления ребенка, появились боли в области сосков, мокнутие, а спустя некоторое время у молодой мамы стали появляться распирающие боли в левой молочной железе, повысилась температура тела до 38°C. При исследовании железы в верхненаружном квадранте пальпируется разлитая инфильтративность, местная гипертермия, выраженная болезненность. Обе молочные железы увеличены значительно в размерах, напряженные.

Диагноз, объем диагностических и лечебных мероприятий?

№ 4

Молодая женщина, 26 лет, обнаружила у себя в левой молочной железе опухолевидное образование, что вызвало у больной беспокойство, подозрение

на рак. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы при пальпации определяется плотное образование, величиной с фасолину, подвижное, безболезненное. В левой и правой подмышечных областях определяются лимфатические узелки, безболезненные, подвижные.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Лечение?

№ 5

Юноша, 17 лет, стал отмечать у себя болезненную припухлость в области молочных сосков на протяжении последних 3 месяцев. При пальпации припухлости определяется выраженная болезненность, консистенция мягко-эластическая.

Диагноз, объем лечебной помощи?

№ 6

Девушка, 19 лет, жалуется на болезненные опухолевидные образования в левой молочной железе, появление которых связывает с менструальным циклом. При пальпации железы в наружных квадрантах определяются два болезненных опухолевидных образования без четких границ, диаметром до 3 см. При исследовании в горизонтальном положении уменьшаются в размерах, но болезненны.

Диагноз, диагностические подходы, лечение?

№ 7

Молодая женщина, 37 лет, неожиданно обнаружила у себя в левой молочной железе плотную, слегка болезненную опухоль размером с фасолину, что ее взволновало и заставило обратиться к хирургу. Объективно: в верхненаружном квадранте железы определяется плотный узел диаметром до 4 см, мало болезненный, умеренно смещаемый при пальпации, кожа над ним ригидна, регионарные узлы не пальпируются.

Диагноз, дополнительные методы исследования, лечение?

№ 8

Женщина, 65 лет, обратила внимание на болезненное уплотнение в области соска левой молочной железы. Объективно: плотная ткань в области ареолы, окрашивание кожи в виде одиночных участков темно-красного цвета. В левой подмышечной области одиночные плотные, безболезненные, подвижные лимфатические узлы диаметром до 1–2 см.

Диагноз, дополнительные методы исследования, лечение?

№ 9

Женщина, 60 лет, обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в левой подмышечной области и припухлость левой руки. Объективно: в левой молочной железе определяется инфильтрат до 10 см в диаметре, легко подвижный, кожа над ним не берется в складку. В левой подмышечной области несколько спаянных между собой лимфатических узлов, верхняя конечность в целом отечна, кожа слегка цианотична, движения в суставах свободные.

Диагноз, объем диагностических исследований, лечение?

№ 10

При флюорографии в обоих легких обнаружено несколько шаровидных затемнений диаметром до 2–4 см — метастазы.

Как можно расценивать данные находки с онкологических позиций? Где искать первичную опухоль? Дополнительные методы диагностических исследований?

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Особенности анатомии молочной железы с хирургических позиций?
2. Классификация заболеваний молочной железы?
3. Классификация мастита по стадийности развития, локализации процесса?
4. Лечебные подходы при лечении лактационного мастита?
5. Профилактика лактационного мастита?
6. Дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей молочной железы?
7. Клинические формы рака молочной железы?
8. Основы диагностики злокачественных опухолей молочной железы?
9. Международная клиническая классификация злокачественных опухолей молочной железы?
10. Объем дополнительных методов обследования при злокачественных опухолях молочной железы?
11. Основные принципы лечения рака молочной железы (операции, химиотерапия, гормонотерапия)?

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Хирургические болезни* / под ред. М. И. Кузина. М : Медицина, 2000. С. 81–144.

Дополнительная

1. *Клиническая онкология* / под ред. Н. Н. Блохина, Б. Е. Петерсона. М. : Медицина, 1976. С. 387–432.
2. *Астапенко, В. Г.* Практическое руководство по хирургическим болезням / В. Г. Астапенко, Н. Н. Малиновский. Мн. : Вышэйшая школа, 1983. Т. 1. С. 354–365.
3. *Приказ № 76 А от 12 февраля «Об утверждении протоколов диагностики и лечения злокачественных новообразований в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь».* Мн., 2004. С. 84–100.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Учебный материал	4
Врожденные пороки развития	5
Инфекционные заболевания молочной железы	5
Доброкачественные опухоли молочной железы	6
Рак молочной железы	7
Клиническая диагностика рака молочной железы	7
Рентгенологическая диагностика	8
Лабораторные исследования	8
Морфологическая диагностика	8
Группировка по стадиям	11
Резюме	12
Самоконтроль	13
Контрольные вопросы	15
Литература	16