

Захворювання молочної залози (дисгормональні, пухлинні). Мастит

1. Актуальність теми:

За даними різних авторів, ті чи інші захворювання молочних залоз мають місце у 40 – 80 % жінок дітородного віку. Мастопатії до даного часу залишаються найпоширенішими захворюваннями молочних залоз, які спостерігаються у 60 – 90 % жіночого населення. Актуальність даного захворювання полягає в тому, що воно в 3 – 5 разів підвищує ризик виникнення раку молочних залоз, який продовжує займати перше місце в структурі причин смертності жінок від онкологічних захворювань в нашій країні та Світі. В структурі запальних захворювань молочних залоз превалює гострий лактаційний мастит, частка якого становить 0,5 – 1 % від всіх гнійно-септичних захворювань.

Для всіх клінічно підозрілих утворень, навіть за відсутності аномалії при візуалізації, необхідно виконувати біопсію, так як 15% злоякісних новоутворень молочної залози маммографічно не визначаються. Всі експертні групи Північної Америки дійшли згоди, що скринінгова маммографія має виконуватись всім жінкам після 50 років. Тим не менш, обговорюється доцільність виконання скринінгових маммографій жінкам від 40 до 49 років.

2. Конкретні цілі.

2.1. Студент має знати: основні причини та фактори ризику виникнення запальних, дисгормональних та пухлинних захворювань молочної залози, варіанти перебігу та способи її лікування.

А також знати:

- будову молочної залози, її кровопостачання та інервацію;
- шляхи лімфовідтоку від молочної залози;
- гормональну регуляцію функції молочної залози в період лактації та поза ним;
- основні класифікації запальних, дисгормональних та пухлинних захворювань молочної залози;
- клінічні прояви запальних, дисгормональних та пухлинних захворювань молочної залози;
- додаткові методи дослідження молочної залози;
- тактика лікування захворювань молочної залози, показання до оперативного лікування, класифікація основних оперативних втручань при даній патології;

2.2. Студент має вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд молочних залоз, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при запальних, дисгормональних та пухлинних захворюваннях молочних залоз.

Також вміти:

- аналізувати та оцінювати дані скарг хворої;
- аналізувати та оцінювати дані анамнезу;

- оцінювати дані інструментальних методів дослідження молочних залоз;
- проводити диференційну діагностику захворювань молочної злози;

3.3.Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з патологією молочної залози.

*3.4.Виховні цілі:*сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими із запальними, дисгормональними та пухлинними захворюваннями молочних залоз, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

4. Зміст теми

Порядок збирання анамнезу у пацієнтки з захворюванням грудної залози

Загальні питання

Вік менархе

Кількість вагітностей, з них, що закінчились пологами

Вік перших пологів

Чи були випадки в сім'ї онкогінекології чи іншої онкології, враховуючи локалізацію, вік родича на момент появи хвороби, результат лікування.

Результати попередніх біопсій (за їх наявності)

