РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

**МАСТОПАТИЯ.ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА.**

МАСТОПАТИЯ

Согласно определению ВОЗ (1984), мастопатия (mastos — молочная железа, pathos — болезнь) — это фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы. Пролиферативные изменения включают гиперплазию, пролиферацию долек, протоков, соединительной ткани, а регрессивные процессы — атрофию, фиброз, образование кист. Фактически мастопатия — это результат ненормального соотношения эпителиальной и соединительной тканей.

«Мастопатия» — понятие, объединяющее в себе толкование ряда дисгормональных доброкачественных патологических процессов в молочной железе, характеризующихся появлением узловатых или диффузных уплотнений, болью в молочных железах (мастодиния), иногда выделениями из соска. Термин «дисгормональный» свидетельствует о том, что процесс возникает на фоне гормональных нарушений.

Мастопатия была описана еще в 1838 году. Поскольку она проявляется многочисленными признаками (с кистами или без, с преобладанием локальных уплотнений или диффузных), а также различными изменениями тканей, то возникло множество ее синонимов, многие из которых уже не используются на практике («хроническая индурация», болезнь Шиммельбуша, «хронический кистозный мастит», «серозно-кистозная опухоль молочной железы», «кистозная аденома» и др.). В настоящее время для обозначения мастопатии используются следующие термины: «фиброаденоматоз», «фиброзно-кистозная болезнь молочной железы». Первый термин используется при отсутствии кист (полостей, заполненных жидкостью), второй — при их наличии. Вместе с тем возможно применять и такие обозначения, как «фиброаденоматоз с кистами» или «фиброаденоматоз без кист».

В целом мастопатия — это характерные изменения ткани молочных желез. Эти изменения обнаруживаются под микроскопом при гистологическом исследовании и выражаются появлением соединительной ткани, кист, увеличением клеток протоков и долек (там, где при беременности образуется молоко) молочной железы. От преобладания того или иного патологического компонента и зависит окончательный диагноз.

Мастопатией чаще всего заболевают женщины, занятые интеллектуальным трудом, связанным с психологическими нагрузками, стрессами. Если попытаться нарисовать собирательный портрет женщин, страдающих мастопатией, получится, что все они детородного возраста, ведут активную социальную жизнь, активную половую жизнь, имеют семью, в анамнезе у них отмечается несколько беременностей, заканчивающихся чаще всего абортом, мало родов, кормление детей грудью. Эта группа женщин, как правило, страдает патологией гинекологических органов, эндокринными нарушениями, имеет заболевания печени или желчевыводящих путей, мало обращающие внимание на свои проблемы. Можно сделать вывод, что состояние молочных желез есть зеркало социального, психического и физического здоровья женщины.

Статистика

Мастопатия — распространенное заболевание молочных желез у женщин. Различные её формы (а их около 50) встречаются, по данным ряда исследователей, у 20–60 % женщин старше 30 лет (пик заболеваемости — 45 лет). Мастопатия встречается чаще, чем рак молочной железы, примерно в 200 раз. Мастопатия — болезнь, характерная для женщин репродуктивного возраста (от 25 до 45 лет). В большинстве случаев после наступления менопаузы все признаки заболевания исчезают. Изредка болезнь поражает и мужчин, и тогда она называется гинекомастией. Однако такие случаи можно назвать единичными. В США, например, в год гинекомастией заболевает около 850–900 мужчин. По данным гистологических исследований молочных желез женщин в возрасте 20–40 лет, умерших по различным причинам, дисгормональные изменения обнаруживались в 60–80 % случаев. В 30–40 % случаев мастопатия (дисгормональная гиперплазия молочной железы) выявляется при пальпации молочных желез. Мастопатии далеко не всегда приводит к необратимым изменениям. Тем не менее, на фоне доброкачественных заболеваний молочных желез рак молочной железы встречается в 3–5 раз чаще, а при некоторых формах мастопатии даже в 25–30 раз. Это объясняется тем, что механизмы развития указанных заболеваний во многом сходны.

Этиология

ФКБ — доброкачественное заболевание. Однако в ряде случаев данная патология может явиться промежуточной стадией в развитии злокачественного процесса. Поскольку этиологические факторы и патогенетические механизмы доброкачественных заболеваний и рака молочных желез во многом схожи, то и факторы риска их развития также во многом идентичны. На сегодняшний день не выявлено ни одного фактора риска, специфического для мастопатии. Это мультифакторное заболевание, связанное как с генетическими факторами, так и с факторами окружающей среды. В возникновении и развитии дисгормональных заболеваний молочных желез огромную роль играет состояние гипоталамо-гипофизарной системы. Нарушение нейрогуморальной составляющей репродуктивного цикла ведет к активации пролиферативных процессов в гормональнозависимых органах, в том числе и в тканях молочных желез, которые являются мишенью для стероидных гормонов яичников, пролактина, плацентарных гормонов и опосредованно — гормонов других эндокринных желез организма. Эстрогены в большей степени влияют на пролиферацию эпителия ацинусов, дольковых и междольковых протоков, тогда как андрогены в большей степени влияют на степень выраженности фиброза. Определяющая причина развития мастопатии — нейро-гуморальный фактор. Приставка «нейро» означает, что пусковые механизмы болезни могут сработать при заболеваниях нервной системы — при стрессе, депрессии, неврозе. Слова «гуморальный фактор» указывают на внутреннюю среду организма, состояние которой определяется работой биологически активных веществ, например, гормонов. Большинство женщин не придают мастопатии большого значения, так как это заболевание не кажется им достаточно серьезным. На самом деле дисгормональная гиперплазия способна нанести здоровью женщины значительный урон; во многих случаях при отсутствии должного лечения фиброзные узлы могут стать злокачественными.

Важность атипической гиперплазии как биологического маркера повышенного риска развития инвазивного рака груди была подтверждена в многоцентровом исследовании с участием более 280 000 женщин. Хотя мастопатия — это собирательный термин, охватывающий все патологические изменения в молочной железе, рассмотрим главным образом дисгормональную гиперплазию молочной железы (фиброкистозные изменения). Это одно из наиболее распространенных доброкачественных заболеваний: примерно у 50 % женщин при пальпации можно обнаружить неоднородность груди, циклические боли и болезненность при пальпации

Менструальный цикл регулируется двумя типами репродуктивных (стероидных) гормонов, вырабатываемых яичником: с первого дня до середины цикла вырабатываются гормоны, называемые эстрогенами, а с середины цикла, когда происходит овуляция, — гестагены (прогестерон), уровень которых в организме достигает максимума перед менструацией. Кроме того, на молочную железу постоянно воздействуют гормоны надпочечников, щитовидной железы и гипофиза, находящиeся под контролем коры головного мозга.

