



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив . . . . .	5
Предисловие . . . . .	6
Список сокращений и условных обозначений . . . . .	7
Введение . . . . .	8
<b>Глава 1.</b> Доброкачественная дисплазия молочной железы: современный взгляд на проблему . . . . .	11
1.1. Эпидемиология патологии молочной железы . . . . .	11
1.2. Этиология и патогенез доброкачественных заболеваний молочной железы . . . . .	17
1.3. Классификация доброкачественной дисплазии молочной железы . . . . .	28
<b>Глава 2.</b> Клинические проявления и диагностика доброкачественной дисплазии молочной железы . . . . .	36
2.1. Клиническая картина доброкачественной дисплазии молочной железы . . . . .	36
2.2. Методы диагностики доброкачественной дисплазии молочной железы . . . . .	40
<b>Глава 3.</b> Общие принципы лечения доброкачественной дисплазии молочной железы . . . . .	74
3.1. Профилактические методы лечения . . . . .	74
3.2. Медикаментозное лечение . . . . .	76
3.3. Хирургическое лечение доброкачественных образований молочной железы . . . . .	80
<b>Глава 4.</b> Хирургические методы лечения доброкачественной дисплазии молочной железы . . . . .	83
4.1. От классических до современных методов лечения доброкачественной дисплазии молочной железы . . . . .	83
4.2. Хирургический (резекционный) метод лечения доброкачественной дисплазии молочной железы . . . . .	90

4.3. Лазерная коагуляция кистозных образований молочной железы . . . . .	99
4.4. Склеротерапия кист молочной железы . . . . .	104
4.5. Применение маммотома для лечения доброкачественных дисплазий молочной железы . . . . .	110
4.6. Эндоскопический метод хирургического лечения доброкачественных дисплазий молочной железы . . . . .	112
4.7. Реконструктивные операции при лечении новообразований молочной железы . . . . .	114
4.8. Эстетические операции на молочной железе . . . . .	118
<b>Глава 5. Профилактика осложнений в раннем послеоперационном периоде после проведенных оперативных пособий по поводу новообразований молочной железы . . . . .</b>	<b>132</b>
5.1. Парепротезная серома после реконструктивно- восстановительных операций на молочной железе (причины возникновения, способы профилактики) . . . . .	132
5.2. Возможности гидроксипропилдиметилдигидропиримидина (Ксимедона®) в профилактике ранних послеоперационных осложнений . . . . .	135
Заключение . . . . .	154

# Глава 1

## Доброкачественная дисплазия молочной железы: современный взгляд на проблему

### 1.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Высокая частота и разнообразие заболеваний МЖ и органов женской репродуктивной системы, включая и злокачественные новообразования (ЗНО), продолжают оставаться актуальной клинической проблемой, решение которой является важной составляющей здоровья и качества жизни (КЖ) женщин (Чиссов В.И., Давыдов М.И. и др., 2013; Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018). Патология МЖ верифицируется у каждой четвертой женщины в возрасте до тридцати лет и у 60% женщин более старшего возраста (Федоров В.Э., Чебуркаева М.Ю., 2015). Среди ЗНО рак молочной железы (РМЖ) на протяжении многих лет устойчиво занимает первое место. В структуре всей патологии МЖ наиболее распространенным заболеванием является фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) (Шевченко Ю.Л. и др., 2017). По материалам исследований, проведенных отдельными авторами, данное патологическое состояние встречается у 50–95% женщин (Куликов В.Г., Яковец Е.А. и др., 2012; Прилепская В.Н., Ледина А.В., 2012; Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019).

Наблюдается ежегодный рост доброкачественных заболеваний МЖ и прежде всего ФКБ (Родионов В.В. и др., 2019). Ранее ФКБ считалась заболеванием женщин зрелого возраста, но в последнее время патология встречается даже у молодых девушек (Путырский Л.А., 2008). Установлено, что РМЖ развивается в пять раз чаще на фоне доброкачественных образований МЖ, что требует пристального внимания врачей различных специальностей (Староконь П.М., Шабаетов Р.М., 2019).

