

УДК 618.19

Д56

Авторский коллектив:

Силаева Елена Африкановна — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова;

Шмидт Андрей Александрович — канд. мед. наук, доцент, начальник кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова;

Гайворонских Дмитрий Иванович — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова;

Тимошкова Юлия Леонидовна — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова;

Анашкина Раиса Ивановна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова;

Атаянц Каринэ Маратовна — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова;

Варфоломеев Дмитрий Иванович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова.

Доброкачественная дисплазия молочных желез: практическое руководство для врачей / Е. А. Силаева, А. А. Шмидт, Д. И. Гайворонских [и др.]. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 78 с.

ISBN 978-5-299-00919-4

Практическое руководство может оказаться полезным специалистам, сталкивающимся с проблемами диагностики, лечения и реабилитации пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез.

Руководство подготовлено специалистами кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии и рассчитано как на практикующих врачей различных специальностей, так и на специалистов, проходящих обучение в системе последипломного образования.

УДК 618.19

ISBN 978-5-299-00919-4

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	4
Предисловие	5
Исторические аспекты	6
Анатомо-морфологические особенности молочных желез	8
Функциональные особенности молочных желез	16
Классификация доброкачественных гиперпластических заболеваний молочных желез	19
Этиология и патогенез доброкачественных гиперпластических заболеваний молочных желез	22
Обследование больных с патологией молочных желез	30
Порядок ведения пациенток врачом акушером-гинекологом в условиях женской консультации	56
Лечение дисгормональных дисплазий молочных желез	60
Литература	75

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- АКТГ – адренкортикотропный гормон
ДДМЖ – доброкачественная дисплазия молочной железы
ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
ДНО – доброкачественные неоплазии
ЗГТ – заместительная гормональная терапия
ЗНО – злокачественные неоплазии
КОК – комбинированные оральные контрацептивы
ЛГ – лютеинизирующий гормон
МГ – маммография
МЖ – молочные железы
М-РНК – матричная рибонуклеиновая кислота
МРТ – магнитно-резонансная томография
РМЖ – рак молочной железы
РЯ – рак яичников
САК – сосково-ареолярный комплекс
СПН – синдром предменструального напряжения
СЭГ – соноэластография
ТАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия
ТТГ – тиреотропный гормон
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФКМ – фиброзно-кистозная мастопатия
ФСГ – фолликулостимулирующий гормон
BRCA – breast cancer

ПРЕДИСЛОВИЕ

В течение последнего десятилетия отмечается значительный рост рака молочной железы среди женского населения Российской Федерации, который занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости. Одно из основных условий увеличения показателей выживаемости больных после проведенного лечения — ранняя диагностика рака молочных желез. Так, после своевременного лечения более 90 % больных раком молочной железы I стадии переживают 5-летний рубеж, не теряя качества жизни.

Выявлено, что риск возникновения рака молочной железы на фоне диффузных форм ДДМЖ увеличивается в 2—3 раза, а при локализованных формах — в 25—30 раз выше в сравнении с интактными молочными железами. Это можно объяснить общностью некоторых факторов риска, например таких, как дисгормональные состояния, метаболические нарушения. Более того, на плотном фоне ткани молочной железы при доброкачественных дисплазиях снижается информативность рентгено-маммографического метода.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Интерес к заболеваниям молочных желез существует со времен античной цивилизации. Наиболее ранним документом, где упоминается болезнь молочной железы, является древнеегипетский папирус (папирус Эдвина Смита), датированный приблизительно 1600 г. до н. э. Авторство этого текста приписывается ученому периода Древнего царства Имхотепу, который позже был обожествлен и почитался в качестве бога врачевания.

В папирусе описано несколько случаев опухолей молочных желез, но в целом все сведено к тому, что на груди имеются выпирающие опухоли, от которых нет никакого лечения.

«Болезни груди» оставили свой след и в искусстве. Некоторые живописцы, скрупулезно выписывая все детали и особенности человеческого тела с натурщиц, невольно оставили в своих творениях признаки поражения молочной железы. Так, в 1970 г. на рисунке Рембрандта «Полуобнаженная у печки» итальянский хирург Т. Греко обнаружил деформацию левой груди женщины. Многие онкологи согласились с заявлением Т. Греко, что у изображенной на рисунке женщины злокачественная опухоль левой молочной железы.

На этом изыскания Т. Греко не закончились. Изучая картину Рембрандта «Вирсавия», он предположил наличие рака левой молочной железы и у этой натурщицы (рис. 1).

При написании многих картин Рембрандту позировала его любимая жена Саския ван Эйленбюрг. В 1642 г. вскоре после родов она умирает. Испанский врач Ж. Грау с коллегами (2001) предположили, что причиной ее смерти стал рак. Об этом косвенно свидетельствуют изменения левой молочной железы и подмышечной области, вырисованные на картине «Даная». Подтверждением тому служат данные рентгеноскопии, указывающие на то, что Рембрандт неоднократно перерисовывал эту область.