Таким образом, в норме в молочной железе под действием гормонов совершаются ежемесячные циклические изменения в виде нагрубания перед менструацией и инволюции (обратного развития) нагрубания в постменструальный период. Если же под воздействием каких-то неблагоприятных факторов гормональный баланс нарушается, вырабатывающееся недостаточное или, напротив, чрезмерное количество гормонов провоцирует патологическое разрастание протоков, соединительной (фиброзной) и железистой тканей груди. При этом уплотнения в молочной железе, характерные для предменструального периода, сохраняются и после менструации. Часть исследователей связывают патологические изменения в тканях груди с избытком в организме женщины эстрогенов, уровень которых при неблагоприятных условиях не понижается почти до нуля к концу цикла, а остается повышенным. Причиной заболевания может быть также избыток вырабатываемого гипофизом гормона пролактина, который стимулирует развитие молочных желез, образование молока и формирование материнского инстинкта.

Роль пролактина особенно важна во время беременности, когда молочная железа готовится к лактогенезу. В этот период происходит физиологическая пролиферация (разрастание) тканей железы. Пролактин обеспечивает синтез протеинов, углеводов и липидов молока. После окончания лактации интенсивность выработки его снижается до базового уровня. Патологическое повышение содержания этого гормона вне беременности и лактации может явиться причиной развития мастопатии. Часто имеет место не постоянное, а так называемое латентное, скрытое, повышение уровня пролактина, что происходит обычно в ночное время или кратковременно, в связи с чем может не фиксироваться при стандартном гормональном обследовании. Такие нерегулярные всплески секреции гормона часто вызывают в молочных железах нагрубание, отек, болезненность (особенно во вторую фазу менструального цикла или непосредственно перед менструацией), а также вегетативные расстройства, мигренеподобные головные боли, отеки конечностей, боли в животе, метеоризм. Данный комплекс обозначают как предменструальный синдром. С началом менструального кровотечения все эти симптомы обычно исчезают. Секреция повышенного количества пролактина является хроническим стимулятором молочных желез, фактором, обусловливающим болезненные проявления мастопатии.

Анатомия молочной железы

Молочная железа (glandula mammaria s. mamma) является парным органом, относящимся к типу апокринных желез кожи. Она большей частью своего основания залегает на большой грудной мышце (m. pectoralis major), частично на передней зубчатой (m. serratus anterior) и, переходя через свободный край грудной мышцы, прилежит небольшим своим участком к боковой поверхности грудной стенки. Медиально основание железы доходит до наружного края грудины. Протяжение железы от III до VII ребра. Между обеими молочными железами имеется углубление, носящее название пазухи (sinus mammarum).

Молочная железа вне периода лактации в поперечнике в среднем 10–12 см, в толщину 2–3 см . Вес железы у девушек колеблется в пределах от 150 до 200 г, в период лактации — от 300 до 900 г. У большинства молодых здоровых женщин железа упругая, в форме полушария. Приблизительно посредине её наиболее выпуклой части, что соответствует уровню V ребра, имеется пигментированный участок кожи — поле соска (areola mammae) диаметром 3–5 см, в центре которого выступает сосок молочной железы (papilla mammae).

Молочная железа покрыта нежной кожей. Кожа, покрывающая сосок и его поле, отличается особенной нежностью и имеет большое количество мелких складок, по виду напоминающих морщины. Цвет кожи различен: он может быть розовым или коричневым, что зависит от общей ее пигментации. Во время беременности интенсивность пигментации поля соска и самого соска молочной железы усиливается. По окончании периода лактации железа уменьшается в объеме вследствие обратного развития составных элементов ее железистой части, но не настолько, как это было до беременности.

Собственно железистая часть молочной железы, называемая телом молочной железы (corpus mammae), имеет вид выпуклого диска и располагается в ее основании. Задняя поверхность тела гладкая, нежной соединительной тканью соединяется с фасциями большой грудной (m. pectoralis major) и передней зубчатой мышц (m. serratus anterior).

Тело молочной железы состоит из 15–20 долей (lobi mammae), обращенных верхушкой к соску и разделенных между собой прослойками соединительной ткани. Последние проходят также между передней поверхностью тела железы и глубокими слоями кожи, а также над апоневрозом грудной мышцы, образуя плотные соединительнотканные тяжи (lig. suspensorium Cooperi) в виде сетки (retinaculum), прикрепляющиеся к ключице. Ниже, расщепляясь по всей длине, соединительнотканные тяжи образуют капсулу, в которую включена молочная железа. Если подкожный жировой слой развит не очень сильно, то при пальпации железы выявляется зернистость, поскольку железистая ткань дает в основание lig. suspensorium Cooperi небольшие отростки, что пальпаторно и воспринимается как зернистость. От прочности и упругости капсулы в значительной мере зависит та или иная форма молочной железы («стоячая грудь», «отвислая грудь»).

Каждая доля молочной железы делится на дольки (lobuli mammae), отделенные одна от другой соединительной тканью. Каждая долька состоит из альвеол.

Между железистым телом железы и ее наружным покровом находится жировая ткань, заполняющая все промежутки, разделенная на отдельные участки соединительнотканной сеткой.

Каждая доля молочной железы имеет выводной молочный проток (ductus lactiferus), который направляется от верхушки доли к соску и перед впадением в него веретенообразно расширяется, образуя молочный мешочек, или млечную пазуху (sinus lactiferus). Суживаясь вновь, каждый проток пронизывает сосок, открываясь на верхушке его молочным отверстием (porus lactiferus). Число молочных отверстий всегда меньше числа молочных протоков, так как некоторые из последних перед впадением в молочное отверстие сливаются между собой. Молочные отверстия в количестве от 8 до 15 открываются на верхушке соска между складками кожного покрова. В глубине молочных желез молочный проток сначала дихотомически, а затем древовидно разветвляется, переходя в альвеолярные ходы с многочисленными выпячиваниями и пузырьками (альвеолами) диаметром 0,05–0,07 мм. Таким образом, молочные протоки не однообразные в анатомическом отношении элементы молочной железы, что и побудило ряд авторов классифицировать их. В частности классификация Д. П. Федоровича позволяет в известной степени объяснить причины распространения воспалительного процесса в железе. Согласно этой классификации различают четыре основных варианта строения молочных протоков: 1) крупнопетлистое; 2) мелкопетлистое (эти два варианта встречаются чаще всего); 3) протоки обильно анастомозируют между собой, создавая впечатление единой петлистой сети; 4) магистральное и рассыпное строение (встречается сравнительно редко, отличается очень малым числом анастомозов, создает впечатление изолированных сетей).

