



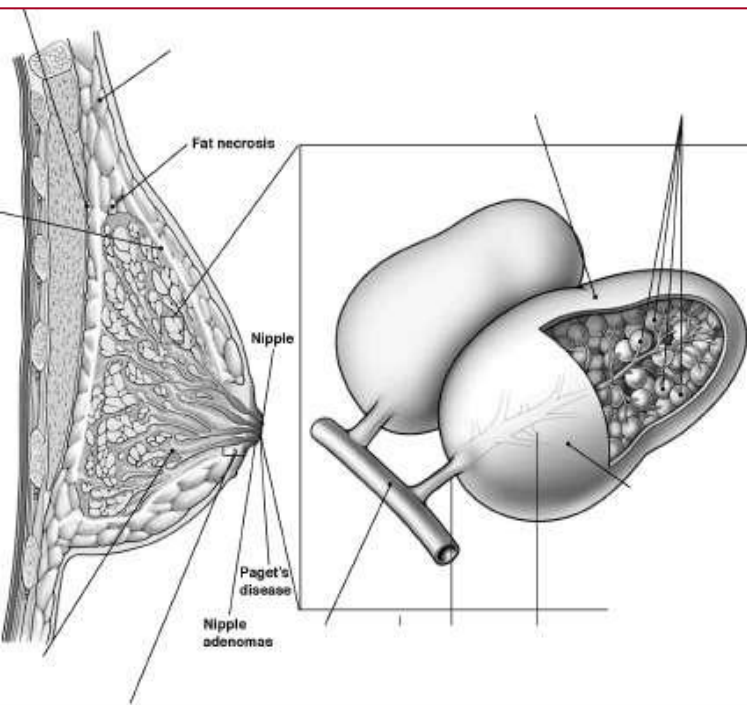
Молочные железы и их заболевания

**Профессор кафедры
акушерства и
гинекологии,
д.м.н. Е.А.ЮРАСОВА**

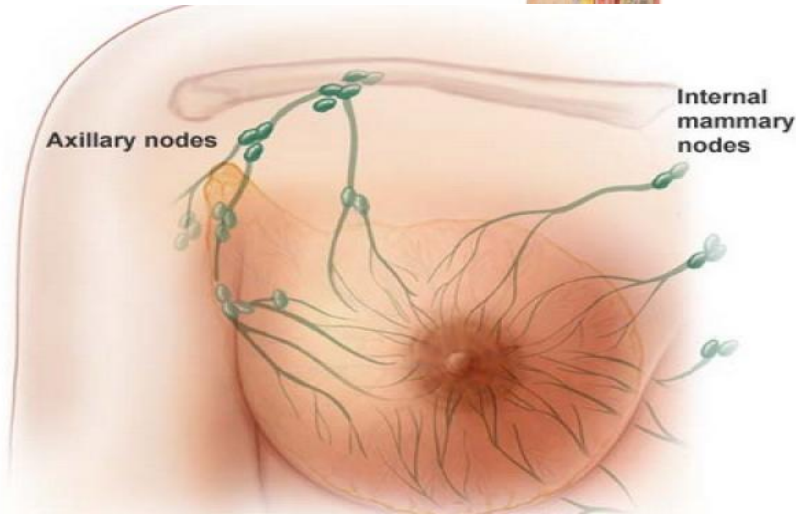
**Гюстав Курбе «Купальщица»,
1868**

Анатомия молочной железы

- **Собственно молочная железа** (*glandula mammaria* или **mamma**), составляющая основу женской груди и называемая также телом молочной железы представляет собой плотное тело в форме выпуклого диска, окружённое слоем жира (*capsula adiposa mammae*).
- Тело молочной железы (*corpus mammae*), состоит из 15—20 отдельных конусообразных долей, расположенных радиально вокруг грудного соска, обращённых вершуккой к нему и разделённых между собой прослойками соединительной ткани. Каждая доля, в свою очередь, состоит из более крупных и более мелких долек - **ацинусов**. Каждая долька состоит из альвеол диаметром 0,05—0,07 мм. Доли и дольки соединяются тонкими каналами, называемыми протоками, которые связывают их с соском.
- В околососковом кружке имеется некоторое количество небольших рудиментарных молочных желёз, так называемых желез Монтгомери (*glandulae Montgomerii*), образующих вокруг соска небольшие возвышения.

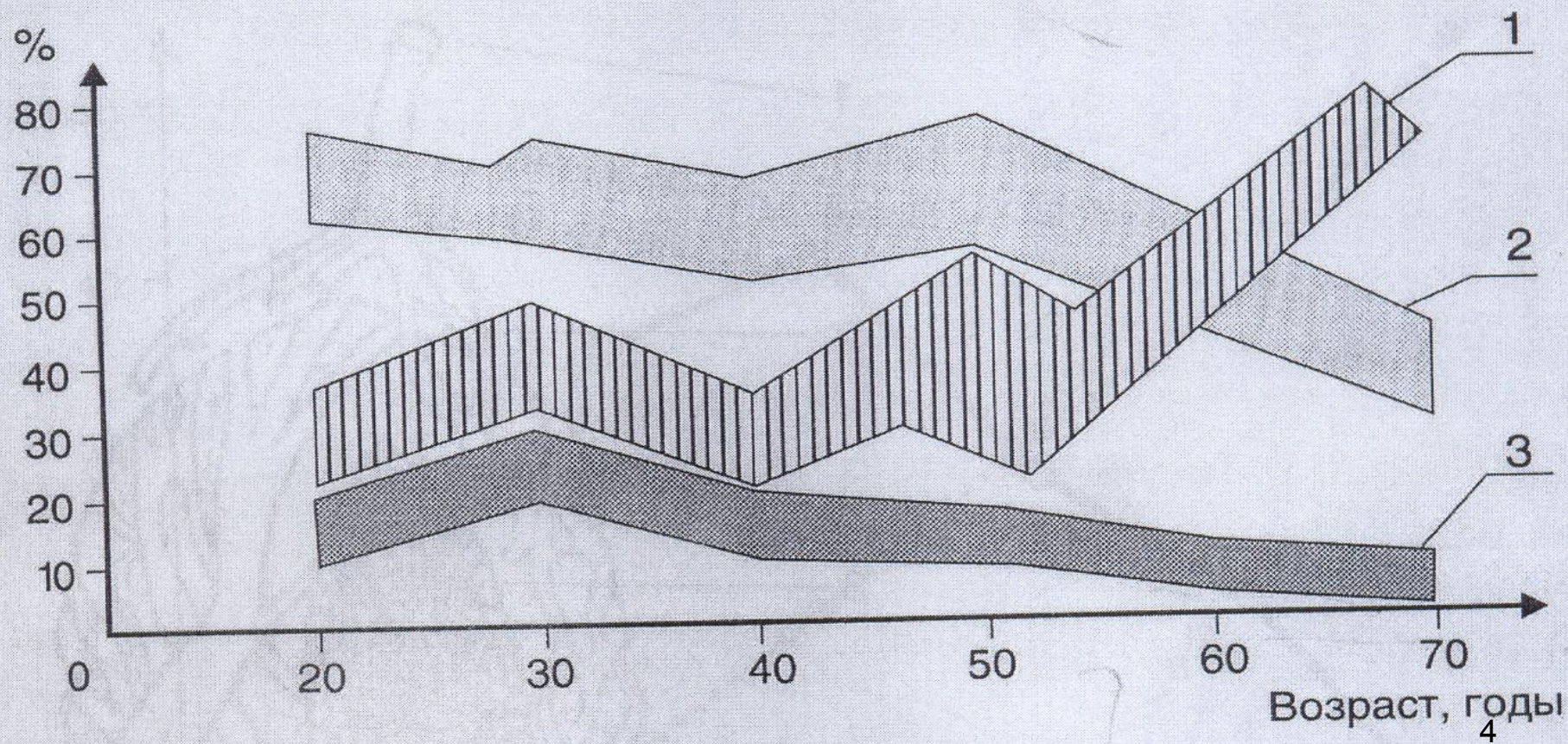


Анатомия молочной железы



- Крепление молочной железы к грудной стенке осуществляется с помощью соединительно-тканых тяжей или связок Купера, поддерживающих железистую ткань.
- Кровоснабжение молочных желёз осуществляется в основном **внутренней грудной** (a. *Thoracica interna*) и **боковой грудной** (a. *Thoracica lateralis*) артериями.
- Лимфооток осуществляется преимущественно в **подмышечные и загрудинные лимфоузлы** по ходу внутренней грудной артерии
- Молочная железа является **вторичным половым признаком**.

Процентное соотношение жировой (1), соединительной (2) и железистой (3) тканей молочной железы в различные возрастные периоды жизни женщины



Классификация и структура долек молочной железы:

Типы долек (Д)	Число протоков	Молочная железа
Д – I	6 - 11	У нерожавших
Д – II	47	У нерожавших
Д – III	81	У рожавших
Д - IV	120	В период лактации У рожавших

В протоках долек I и II типа может наблюдаться атипическая гиперплазия, прогрессирующая в рак протока (in situ) или инвазивный рак

В дольках III типа возникают секреторные аденомы, фиброаденомы, склерозирующие аденозы и апокриновые кисты.

