

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

МАСТОПАТІЯ

***Методичні вказівки
для студентів III курсу
медичних факультетів***

**Харків
ХНМУ
2017**

Мастопатія : метод. вказ. для студентів ІІІ курсу мед. фак-тів /
упор. Б. І. Мельник. – Харків : ХНМУ, 2017. – 12 с.

Упорядник Б. І. Мельник

Відповідно до визначення ВООЗ (1984) мастопатія (*mastos* – молочна залоза, *pathos* – хвороба) – це фіброзно-кістозне захворювання, що характеризується порушенням співвідношень епітеліального і сполучнотканинного компонентів, широким спектром проліферативних і регресивних змін тканин молочної залози. Проліферативні зміни включають гіперплазію, проліферацію часточок, проток, сполучної тканини, а регресивні процеси – атрофію, фіброз, утворення кіст. Фактично мастопатія – це результат ненормального співвідношення епітеліальної і сполучної тканин.

Статистика

У світі від мастопатії страждає від 70 до 80 % жінок, тобто 7–8 із 10, причому найбільш часто до цього захворювання схильні жінки у віці від 30 до 45 років. Ризик розвитку раку на тлі мастопатії зростає в кілька разів. Найбільш часто перероджується в рак вузлова мастопатія (30–50 % випадків). Переродження дифузної форми мастопатії в рак грудей відбувається дуже рідко. До того ж дифузна форма добре піддається лікуванню.

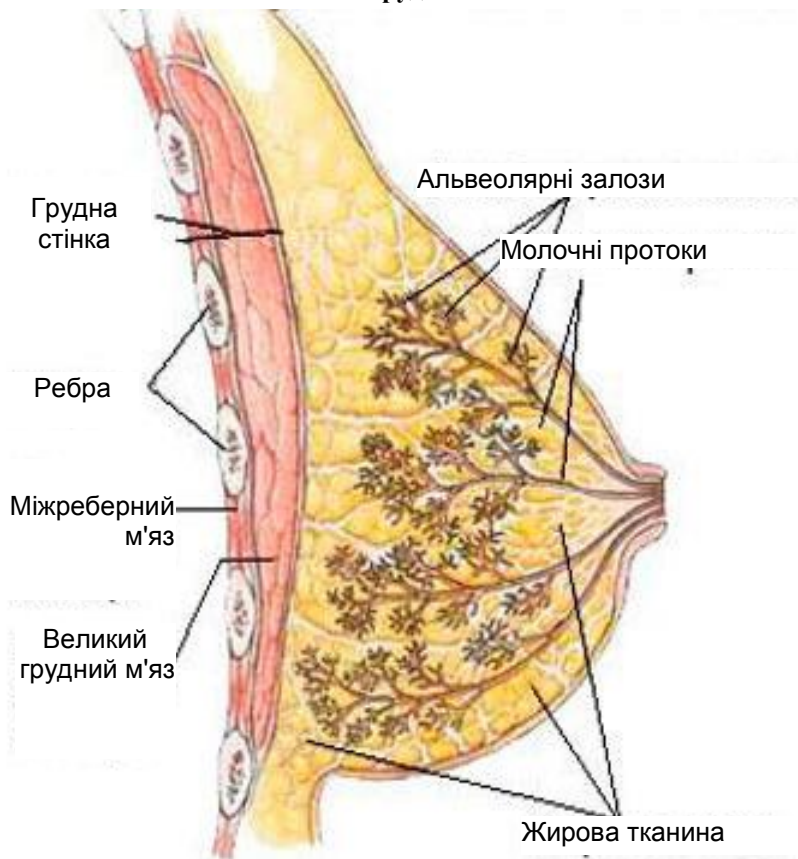
Етіологія

Мастопатія – мультифакторне захворювання пов'язане як із генетичними факторами, так і з факторами навколишнього середовища. У виникненні і розвитку дисгормональних захворювань грудної залози величезну роль відіграє стан гіпоталамо-гіпофізарної системи. Порушення нейрогуморальної складової репродуктивного циклу веде до активації проліферативних процесів у гормонально залежних органах, у тому числі і в тканинах грудної залози, які є мішенню для стероїдних гормонів яєчників, пролактину, плацентарних гормонів і опосередковано – гормонів інших ендокринних залоз організму. Естрогени більшою мірою впливають на проліферацію епітелія ацинусів, часточкових і міжчасточкових проток, тоді як андрогени більшою мірою впливають на ступінь вираженості фіброзу. Визначальна причина розвитку мастопатії – нейрогуморальний фактор.