Выводные протоки проходят через сосок, выстланный плоским эпителием, который на верхушке соска переходит в эпителий, покрывающий сосок снаружи. В противоположном направлении — к долькам протоки выстланы двурядным высоким цилиндрическим эпителием, а по мере приближения к альвеолам — однорядным низким, таким же, как и сами альвеолы.

В зависимости от функционального состояния молочной железы эпителий альвеол приобретает некоторые особенности. В спокойном состоянии, т. е. при отсутствии беременности и лактации, эпителий альвеол имеет кубическую форму, в периоде лактации он энергично размножается и становится высоким, в нем образуется жир. Следует отметить, что не все дольки одинаково функционируют в любой отрезок времени. Подтверждением тому являются результаты наблюдений, свидетельствующие, что нагрубание молочной железы, связанное с накоплением молока, при отсутствии воспалительного процесса никогда или почти никогда не захватывает сразу всю железу, а нарастает постепенно. Даже на высоте лактации нередко прощупываются отдельные части железы, совершенно мягкие, как бы свободные от молока.

В области поля соска имеется некоторое количество небольших рудиментарных молочных желез, называемых железами кружка (glandulae alveolares s. Montgomery); они образуют вокруг соска небольшие возвышения. В центре каждого из этих возвышений открывается выводной проток. Одно время их считали сальными железами. Г. Е. Рейн впервые установил истинную природу этих возвышений и отнес их к рудиментарным органам. В коже самого соска и в его поле залегают крупные сальные железы. В последнем, кроме того, локализуются и потовые железы.

Сосок в большинстве случаев имеет у девушек конусообразную форму, у рожавших женщин — цилиндрическую.

В коже соска находятся пучки гладких мышечных волокон, которые идут в круговом и радиальном направлениях, распространяясь на область поля соска. Внутренняя мускулатура соска имеет вид взаимно перекрещивающихся тяжей. По оси соска располагается ряд гладкомышечных и соединительно-тканных волокон, составляющих как бы опору для радиальных мышц.

Способность соска к эрекции прежде связывали со строением его многочисленных кровеносных сосудов, будто построенных также, как пещеристые тела клитора. Оказалось, однако, что эти сосуды ничем не отличаются от обычных периферических сосудов. Было высказано предположение, что эрекция соска зависит от сокращений его мышечных волокон, возбуждаемых сосательными движениями ребенка. Впоследствии это предположение было полностью подтверждено.

Есть основание утверждать, что эрекция соска является рефлекторным актом центрального происхождения, идущим от коры головного мозга и направляемым, регулируемым нейро-гуморальной системой. В пользу этого говорят не вызывающие сомнений факты возникновения у здоровых молодых женщин эрекции соска психогенным путем, например при половом возбуждении. На это также указывает повышение эректильности соска и его чувствительности в фазе овуляции.

Молочная железа подвержена циклическим изменениям, особенно резко выраженным при беременности. Подобные изменения имеют место также у взрослых здоровых женщин и вне беременности во время менструального периода.

В предменструальном периоде характерны отечность и разрыхление внутридольковой ткани; она широкопетлистая, содержит умеренное количество клеточных элементов; число железистых ходов увеличено; просвет их широк; местами обнаруживаются слущившиеся клетки; миоэпителиальный слой набухший, вакуолизированный.

Во время менструации происходит клеточная инфильтрация внутридольковой ткани; отечность еще сохраняется вследствие обильного скопления лимфоцитов, плазматических клеток; инфильтрация особенно сильна вокруг более крупных ходов; в просвете железистых ходов содержатся жировые капли, слущившийся эпителий, а в более крупных ходах — множество эритроцитов.

В послеменструальном периоде разрыхление внутридольковой соединительной ткани прекращается и поэтому железистые поля очень резко отграничиваются от окружающей ткани; клеточная инфильтрация еще сохраняется в железистых полях, но исчезает вокруг крупных ходов; железистые просветы в дольке резко сужаются; оболочка альвеол (membrana propria) широкая, гомогенная.

В середине менструального периода процесс уплотнения прогрессирует; некоторые волоконца внутридольковой соединительной ткани приобретают вид плотных коллагеновых волокон и слабо отличаются от волокон стромы; некоторые из последних как бы входят внутрь железистых полей и потому их резкое отграничение, имевшее место в предшествовавшем периоде, исчезает.

Кровоснабжение молочных желез осуществляется в основном внутренней грудной (a. mammaria interna) и боковой грудной (a. thoracalis lateralis) артериями. Первая особенно ее наружная ветвь (a. mammaria externa), подходя с медиальной стороны, снабжает кровью дольки железы (паренхиму), околососковое поле, сосок и кожу железы (ее медиальную сторону). Вторая питает своими ветвями (rami mammarii externi) те же образования, но с латеральной стороны. Задняя поверхность железы снабжается кровью от проникающих в нее тонких ветвей межреберных артерий (rami aa. intercostales). Все указанные артерии образуют две анатомические сети (поверхностную и глубокую), от которых отходят тонкие ветви, направляющиеся к соску. Глубокие вены сопровождают артерии, поверхностные — образуют подкожную сеть, связанную с подмышечной веной.

Лимфоотток осуществляется несколькими сетями лимфатических сосудов. Последние в области соска и его поля образуют густую сеть, широко анастомозирующую с лимфатическими сосудами противоположной молочной железы и с такой же сетью, располагающейся более глубоко, между дольками железы. Кроме того, имеется несколько путей, отводящих лимфу от молочных желез и играющих большую роль в распространении патологических процессов (гнойного, бластоматозного). Главный путь лимфы идет от латеральной части железы к подмышечным лимфатическим узлам. Добавочные пути анастомозируют друг с другом и с лимфатическими путями плевры, поддиафрагмального пространства и печени. При этом, одна часть лимфатических сосудов направляется через толщу большой грудной мышцы к глубоким подмышечным лимфатическим узлам, лежащим под малой грудной мышцей. Другая часть сосудов (между большой и малой грудной мышцами) направляется к подключичным узлам, и некоторые из них попадают в надключичную область, минуя подключичную, чем и объясняются поражения раком глубоких шейных узлов при отсутствии метастазов в подключичных. Лимфатические сосуды, отходящие от железы с медиальной стороны, впадают в грудинные узлы вдоль внутренней грудной артерии (a. мammalia interna), а также в подмышечные узлы противоположной стороны. Имеются также лимфатические сосуды, направляющиеся в надчревную область и анастомозирующие с сосудами плевры, поддиафрагмального пространства и печени.