J. Russo, 1996

Развитие молочных желез

- К 10-й неделе эмбриогенеза формируются зачатки молочных желез — «молочные линии», к 20-й неделе появляются соски. На 25-й неделе начинается ветвление первичных млечных протоков, а между 32-й и 40-й неделями — интенсивная пролиферация клеток протоков.
- Молочные железы у новорожденных девочек и мальчиков выглядят одинаково.
- Дальнейшее развитие молочных желез у девочек стимулируется эстрогенами и прогестероном.
- У мальчиков рост молочных желез в норме тормозится андрогенами.

Схема Таннера

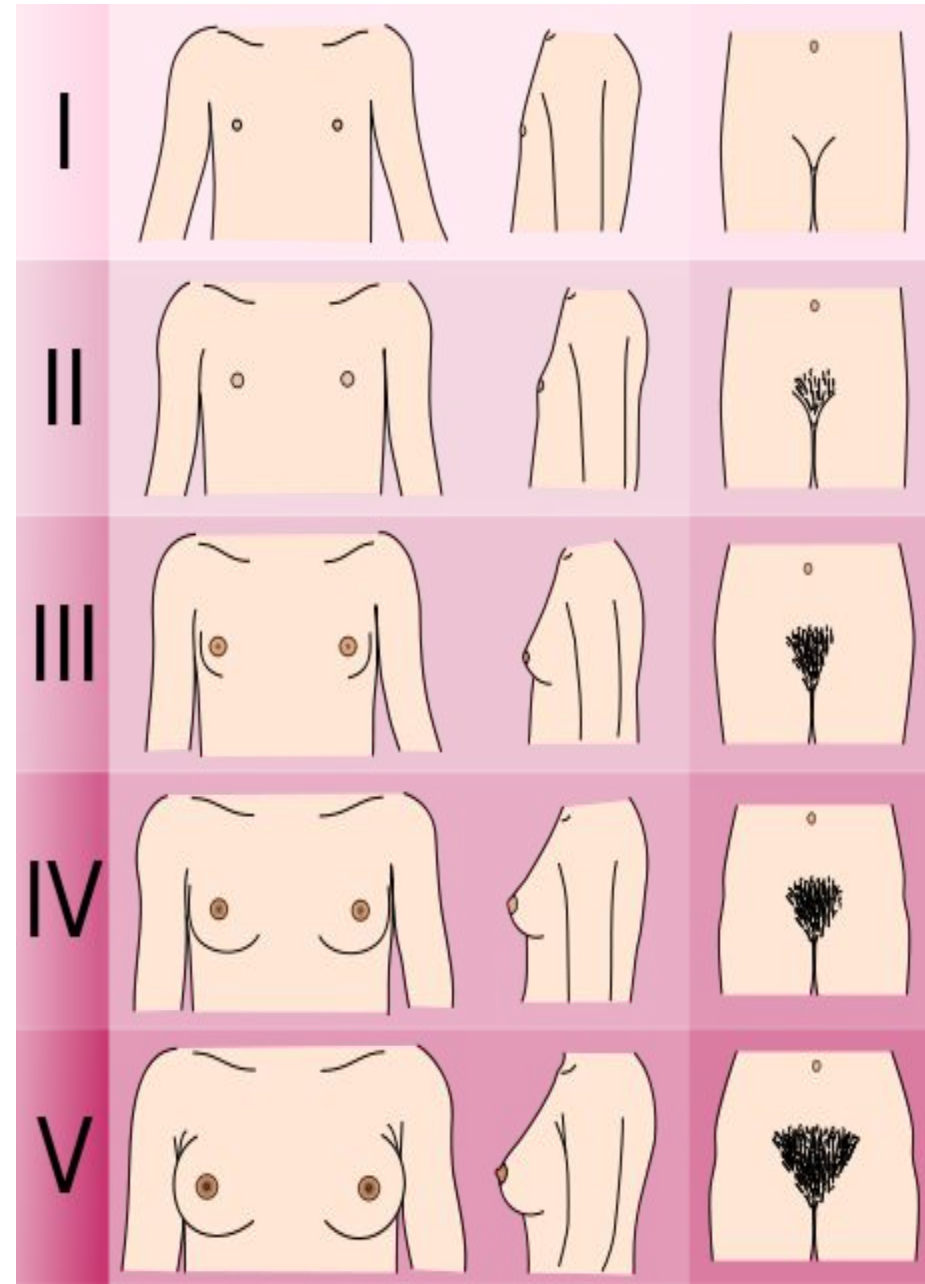
I — нет увеличения молочных желез и роста волос на лобке, наружные половые органы по детскому типу, начало увеличения в размерах яичников;

II — развитие молочной железы до стадии «бутона», увеличивается диаметр ареолы, затем начало роста волос на лобке, ускорение темпов роста тела с преимущественным расширением бедер и увеличением отложения жировой ткани;

III — дальнейшее увеличение размеров молочной железы и ареолы в едином комплексе, волосы распространяются за пределы лонного сочленения, темнеют, грубеют и начинают виться;

IV — ареола и сосок выступают над поверхностью молочной железы с образованием вторичного бугорка над контуром железы, оволосение лобка по женскому типу, однако не покрывает всей лобковой области;

V — размеры и форма молочных желез соответствуют взрослой женщине, ареола вписывается в общий контур железы, половое оволосение в форме треугольника и занимает всю надлобковую область, замедление скорости роста и его окончательная остановка, возникновение регулярных овуляций.



Аномалии развития молочных желез

- **Аплазия молочной железы**, т.е. полное отсутствие всех ее элементов (сосково-ареолярный комплекс, эмбриональный зачаток железы) с рождения - крайне редкое явление и, как правило, сочетающееся с другими пороками развития грудной клетки.
- Классическим примером подобной ситуации может служить **синдром Поланда или гемиатрофии (1)**, когда отсутствует не только молочная железа, но и часть мышц передней грудной стенки, а так же имеет место грубая деформация грудины и ребер.
- СП встречается с частотой 1:30000 – 1:32000 новорожденных, в 80% случаев бывает правосторонним
- Лечение СП - оперативное



Аномалии развития молочных желез

- **Полимастия** – увеличение количества молочных желез, связанное с нарушением редукции эмбриональных зачатков.
- Наиболее часто добавочные железы находятся в подмышечных впадинах, в период лактации они набухают, могут выделять молоко.

В добавочных железах возможно развитие воспалительных процессов, дисгормональной гиперплазии, доброкачественных и злокачественных опухолей.

Лечение - оперативное (удаление добавочных желёз).



Патология молочных желез

Преждевременное развитие молочных желез

- ***Преждевременное телархе*** - это появление развития молочных желез и других вторичных половых признаков ***до 8-летнего возраста***.

Основную роль в развитии органических нарушений ЦНС играет перинатальная патология: гипоксия плода, асфиксия в родах или родовая травма.



Патология молочных желез

Преждевременное развитие молочных желез

Диагностика:

- Появление менструаций (до роста м/желез)
- УЗИ органов м/таза (опухоли яичника фолликулярные, опухоли яичника феминизирующие, опухоли надпочечника)
- Определить уровень гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин)

Патология молочных желез

Преждевременное развитие молочных желез

Наблюдение:

- консультация детского гинеколога
- консультация невропатолога
- консультация онколога
- профилактика ОРВИ
- медотвод от прививок (кроме полиомиелита) до полного прекращения роста м/желез
- контроль пищевого рациона (исключение мясопродуктов с гормональными добавками)

Патология молочных желез

Преждевременное развитие молочных желез

Лечение:

- оперативное (удаление опухолей м/таза)
- гормонотерапия (диферилин)

Патология молочных желез

Задержка развития молочных желез

- **ЗПР** – отсутствие роста молочных желез у девочки 12-14 лет

Диагностика:

- определение биологического возраста (Р-грамма левой кисти и лучезапястного сустава)
- уровни ФСГ, ЛГ, СТГ, эстрогены
- Р-грамма турецкого седла
- томография, МРТ гипофиза
- проба с аналогами гонадолиберина



Рисунок 17. Больная 13 лет. Синдром Шерешевского-Тернера. Первичная аменорея, отсутствие вторичных половых признаков

Патология молочных желез

Задержка развития молочных желез

- **Лечение**
- Оперативное
- Гормональное (ЦГТ, КОКи)
- Снижение физических нагрузок
- Препараты улучшающие микроциркуляцию (ноотропы, трентал, витамины)
- Ликвидация очагов хронической инфекции
- Нормализация состояния нервной системы
- Возможно консультация психиатра
- **Маммопластика не рекомендуется до 18 лет !!!**

Патология молочных желез

Гипоплазия (гипомастия)

- **Гипоплазия** - недостаточное развитие молочной железы. Является врожденной недостаточностью рецепторов к эстрогенам в тканях молочных желез. Обычно секреторная функция (лактация) таких желез не страдает.
- Причиной гипоплазии молочной железы может послужить воспалительный процесс, травма, в том числе хирургическая, перенесенные в раннем детском возрасте и приведшие к повреждению ее зачатка и и остановке роста. Реже констатируют нарушения закладки в процессе эмбриогенеза.
- Встречается у подростков с аменореей и дефицитом массы тела



Патология молочных желез

Гипоплазия (гипомастия)

Лечение:

- Полноценное питание
- При истинной гипомастии, не связанной с массой телом девочки (КОКи, циклическая ЗГТ)
- Оперативное лечение заключается в эндопротезировании.
- Неоправданная выжидательная тактика приводит к возникновению психосоциальных проблем и формированию комплекса неполноценности у девушки, а это, в свою очередь, - к снижению качества ее жизни. Данное заключение позволяет ставить показания к оперативной коррекции косметического дефекта до 18 лет

Патология молочных желез

Макромастия (гипермастия)

- **Макромастия** (гигантомастия, гипермастия)- это диффузное прогрессирующее быстрое (за 6-8 месяцев) увеличение молочных желез двухстороннего характера до размеров, существенно превышающих среднестатистические.
- Этиология и патогенез этого заболевания до настоящего времени не установлены. Предполагают повышение чувствительности тканей- мишеней к нормальному уровню эстрогенов и/или к другим гормонам, влияющим на рост молочных желез.
- Гипер- или макромастия наблюдается редко.



