

Заболевания молочной железы



АКТУАЛЬНОСТЬ

- Во всем мире сохраняется устойчивая тенденция к росту числа женщин с различной патологией молочных желез.
- Злокачественные новообразования молочных желез встречаются в 3–5 раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочных желез и в 30% случаев при узловых формах мастопатии с явлениями пролиферации.
- В популяции мастопатия встречается у 30–70% женщин, причем при гинекологических заболеваниях ее частота возрастает до 76–97,8%.

АКТУАЛЬНОСТЬ

- Фиброзно-кистозной мастопатией страдают от 50 до 90% женщин.
- Патология диагностируется у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет.
- У пациентов старше 40 лет мастопатия выявляется в 60% случаев.
- В три-четыре раза повышается риск развития рака молочной железы.

Анатомофизиологические особенности молочной железы

Молочная железа (МЖ) – парный орган, развивающийся из эктодермы и является видоизмененной потовой железой. Локализуется на уровне от 3 до 6 ребра между переднеподмышечными и окологрудными линиями. Состоит из тела, жировой и фиброзной ткани. Имеет альвеолярно-трубчатое строение. Каждая МЖ состоит из 15-24 радикально расположенных относительно соска долей, которые наслаиваются одна на другую.

Анатомофизиологические особенности молочной железы

Каждая молочная железа заключена в соединительно тканый футляр, который образован за счет расщепления поверхностной фасции, ее передним и задним листками. От задней стенки футляра ткань железы разделяется соединительнотканными тяжами, именуемыми связками Купера, обеспечивающих фиксацию железы. Когда имеется инфильтративный рост раковой опухоли, эти связки укорачиваются и макроскопически мы видим такие симптомы рака как морщинистость кожи, умбиликация, втяжение кожи над опухолью.

Анатомофизиологические особенности молочной железы

- Кровоснабжение МЖ: осуществляется на 60% за счет внутренней грудной артерии, на 30% за счет подмышечной артерии, от которой отходит верхняя и латеральные грудные артерии, и на 10% за счет 3 -7 задних межреберных артерий.
- Иннервация ткани молочной железы осуществляется за счет передних ветвей 2 – 7 межреберных нервов.
- Основные пути оттока лимфы: подмышечный, стернальный, интерпекторальный, подключичный, медиальный, эпигастральный, медиастинальный, межреберный.