Иннервация молочных желез происходит от шейного сплетения через надключные нервы (nn. supraclaviculares) и из плечевого сплетения через передние грудные нервы (nn. thoracales anteriores), а также от 4-го до 6-го межреберных нервов (nn. intercostales). Волокна симпатических нервов достигают железы по кровеносным сосудам. Нервы молочной железы относятся как к мякотным, так и к безмякотным. Последние построены по типу ремаковских ядросодержащих нервных волокон и в основном иннервируют молочные протоки. Мякотные же волокна инервируют сосуды. Оба вида волокон образуют вокруг долек железы крупнопетлистую нервную сеть, от которой отдельные ветви идут к сосудам, молочным протокам и к гладкомышечным волокнам. Часть этих ветвей образует междолевое нервное сплетение, а отходящие от него нервные волокна формируют межальвеолярное сплетение, веточки которого, проникая через оболочки альвеол, образуют в них густую сеть. При этом они достигают наружной поверхности железистого эпителия, обусловливая его секрецию. Внутрь клеток концевые нервные аппараты не проникают.

В соске имеются разнообразные инкапсулированные и неинкапсулированные нервные окончания: тельца Гольджи–Маццони, тельца Фатер–Пачини, генитальные тельца. По-видимому, инкапсулированные окончания являются рецепторами давления. Давление передается из окружающей ткани на поверхность капсулы и далее, через инкапсулированную жидкость, на внутреннюю колбу и заключенное в ней нервное волокно, возбуждая последнее. В соске давления передается через ряд капсул, располагающихся по длине нервного волокна, чем обусловливается высокая чувствительность рецептора соска во время сосания. Существует предположение, что свободные древовидные нервные окончания, лежащие глубоко в паренхиме железы, являясь монорецепторами, сигнализируют о состоянии и степени наполнения самих железистых клеток. Бескапсулярные клубочки, содержащие большое количество различных клеток и располагающиеся в междольковой соединительной ткани, являются хеморецепторами — они сигнализируют об изменениях химизма тканей.

М.М. Миронов и Л.Н. Воскресенский (1978) установили наличие связи нервов молочной железы со спинным и головным мозгом. Связь эта носит рефлекторный характер.

Факторы риска

Как уже отмечалось, мастопатия — многопричинное заболевание, обусловленное генетическими и этиологическими факторами, а также условиями жизни пациенток. В настоящее время выявлены условия, способствующие возникновению и развитию заболеваний молочных желез (ЗМЖ), что позволяет выделить контингент женщин с повышенным риском заболевания. Поскольку особенности развития доброкачественных заболеваний и рака молочных желез во многом совпадают, этиологические факторы и патогенетические механизмы, факторы риска их развития также во многом идентичны. Причем факторы, провоцирующие появление коварной болезни, вызванной несбалансированностью гормональных компонентов, разнообразны. Их условно можно разделить на две группы факторов: внешнего и внутреннего воздействия.

К первой группе относятся факторы внешнего воздействия, все они без исключения, носят экологический характер. В частности, повышают риск развития ЗМЖ неблагоприятные факторы окружающей среды, в первую очередь ионизирующая радиация (примером может служить факт значительного роста ЗМЖ в тех регионах Японии, которые подверглись атомной бомбардировке в конце второй мировой войны), городские условия. Получены достоверные статистические данные, что ЗМЖ встречаются в 2–2,5 раза чаще у жительниц городов, нежели у женщин, проживающих в сельской местности.

Вторую группу составляют факторы внутреннего воздействия, непосредственно влияющие на гормональный баланс. Основными из них являются следующие.

Мастопатию без преувеличений можно назвать расплатой за эмансипацию. Рост численности заболеваний молочной железы напрямую связан со снижением рождаемости, поздними родами, абортами. Женщинам в возрасте после 40 лет нужно быть особенно внимательными, так как именно в это время в их организме происходят гормональные изменения, снижающие устойчивость эндокринной системы.

Нарушения гормонального равновесия в женском организме вызываются также нерегулярной половой жизнью. Женское одиночество, отсутствие стойких семейных отношений — все это способствует развитию патологических процессов в груди. Доказано, что мастопатией и раком груди чаще всего страдают женщины с ненормальным, с точки зрения природы, образом жизни. В Италии, например, специально провели массовое обследование в женских монастырях. И оказалось, что у никогда не рожавших и не ведущих нормальную половую жизнь их затворниц риск развития рака груди во много раз выше, чем у «мирских» ровесниц. Отсюда и обратная зависимость: регулярная половая жизнь, благополучная беременность, длительное кормление грудью — лучшая профилактика заболеваний молочной железы. И не только профилактика, но и лучшее лекарство при начальных формах мастопатии: ткани груди омолаживаются и мелкие образования бесследно рассасываются естественным образом.

Вследствие искусственного прерывания беременности тоже значительно повышается риск развития патологии молочных желез. У женщин, которым произведено 3 медицинских аборта и более, риск развития мастопатий в 7,2 раза выше. Аборт прерывает пролиферативные процессы в молочных железах, и ткань подвергается обратному развитию. Данные регрессивные изменения происходят неравномерно, поэтому развитие желёз может приобрести патологический характер.

Как ни странно, с повышенным риском развития заболеваний молочных желез ассоциируется высокий социально-экономический уровень (диета, экология мегаполисов, позднее рождение первого ребенка и т. д.).

Повышается риск возникновения мастопатий и рака молочных желез под влиянием таких неблагоприятных факторов, как отсутствие беременности или поздняя первая беременность, отсутствие грудного вскармливания или короткий период его.

Почти все исследователи акцентируют внимание на возрасте, в котором произошли первые и последующие роды. В частности, у женщин, родивших двоих детей до 25 лет, втрое меньший риск развития заболеваний молочных желез по сравнению с имевшими только одного ребенка.

Мастопатия чаще встречается у женщин с неустойчивой психикой. Нередко врачи называют мастопатию истерической опухолью. Ее появление во многом провоцируется сильными стрессами, так как частое и хроническое повышение количества адреналина в организме активизирует рост числа клеток в молочной железе. Большему риску заболеть женщина подвергается при стрессе, неврозе, депрессии. Длительный психический стресс является одним из ведущих причинных факторов возникновения мастопатии.

Одна из гипотез подкрепленая статистикой. Установлена зависимость появления мастопатии от качества питания. Конечно, пища должна быть вкусной и разнообразной, но не стоит увлекаться жирами животного происхождения, жареными и копчеными продуктами, концентрированными бульонами, кофе и сладостями. Чрезмерное потребление этих продуктов способствует нарушению обмена веществ, а это одна из причин серьезного дисбаланса в организме. В ежедневный рацион необходимо включать продукты, экологически чистые, богатые витаминами, в частности, бета-каротином и витамином С.

Лишний вес также может способствовать развитию опухолей грудной железы. Ведь жировые ткани способны задерживать и накапливать различные токсичные соединения, поступающие в организм вместе с воздухом, водой, пищей. Установлено также, что в жировых тканях смещается гормональное равновесие в сторону усиления процесса образования эстрогенов, специфически действующих на ткани молочной железы.