Патология молочных желез

Макромастия (гипермастия)

- Больные могут жаловаться на боли в области молочных желез, грудной клетки (кифоз грудного отдела позвоночника), спины, наличие отделяемого из сосков (непостоянный симптом), затрудненное дыхание, отдышку (ортопноэ), нарушение осанки, мокнущие изъязвления на коже. Девочки психологически подавлены, всячески стараются привлечь к себе меньше внимания окружающих. Они пытаются прижать молочные железы к грудной клетке, носят повязки, стягивающие их.
- По гистологии обнаруживается пролиферация молочных протоков, гиперплазия их эпителия.
- Гормональный фон не изменен

Патология молочных желез

Макромастия (гипермастия)

Лечение:

- Консервативная терапия малоэффективна
- При гиперпролактинемии (бромокриптин, парлодел, агалатес)
- При повышенном уровне эстрогенов (тамоксифен)
- Индиол Форто (1 капс.*2 раза в день, 6 месяцев)
- При отсутствии эффекта – хирургическая коррекция (удаление желез, кожная пластика, ареолопластика, эндопротезирование)

Патология молочных желез

Асимметрия роста молочных желез

- В пубертатном возрасте может появиться более или менее выраженная разница в размерах правой или левой молочной железы. Это обусловлено тем, что очень часто в норме молочные железы отличаются по своему объему друг от друга («ложная гипоплазия») Окончательно вопрос рассматривается к концу пубертата.
- Методов консервативного лечения такого состояния пока не предложено. Оперативное лечение заключается в одностороннем эндопротезировании.



Патология молочных желез

Галакторея (гиперпролактинемия)

- ***Гиперпролактинемия*** – избыточная секреция и выделение пролактина.
- Пролактин тормозит образование и выделение гонадотропинов гипофиза, подавляя гормональную функцию яичников, вызывая ановуляцию и НМЦ (вторичное) от гипоменореи до аменореи.

Патология молочных желез

Галакторея (гиперпролактинемия)

Патогенез:

А. Органическая патология.

- Пролактинсинтезирующие опухоли гипофиза:
 - микропролактинома (диаметр менее 10 мм);
 - макропролактинома (диаметр более 10 мм);
- Аденомы гипофиза смешанного строения (секретирующие АКТГ, СТГ)
- Гипоталамо-гипофизарные заболевания («пустое» турецкое седло)
- Патология сосудов и опухоли ГГС

Б. Функциональная (симптоматическая) гиперпролактинемия

- Нарушение функции щитовидной железы (гипотиреоз)
- Заболевания печени (цирроз)
- Медикаментозная (после приема эстрогенсодержащих, фенотиазиновых препаратов, метолдофы, опиоидов, галлюциногенов)
- Под влиянием стресса (психогенная)

Выделяют также идиопатические, бессимптомные формы.

Классификация галактореи:

- **I степень – молозиво при надавливании выделяется каплями;**
- **II степень – молозиво при надавливании выделяется струей;**
- **III степень – молозиво выделяется струей без надавливания.**

Патология молочных желез

Галакторея (гиперпролактинемия)

Диагностика:

- Анамнез (вторичная аменорея)
- Осмотр и пальпация (лакторрея, **НО при функциональной форме может и отсутствовать!!!**)
- Уровень гормонов (пролактин, ТТГ, ЛГ, ФСГ) на 5-7 день м/цикла.
- **ВВ! Накануне исключить сексуальные контакты, физические нагрузки, употребление алкоголя, исключить гинекологическое обследование и осмотр молочных желез перед взятием крови**
- **При симптоматической гиперпролактинемии – до 1000 мМЕ/л (провести повторное исследование через 3 дня)**
- **При микропролактиноме – более 2000 мМЕ/л (консультация нейрохирурга, консервативное лечение)**
- **При макропролактиноме – до 10 000 мМЕ/л (консультация нейрохирурга)**

Патология молочных желез

Галакторея (гиперпролактинемия)

Диагностика (при пролактиноме гипофиза):

- Рентгенография
- КТ, МРТ
- Консультация офтальмолога (исследование глазного дна и полей зрения – при макропролактиноме)
- Проба с бромокриптином (при функциональной форме – положительная, при пролактиноме – отрицательная)

Патология молочных желез

Галакторея (гиперпролактинемия)

Лечение (при симптоматической гиперпролактинемии и микропролактиноме гипофиза):

- Агонисты дофамина:
 - бромокриптин (Бромокриптин Рихтер) начиная с $\frac{1}{4}$ таблетки/сутки (0,625 мг) до 5 мг/сутки
Под ежемесячным контролем пролактина !
 - каберголин (Достинекс, Парлодел, Агалатес) начиная с $\frac{1}{2}$ (0,25 мг) 2 раза в неделю (max 4,5 мг/неделю)
Под ежемесячным контролем пролактина !
- Контрацепция – чистые ГК (чарозетта, лактинет, депо-провера)
- ***На фоне приема КОКов (более 3 лет) контроль пролактина!***

Критерии отмены медикаментозной терапии:

- Продолжительность лечения более 2 лет
- Нормализация уровня пролактина
- Отсутствие аденомы по данным МРТ
- Значительное уменьшение размеров опухоли:
 - более 50% от исходного размера
 - уменьшение размера микроаденомы менее 10 мм
- Беременность
- Постменопауза

Патология молочных желез

Травма молочной железы

- ***Травма молочной железы*** вызывает боли в железе, отек кожи над ней, появление кровоподтеков. Пальпация железы болезненна. УЗИ позволяет выявить гематому (если она имеется).
- Повторное УЗИ через 1-2 недели после травмы может подтвердить наличие гематомы, которую можно дренировать под контролем УЗИ.
- Через год и более после травмы, в молочной железе можно обнаружить шоколадные кисты и фиброз.

Патология молочных желез

Кисты молочной железы

- **Кисты молочный железы** обнаруживают у 6% девочек допубертатного и пубертатного возраста, у женщин 35-55 лет. Размеры кист могут быть от 3 мм до 5-6 см.

Диагностика:

- Осмотр и пальпация (при отсутствии воспалительного процесса в кисте пациентка жалоб не предъявляет)
При возникновении воспалительного процесса в расширенном протоке формирует абсцесс молочной железы (боль)
- УЗИ молочных желез подтверждает наличие округлого образования с четким контурами и жидким содержимым в суб- или периареолярной зоне в одной из молочных желез.

Патология молочных желез

Кисты молочной железы

Лечение:

- При наличии воспалительного компонента – ***хирургическое лечение***

Консервативная терапия:

- КОК
- Растительные препараты (Мастодинон, Циклодинон, по 30 капель/1 таблетка 2 раза в день, курс 3 месяца)
- Препараты с антиэстрогенным действием (Индинол Форто по 1 таблетки 2 раза в день, курс 6 месяцев)

Патология молочных желез

Мастит

- ***Мастит*** - воспалительный процесс в молочной железе, связанный с нарушением оттока из долек.
- Мастит может быть ***лактационным*** (в основе – лактостаз) и ***нелактационным*** (возникает при кистозной трансформации железы и вторично присоединенной инфекции).



Патология молочных желез

Мастит

1. Анамнестические данные
2. Жалобы
3. Клинические симптомы (со стороны м/железы и органов малого таза)
4. Клинический анализ крови (Hb, Ht, Эр, Le, СОЭ); при тяжелых формах – биохимическое исследование (протеинограмма, кислотно-основное состояние, ионограмма и др.)
5. Клинический анализ мочи
6. Гемостазиограмма (Tr, АЧТВ, АВР, ПДФФ, АТ III, фибриноген и др.) – **риск развития ДВС-синдрома в послеродовом периоде!!!**
7. Бактериологическое исследование (кровь, лохии, экссудат, молоко, моча)
8. Пункция инфильтрата
9. УЗИ

Патология молочных желез

Мастит

Лечение:

- При наличии абсцедирования – ***хирургическое лечение***
- ***Консервативное лечение*** (серозный, инфильтрационный мастит):
 - Антимикробная терапия (пенициллины, цефалоспорины II-III поколения) 5-7-14 дней
 - Метронидазол (500 мг*2 раза в день)
 - Антигистаминные препараты (супрастин, кларитин, зиртек, кестин)
 - НВПС (индометацин, дексалгин)
 - Антикоагулянты (курантил, кардиомагнил, фраксипарин, клексан)
 - Иммуномодуляторы (виферон, генферон)
 - Витамины (супрадин, геримакс энерджи)
 - Местно – полуспиртовой компресс
 - Торможение лактации (парлодел, бромокриптин)

МАСТОПАТИЯ –

**фиброзно-кистозная болезнь,
характеризующаяся нарушением
соотношения эпителиального и
соединительно-тканного компонентов,
широким спектром пролиферативных и
регрессивных изменений тканей молочной
железы**

(ВОЗ, 2000)

**При мастопатии риск
рака молочной железы
повышен в 3-5 раз**

Классификация

(Рожкова Н.И., 2009):

- Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
 - с преобладанием железистого компонента;
 - с преобладанием кистозного компонента;
 - с преобладанием фиброзного компонента.
 - смешанная форма диффузной ФКМ;
 - склерозирующий аденоз.