Анатомофизиологические особенности молочной железы

Строение



Анатомическое



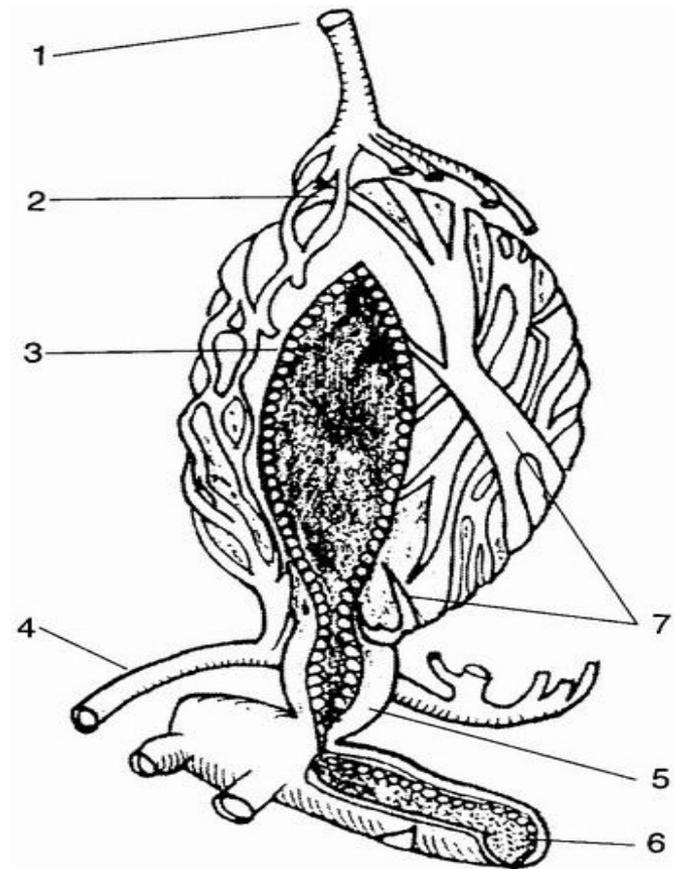
Топографическое

Анатомофизиологические особенности молочной железы

Морфо-функциональная единица молочной железы, достигшей полного развития

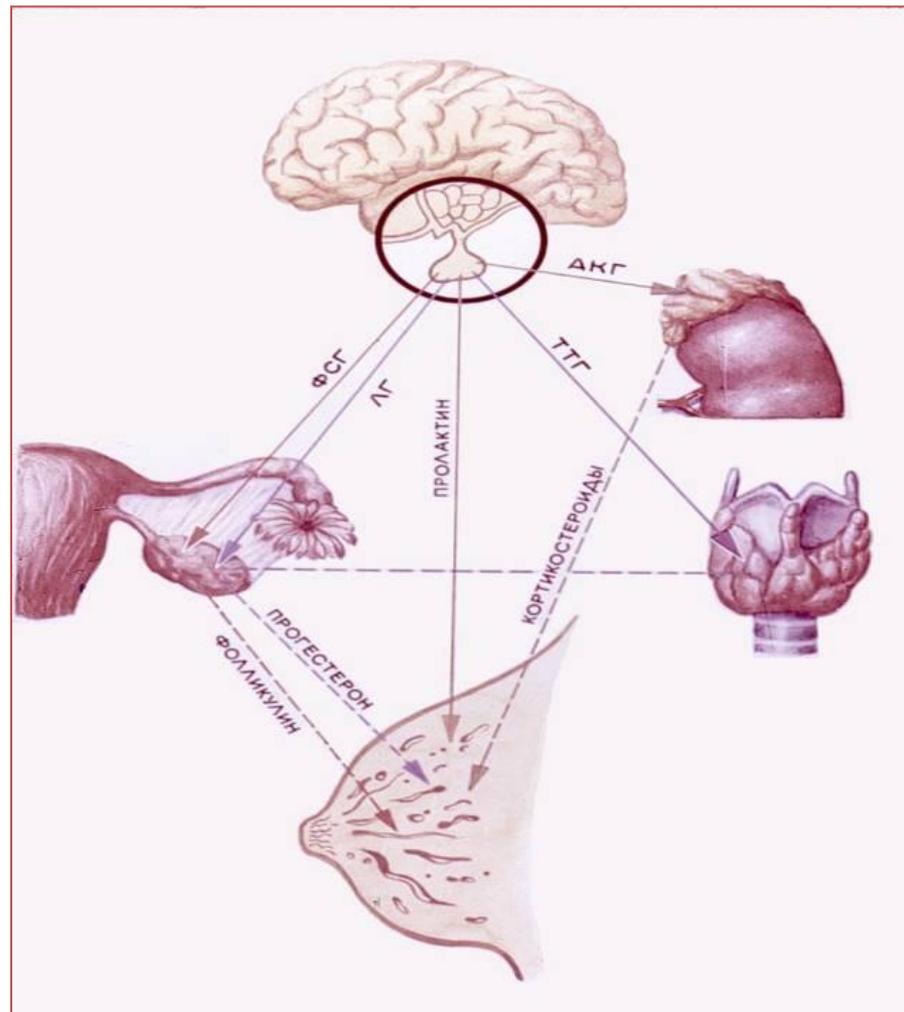
- 1 – дольковая артерия
- 2 – альвеолярные капилляры
- 3 – секреторный эпителий альвеол
- 4 – дольковая вена
- 5 – междольковый молочный ход
- 6 – конечный молочный ход
- 7 – миоэпителиальные клетки

(Сметник В.П., 2003)



Эндокринная регуляция МЖ

- ФСГ, ЛГ, пролактин
- прогестерон, фолликулин
- андрогены
- АКТГ, гормоны надпочечных желез
- ТТГ
- инсулин



Действие половых стероидов на ткань МЖ

| Гормон | Эффект на ткань молочной железы |
|-----------------------|--|
| 1. Эстрогены | <ul style="list-style-type: none">• стимулируют увеличение размеров протоков путём гипертрофии выстилающих клеток• усиливают митотическую и пролиферативную активность эпителия• стимулируют васкуляризацию• повышают гидратацию соединительной ткани |
| 2. Прогестерон | <ul style="list-style-type: none">• стимулирует гиперплазию клеток, выстилающих протоки, на фоне эстрогенов• усиливает связывание рецепторов к эстрогенам в ткани молочных желез• активирует ферментные системы, превращающие эстрадиол в менее активные формы |

Факторы риска заболеваний молочных желез

- Возраст старше 35 лет
- Наследственный фактор
- Гормональный фактор (без перерыва прием КОК или ЗГТ более 10 лет)
- Гинекологические заболевания
- Факторы репродуктивного анамнеза
 - - отсутствие родов, первые роды после 30 лет
 - - большое число медицинских и самопроизвольных абортов
 - - прерванная первая беременность, аборт после 35 лет
 - - менархе до 12 лет
 - - менопауза после 55 лет
- Лактация как фактор риска
- Сопутствующие заболевания печени и щитовидной железы
- Маститы и травмы МЖ
- Диетические факторы, ожирение
- Злоупотребление алкоголем (более 100мл. водки или 200мл. вина в сутки), курение
- Психоневрогенный фактор