Из внутренних факторов риска определенную роль может играть ожирение, особенно сочетающееся с диабетом и артериальной гипертензией. Известно, что при наличии всей этой триады риск развития мастопатии, а также рака молочных желез повышается втрое.

Первостепенное значение в развитии ЗМЖ имеет наследственный фактор, главным образом наличие доброкачественных и злокачественных заболеваний у родственниц по материнской линии.

Одним из наиболее частых неблагоприятных факторов, обуславливающих развитие ЗМЖ, является воспаление придатков матки, так как в результате воспаления дезорганизуется процесс выработки половых гормонов.

У большинства пациенток с различными формами мастопатии выявлена патология щитовидной железы. При гипофункции этой железы повышается риск возникновения мастопатий в 3,8 раза.

Немаловажной причиной, способствующей возникновению мастопатии, являются различные заболевания печени, желчевыводящих протоков и желчного пузыря. Печень играет очень важную роль в разрушении избытка вырабатываемых эстрогенов. При ее заболеваниях эта способность снижается и даже утрачивается, в результате чего содержание гормонов увеличивается.

Еще одним фактором риска развития дисгормональных изменений в молочных железах является йодная недостаточность, способствующая нарушениям в системе гипоталамус – молочная железа.

Косвенные факторы риска развития ЗМЖ, пристрастие к алкоголю и курению.

Серьезными последствиями грозят травмы молочной железы, опасны даже микротравмы (в метро, в автобусе прижали, сдавили, случайно ударили в грудь локтем или сумкой).

Обнаружена связь повышения риска развития заболевания с ранним наступлением менструаций и поздним их прекращением.

К факторам, оказывающим защитный эффект, относятся ранние роды (20–25 лет), кормление грудью, количество родов (более двух) с полноценной лактацией.

Возраст также является важным фактором риска. Обычно частота возникновения рака молочных желез прогрессирующе повышается с возрастом и составляет 30–50 % к 75 годам.

Таким образом, риск развития у женщины ЗМЖ больше в тех случаях, если она:

* не рожала или имеет только одного ребенка;
* имеет отягощенную наследственность по материнской линии;
* не кормила или недолго кормила ребенка грудью;
* сделала много абортов;
* не ведет регулярную половую жизнь;
* подвержена стрессам;
* живет в плохой экологической обстановке;
* страдает ожирением, диабетом, заболеваниями придатков, щитовидной железы, печени;
* употребляет алкоголь, курит;
* перенесла даже незначительные травмы груди.

Часто причинные факторы, находясь в сложной взаимосвязи, образуют общий неблагоприятный фон. Сложность оценки совокупности причинных факторов диктует необходимость регулярного проведения комплексного обследования (самоосмотр молочных желез, маммография, консультация маммолога) практически для каждой женщины.

Классификация

Одна из отличительных особенностей молочной железы состоит в том, что ее нормальное строение характеризуется большой вариабельностью в зависимости от возраста, состояния репродуктивной системы и периода менструального цикла. В этой связи даже врачам порой сложно отличить физиологические изменения ткани от патологических, а также определить тип патологии.

Мастопатия многолика. Фактически, можно говорить скорее о группе заболеваний (дисгормональных дисплазий молочной железы), имеющих сложную клиническую и гистологическую картину и объединенных общим термином «мастопатия».

На сегодняшний день существует большое число классификаций дисгормональных дисплазий, каждая из которых более или менее полно отражает прогрессирующие и регрессирующие изменения. Если по поводу классификаций узловых образований значительных разногласий у специалистов не возникает, то в отношении диффузных форм имеются определенные сложности, не позволяющие ввести довольно широкий спектр изменений в жесткие классификационные рамки.

В последние годы все большее распространение получает клинико-рентгенологическая классификация, которая подразделяет диффузную форму мастопатии на четыре следующих подвида:

* диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
* диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
* смешанная форма диффузной мастопатии;
* склерозирующий аденоз.

Критерием определения подвида является соотношение масс соединительнотканного и железистого компонентов а также жировой ткани.

Фиброкистозные изменения могут быть в виде трех различных форм.

1. Гиперплазия протоков и формирование кист.
2. Аденоз (дольковая гиперплазия) и склерозирующий аденоз.
3. Фиброз.

В соответствии с указанными структурными изменениями дисгормональную гиперплазию молочных желез классифицируют следующим образом.

I. Узловатая форма.

1. Аденофибромы.

2. Фиброаденомы.

II. Диффузная форма.

1. Аденозы.

2. Аденофиброматозы.

3. Фиброаденоматозы:

а) дольковый,

б) протоковый,

в) фиброзный,

г) кистозный,

д) пролиферативный:

– аденоматозный;

– папиллярный;

– солидный.

Клинические формы локализованной мастопатии

Фиброаденома — доброкачественная опухоль молочной железы. Встречается в более молодом возрасте, чем мастопатия, чаще у женщин моложе 30 лет, иногда у молодых девушек. Фиброаденомы могут быть одиночными или множественными (в 10 % наблюдений), располагаться в одной или в обеих железах. Симптомы фиброаденомы выявляются главным образом при пальпации молочной железы. Проявляются они плотным округлым узлом, имеющим четкие границы, гладкую поверхность. Такой узел легкоподвижен, не спаян с окружающими тканями, безболезненный. Кожа над фиброаденомой не изменена. Редко фиброаденомы имеют крупнобугристую поверхность. В положении больного лежа фиброаденома не исчезает.

Размеры фиброаденом могут варьировать от очень маленьких, иногда выявляющихся лишь при микроскопических исследованиях, до крупных, достигающих в диаметре нескольких сантиметров. В некоторых случаях они быстро растут, занимая большую часть молочной железы, деформируя ее и проявляясь в виде выступающего опухолевого узла. Клинически и рентгенологически диагноз фиброаденомы в подавляющем большинстве случаев не вызывает сомнений.

Возникает фиброаденома в основном при половом созревании и является следствием воздействия избытка гормонов и увеличения темпов роста тканей. В отличие от фиброаденоматоза, фиброаденома не поражает всю молочную железу (точнее, фиброаденомы, поражающие всю молочную железу, встречаются крайне редко). После удаления фиброаденомы, она, как правило, не появляется вновь. Фиброаденомы не перерождаются в рак, однако при некоторых обстоятельствах могут быть похожи на него. В связи с этим их необходимо удалять.