Пременопаузальні жінки

Дата останньої менструації

Довжина та частота циклу

Чи вживає оральні контрацептиви

Постменопаузальні жінки

Дата менопаузи

Чи приймає гормонозамісну терапію

Специфічні питання

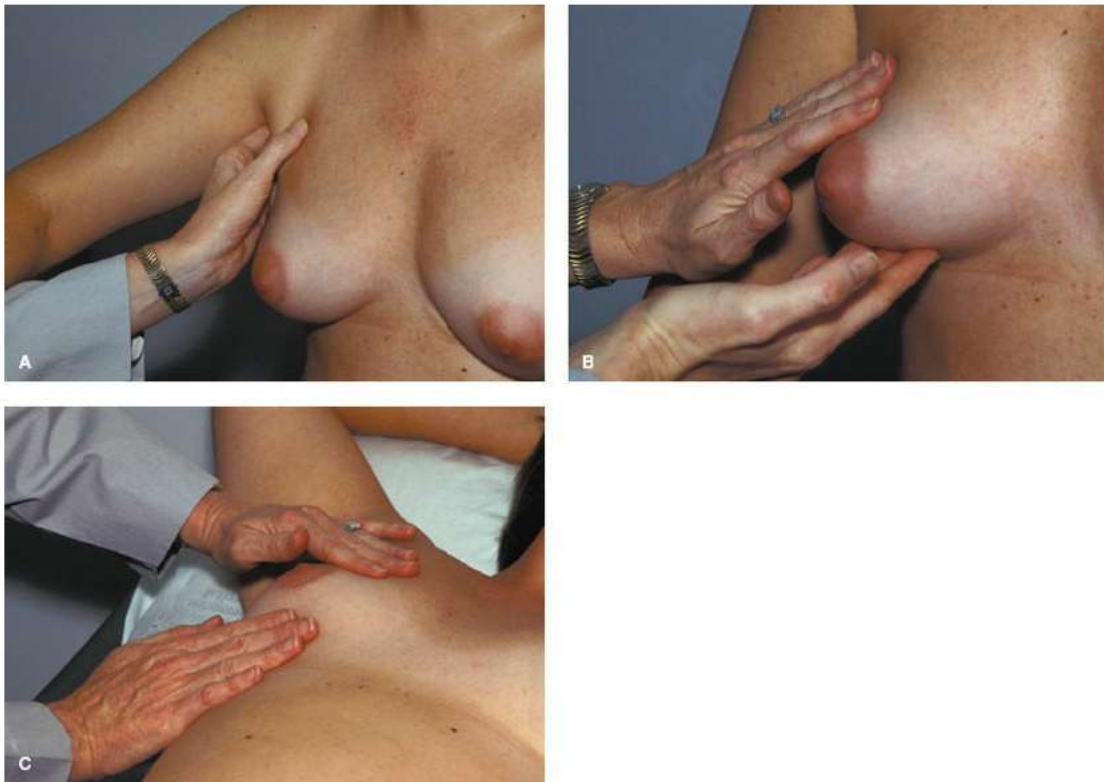
Дата початку

Тривалість

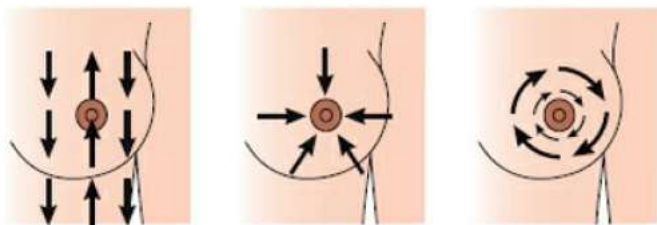
Частота

Тяжкість

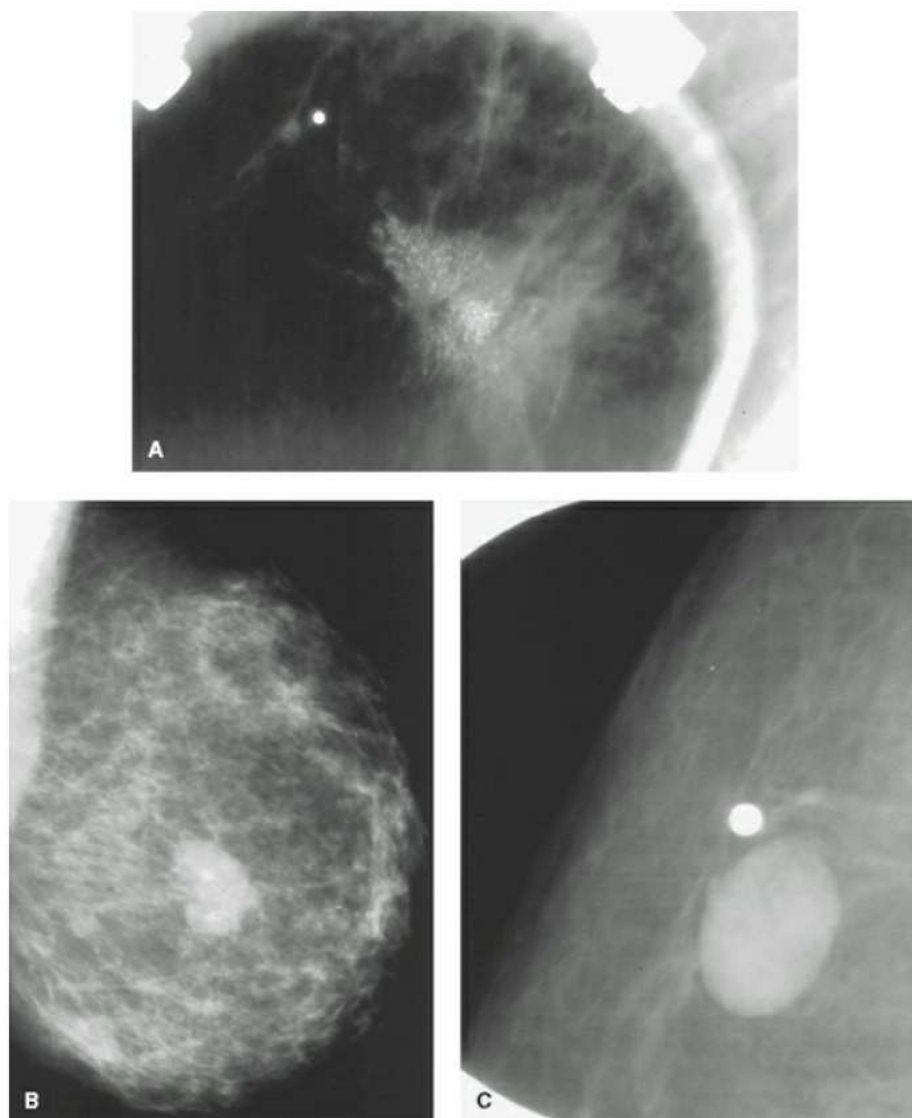