У нормі в грудній залозі під дією гормонів відбуваються щомісячні циклічні зміни у вигляді ущільнення перед менструацією і інволюції (зворотного розвитку) ущільнення в постменструальний період. Якщо ж під впливом будь-яких несприятливих чинників гормональний баланс порушується, гормони виробляються в недостатній або, навпаки, надмірній кількості, що провокує патологічне розростання проток, сполучної (фіброзної) і залозистої тканин грудей. При цьому ущільнення в грудній залозі, характерні для передменструального періоду, зберігаються і після менструації. Деякі дослідники пов'язують патологічні зміни в тканинах грудей із надлишком в організмі жінки естрогенів, рівень яких за несприятливих умов не знижується майже до нуля до кінця циклу, а залишається підвищеним. Причиною захворювання може бути також надлишок гормону

пролактину, який виробляється гіпофізом і стимулює розвиток грудної залози, утворення молока і формування материнського інстинкту.

Анатомія грудної залози



Будова молочних залоз

Грудна залоза (*glandula mammaria s. mamma*) є парним органом, що належить до типу апокринних залоз шкіри. Вона здебільшого залягає над великим грудним м'язом (*m. pectoralis major*) і, переходячи через вільний край грудного м'яза, прилягає невеликою своєю ділянкою до бічної поверхні грудної стінки. Медіально основа залози доходить до зовнішнього краю грудини. Протяжність залози від III до VII ребра. Між обома грудними залозами є поглиблення, що носить назву пазухи (*sinus mammarum*).

Грудна залоза поза періодом лактації в поперечнику в середньому 10–12 см, завтовшки 2–3 см. Маса залози у дівчат коливається в межах від 150 до 200 г, у період лактації – від 300 до 900 г. У більшості молодих здорових жінок залоза пружна, у формі півкулі. Приблизно посередині її найбільш опуклої частини, що відповідає рівню V ребра, є пігментована ділянка шкіри – поле соска (areola mammae) діаметром 3–5 см, у центрі якого виступає сосок грудної залози (papilla mammae).

Паренхіма (тіло) грудної залози складається зі складних альвеолярно-трубчастих залоз (виробляють білково-слизовий секрет). Залози збираються в дрібні залозисті часточки, які потім об'єднуються і утворюють конусоподібні частки (в одній грудній залозі – від 15 до 20 часток). Самі конусоподібні частки розділені між собою прошарками сполучної тканини.

Фактори ризику

Як уже зазначалося, мастопатія – багатопричинне захворювання, обумовлене генетичними і етіологічними факторами, а також умовами життя пацієнток. У даний час виявлено умови, що сприяють виникненню і розвитку захворювань грудних залоз, що дозволяє виділити контингент жінок із підвищеним ризиком захворювання:

- не народжувала або має тільки одну дитину;
- має обтяжену спадковість по материнській лінії;
- не годувала дитину грудьми або годувала нетривало;
- зробила багато абортів;
- не веде регулярного статевого життя;
- схильна до стресів;
- живе в поганій екологічній обстановці;
- страждає на ожиріння, діабет, захворювання придатків, щитоподібної залози, печінки;
- вживає алкоголь, курить;
- перенесла навіть незначні травми грудей.

Часто причинні фактори, перебуваючи в складному взаємозв'язку, утворюють загальний несприятливий фон. Складність оцінки сукупності причинних факторів диктує необхідність регулярного проведення комплексного обстеження (самообстеження грудних залоз, мамографія, консультація мамолога) практично для кожної жінки.

Класифікація

Клінічно розрізняють дві форми мастопатії: дифузну і вузлову.