Листовидная (филлоидная) фиброаденома на разрезе напоминает листья капусты или листы сложенной книги. Для данной опухоли характерны быстрый рост, нередко — бугристая поверхность, иногда — увеличение до очень больших размеров, и тогда видны истончение и синюшность кожи над нею. Опухоль не имеет собственной капсулы. Вероятность злокачественного перерождения ее велика. Морфологически различают три вида листовидной фиброаденомы: доброкачественную, пограничную и злокачественную. Лечение их осуществляют хирургическим путем: секторальная резекция или удаление молочной железы (выполняется срочное гистологическое исследование и при злокачественном перерождении — радикальная мастэктомия, по Пейти).

Аденома встречается редко. Клинически ее трудно отличить от фиброаденомы.

Липома — опухоль мягкой консистенции, дольчатого строения. Встречается чаще у пожилых людей. Лечится путем хирургического вмешательства (удаление опухоли).

Внутрипротоковая папиллома в литературе встречается также под названием кровоточащая молочная железа (Blutende mammae), болезнь Шимельбуша, болезнь Минца. Для нее характерно разрастание эпителия внутри расширенного в виде кисты выводного протока молочной железы. Располагается она в крупном протоке, непосредственно под соском или под ареолой. При пальпации иногда проявляется в виде округлого мягковато-эластического образования либо продолговатого тяжа. Выделения из соска пациентки обнаруживают, как правило, в тех случаях, когда на нижнем белье остаются окрашенные пятна. Иногда больные обращают внимание на появление корочки на соске, образующейся от свертывания отделяемого.

Если папилломы располагаются в крупных протоках, непосредственно за соском или за ареолой, то при тщательной пальпации молочных желез в области ареолы можно обнаружить уплотнения, при надавливании на которые появляются кровянистые капельки только из одного устья выводного протока на соске. Когда папилломы развиваются в кистах и протоках, располагающихся в более глубоких отделах железы, единственным клиническим проявлением заболевания служат кровянистые выделения из соска. Даже при тщательной последовательной пальпации и маммографии не всегда можно выявить патологический участок. Для уточнения его локализации используют дуктографию. При цитологическом исследовании отделяемого из соска обнаруживаются эритроциты. Папилломы могут быть единичными и множественными. Одиночные папилломы располагаются главным образом в субареолярной зоне, чаще не проявляют тенденции к перерождению в рак, однако иногда такие случаи встречаются. Множественные папилломы обычно локализуются в периферических отделах молочной железы и чаще малигнизируются.

Внутрипротоковая папиллома считается факультативным предраком.

Клиника

Принято выделять три фазы развития мастопатии.

Первая фаза обычно имеет место в возрасте женщины 20–30 лет, и тогда за неделю до менструации появляются нагрубание, болезненность молочных желез, их ткань уплотняется и становится чувствительной при малейшем касании, при резких движениях. После менструации эти явления, как правило, проходят.

Вторая фаза наступает в возрасте женщины 30–40 лет, проявляется болью в молочных железах, которая носит постоянный характер и усиливается за 2–3 недели до менструации. В таких случаях при ощупывании молочных желез обнаруживаются отдельные болезненные уплотненные дольки.

Третья фаза формируется к возрасту женщины 40–45 лет и старше. Проявляется она болью в молочных железах, которая становится сравнительно менее интенсивной и непостоянной. При ощупывании таких желез обнаруживаются мелкие множественные кисточки; некоторые из них достигают в диаметре 1–3 см и содержат коричневато-зеленый секрет, появляющийся из соска при надавливание на него.

Типичными симптомами диффузной формы мастопатии являются болезненные ощущения в молочных железах, которые обычно усиливаются за несколько дней до начала менструации. Это так называемая предменструальная масталгия, или мастодиния.

Предменструальный синдром (ПМС), появляющаяся при нем боль в грудной железе свидетельствует об увеличении в 2–2,5 раза риска развития доброкачественных и злокачественных изменений в клетках ее ткани. Причиной развития данного синдрома является циклическое нагрубание желез, обусловленное венозным застоем и отечностью стромы перед менструацией; в это время молочная железа увеличивается в объеме более чем на 15 %. Поначалу указанные боли очень похожи на обычные предменструальные ощущения в молочных железах. Однако постепенно они усиливаются, могут «отдавать» в плечо, лопатку, в подмышечную область и тогда даже при легком надавливании на грудь пальцами еще более усиливаются. При этом ощущается незначительное уплотнение тканей в виде тяжей или мелкой зернистости, не имеющей четких границ. При надавливании на соски из них могут сочиться прозрачные или зеленоватые выделения, напоминающие молозиво. С началом менструации эти ощущения проходят. Такая форма мастопатии чаще встречается у женщин в возрасте до 35 лет. Ее развитие обуславливается повышением уровня гормона пролактина.

Выделения молока из молочных желез у нерожавших или у женщин, закончивших кормление грудью, часто наблюдается при гиперпролактинемии (повышение уровня пролактина, например, при аденоме передней доли гипофиза), при заболеваниях щитовидной железы на фоне снижения ее функции. Это явление называется галактореей. Во многих случаях причину ее развития установить не удается (идиопатическая галакторея). Следует отметить,что степень галактореи значительно варьирует:

* (+/-) — непостоянная галакторея;
* (+) — выделение единичных капель при сильном надавливании на сосок;
* (++) — обильное выделение при надавливании на сосок;
* (+++) — спонтанное отделение молока.

Гинекологи рекомендуют каждой женщине старше 20 лет регулярно осматривать молочные железы. Самообследование лучше проводить через 7–10 дней после начала менструации, когда проходит болезненность и грудь несколько уменьшается в размерах. После наступления менопаузы осмотр необходимо проводить каждый месяц в один и тот же календарный день. Эта процедура достаточно проста и не занимает много времени. Лучше всего обследовать грудь после душа или принятия ванны.

Как ни парадоксально, но раннее выявление изменений в молочных железах — это забота самих женщин. У них должен быть высокий уровень санитарной культуры, а для этого необходимо в достаточной мере освоить методику самообследования молочных желез, которую обязаны пропагандировать гинекологи.

Cамообследование молочных желез

Из 10 выявленных в молочной железе изменений 9 обнаруживают сами женщины, поскольку никто другой не знает состояние собственных молочных желез лучше них самих. Разумеется, речь идет о женщинах, овладевших методикой самообследования — простым и доступным способом вовремя выявить неполадки в груди.

В соответствии с рекомендациями Американского института акушерства и гинекологии, а также Организации по здравоохранению Альберта Эйнштейна, подавляющее большинство жительниц США и других промышленно развитых стран проводят самоосмотр молочных желез систематически, воспринимая процедуру как обычную и необходимую часть контроля за состоянием своего здоровья.