Зв'язок з менструальним циклом чи використанням гормонозамісної терапії



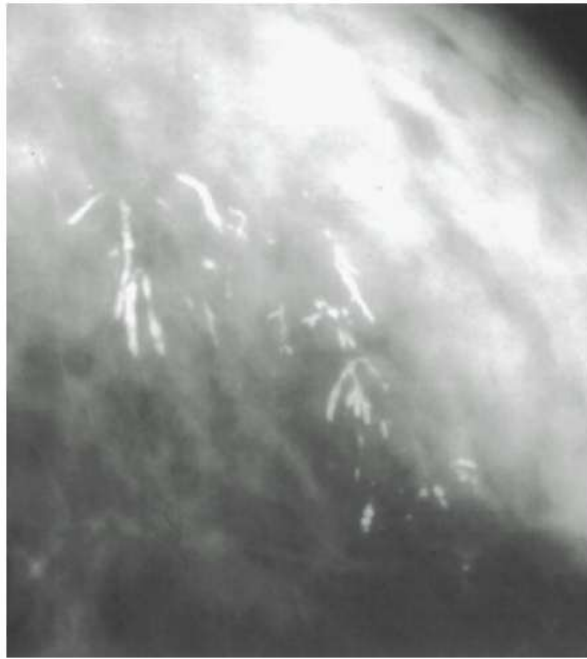
Мал.1. Огляд грудної залози. А. іпсолатеральна рука пацієнта підтримується лікарем, для розслаблення грудного м'язу, поки оглядаються пахвинні лімфовузли. В. бімануальний огляд грудної залози у вертикальному положенні. С. бімануальний огляд у горизонтальному положенні з закинutoю рукою пацієнта за її голову.