Дифузна мастопатія клінічно проявляється болючим набуханням грудних залоз, яке посилюється в передменструальному періоді; виділеннями із сосків: серозні типу молозива, брудно-зелені, бурі та ін. При пальпації грудних залоз визначається груба часточковість, тяжистість і дрібна зернистість, які виражені нерівномірно в одній або обох грудних залозах.

Вузувата мастопатія характеризується появою постійних вогнищ ущільнення в одній або обох грудних залозах. Як правило, шкіра над вузлами вільно рухається, натяг шкіри відсутній. Фіброаденома грудної залози є однією з форм вузлових дисгормональних проліфератів і зустрічається частіше в молодому віці, нерідко у зовсім молодих дівчат. Найбільш часто фіброаденоми бувають у віці 20–40 років. У грудній залозі з'являється щільний, округлий, безболісний, пухлиноподібний вузол, що легко рухається. Вузли фіброаденом мають зазвичай гладку поверхню, чітко відмежовуються від оточуючих ділянок молочної залози та не мають ознак злиття зі шкірою.

Методи обстеження

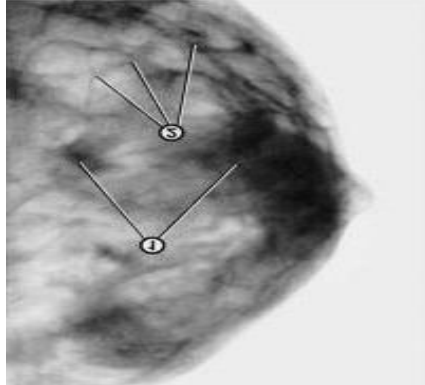
Одним із найбільш значущих елементів своєчасного виявлення патології та новоутворень у грудних залозах є самообстеження (самостійна пальпація грудних залоз).

Для виявлення утворень, визначення їх форми, розміру, кількості, а також для виявлення дифузних патологічних змін у тканині залози застосовують методи інструментальної діагностики.

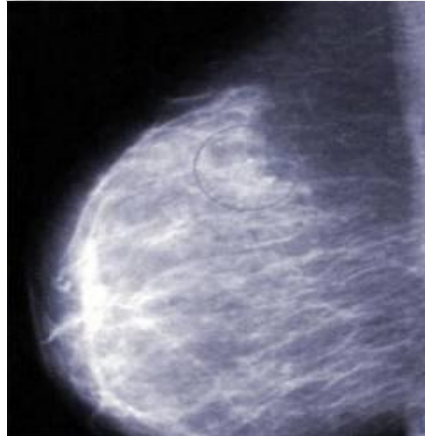
Діагностика захворювання на сьогоднішній день здійснюється за допомогою основного методу об'єктивної оцінки стану грудних залоз – мамографії. Вона дозволяє своєчасно розпізнавати патологічні зміни в грудних залозах у 95–97 % випадків, навіть якщо ущільнення ще не можна відчутися пальцями. У багатьох країнах існують державні програми скринінгу захворювань грудних залоз, метою якого є рання діагностика захворювань і формування груп ризику з проведенням у подальшому профілактичних заходів. Національна програма скринінгу захворювань грудних залоз існує і в Україні. Вона регламентується наказами МОЗ № 676 (від 31.12.2004 р.) та № 728 (від 27.08.2010 р.), а також № 417 (від 15.07.20011 р.). Відповідно до цих нормативних документів, в Україні жінкам у віці до 40 років рекомендовано щомісячне самообстеження грудних залоз, клінічний огляд лікарем 1 раз на рік; для пацієнок старше 40 років – щомісячне самообстеження, клінічний огляд лікарем 1 раз на рік і мамографія 1 раз у 2 роки. Як додатковий метод обстеження використовується ультразвукове дослідження (у будь-якому віці). Виняток становлять жінки, які годують – їм мамографія призначається тільки при гострій необхідності.

Мамографія виконується в прямій і бічній проекціях. Рекомендовані терміни проведення з 5-го по 9–10-й день менструального циклу (найбільш оптимально з 5-го по 7-й день). У періоді менопаузи день значення не має. Якщо мова йде про підозру на рак, дослідження проводиться незалежно від дня циклу.