Обследовать молочные железы надо ежемесячно, лучше в один и тот же день менструального цикла, так как в течение месяца размер и структура груди изменяются. Причем, обследовать нужно не чаще одного раза в месяц, иначе можно не уловить слишком незначительные отклонения. При обследовании должно быть хорошее освещение. Приступая к самообследованию, женщина должна успокоиться, расслабиться и относится к нему, как к обычной гигиенической процедуре, помня, что большинство обнаруженных в молочной железе изменений доброкачественные. Каждое обследование проводится в 6 этапов, и при правильной, последовательной организации его занимает немного времени.

Первый этап — осмотр белья. Незначительные выделения из соска могут оставаться незамеченными на его поверхности, но оставляют следы на бюстгальтере. Поэтому необходимо тщательно осмотреть лифчик и уточнить, нет ли на нем следов выделения в виде кровянистых, бурых, зеленоватых или желтоватых пятен, корок.

Второй этап — осмотр общего вида желез. Вначале надо раздеться до пояса, встать перед зеркалом, свободно опустить руки и внимательно осмотреть в зеркале каждую грудь. При этом следует проверить, нет ли каких-то изменений величины, формы, контуров груди (одна грудь может быть немного больше — это нормально), обратить внимание на степень симметричности обеих желез, определить, расположены ли они на одном ли уровне, равномерно ли перемещаются при поднятии и заведении рук за голову, при наклонах, поворотах направо, налево, нет ли фиксации или смещения одной из желез в сторону.

Затем нужно поднять руки перед зеркалом вверх, снова осмотреть по очереди молочные железы, обращая внимание на смещение их кверху, в стороны или книзу; на изменение формы с образованием возвышения, западания, втягивания кожи или соска. После этого выясняют, не появляются ли капли жидкости из соска при указанных действиях.

Третий этап — оценка состояния кожи. С этой целью уточняют, эластична ли кожа, хорошо ли она собирается в складку, имеют ли место изменения ее цвета, покраснения поверхности (всей или отдельных участков), а также сыпь, опрелость, изменения, напоминающие «лимонную корку». Вместе с тем проверяют, нет ли уплотнений, набуханий, ямочек или бугорков, втянутости, изъязвлений и сморщенности кожи. При этом не следует брать ткань молочной железы в складку между пальцами, так как из-за ее дольчатого строения может создаться ошибочное впечатление о наличии опухолевого уплотнения.

Четвертый этап — ощупывание в положении стоя. Это удобно проводить во время мытья в ванной комнате, поскольку ощупывать молочные железы легче намыленными пальцами рук. Если же обследование проводится в других условиях, рекомендуется использовать лосьон или крем. Причем, правой рукой исследуют левую грудь, а левой — правую. С этой целью пальпацию осуществляют подушечками, а не кончиками пальцев, — четырьмя или тремя сомкнутыми пальцами, круговыми проникающими пружинящими движениями. Большой палец в пальпации не участвует. При больших размерах железы ее надо поддерживать противоположной рукой. Вначале проводится так называемое поверхностно-ознакомительное прощупывание: подушечки пальцев не проникают в толщу железы, что дает возможность выявить небольшие образования, расположенные непосредственно под кожей. Затем проводится глубокое прощупывание: подушечки пальцев последовательно постепенно достигают ребер. Пальпацию следует проводить от ключицы до нижнего края ребер и от грудины до подмышечной линии, включая подмышечную область, где возможно обнаружение увеличенных лимфоузлов.

Пятый этап — ощупывание в положении лежа. Это наиболее важная часть самопроверки, потому что только так можно хорошо прощупать все ткани. При этом определяют, каковы молочные железы на ощупь под пальцами и эти ощущения запоминают.

Пальпацию проводят, лежа на сравнительно твердой, плоской поверхности; под обследуемую железу можно подложить валик или жесткую подушку, руку надо вытянуть вдоль туловища или завести за голову. При этом можно использовать два метода пальпации.

1. Метод квадратов: всю поверхность передней грудной стенки — от ключицы до реберного края — и молочную железу мысленно разделяют на небольшие квадраты и каждый из них ощупывают сверху вниз, как бы по ступеням.
2. Метод спирали: молочную железу прощупывают по спирали в виде концентрически сходящихся окружностей, начиная от подмышки и кончая соском. При этом подушечками пальцев совершают круговые движения, перемещаясь в направлении соска.

Шестой этап — обследование сосков. При этом определяют, не изменились ли их форма и цвет, не втянуты ли, не мокнут ли они, нет ли на них изъязвлений или трещин. Вместе с тем прощупывают каждый сосок и подсосковые области, так как под соском может быть опухоль. Эта зона у женщин довольно чувствительна и в некоторых случаях бывает подвержена эротическим или неприятным ощущениям.

В заключение большим и указательным пальцами нужно осторожно взять сосок и надавить на него, чтобы определить, нет ли из него выделений, а если они есть, то оценивают их характер.

Если женщина полагает, что с момента последнего осмотра произошли заметные изменения, она должна незамедлительно обратиться к врачу и, разумеется, никогда не должна пытаться сама себе ставить диагноз, а тем более назначать лечение. Даже злокачественную опухоль можно победить, начав лечение на раннем этапе.

Осмотр специалиста

Как должна вести себя женщина при выявлении изменений в молочных железах? Нащупав небольшое уплотнение в груди, ей не стоит ждать, когда оно рассосется само собой. Нужно срочно идти к врачу! Лучше узнать об ошибочности своих суждений, чем впоследствии серьезно расплачиваться за легкомысленное отношение к своему здоровью. Это советуют врачи-маммологи всем женщинам, независимо от их возраста. Отличить мастопатию от других заболеваний молочных желез, а иногда и от рака под силу только специалисту.

Даже если никаких жалоб нет, раз в год женщине нужно проходить осмотр у врача-маммолога, особенно если ее работа связана с радиоактивным облучением. Своевременная профилактика рака груди может избавить от операции.

Первичному осмотру предшествует изучение истории жизни и истории настоящего заболевания. Важное значение в понимании причин возникновения мастопатии имеют данные о перенесенных заболеваниях, сведения о характере менструаций, числе родов и абортов, о наличии или отсутствии генетической предрасположенности, о других факторах риска.

Далее уточняют жалобы пациентки, время появления изменений, их связь с менструальным циклом, наличие или отсутствие выделений из сосков, цвет этих выделений, их консистенцию, длительность, постоянство.

Клиническое обследование включает в себя осмотр и мануальное исследование, при котором изучают степень формирования желез, их форму, размеры, состояние кожных покровов, соска. С этой целью проводят поверхностную и глубокую пальпацию желез и лимфоузлов; изучают состояние желез, в том числе наличие (отсутствие) в них уплотнений и их характер. Особое внимание уделяют имеющимся узловым образованиям.