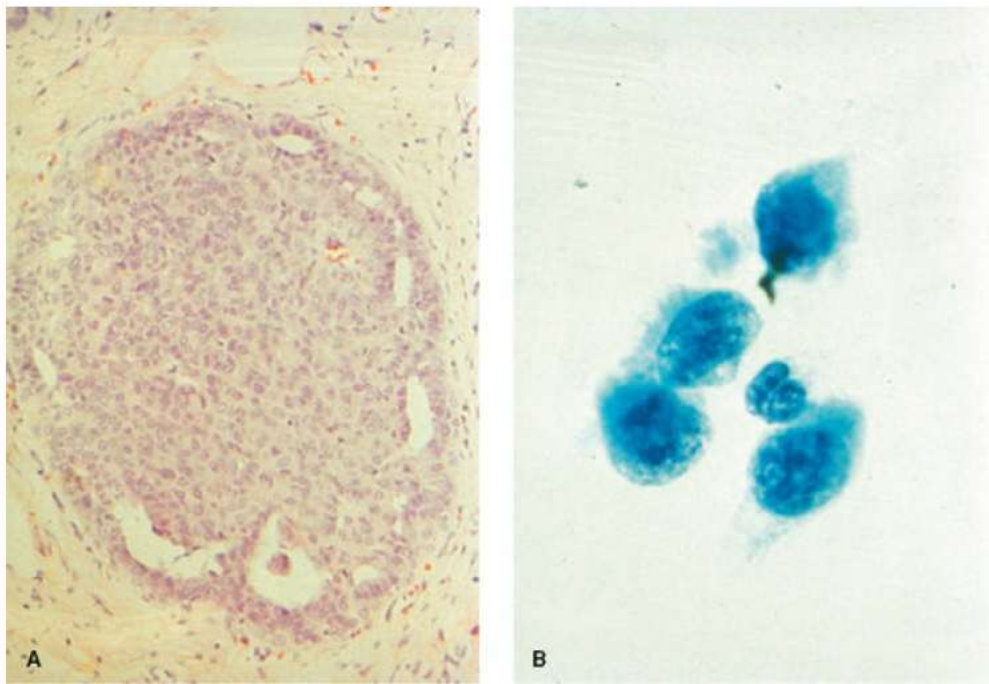
Мал. 2. Шляхи огляду грудної залози: вертикальні смуги, радіальні рухи до центру, кругові рухи



Мал. 3. Маммографія утворень. А. спікулоподібне утворення з кальцифікатами. В. лобована маса з нечітким заднім краєм. С. Чітко окреслене утворення.



Мал. 4. Мікрокальцифікати. Розгалуджена, нерегулярна поява – ознака карциноми протоків *in situ* (DCIS)



Мал. 5. Порівняння А. зразка стовпчикової голкової біопсії та В. тонкогілкової біопсії. Лише стовпчиковий зразок може показати структурні деталі.

- (N60) Доброякісна дисплазія молочної залози (ДДМЗ)**
- (N60.0) Солітарна кіста молочної залози
 - (N60.1) Дифузна кістозна мастопатія
 - (N60.2) Фібroadеноз молочної залози
 - (N60.3) Фібросклероз молочної залози
 - (N60.4) Екстазія протоків молочної залози
 - (N60.8) Інші доброякісні дисплазії молочної залози
 - (N60.9) Доброякісні дисплазії молочної залози, неуточнені

ДДМЗ вражають від 30 до 60% жінок репродуктивного віку

Найбільш часто зустрічаються серед жінок 30-50 років

Знахідки під час фізичного огляду

Зміна текстури грудної залози (грудкувата чи волокниста), вузлові ділянки, збільшення чутливості грудної залози та/чи сосків, домінантна маса частіше в правому зовнішньому квадранті, зміна симптомів в залежності від фази менструального циклу, симптоми можуть посилюватись у постменопаузальних жінок, які розпочинають прийом гормональних препаратів, зміна конфігурації соска

Етіологія

В зв'язку з тим, що ці процеси відбуваються у більшості жіночого населення, дані процеси не слід вважати патологічними.