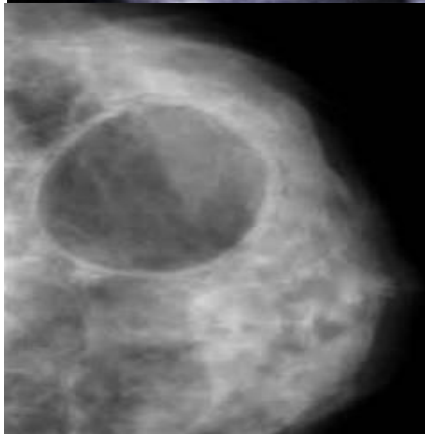
Фіброзні зміни. Є чіткі і щільні тяжисті тіні, що можуть як розташовуватися в окремих ділянках (фіброаденома), так і поширюватися по всій грудній залозі (дифузна мастопатія). При цьому сполучнотканинні тяжі розташовуються вздовж залозистих часточок або по ходу молочних проток. Контур самих часточок нерівний



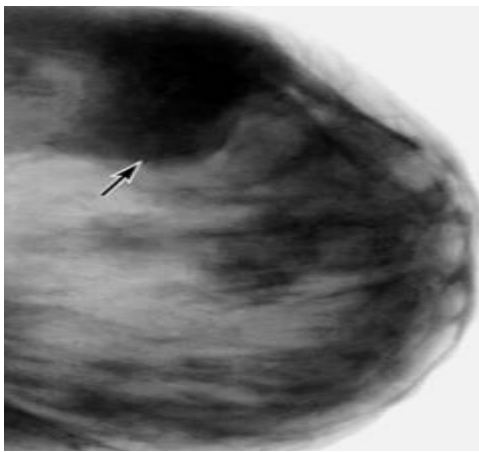
Розростання залозистої тканини грудної залози (аденоз). Є множинні дрібновогнищеві тіні неправильної форми з нерівними краями – збільшені часточки. Іноді ці тіні повністю зливаються між собою, утворюючи осередки ущільнення залозистої тканини



Кістозні зміни. Загальний малюнок паренхіми грудної залози хаотичний, а на його тлі відзначаються просвітлення округло-овальної форми однакової щільності



Змішаний характер змін у грудній залозі зустрічається найбільш часто. У цьому випадку на мамограмі є як ділянки ущільнення, так і кістозні утворення (вузлова фіброзно-кістозна мастопатія)



Ультразвукова діагностика доповнює і уточнює картину, отриману при використанні інших методів дослідження. Цей метод дозволяє з високою точністю розпізнавати вузлуваті утворення, оцінювати дифузні зміни. До недоліків даного методу відносяться низька інформативність при оцінці дифузних змін, труднощі розпізнавання пухлин (особливо невеликих) на тлі жирової тканини



Дифузна мастопатія

На УЗД є численні дрібні ущільнення, які відповідають розростанню сполучної тканини, або дрібні кісти (порожнини з рідиною), які розташовані рівномірно по всій грудній залозі.

Вузлова мастопатія

Фіброаденома представлена обмеженою ділянкою ущільнення в грудній залозі, яке має чіткі межі.

Кістозна форма мастопатії проявляється у вигляді утворення порожнин, заповнених рідиною, які при натисканні змінюють свою форму.



Фіброзно-кістозна мастопатія характеризується як наявністю порожнин, заповнених рідиною, так і ділянками ущільнення. Утворення мають чіткі межі.

Таким чином, мамографія і УЗД є взаємодоповнюючими методами дослідження.

Для виключення злоякісного процесу використовують пункційну біопсію з наступним цитологічним і морфологічним дослідженням біоптату. Гістологічне дослідження вважається одним з найважливіших методів оцінки патологічного процесу. Це найточніший, але і найскладніший метод диференційної діагностики.