РМЖ остается ведущей онкологической патологией среди населения. Так, в 2019 г. РМЖ составил 18,3% в общей структуре заболеваемости ЗНО и имеет тенденцию к росту в будущем (Каприн А.Д., Старинский В.В. и др., 2020). Среди факторов, способствующих возникновению РМЖ, можно отметить: генетическую предрасположенность (наличие герминальных мутаций в генах-супрессорах опухолевой пролиферации *BRCA1* и *BRCA2*); репродуктивные нарушения (ранние месячные в возрасте до 12 лет, поздняя менопауза после 55 лет и т.д.); наличие предраковых заболеваний (Любченко Л.Н., Батенева Е.И. и др., 2014; Портной С.М., 2018). Кроме того, росту заболеваемости способствуют дисгормональные пролиферативные формы ФКБ с атипией, доброкачественные рецидивирующие новообразования МЖ, не поддающиеся консервативному и оперативному лечению (Bricou A., Delpech Y., Barranger E., 2009).

Как отмечено во многих исследованиях, проведенных в последнее десятилетие, число здоровых женщин и девушек снизилось. В частности, патологические изменения со стороны органов женской репродуктивной системы наблюдаются у 80% женщин (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018). Подобная тенденция наблюдается в мире: ежегодно в США фиксируются 178 000 новых случаев женских заболеваний, в Великобритании — 43 000 случаев.

Увеличилась частота ЗНО МЖ. Согласно данным Каприна А.Д., Рожковой Н.И. (2016), в 2015 г. прирост РМЖ за 10 лет составил 31,2%, а у женщин репродуктивного возраста — 25,2%. Пятилетняя выживаемость при I стадии рака достигает 94%, а при IV стадии — 35%. Наблюдается угрожающая тенденция омоложения РМЖ: за последние 10 лет рост данной патологии на 34% отмечен у пациенток в возрасте от 19 до 39 лет. Наиболее частой опухолью у женщин и самой распространенной причиной смерти (в 98 из 188 стран) является РМЖ. От данного ЗНО страдают женщины во всем мире (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2016). Среди женского населения Российской Федерации РМЖ в структуре онкологической заболеваемости и смертности занимает первое место (Федоров В.Э. и др., 2017).

По данным Всемирной организации здравоохранения, к концу столетия РМЖ ежегодно будут диагностировать примерно у 750 тыс. женщин, что станет основной причиной их смертности в возрасте от 40 до 55 лет (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2016). Наибольший уровень заболеваемости РМЖ отмечен в возрастном интервале от 40 до 60 лет (около 60% всех женщин). Это связано прежде всего с изменением гормонального

статуса из-за наступления менопаузы, снижением адаптационных возможностей организма и устойчивости эндокринной системы к воздействию различных факторов (Магометханова Д.М., Зайлиева З.С. и др., 2013).

В различных государствах мира популяционные риски развития РМЖ неодинаковы (Ozanne E.M., Klemp L., Esserman L.J., 2006; Lakhani S.R., Ellis I.O. et al., 2012). Из 741 жительницы Ганы, обратившейся за медицинской помощью, ФКБ была основной жалобой в 50,2% случаев, РМЖ — был верифицирован у 7,8% женщин, рецидивирующий РМЖ у 0,8%. В остальных случаях, а это приблизительно 88%, мастопатия не была связана со злокачественными новообразованиями МЖ (Aduful N., Clegg-Lampsey J. et al., 2009). В момент изучения взаимосвязи между ФКБ и РМЖ с участием 5463 пациенток 28% из них (1529 женщин) сообщили о беспокоящей их масталгии, однако у 15,8% обратившихся был верифицирован РМЖ (Rogulski L., Vinczyk J., 2013). Таким образом, масталгия не является маркером озлокачествления, но ее следует признать значимым фактором риска.

РМЖ — это болезнь гетерогенной природы с явной тенденцией к ежегодному росту (Федоров В.Э., Чебуркаева М.Ю., 2015). В Российской Федерации происходит ежегодное увеличение заболеваемости РМЖ на 3,6%.