Залежність цих змін від менструального циклу підтверджує гормональний вплив

Діагноз

Диференційний діагноз

В табл 1. показана диференціація мас у грудній залозі. Характеристики, що більш ймовірно свідчать про рак – наступні: фіксоване утворення, що погано визначаються, тверді на консистенції.

Диференційна діагностика ущільнень в грудях			
Характеристика	Кістозна хвороба	Доброякісна аденома	Злоякісна пухлина
Вік пацієнта	25-60 років	10-55 років	25-85 років
Кількість	Одне чи більше	Одне	Одне
Форма	Кругла	Кругла	Неправильна форма
Консистенція	Еластична, від м'якої до твердої	Щільна	Тверда як камінь
Межі	Чіткі	Чіткі	Нечіткі
Мобільність	Мобільне	Мобільне	Фіксоване
Чутливість	Присутня	Відсутня	Відсутня
Ретракція шкіри	Відсутня	Відсутня	Присутня

Табл. 1

Першочергові заходи:

Виключити чи підтвердити діагноз карцинома грудної залози, якщо утворення грудей потовщується, зменшується, та/чи наявний біль

Виконати біопсію підозрілої ділянки для гістологічного підтвердження

Візуалізаційні методи

Показані мамографія та ультразвукове дослідження

За змін на мамографії (підозрілі ущільнення, мікрокальцифікати, архітектурні спотворення): уважна інтерпретація з біопсією для виключення злоякісності процесу

Ультразвукове обстеження: визначити наявність щільного чи порожнистого утвору.

Лікування

Нефармакологічна терапія

Лікування симптоматичне, спокій, підтримуюча білизна, знеболюючі препарати, включаючи НПЗП та тифенол, зменшений прийом метилксантинів (кава, шоколад), збільшення прийому вітаміну Е та солі не довело своєї ефективності.

Періодичні фізикальні огляди пацієнтів з доброякісними захворюваннями грудної залози, у яких наявні виражені вузлові ознаки

Аспірація вмісту цист (УВАГА: цисти часто рецидивують, повторна аспірація не є доцільною за відсутності больового синдрому)

Медикаментозна терапія

Проти болю у грудній залозі

Данокрин (Даназол) – єдиний препарат, схвалений FDA, для лікування болю у грудях. Слід зауважити побічні андрогенні ефекти.

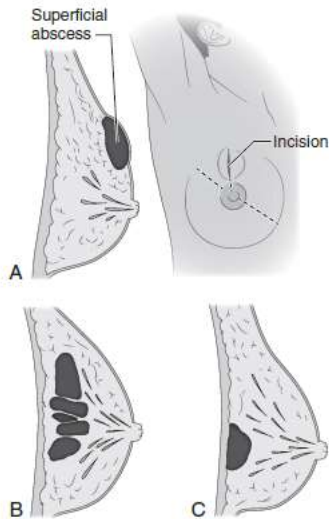
Бромкріптин – інгібує пролактин та його ефекти ліпше за плацебо, але його побічні ефекти такі як легковажність та гастроінтестинальні симптоми обмежують його застосування

Тамоксифен – досліджено, що зменшує біль у грудній залозі в 70 відсотках, але побічні ефекти такі як напливи жару та сухість в піхві порушують комплаєнс.

Фармакологічна терапія зазвичай звужується після 3-6 місяців лікування

(N61) Запальні ураження молочної залози

Мастит – локальне болюче запалення грудної залози, яке може бути супроводжується інфекцією, грипоподібними симптомами, формуванням абсцесу.



А. поверхневий абсцес може бути дренований лінійним розрізом в радіальному напрямку від соска. В. інтрамаммарний абсцес, С. Ретромаммарний абсцес. Обидва вимагають дронування під загальною анестезією.

Епідеміологія

Матері, що годують груддю виникає зазвичай у перші 3 місяці після народження дитини (74-95%)

Ускладненням маститу можуть бути абсцес грудної залози та септикоцемія

У нелактуючих жінок дітородного віку присутній гранульоматозний мастит.