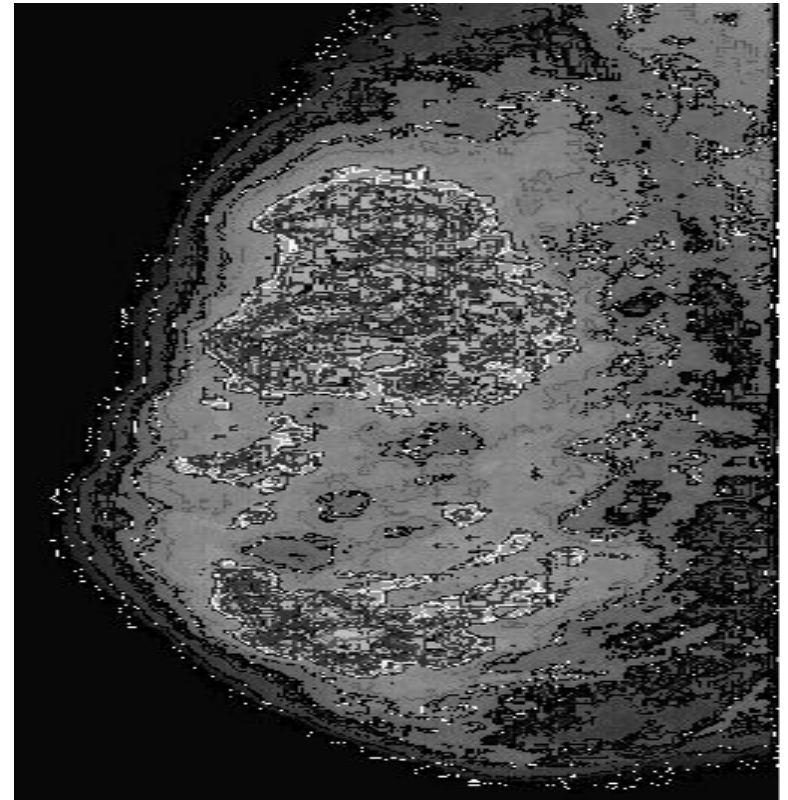
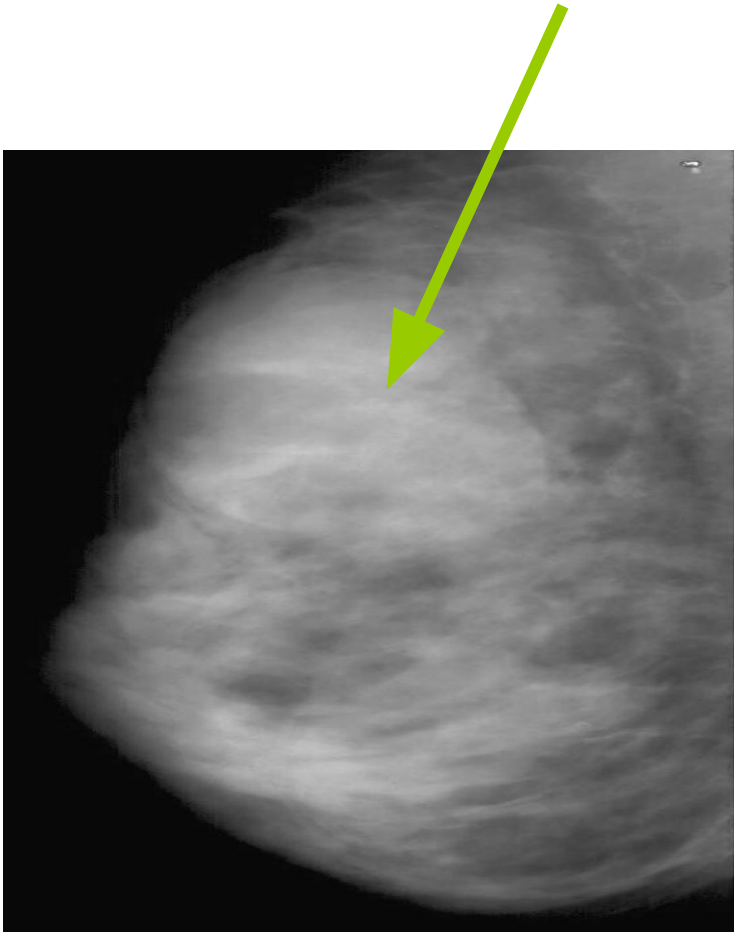
ЛЕЧАТ ГИНЕКОЛОГИ !!!

- Узловая (локализованная) фиброзно-кистозная мастопатия

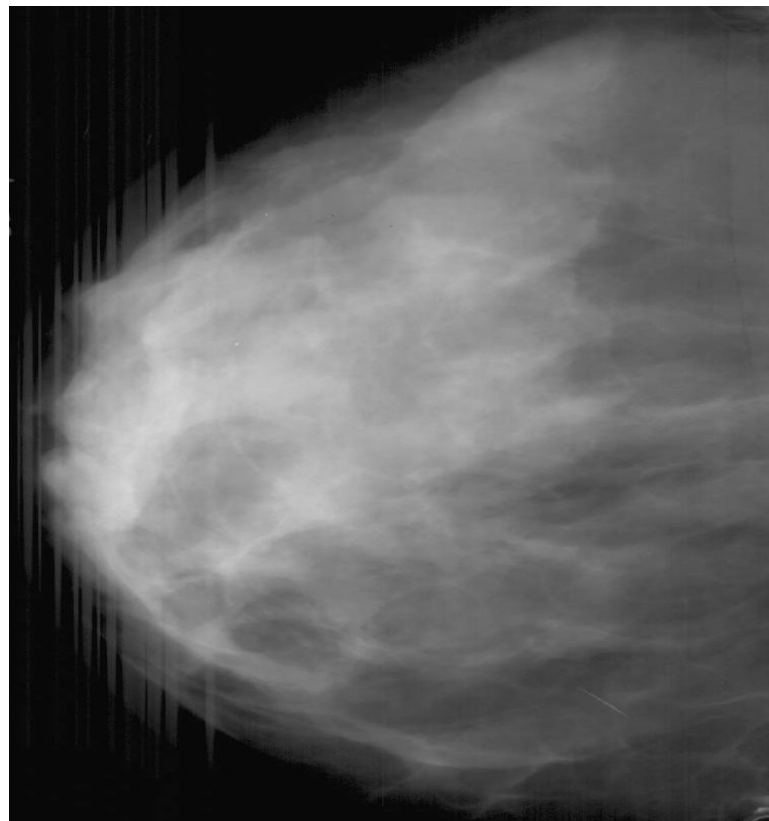
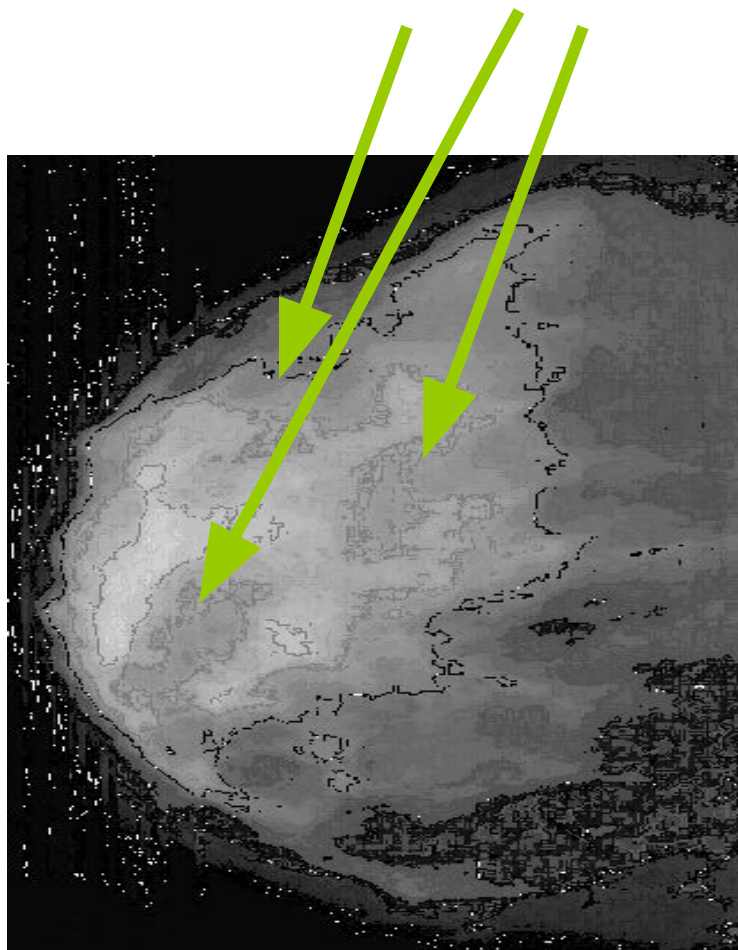
ЛЕЧАТ ОНКОЛОГИ !!!