Объективная оценка состояния желез складывается из данных осмотра и пальпации, а также маммографического, ультразвукового, пневмокистографического и других специальных исследований (скрининга) тканей груди. Обязательным компонентом комплексного обследования является определение индивидуального гормонального статуса женщины, в первую очередь уровня пролактина и эстрогена.

Диагностика заболевания на сегодняшний день осуществляется с помощью основного метода объективной оценки состояния молочных желез — рентгеномаммографии. Она позволяет своевременно распознавать патологические изменения в молочных железах в 95–97 % случаев, даже если уплотнения еще нельзя прочувствовать пальцами. Во всем мире принято проводить маммографическое исследование 2 раза в год, начиная с 35 лет (при отсутствии показаний для более частого обследования), а после 50 лет — 1 раз в год. Исключение составляют кормящие и беременные женщины — им маммография назначается только при острой необходимости.

В последнее время в литературе и особенно в СМИ появились сообщения о том, что маммография может способствовать развитию рака. Однако серьезные исследования, в том числе и отечественные, опровергли это. Маммография — рентгенологический снимок молочных желез. Выполняется он на маммографических аппаратах или специальных приставках к рентгенологическим аппаратам, которые обеспечивают высокое качество снимков в прямой и боковой проекциях. Маммография выполняется в первой фазе менструального цикла (до 12-го дня). Если речь идет о подозрении на рак молочной железы, исследование проводится, независимо от дня цикла.

Все остальные способы диагностики используются в большинстве случаев как вспомогательные.

Ультразвуковая диагностика (УЗИ) дополняет и уточняет картину, полученную при использовании других методов исследования. УЗИ начали широко применять лишь с 80-х годов. Этот метод позволяет с высокой точностью распознавать узловатые образования, оценивать диффузные изменения. Однако его эффективность при диагностике опухолей размером менее 1 см составляет всего 58 %. К недостаткам данного метода относятся низкая информативность при оценке диффузных изменений, трудности распознавания опухолей (особенно небольших) на фоне жировой ткани.

Таким образом, маммография и УЗИ, являются взаимодополняющими методами исследования.

Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс недостаточно информативны при патологии мягких тканей, да к тому же очень дороги, в связи с чем их применяют ограничено.

Для диагностики изменений, локализующихся в молочных ходах, используют метод дуктографии: контрастное вещество с добавленной метиленовой синькой при помощи тонкой иглы вводят в расширенный молочный проток, после чего выполняют маммографию в 2 проекциях с последующим выявлением сектора, в котором находится патологическое образование.

Для исключения злокачественного процесса используют пункционную биопсию с последующим цитологическим и морфологическим исследованием биоптата. Гистологическое исследование считается одним из самых важных методов оценки патологического процесса. Это самый точный, но и самый сложный, метод дифференциальной диагностики

С целью определения характера патологических процессов при кистозной патологии молочной железы проводится пневмокистография. При этом из кистозной полости эвакуируется жидкость, а затем в полость вводится контрастное вещество. Пневмокистография обладает высокой разрешающей способностью и используется для выявления внутрикистозных образований диаметром до 1–2 мм. Она не только позволяет оценить внутреннее состояние полости кисты, но и оказывает высокий терапевтический эффект (по данным ряда авторов, 75 %).

При обнаружении кровянистых выделений из соска пациентке показаны:

* маммография;
* цитологическое исследование мазка выделяемого;
* секторальная резекция (иссечение пораженного протока) — как лечебная и диагностическая процедура (для исключения злокачественной папиллярной аденокарциномы).

Опухоли молочной железы также могут быть причиной кровянистых выделений из соска.

Материал для цитологического исследования получают:

* путем взятия мазка-отпечатка, выделяемого из соска молочной железы;
* при проведении пункционно-аспирационной биопсии (ПАБ).

Пункция показана:

* для установления окончательного диагноза при уплотнениях неясной природы в молочной железе;
* подтверждения диагноза и выяснения структуры опухоли при установленном диагнозе рака;
* для выяснения степени морфологических изменений в опухоли после лучевого или химиотерапевтического лечения.

Секторальная резекция (удаление участка молочной железы с подозрительным новообразованием) применяется для установления окончательного диагноза в сомнительных случаях, а также как метод лечения узловых доброкачественных образований в молочных железах (фиброаденомы, локализованные формы мастопатии, внутрипротоковые папилломы).

Относительно вероятности развития рака при мастопатии существуют разные мнения. Я.М. Брускин (1975) наблюдал 722 больных мастопатией. В течение 6 лет ее переход в рак был констатирован в 1,8 % случаев, за 17 лет — почти в 6 % наблюдений. Юинг (1958) установил, что мастопатии в 50 % случаев могут переходить в рак; в 83 % рак молочной железы сочетается с мастопатией. J. Potter (1968) обследовал 110 женщин, у которых 16–20 лет назад была произведена биопсия по поводу различных форм фиброаденоматоза; у 10 из них развился рак молочной железы.

Для уточнения групп повышенного риска, требующих особого внимания, многие врачи пытались оценить вероятность малигнизации при мастопатии. Я.М. Брускин (1975) пришел к выводу, что частота малигнизации незначительна при тиреотоксической мастопатии, повышается при фиброзно-кистозной мастопатии. По его мнению, рак чаще всего отмечается при кистозно-пролиферативной мастопатии с полипозными разрастаниями, на фоне выделений из сосков.

Узловые формы мастопатии могут быть похожи на рак молочной железы. При обследовании (осмотр, ощупывание молочных желез, маммография, УЗИ, цитологическое исследование клеток, полученных при пункции иглой) выявленный узел нередко вызывает подозрения на рак. В таких ситуациях необходимо удалить патологический очаг (секторальная резекция молочной железы) и исследовать его под микроскопом (гистологически). При выявлении рака требуется дополнительное вмешательство — удаление молочной железы или ее части, что зависит от степени распространенности опухоли.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Бурдина, Л. М. Современные аспекты изучения гиперпластических процессов репродуктивной системы женщины / Л. М. Бурдина, А. И. Волобуев, А. И. Баграмян. М., 1987. C. 123–131.
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
/ В. Ф. Зайцев, Т. А. Николаенко, С. В. Сугак // Актуальные проблемы клинической медицины. Мн., 1999. С. 35–36.
4. Приленская, В. Н. Обследование женщин с нарушениями менструального цикла
/ В. Н. Приленская // Фельдшер и акушерка. 1992. № 1. С. 22–28.
5. Путырский, Л. А. Рак молочной железы / Л. А. Путырский. Мн.: Вышэйшая школа, 1998. 94 с.
6. Рожкова, Н. И. Рентгенодиагностика заболеваний молочных желез / Н. И. Рожкова. М., 1993.
7. Сидоренко, Л. Н. Молочная железа. Как уберечь себя от рака / Л. Н. Сидоренко. 1998.