У старших, нелактуючих жінок, часто присутній перидуктулярний мастит та викликаний запаленими протоками молочних залоз біля соска

Мастит також може виникати у немовлят, коли гіпертрофія від материнських гормонів призводить до інфекції.

Частота: лактаційний мастит виникає у 33 % матерів

Фактори ризику

Мастит в анамнезі, стаз молока та нерегулярне сцїжування, потрїсканї, болючї соски, розщеплення губи чи пїднебїння чи коротка вуздечка у немовляти, діабет, груднї імпланти, пїрсїнг соскїв,

Фїзикальний огляд та клїніка

Потеплїння, почервонїння та пїдвищення чутливостї грудної залози

Моно- та бїлатеральне ураження

Слабкїсть, мїалгїя, лихоманка, озноб

Зменшення продукцїї молока

Грудна залоза тверда та має клиноподїбне втягнення

Захворюванїсть: 10-30% усїх абсцесїв грудної залози є лактацїйними; гострї мастити виникають у 30% жїнок-годувальниць, у 1 з 15 виникне абсцес. Курїння та діабет – фактори ризику маститу, що не залежить вїд лактацїйного статусу. Останнїм часом вїдмїчено, що наявнїсть пїрсїнгу у сосках також може бути асоцїювана з інфекцїєю.

Фїзикальний огляд та клїніка:

Болюче почервонїння та ущїльнення грудної залози, в подальшому з появою флуктуацїї

Етїологїя

Лактацїйний абсцес: стаз молока та бактерїальна інфекцїя *Staphylococcus aureus* найбїльш часта причина

Мїкс мїкроорганїзмїв, включаючи анаероби, стафїлококи, стрептококи та їншї

Диференцїйний дїагноз:

Запальна карцинома, карцинома з еритемою, набряком, та/чи виразкуванням, туберкульозний абсцес, гїдраденїт, себорейна їнфїкована кїста

Лікувальною процедурою є хірургічний розріз та дренивання. Необхідно провести біопсію стінки абсцесу для виключення злоякісності процесу.

Антибіотикотерапія. При стафілококовій етіології лактаційного абсцесу рекомендованим початковим антибіотиком буде нафцилін чи оксацилін 2 г кожні 4 години в/в, чи цефазолін 1 г кожні 8 годин в/в 10-14 днів. Якщо ж діагноз маститу поставлений рано та вилікуваний до появи абсцесу – дренивання не обов'язкове

Субареоллярні абсцеси: антибіотики широкого спектру дії (цефалексин 500 мг чи цефазолін 1 г кожні 8 годин в/в 10-14 днів) та дренивання.

Якщо при дрениванні абсцесу є неприємний запах гною – необхідно думати про наявність анаеробної флори та додати метронідазол 500 мг в/в

(N62) Гіпертрофія молочної залози

(N62.1) Гінекомастія

Гінекомастія – доброякісне збільшення чоловічої грудної залози, що проявляється проліферацією залозистої тканини



Рис. Гінекомастія у літньої людини

Епідеміологія

Зустрічається серед чоловіків усіх вікових груп

60-90% немовлят мають транзиторну гінекомастію в зв'язку з високим рівнем естрогенів під час вагітності

Розповсюдженість у дорослих від 4% до 69%. Це є результатом збільшення концентрації естрадіолу на початку полового дозрівання

Захворюваність вища у бодібілдерів в зв'язку з використанням анаболічних стероїдів

24-65% людей похилого віку мають гінекомастію. Вона є вторинною як причина падіння продукції тестостерону в похилому віці, збільшенням конверсії тестостерону у естроген, побічним ефектом вживання ліків