(приказ № 572н от 01.11.2012)

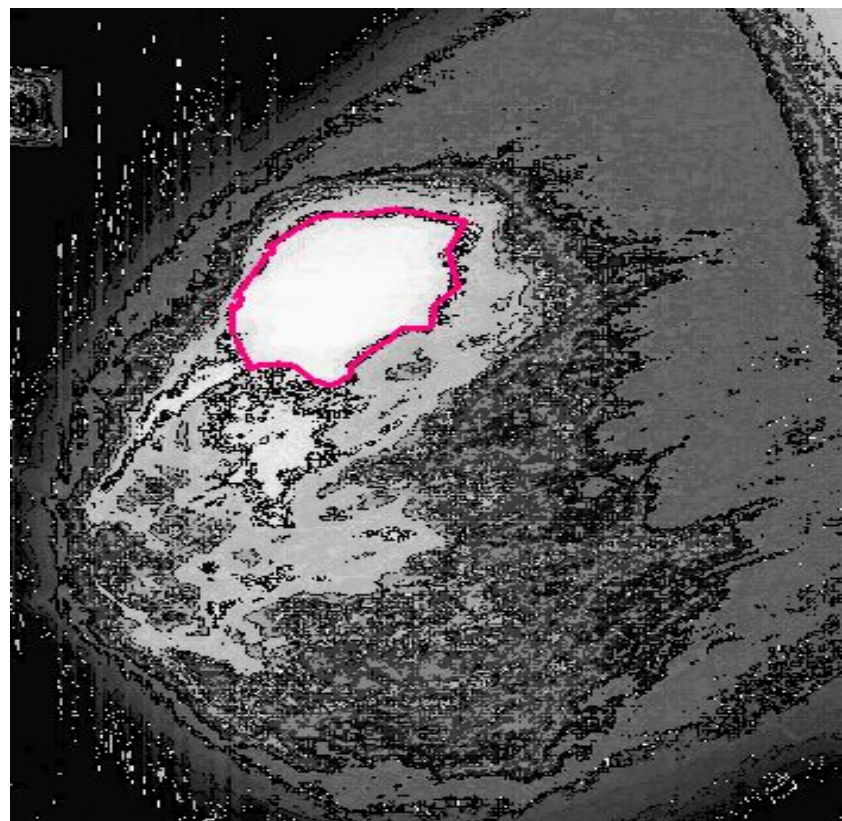
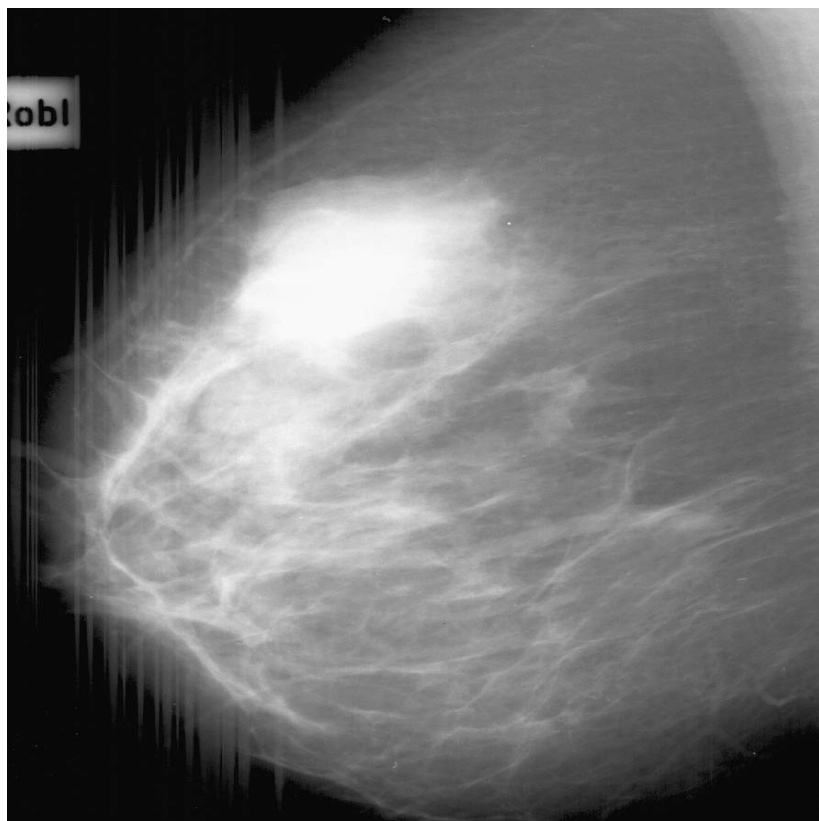
Очаговый сливной аденоз со склерозом стромы



Узловая форма с преобладанием КИСТОЗНОГО КОМПОНЕНТА

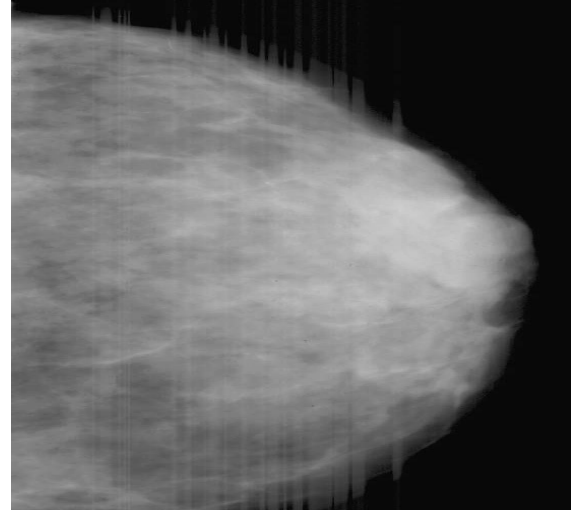


Узловая форма с преобладанием фиброзного компонента

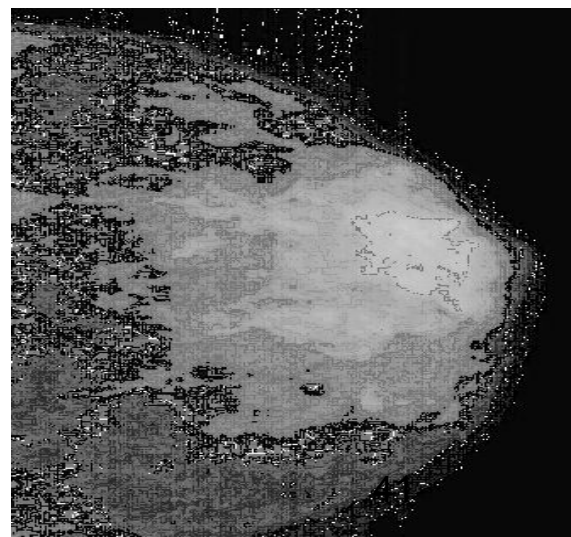


Морфологическая классификация:

- I ст. – ФКМ без пролиферации;
- II ст. – ФКМ с пролиферацией эпителия;
- III ст. – мастопатия с атипичической пролиферацией эпителия



Гиперплазия с
пролиферацией
эпителия



II и III степени
относятся к
доброкачественным

ПАТОГЕНЕЗ:

- **ЭСТРОГЕНЫ** вызывают пролиферацию протокового альвеолярного эпителия и стромы, стимулируют васкуляризацию (↑ гидратацию тканей)

ПРОГЕСТЕРОН обеспечивает дифференцировку эпителия и прекращение митотической активности, препятствует проницаемости капилляров (↓ отек)

ПАТОГЕНЕЗ:

**Эстрог
ены**



Прогестерон

**Пролиферация
соединительного
и эпителиального
компонентов
молочной железы**



**Формирование
кистозных
полостей**



**Обструкция протоков
при наличии
персистирующей
секреции
в альвеолах**

КЛИНИКА:



- **МАСТАЛГИЯ** (боль):
 - ациклическая;
 - циклическая:
 - «истинная» усиливается в предменструальный период (за неделю до менструации – как следствие ГК или МГТ);
 - иррадиация в руку, лопатку, подмышечную область;
- **Сочетается** с головными мигренеподобными болями, отеками, неприятными ощущениями внизу живота (метеоризм, запоры), ↑ нервной возбудимостью, беспокойством и чувством страха.
- **ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКОВ** (типа молозива, прозрачные, зеленоватые, кровянистые – на **дуктографию**, далее – **консультация хирурга или онкомаммолога**).

Диагностика **!!!!**

Самопальпация молочной железы



- **ежемесячно;**
- **накануне и после менструации;**
- **в положении сидя и лежа.**

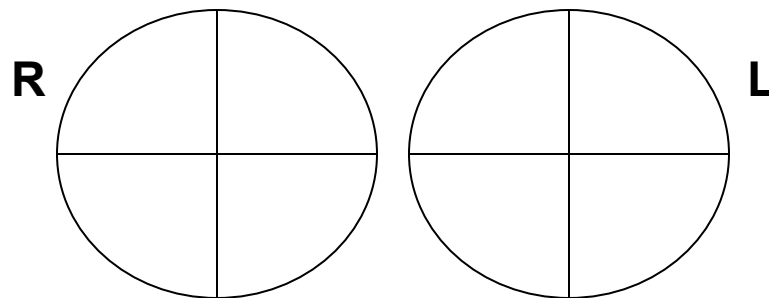
Если в железе пальпаторно обнаруживается опухоль, то при ее злокачественности, скорее всего это будет рак III или IV стадии, поскольку минимальный размер пальпаторно выявленных образований составляет 1,0 см !!!