Классификация заболеваний молочной железы

- Аномалии развития МЖ
- Дисгормональные заболевания МЖ
- Воспалительные заболевания МЖ
- Опухолевые заболевания МЖ

Фиброзно-кистозная мастопатия, дисплазия молочной железы



ФКМ - это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительно-тканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочных желез. (ВОЗ, 1984)

Этиология фиброзно-кистозной мастопатии



ФКМ - мультифакторное заболевание, связанное как с генетическими, эндокринными факторами, так и с факторами окружающей среды.

Важная причина образования ФКМ - **нарушение баланса половых стероидов**, приводящее к развитию относительной или абсолютной гиперэстрогении.

Классификация фиброзно-кистозной мастопатии

Клинико-морфологическая (Рожнова Н.И., 1983, Сметник В. П. 2000)

1. Диффузная фиброзно – кистозная мастопатия:
 - Диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
 - Диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
 - Смешанная форма диффузной мастопатии;
 - Склерозирующий аденоз.
2. Узловатая фиброзно- кистозная мастопатия.

В зависимости от преобладания гормональных нарушений

- Тиреоидная форма
- Яичниковая форма
- Надпочечная форма

Клинические проявления мастопатии

Для мастопатии наиболее характерными клиническими проявлениями являются болезненность молочных желез, ощущение увеличения их объема, нагрубание (мастодиния) и отек желез. Боли могут иррадиировать в подмышечные области, плечо и лопатку. Наиболее частым в клиническом отношении является сочетание симптомов мастопатии с проявлениями ПМС. Основные жалобы при этих состояниях: головная боль, нередко по типу мигрени, отеки лица и конечностей, тошнота и реже рвота, нарушение функции кишечника, метеоризм. При нейропсихической форме ПМС возможно присоединение таких жалоб, как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость и агрессивность. Все перечисленные выше клинические симптомы возникают, как правило, в различные сроки после овуляции и проявляются в течение второй фазы менструального цикла.

Мастодиния (масталгия)



Мастопатия (ФКБ МЖ)

Боль и
функциональные
изменения в МЖ



Субъективный синдром

40-50% женщин



Циклические
изменения

Нециклические
изменения

Дисгормональная гиперплазия МЖ

- Гистологические изменения
 - Фиброзная реакция соединительной ткани
 - Кистообразование
 - Пролиферация эпителия
- Относительная регрессия альвеол и долек

Объективные изменения

30-60% женщин

Диагностика

- Осмотр маммолога на 5-11 день менструального цикла.
- УЗИ МЖ на 5-11 день менструального цикла.
- Маммография на 10-12 день (для женщин старше 40 лет, а при наличии уплотнений и подозрения на злокачественную опухоль независимо от возраста).
- Пункционная биопсия (при наличии уплотнений и крупных кист размером от 15 мм в диаметре, а также при наличии внутри кистозных разрастаний).
- Мазок выделений из соска (цитологическое исследование).

Гормональное обследование

- Исследования первого этапа: (на 7-9 и 20-22 день цикла)
 - определение эстрадиола
 - определение прогестерона
 - определение пролактина
 - определение ФСГ, ЛГ
- Исследования второго этапа:
 - УЗИ щитовидной железы, сцинтиграфия щитовидной железы
 - УЗИ надпочечников, кортизол в крови, уровень 17 – КС и ОКС в моче
 - рентгенография черепа с турецким седлом
 - УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, инсулин.

**При клиническом исследовании МЖ главным является
принцип онконастороженности,**

**при этом особое внимание следует уделять следующим
клиническим признакам малигнизации:**

- при пальпации определяется опухоль;
- втянутость соска или кожи соска;
- асимметрия соска;
- эрозия соска;
- боль в МЖ;
- аксилярная лимфаденопатия;
- отек верхней конечности;
- отек кожи МЖ («лимонная корка»)
- боль в аксилярной области

Лечение

Консервативная терапия целесообразна лишь при диффузных формах мастопатий. Узловые формы мастопатий, внутрипротоковые папилломы и доброкачественные опухоли должны лечиться только хирургическим методом – в объеме секторальной резекции со срочным гистологическим исследованием.

ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

- ✓ Гормональная терапия или контрацепция противопоказаны при наличии узлового процесса в молочной железе или подозрении на него, а также пациенткам, лечившимся по поводу РМЖ.
- ✓ При диффузных дисгормональных заболеваниях МЖ гормональная терапия или контрацепция не только не противопоказаны, но являются патогенетически обоснованными и необходимыми

Мастодения. Кистозная мастопатия.

Мастодения (болезнь Купера) – боль в области МЖ; наблюдается у молодых женщин при неврозах, перед менструацией, у девочек – в пубертатном возрасте.

Кистозная мастопатия (болезнь Реклю) – характеризуется атрофией части долек железы с развитием кист, выстланных эозинофильным эпителием.

Болезнь Минца(внутрипротоковая папиллома).

- Синонимы: кровоочащающая молочная железа, болезнь Шимельбуша.
- Доброкачественная опухоль. Развивается на фоне диффузной или узловой фиброзно- кистозной мастопатии, в основном односторонняя опухоль, папилломы располагаются в расширенных, кистозно – измененных протоках. Макроскопически напоминает цветную капусту, размером от просяного зерна до крупной горошины.

- Клиника: кровянистые, бурые, зеленые выделения из молочной железы. Появление корочек на соске, боли в молочной железе, особенно в предменструальный период. Усиление кровянистых выделений в предменструальный период, или после полового акта.
- Лечение: хирургическое – секторальная резекция и обязательное лечение диффузной мастопатии.
- Малигнизируется в карциному.

Киста молочной железы

- Является проявлением диффузной или узловой фиброзно – кистозной мастопатии. Возникают обычно в возрасте 35 - 40 лет.
- Чаще локализуются в верхних квадрантах и бывают однокамерными. Имеют четкие контуры, величиной от 2-х до 5 –ти см. Боль чаще отсутствует, появляется лишь при больших размерах кисты.
- Диагностируется на УЗИ с обязательной пункционной тонкоигольчатой аспирационной биопсией.
- Исследование аспирата обязательно!!!
- Если аспират мутный можно думать о воспалительном процессе, если темно кровянистый или бурый можно думать карциноме или внутрипротоковой папилломе.

Лечение:

- 1. Оперативное-секторальная резекция с обязательным интраоперационным гистологическим исследованием при :
 - -наличии пролиферации или атипичской пролиферации эпителия без явных признаков озлокачествления;
 - -обнаружение в полости кисты внутрипротоковой папилломы с пролиферацией эпителия;
 - -кисты с быстрым ростом и накоплению после трех аспираций;
 - -обнаружение кисты у женщины, которая уже лечилась по поводу рака молочной железы или у которой ранее при биопсии обнаруживалась атипичская пролиферация эпителия.

- Консервативное лечение – аспирация содержимого кисты с одномоментным введением(или без него) в полость кисты склерозирующие вещества(96% этиловый спирт).
- Показания для операции: наличие однокамерной солитарной кисты без признаков пролиферации внутриклеточного эпителия по данным инструментальных и морфологических исследований.
- Противопоказания: признаки пролиферации и атипия эпителия кист, многокамерная киста, поликистоз молочных желез, лечение по поводу рака молочной железы в анамнезе, ранее выявленная при эксцизионной или аспирационной биопсии атипическая пролиферация эпителия.

Техника проведения аспирации кисты: шприцом аспирируется содержимое кисты и затем вводится воздух в объеме равном удаленному аспирату. Если вводится 96% спирт, то его количество составляет 1\5 от объема аспирата. Можно применять в таких же количествах, как склерозирующее вещество, синтетические клеи. После процедуры обязателен контроль УЗИ. Эффективность метода -75%- 94%.

Мастит

- Развивается при лактостазе, окклюзии молочных протоков на 2- 4 недели после родов, при проникновении возбудителя (чаще стафилококка) лимфогенным путем. Клинически проявляется гиперемией, гипертермией, болезненностью, увеличением железы в объеме, интоксикация.
- Лечение: противовоспалительное, восстановление оттока, при абсцедировании – хирургическое. Кормление грудью прекращают только при абсцедировании.

Выводы

Анализируя тему лекции можно сделать следующие выводы:

- МЖ является органом мишенью для большинства гормонов;
- Риск заболеваний МЖ многофакторный;
- Чрезвычайно важную роль играет скрининг и своевременная диагностика заболеваний МЖ;
- Наиболее высокий удельный вес составляют диффузные дисгармоничные заболевания МЖ.

Выводы

- Данная патология является фоновым заболеванием для возникновения онкологического процесса.
- Поражает наиболее трудоспособный возраст женщин и имеет высокий процент распространенности

Спасибо за внимание!!!