Причини гінекомастії	
Причина	Приклад
Фізіологічні причини	
Наявність материнського естрогену	Неонатальна гінекомастія
Транзиторне збільшення відношення естроген/андроген	Пубертатна гінекомастія
Надлишок естрогену	
Агоністи естрогену чи естрогенових рецепторів	Естрогени, маріхуана, дігітоксин, тестостерон чи інші ароматичні андрогени
Збільшення периферичної ароматазної активності	Ожиріння, старіння, спадковість
Естроген-продукуючі пухлини	Карцинома наднирників, пухлина клітин Сертоллі чи Лейдіга
Пухлини, що продукують людський хоріонічний гонадотропін	Рак легень, гепатокарцинома
Недостатність чи резистентність андрогенів	
Недостатність андрогенів	Первинний чи вторинний гіпогонадизм
Гіперпролактинемія, що викликає недостатність андрогенів	
Розлади, що приводять до андрогенрезистентності	Спадкова чи набута резистентність до андрогенів
Ліки, що впливають на дію андрогенів	Спіронолактон, антагоністи рецепторів андрогену, маріхуана, інгібітори 5-альфа-редуктази, антагоністи гістамінових рецепторів 2 типу
Системні розлади	
Органна недостатність	Цироз печінки, хронічна ниркова недостатність
Ендокринні розлади	Гіпертиреозидизм, акромегалія, синдром Кушинга
Харчові розлади	Переїдання, відновлення від хронічної хвороби (Гемодіаліз, інсулін, ізоніазид, антитуберкульозні

	препарати, АРТ)
Ідіопатичні причини	
Ліки	АРТ, антагоністи Са каналів, аміодарон, атидепресанти, алкоголь, амфетамін, пеніцилін, сульндак, фенитоїн, омепразол, теофілін
Ідіопатична гінекомастія дорослих	
Персистуюча препубертатна макромастія	

Патофізіологія

Зміна балансу естроген/андроген на користь естрогену

Клінічні ознаки

Зазвичай гінекомастія двостороння, але може бути і одностороння

Характеризується концентричним ущільненням, часто рухливим та розташованим одразу знизу від ареоли.

Біль, зазвичай, не сильний.

Діагноз

Історія та фізикальне обстеження, включаючи перегляд ліків, що приймаються пацієнтом

Маммограма рекомендована у випадку підозри на рак грудної залози

Концентрація людського хоріонічного гонадотропіну, лютеїнізуючого гормону, тестостерону та естрадіолу має вимірюватися вранці.

Діференційний діагноз:

Рак грудної залози

Утворення зазвичай тверде, монлатеральне, ексцентричне за локалізацією, може бути поєднаним зі зміною локалізації соска та його ретракцією, лімфаденопатією та змінами шкіри

Псевдогінекомастія чи ліпомастія

Характеризується відкладанням жиру без залозистої проліферації, зустрічається у людей з ожирінням, білатеральне, залишається незмінним через час

Лікування

Спостереження рекомендоване для багатьох людей з фізіологічною гінекомастією. Вона часто регресує самостійно. Повторного візиту через 3-6 місяців зазвичай достатньо

Лікування безпосередньої причини та припинення компрометуючих ліків

Лікування найбільш ефективно в перших стадіях (перші 6 місяців). Медикаментозна терапія часто зазнає невдачі, коли дається тривало (більше 12 місяців) через наявність фіброзу.

Потенційними ознаками для початку ранньої терапії є велике збільшення у розмірах, біль, підвищення чутливості та психологічна травма. Препаратом вибору є тамоксифен 10 мг перорально 2 рази на добу 3 місяці. Результатом буде регресія гінекомастії приблизно в 80% хворих серед яких тільки 60% матимуть повну регресію. Деякий результат, такий як зменшення больового синдрому та чутливості, може бути виявлений вже через 1 місяці прийому.

Хірургічне лікування використовується при нечутливій до медикаментозної терапії гінекомастії. Не слід його проводити поки не закінчиться період полового дозрівання. Операціями вибору є підшкірна мастектомія, ліпосакція під контролем УЗ.

Для попередження гінекомастії у пацієнтів з раком простати, що вживають антиандрогенну терапію ми можемо запропонувати тамоксифен чи радіотерапію.