Диагностика

- **Жалобы пациентки**
- **Сбор анамнеза** (наследственность, становление менструальной функции, акушерские и гинекологические сведения, продолжительность лактации)
- **Физикальное обследование:** осмотр и пальпация молочных желез, региональных лимфоузлов (подключичных, надключичных, подмышечных)

Физикальное обследование:



- **Расположены:** симметрично/несимметрично
 - **Развиты:** правильно, гипопластичные, гипертрофированные, отсутствуют, физиологически неодинаковые (левая больше/меньше правой)
 - **Кожа:** не изменена, отечна, гиперемирована, рубцы _____
 - **Ареолы и соски:** не изменены/изменены
 - **Выделения:** отсутствуют, отмечены (*классификация галактореи по степеням*), молозивные, прозрачные, янтарные, кровянистые, серозные, справа/слева, по количеству – скудные, умеренные, выраженные)
 - **Пальпаторно:** болезненные/безболезненные, мягкие/физиологически плотные, однородные/неоднородные, без узловых образований/с узловыми образованиями.
-
- **Тяжистость:** диффузная, локальная
 - **Региональные лимфоузлы:** не пальпируются/пальпируются

Диагностика

- При жалобах на локальную боль в груди необходима рентгенологическая визуализация тканей.
- Методом выбора является рентгеновская **маммография**, однако у женщин моложе 30-35 лет предпочтительно **УЗИ молочных желез**.

Ультразвуковое исследование (сочетается с доплеросонографией):



***Исследование проводят
в первую фазу (на 5–7-й
день) менструального цикла***

Проводится 1 раз в
год или чаще
при неблагоприятном
заключении маммографии
и наличии симптоматики
со стороны молочных желез⁴⁹

BI-RADS – система диагностики, определяющая выбор тактики обследования и лечения

- **Категория 0** – проведенное обследование неполное или некачественное (обширные раны, травмы, жировая инволюция, большой размер МЖ).
- **Категория 1** – Не определяются поражения. Вариант возрастной нормы, структура молочных желез соответствует возрасту, физиологическому состоянию и конституции пациентки. Отсутствуют прямые и косвенные признаки патологических процессов.
- **Категория 2** – Доброкачественные поражения, нет признаков злокачественного процесса. Выявляются доброкачественные объемные образования, доброкачественные кальцинаты.

BI-RADS – система диагностики, определяющая выбор тактики обследования и лечения

- **Категория 3** – Вероятно доброкачественные изменения – требуется короткий интервал контроля (6 мес.). Вероятность злокачественного процесса менее 2%. По истечении 6 месяцев контрольное исследование однозначно решает вопрос о доброкачественности или злокачественности изменений
- **Категория 4** – изменения, подозрительные на злокачественность. Вероятность злокачественного процесса от 2 до 95%, рекомендуется биопсия.
- **Категория 5** – злокачественные изменения. Вероятность более 95%, рекомендуется биопсия. Направление в онкологическое учреждение.
- **Категория 6** – гистологически верифицированный рак молочной железы

Маммография:

Единственный метод диагностики непальпируемых опухолей молочной железы;

Исследование проводят в первую фазу на 5–7-й день менструального цикла в двух проекциях.

Проводится женщинам старше 35 лет (приказ №572н от 12.11.2012) или 40 лет (приказ №154 от 15.03.2006) 1 раз в 2 года.

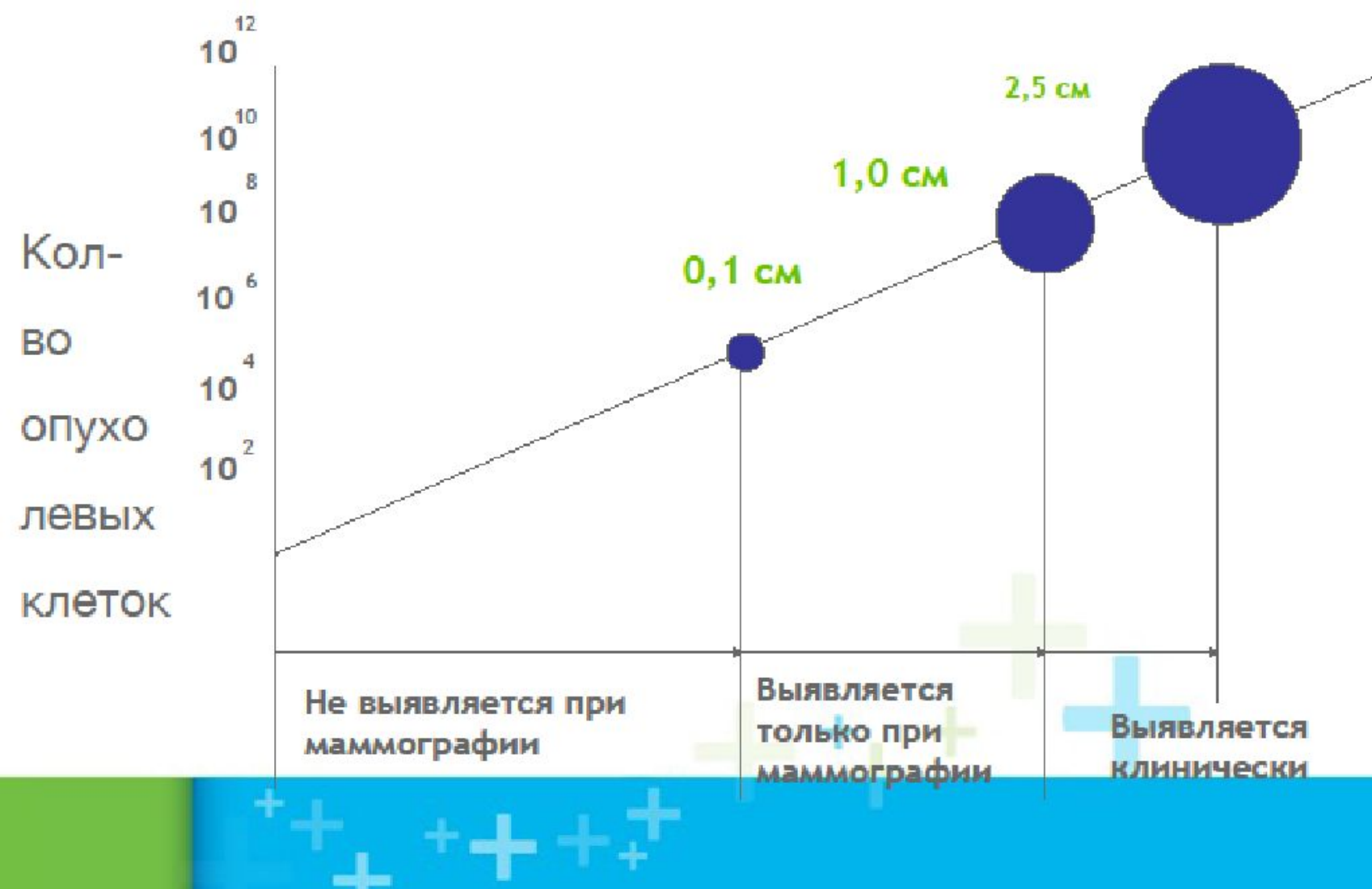
При выявлении изменений объемного характера женщину направляют в онкодиспансер для уточнения диагноза (приказ №572н)

Женщинам старше 50 лет проводится 1 раз в год



Диагностика узла возможна за 2 года до того, как опухоль станет доступна пальпации

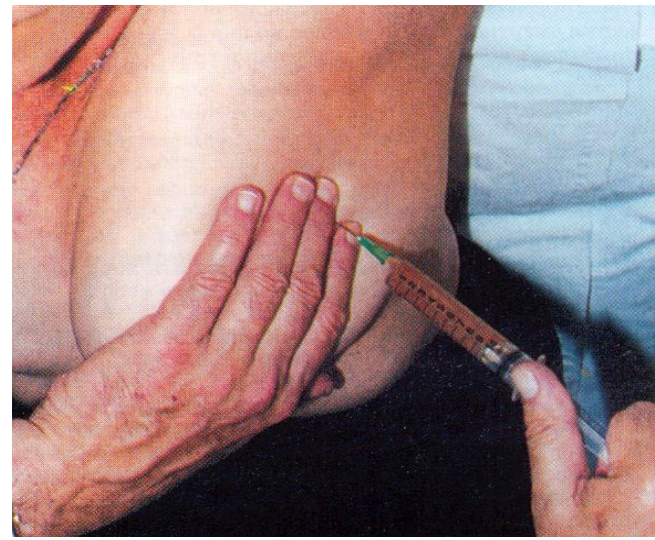
Развитие рака молочной железы



Пункционная биопсия:

Позволяет получить материал для *цитологического и гистологического исследований.*

Основной недостаток пункции объемных образований – возможность ложноотрицательного результата (7–18,6%) из-за неправильного положения иглы.