Подобные признаки болезни груди моделей тех давних времен можно увидеть и на таких произведениях, как «Аллегория мира, искусства и изобилия» Ганса фон Ахена, «Три грации», «Нимфы, преследуемые фавна-



Рис. 1. «Вирсавия»

ми», «Орфей и Эвридика» Рубенса, «Форнарина» Рафаэля, «Аллегория мимолетности» Николо Реньери.

Основоположником изучения патологии молочной железы можно назвать английского хирурга и анатома Astly Cooper (1768—1841). Он, основываясь на собственных наблюдениях, впервые пытался систематизировать болезни молочной железы и в 1829 г. предложил термин «кистозная болезнь». Болезнью Купера и по сей день называют масталгию. Необходимо также отметить ученых, внесших вклад в изучение патологии молочной железы: J. Bloodgood (в 1821 г. описал единичные кисты в молочных железах, назвав их «синими», ретенционными, выделил предраковые); J. Velpeau (выяснил, что фактором риска данной патологии является «безбрачие, нарушение менструальной и маточной функции»), L. Aschoff (в 1932 г. предложил термин «мастопатия»), J. Moskovitz (в 1927 г. под мастопатией объединил все заболевания молочных желез, которые можно поставить в связь с патологическими влияниями, исходящими из яичников, несмотря на многообразие их патоморфологических особенностей).

Огромный вклад в изучение опухолей молочных желез внесли отечественные ученые. Так, русский ученый А. А. Китер (рис. 2), в свое время возглавлявший кафедру акушерства в Медико-хирургической академии (ныне — Военно-медицинская академия), еще в начале прошлого века предложил лечение кист путем введения в них йодистого калия.

Советский хирург В. М. Минц (рис. 3), в дальнейшем казненный в Бухенвальде за отказ оперировать немецких офицеров, впервые обратил внимание на спонтанные выделения из соска, связав этот синдром с внутрипротоковой папиллярной опухолью.

В дальнейшем вопросы патологии молочных желез получили свое развитие в работах целого ряда авторов: Я. М. Брускина (1962), С. А. Холдина (1962), Д. М. Абдурасулова (1969), Л. Д. Линденбратена (1975), Л. Ю. Дымарского (1980), Л. Н. Сидоренко (1991), В. Ф. Семиглазова (1992), Л. М. Бурдиной (1993), М. Я. Боброва (1977), И. С. Сидоровой (1995), Н. И. Рожковой (2000), Ю. В. Цвелева, А. Б. Ильина и соавт. (1999—2007).



Рис. 2. А. А. Китер
(1813—1879)



Рис. 3. В. М. Минц
(1872—1945)

АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Молочные железы (*mamma, glandula mammaria*) являются важной составляющей частью репродуктивной системы женского организма и представляют собой отличительную особенность целого зоологического класса — класса млекопитающих. Это парная железа, расположенная на поверхности большой грудной и отчасти передней зубчатой мышц в пространстве между срединной и подмышечной линиями на уровне от III до VI, иногда VII ребра (рис. 4).

Тело молочной железы состоит из 15–20 долей (*lobi mammae*), обращенных вершечкой к соску и разделенных между собой прослойками соединительной ткани. Последние проходят также между передней поверхностью тела железы и глубокими слоями кожи и над апоневрозом грудной мышцы, образуя плотные соединительнотканые тяжи (*lig. suspensorium Cooperi*) в виде сетки (*retinaculum*), прикрепляющиеся к ключице. Ниже, расщепляясь по всей длине, соединительнотканые тяжи образуют капсулу, в которую включена молочная железа. Если подкожный жировой слой развит не очень сильно, то при пальпации железы определяется зернистость. Она зависит от того, что в основании *lig. suspensorium Cooperi* железистая ткань дает небольшие отростки, что пальпаторно воспринимается как зернистость. Между

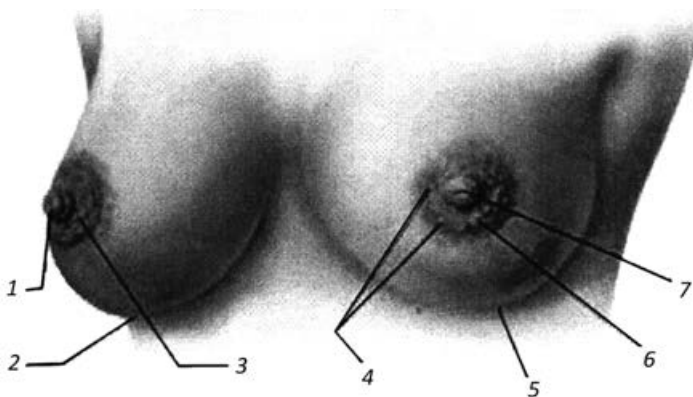


Рис. 4. Передний вид молочных желез:

1, 7 — сосок, 2, 5 — складка молочной железы, 3, 6 — ареола; 4 — бугорки Монтгомери

железистым телом и наружным покровом находится жировая ткань, выполняющая все промежутки между ними, разделенная на отдельные участки соединительнотканной сеткой.