Малоінвазивні процедури, такі як біопсія грудної залози під контролем УЗД, зазвичай проводяться кваліфікованим лікарем УЗ-діагностики. Біопсія грудних залоз, як правило, проводиться амбулаторно. Пацієнтка лягає на кушетку на спину або трохи обернувшись боком до лікаря. Після цього проводиться знеболення грудної залози місцевим анестетиком. За допомогою УЗ-датчика, який притискається до шкіри грудної залози, лікар визначає положення патологічно зміненої тканини. Проводиться точковий розріз шкіри або її прокол. Після цього лікар вводить голку і просуває її у напрямку до патологічної ділянки, постійно відстежуючи її положення на екрані. Забір зразка тканини проводиться одним з наступних методів:

- При тонкоголковій біопсії: рідина або зразок клітин відсмоктується з патологічно зміненої ділянки за допомогою голки невеликого діаметра і шприца.

- При товстоголковій біопсії використовується автоматичний механізм, який просуває голку вглиб тканин і забезпечує її повернення в фіксуючий осередок зі "стовпчиком", тобто великим зразком тканини грудної залози. Тканина негайно зрізається за допомогою зовнішньої захисної оболонки. Процес повторюється 3–6 разів.

- При вакуумній біопсії клітини і тканини грудної залози всмоктуються під тиском і проходять через голку в ємність для зберігання зразка. Дана методика не вимагає вилучення і повторного введення голки, оскільки її положення можна змінювати всередині тканин, що дозволяє забрати кілька зразків тканини. Як правило, з однієї підозрілої ділянки можна взяти від 8 до 10 зразків.

Після взяття тканини голка витягується. При хірургічній біопсії в патологічно змінену ділянку вводиться дріт, який служить провідником для дій хірурга. Після завершення біопсії проводиться зупинка кровотечі, і на рану накладається стисна пов'язка. Накладення швів не потрібно.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Рентгенологічне дослідження грудних залоз необхідно проводити:
 - А. У прямій або бічній проекції.
 - Б. У прямій і бічній проекції.
 - В. У прямій і косій проекції.
 - Г. У косій проекції.
2. Проводити мамографію краще:
 - А. З 1-го по 5-й день менструального циклу.
 - Б. З 5-го по 10-й день менструального циклу.
 - В. У другій половині менструального циклу.
 - Г. Не має значення.
3. У грудній залозі найбільш часто зустрічається:
 - А. Розсипний тип розгалуження проток.
 - Б. Магістральний тип розгалуження проток.
 - В. Роздвосний тип розгалуження проток.
4. Основний метод діагностики стану грудних залоз:
 - А. Мамографія.
 - Б. Рентгеноскопія.
 - В. МРТ.
5. Яка форма мастопатії найчастіше перероджується в рак?
 - А. Дифузна.
 - Б. Вузлова.
 - В. Хронічна.
6. До якого типу залоз належить грудна залоза?
 - А. Апокринна.
 - Б. Змішана.
 - В. Сальна.

Відповіді

1	2	3	4	5	6
Б	Б	А	А	Б	А

ЛІТЭРАТУРА

1. Иванов О. А. Заболеваемость и выявляемость рака молочной железы (некоторые клинические, эпидемиологические и статистические аспекты) / О. А. Иванов // Маммология. – 1994.
2. Зайцев В. Ф. Тактика хирурга при узловых образованиях молочных желез / В. Ф. Зайцев, Т. А. Николаенко, С. В. Сугак // Актуальные проблемы клинической медицины. – Минск, 1999.
3. Зайцев В. Ф. Лечение мастопатии / В. Ф. Зайцев, Т. А. Николаенко, С. В. Сугак // Актуальные проблемы клинической медицины. – Минск, 1999.
4. Харченко В. П. Новые технологии в диагностике и консервативном лечении кист молочной железы / Москов. НИИ диагностики и хирургии МзиМП РФ ; В. П. Харченко, Н. И. Рожкова, С. П. Прокопенко // Маммология. – 1998.

Навчальне видання

МАСТОПАТІЯ

**Методичні вказівки
для студентів III курсу
медичних факультетів**

Упорядник Мельник Богдан Ігоревич

Відповідальний за випуск Б. І. Мельник



Редактор М. В. Тарасенко
Коректор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 0,8. Зам. № 17-33446.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

МАСТОПАТІЯ

*Методичні вказівки
для студентів-III курсу
медичних факультетів*