Диагностика:

Магнито-резонансная томография
с 2010 года является «золотым
стандартом» в диагностике

- МР-томография позволяет не только исследовать структурные и патологические изменения, но и оценить физико-химические, патофизиологические процессы
- Нет ограничений по сроку

Диагностика

Гормональный профиль:

- ФСГ, ЛГ;
- Андрогены;
- Эстрогены;
- Прогестерон;
- Инсулин;
- Кортизол;

При галакторее:

- Пролактин;
- ТТГ, Т₄
- ДАЛЕЕ ВОЗМОЖНА КОНСУЛЬТАЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГА, ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА И ДР. СПЕЦИАЛИСТОВ (ПО ПОКАЗАНИЯМ)

Диагностика

при обнаружении *доброкачественной дисплазии*
молочной железы (ДДМЖ) у девочек:

- Данные осмотра (шкала Таннера)
- Пальпация
- УЗИ молочных желез
- УЗИ матки и яичников
- Определение концентрации половых гормонов в крови

ОНКОМАРКЕРЫ

- **Раковый эмбриональный антиген (РЭА)**

РЭА маркер при карциномах ЖКТ, раке лёгких, молочной железы, головы и шеи, злокачественных образованиях соединительнотканного происхождения. Уровень РЭА в крови повышается, в зависимости от степени поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.

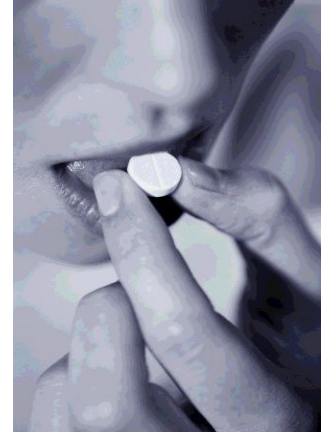
- **СА 15-3**

На стадии метастазирования при карциноме молочной железы концентрация значительно повышается.

- **МСА**

Ведущее диагностическое значение МСА: карцинома молочной железы (специфичность 80%).

Консервативное лечение (негормональное):



- **Диета (грубоволокнистая клетчатка);**
- **Витамины (А, В₁, В₆, Е) в течение 1-2 месяцев (Супрадин, Берокка, Селцинк);**
- **Фитопрепараты (масло ночной примулы);**
- **Препараты йода (йодомарин 200 мг/сутки);**

ГИНОКОМФОРТ®

деликатное решение интимных проблем



ГИНОКОМФОРТ® МАСЛО ПРИМУЛЫ ВЕЧЕРНЕЙ

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- Симптомы предменструального синдрома (нагрубание молочных желез, тянущие и болезненные ощущения в нижней части живота, слабость, раздражительность и др.);
- Нарушения менструального цикла в результате стрессов, диеты, длительного приема антибактериальных препаратов.

ДЕЙСТВИЕ ПРОДУКТА:

Участвует в регулировании менструального цикла и облегчает симптомы ПМС благодаря поддержанию гормонального баланса.

ГИНОКОМФОРТ®

деликатное решение интимных проблем

О ПРОДУКТЕ

ГИНОКОМФОРТ® *

МАСЛО ПРИМУЛЫ ВЕЧЕРНЕЙ
ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ

ОМЕГА-6

Полиненасыщенные жирные
кислоты: гамма-линоленовая
и линолевая



ВИТАМИН Е

(токоферол)
жирорастворимый
антиоксидант



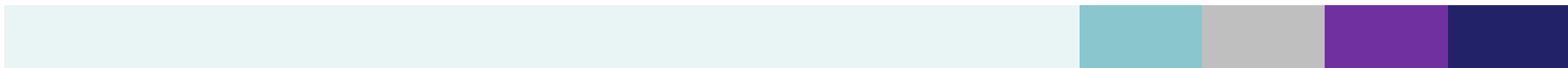
* Примула вечерняя – двулетнее растение, цветки которого раскрываются только в темное время суток и цветут одни сутки.

ЛИНОЛЕВАЯ / ГАММА-ЛИНОЛЕНОВАЯ КИСЛОТА:

- Участвует в синтезе простагландинов, дефицит которых приводит к нарушениям менструального цикла, в том числе к аменорее;
- Блокирует выработку пролактина, избыток которого вызывает неприятные проявления ПМС (нагрубание молочных желез, боли в нижней части живота, нервозность);
- Устраняет воспалительные процессы за счет подавления продукции веществ (лейкотриенов, цитокинов), провоцирующих воспаление;

ВИТАМИН Е:

- Обладает антиоксидантным действием, защищая клетки от негативного воздействия свободных радикалов;
- Укрепляет иммунную систему, способствуя выработке иммунных белков (интерлейкинов), которые убивают вирусы и бактерии;
- Участвует в регулировании менструального цикла и ослабляет болевые ощущения во время менструаций благодаря поддержанию гормонального баланса



СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ

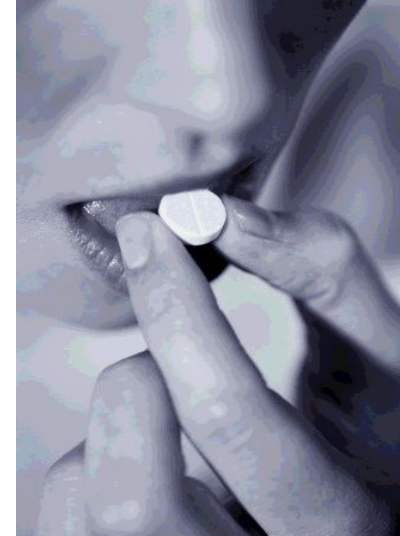
Взрослым по 2 капсулы 2 раза в день во время еды.

Курс - 1 месяц = 2 упаковки.

Рекомендуется применять месячный курс 3-4 раза в год.



Консервативное лечение (негормональное):

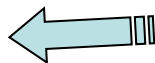


- Анальгетики (НПВС – индометацин – 1 табл. 2 р/день во 2 фазу м/цикла);
- Адаптогены ((кламин – 2-3 табл./день), элеутерококк, лимонник китайский);
- Энзимотерапия (Вобензим, Флогензим);
- Фитопрепараты (мастодинон, циклодинон, индинол, индинол форто);

Запатентованная дофаминергическая активность специального экстракта Vitex Agnus castus BNO 1095

Мастодинон® -

комбинированный
гомеопатический препарат
растительного
происхождения.



Циклодинон® -

фитотерапевтический
монопрепарат Agnus castus



Основное назначение
– лечение мастопатии
и ПМС

Основное назначение –
лечение нарушений
менструального цикла

Эффективность мастодинона:

- лечении циклической масталгии
- улучшает рентгенологическую картину при мастопатии
- улучшает маммографическую картину при фиброзно-кистозной мастопатии
- снижает интенсивность масталгии на фоне приема КОК при отсутствии побочных эффектов
- сокращает частоту гиперполименореи, нарушений менструального цикла и выраженности мастодинии в постабортной реабилитации



Дозировка и способ применения

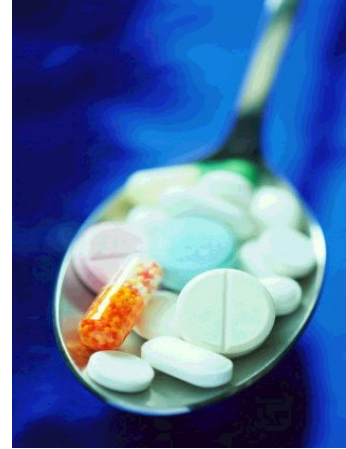
- **30 капель 2 раза в день (утром и вечером) с небольшим количеством жидкости**
- **1 таблетка 2 раза в день (утром и вечером) с небольшим количеством жидкости**

Курс лечения не менее 3 месяцев, без перерыва во время менструации.

Если после прекращения приема жалобы возобновляются, то терапию следует продолжить после консультации с лечащим врачом.



Консервативное лечение (гормональное):



- **Натуральные гестагены**
(Утрожестан, Праджисан, Дюфастон, Крайнон, Прожестожель)
- **Чистые гестагены** (Лактинет, Чарозетта, Импланон НКСТ)
- **Рилизинг-система «Мирена»**
- **Оральные контрацептивы** (низко- и микродозированные);
- **Антигонадотропин** - Даназол по 100 мг 1-2 раза в день в течение 7 дней до менструации;
- **Аналог ГТ-РГ** – Золадекс 3,6 мг, Диферелин 3,75 мг раз в месяц, подкожно при сочетании с другими гинекологическими заболеваниями.
- **При гиперпролактинемии** (бромокриптин, парлодел, достинекс, агалатес)

Праджисан



Пероральный путь введения*



При недостаточности лютеиновой фазы

(предменструальный синдром, **фиброзно-кистозная**



мастопатия, дисменорея, пременопауза) СД 200 или 400 мг, 10 дней (обычно с 17-го по 26-й день цикла).

При заместительной гормонотерапии в пери- и постменопаузе на фоне приема СД 200 мг 10-12 дней.