От прочности и упругости капсулы, от количества жировой ткани, а также от возраста, предшествовавших родов в значительной мере зависит та или иная форма молочной железы (рис. 5, А, Б).

Каждая долька состоит из альвеол, которые являются морфофункциональной единицей молочной железы. В 1972 г. J. Rahn предложил термин «мастоин» (рис. 6). Пузырек альвеолы выстлан одним слоем железистых клеток — лактоцитов, верхушки которых обращены в полость альвеолы. В основании альвеолы расположены миоэпителиальные клетки, обладающие способностью сокращаться и регулировать объем альвеол и выбрасывать через проток скапливающийся

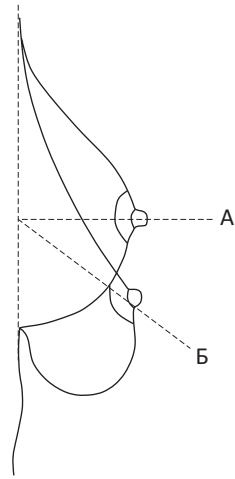


Рис. 5. Форма молочной железы:
«virginial» грудь (А),
«otvisslaja» грудь (Б)

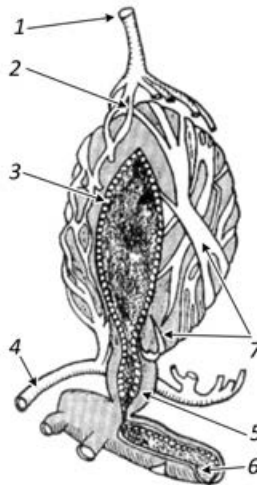


Рис. 6. Строение мастоина:

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

в них секрет. Альвеолы окружены тонкой базальной мембраной, в которой проходят тесно прилегающие к лактоцитам кровеносные капилляры и нервные окончания. 150—200 альвеол объединяются в одну дольку с внутридольковым протоком. Функция альвеол — лактация, во время которой они гиперплазируются и продуцируют молоко.

Каждая доля молочной железы имеет выводной молочный проток (*ductus lactiferus*), направляющийся от верхушки доли к соску, перед впадением в который он веретенообразно расширяется, образуя расширение — молочный мешочек, или млечную пазуху (*sinus lactiferus*). Суживаясь вновь, часть протоков сливается, пронизывая сосок, открывается в его верхушке молочным отверстием (*porus lactiferous*) в количестве от 8 до 15. Выводные протоки выстланы плоским эпителием, который переходит на верхушке соска в эпителий, покрывающий сосок снаружи. В противоположном направлении к долькам протоки выстланы двурядным высоким цилиндрическим эпителием, а по мере приближения к альвеолам — однослойным эпителием, таким же как и сами альвеолы. В глубине молочных желез молочный проток сначала дихотомически, а дальше древовидно разветвляется, переходя в альвеолярные ходы с многочисленными выпячиваниями и пузырьками (альвеолами) диаметром 0,05—0,07 мм (рис. 7).

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

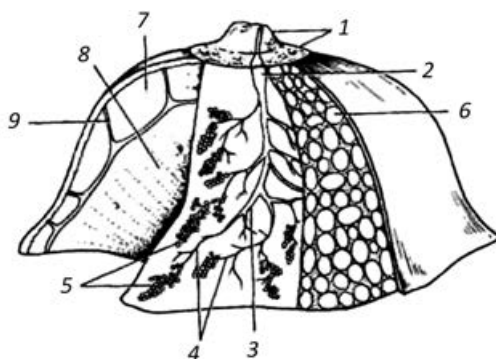


Рис. 7. Схематичное строение молочной железы в разрезе:

1 — сосково-ареолярный комплекс; 2 — млечный синус; 3 — центральный проток; 4 — млечные протоки; 5 — доли железистого тела; 6 — поверхностная фасция; 7 — жировая капсула; 8 — фиброзная ткань; 9 — связки Купфера

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ
МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

**Современные аспекты клиники,
диагностики и лечения**

Практическое руководство для врачей

Редактор *Пугачева Н. Г.*
Корректор *Полушкина В. В.*
Верстка *Пугачевой О. В.*

Подписано в печать 02.03.2018. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Печ. л. 5,0. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15
Тел. : (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в ГП ПО «Псковская областная типография».
180004, г. Псков, ул. Ротная, 34