**Режим дозирования:
по 10 мг 2 раза в сутки с 14-16 дня м/цикла
в течение 10-12 дней курсом 3-6 месяцев**

**Действующее
вещество:
дидрогестерон**



Крайнон 8% гель

- Биоадгезивный вагинальный гель натурального микронизированного прогестерона (8%) в форме одноразовых вагинальных аппликаторов
- Содержит 90 мг прогестерона – эквивалентно 600 мг утрожестана¹
- Вводится ОДИН раз в сутки
- Одна упаковка содержит **15 аппликаторов**



- ❑ Местное действие
- ❑ Отсутствие системного эффекта
- ❑ Отсутствие побочных эффектов и противопоказаний
- ❑ Возможность применения при беременности
- ❑ Удобен в применении



Действующее вещество:
натуральный прогестерон

Режим дозирования:
в виде накожных аппликаций
2,5 г 1% геля на область
каждой молочной железы
1-2 раза в день
в непрерывном или
циклическом режиме (с 16 по
25 день м/цикла)

Индинол®Форто

Эпигаллат®

Индинол®



**Действующее
вещество
индолкарбинол
(интринол)
200мг**

**Действующее
вещество
эпигаллокateхин-
3-галлат
45 мг**

**Действующее
вещество
индол-3
карбинол
90мг**

Фармакологические свойства:

Индинол® Форто, Индинол®

Нормализует
метаболизм эстрадиола

Блокирует патологическую
пролиферацию клеток

Активирует апоптоз
опухолевых клеток
(самоуничтожение раковых
и предраковых клеток)

Эпигаллат®

Тормозит рост новых сосудов
в поврежденных участках
эндометрия и миометрия

Предотвращает процессы
инвазии пролиферирующих
клеток

Сохраняет клетки от
повреждения свободными
радикалами

В комплексном применении способствуют торможению роста миомы матки, гиперплазии эндометрия, уменьшению очагов эндометриоза, предотвращению рецидивов (повторного развития заболевания) после хирургического лечения и гормональной терапии.

Индинол® Форто

Эпигаллат®

Индинол®

Мастопатия, миома матки,
гиперплазия эндометрия,
эндометриоз противорецидивная
терапия

по 1 капсуле 2
раза в день, в
течение 6
месяцев

По 2 капсулы 2
раза в день, в
течение 6
месяцев

Профилактика
мастопатии

По 2 капсуле 2
раза в день, в
течение 6
месяцев



Монофазные КОК:

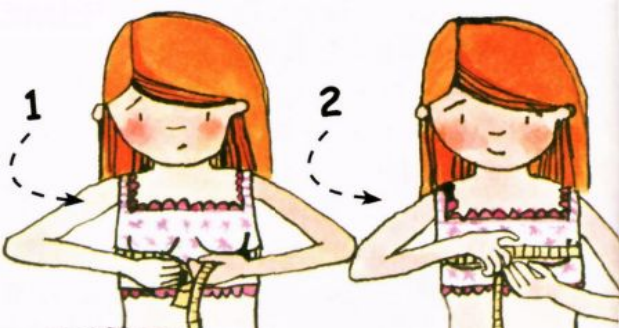
(ЕЕ 30 мкг и менее)

- *Гестоден (Логест, Линдинет, Фемоден);*
- *Дезогестрел (Мерсилон, Новинет, Регулон, Нова-ринг);*
- *Диеногест (Жанин, Силуэт);*
- *Дроспиренон (Ярина, Мидиана, Джес, Джес Плюс, Димия).*

Профилактические мероприятия:

- После менархе вести менструальный календарь.
- До 16 лет при нарушениях менструального цикла обратиться к детскому гинекологу.
- Соблюдайте режим дня (сон до 8 часов), правильное питание также является профилактикой заболеваний молочных желез (снизить потребление насыщенных и ненасыщенных жиров; включить в рацион питания фрукты, овощи, продукты злаков, особенно плоды цитрусовых и богатые каротином овощи семейства капустных; свести до минимума потребление консервированных, соленых и копченых продуктов; ограничить прием крепкого чая, кофе, шоколад)
- Девочкам с пубертатного возраста необходимо научиться приемам самообследования молочных желез, которое рекомендуют проводить ежемесячно на 5-6 день менструального цикла.
- Не менее важен правильный выбор бюстгалтера, который девочка должна носить уже при второй степени развития молочной железы. Для выбора бюстгалтера измеряют объем грудной клетки под молочными железами и на уровне молочных желез. С помощью таблицы определяют необходимый для девочки размер бюстгалтера. Желательно ношение бюстгалтера из натуральных материалов без жестких вставок.





ВЫБОР БЮСТГАЛЬТЕРА

1. Измерить сантиметром окружность чуть ниже уровня груди, плотно прижимая ленту. Прибавить 12 см (это будет размер грудной клетки)

(Например: 68 см + 12 см = 80 см)

2. Измерить самую объемную часть груди, по линии сосков. Не прижимать грудь лентой!

- Если эта величина равна размеру грудной клетки, тогда **размер А А**.
- Если разница 10-15 мм — **размер А**
- Разница в 2,5 см — **размер В**
- Разница в 5 см — **размер С**
- Разница в 7,5 см — **размер D**

Рак молочной железы

- **Каждая девятая женщина в мире заболевает раком молочной железы в течение жизни.**
- **В течение первого года после выявления заболевания погибает каждая шестая женщина.**
- **Это самая распространенная единичная причина смерти среди всех женщин в возрасте от 35 до 54 лет.**
- **Но это среднее значение, вероятность заболеть раком молочной железы в некоторых группах женщин значительно выше.**

Наиболее вероятные факторы риска РМЖ:

1. Наличие дисгормональной дисплазии м/ж (фиброзно-кистозной болезни!)
2. Семейный анамнез (РМЖ).
3. Первая беременность и роды в 30 лет и старше
4. Раннее менархе (до 12 лет) и поздняя менопауза (старше 51 года)
5. Эндокринные нарушения менструальной функции
6. Стрессовые ситуации с нарушением нейро-эндокринных функций
7. Продолжительный период кормления грудью (лактация 1-2 года)

Наиболее вероятные факторы риска РМЖ:

8. Рождение крупных детей (масса тела 4000 г и более)
9. Повышенная масса тела (более 70 кг)
10. Отсутствие, короткий или очень длительный период вскармливания
11. Патология щитовидной железы
12. Первичное бесплодие
13. Высокая заболеваемость злокачественными опухолями среди родственников по материнской линии
14. Перенесенный послеродовой мастит
15. Травмы молочной железы

Рак молочной железы

- В настоящее время доказано, что 4-5% рака молочной железы вызываются нарушениям в доминантных генах (решается вопрос о генной терапии семейных раков, даже у мужчин).



Кому показано исследование генов РМЖ:

- - семейный анамнез (РМЖ или рак яичников у близких родственников)
- - атипичические заболевания молочной железы
- - появление опухоли в раннем возрасте
- - первично-множественные онкологические заболевания у пациентки и ее родственников
- - два или более родственника с другими опухолями одной локализации или семейной формы или редкими формами рака
- - пациенты, имеющие дополнительные факторы риска: курение, частое употребление алкоголя, позднее наступление менопаузы, бесплодие, поздние роды, пролиферативные заболевания молочной железы, ионизирующее облучение, наличие первичного рака яичников, эндометрия или толстой кишки.

Рак молочной железы

- **Наиболее часто для оценки предрасположенности к РМЖ используются гены BRCA1, BRCA2, CHEK2, MTHFR.**
- **Например, обнаружение мутаций в генах BRCA1 или BRCA2 говорит о наследственном характере РМЖ (и требует обследование не только пациента, но и его ближайших родственников).**
- **При наличии гена BRCA1 рак молочной железы развивается в 85% случаев.**
- **Мужчины - носители мутантного гена BRCA2 - подвержены высокому риску развития рака молочной железы.**



Рак молочной железы

- **CHEK2 является геном отвечающим за подавление опухолевого роста. Мутация CHEK2 1100delC приводит к образованию дефектного белка, который не может выполнять функции эту функцию, что приводит к развитию опухолей.**
- **Мутации гена MTHFR в сочетании с пониженным потреблением фолатов в пище повышает риск РМЖ до пяти раз.**
- **Генетическое тестирование не является высоко инвазивным, для его проведения не нужно делать пункцию молочной железы а достаточно просто взять кровь из вены, никакой специальной подготовки не требуется.**



***Генетическая программа
«Предрасположенность
к раку яичников и молочной
железы»***

- **Для оценки предрасположенности
используются гены BRCA1, BRCA2**

Рак молочной железы

- У 4% женщин в возрасте до 40 лет имеется cancer in situ.
- После 40 лет cancer in situ определяется у 65%.
- При ЭКО фиброаденома молочной железы может малигнизировать в листовидную опухоль.



Стоит задуматься ...

- В 2013 году американской актрисе Анджелине Джоли сделали превентивную двойную мастэктомию.
- «... моя мама умерла в 56 лет от рака груди после 10-летней борьбы с недугом. ... я носительница дефектного гена BRCA1, что существенно увеличивает для меня риски рака груди и яичников ...» - рассказала она в статье, опубликованной в The New York Times.
- По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год от рака груди погибают 458 тысяч женщин.



mastectomy. A simple blood test had revealed that I carried a mutation in the BRCA1 gene. It gave me an estimated 87 percent risk of [breast cancer](#) LOS ANGELES — TWO years ago

I wrote about my choice to have a preventive double mastectomy. A simple blood test had revealed that I carried a mutation in the BRCA1 gene. It gave me an estimated 87 percent risk of breast cancer and a 50 percent risk of [ovarian cancer](#) LOS ANGELES — TWO years ago I wrote about my choice to have a preventive double mastectomy. A simple blood test had revealed that I carried a mutation in the BRCA1 gene. It gave me an estimated 87 percent risk of breast cancer and a 50 percent risk of ovarian cancer. I [lost](#) LOS ANGELES — TWO

- Актриса, режиссер и посланник ООН по делам беженцев [Анджелина Джоли](#) рассказала о менопаузе и об операции по удалению яичников (24.03.2015, 08:36) в своей заметке для газеты [The New York Times](#).



**Эдуар Мане
«Блондинка с обнаженной
грудью»
1878**