Отмечается тенденция к росту доброкачественных заболеваний МЖ, которые диагностируются у 75–80% женщин репродуктивного возраста. Мастопатия оценивается как патология, если имеются клинические проявления. При наличии ФКБ снижается КЖ пациенток (Чернявский А.А., Кочева М.В., 2016). Это широко распространенное заболевание среди женщин влияет практически на все стороны ее КЖ: физическое и психоэмоциональное функционирование, социальные показатели, выполнение служебных обязанностей, профессиональный рост, перспективы более качественных изменений в жизни.

К предопухолевым заболеваниям МЖ прежде всего относятся различные варианты дисплазии, более известные за рубежом как фиброзно-кистозная болезнь (Родионов В.В., Сметник А.А., 2018). ФКБ является одним из самых распространенных заболеваний МЖ (Коган И.Ю., Мясникова М.О. и др., 2008). Статистический учет ФКБ не ведется, но, по оценкам ряда авторов, ее частота в женской популяции составляет более 50% (Onstad M., Stuckey A., 2013; Dyrstad S., Yan Y. et al., 2015).

В последние годы наблюдается тенденция к росту доброкачественных заболеваний МЖ, которые выявляются у каждой четвертой женщи-

ны в возрасте до 30 лет. У женщин старше 40 лет различные патологические состояния МЖ диагностируются в 60% случаев. Наиболее часто наблюдается диффузная форма ФКБ (в половине всех клинических случаев). Узловые формы ФКБ выявляются у 20% женщин позднего репродуктивного возраста, фиброаденомы – в 18% случаев, РМЖ – у 2% женщин (Черенков В.Г., 2017).

Примерно 75–80% женщин репродуктивного возраста страдают различной патологией МЖ, часто объединяемой термином «мастопатия». Мастопатия – это дисгормональное доброкачественное заболевание МЖ, характеризующееся гиперплазией ткани (Рожкова Н.И. и др., 2015). Мастопатия как патология МЖ известна более 100 лет (Родионов В.В., Гайлиш Ю.П. и др., 2016). За эти годы детально изучены этиология заболевания, патогенетические механизмы развития, разработаны стандарты диагностики, внедряются схемы комплексного лечения. Подсчитано, что у каждой второй женщины в течение жизни возможно развитие мастопатии (Goehring C., Morabia A., 1997). В пременопаузальном периоде мастопатия составляет около 75% всех доброкачественных заболеваний МЖ (Marchant D.J. et al., 2002).

Доброкачественные изменения в МЖ верифицируются, как правило, при обращении женщин с характерными клиническими проявлениями либо при скрининговых (диспансерных) исследованиях. Довольно часто встречается диффузная мастопатия (30–60% случаев). Примерно в равных долях наблюдаются фиброаденомы и кисты МЖ. Узловая мастопатия встречается реже, примерно в 1–5% случаев (Радзинский В.Е., Фукс А.М. и др., 2016). У женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией в анамнезе наблюдается высокая частота выявления мастопатии. Наличие ФКБ у женщин не только ухудшает показатели КЖ, но и повышает риск развития РМЖ в несколько раз (Высоцкая И.В., Летягин В.П. и др., 2015). Необычайно важными являются методы диагностики предраковых заболеваний, вопросы наблюдения за женщинами из группы риска, профилактики возникновения доброкачественных заболеваний МЖ и патологии органов женской репродуктивной системы, широкий обязательный охват диспансерными методами женщин различных возрастных групп.

## Список литературы

1. Высоцкая И.В., Летягин В.П., Черенков В.Г. и др. Клинические рекомендации РООМ по профилактике РМЖ, дифференциальной диагностике, лечению предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желез. М. 2016. № 3. 21 с.

2. Каприн А.Д., Рожкова Н.И. Доброкачественные заболевания молочной железы. М., 2018. С. 20–25.
3. Каприн А.Д., Рожкова Н.И. Доброкачественные заболевания молочной железы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 272 с.
4. Каприн А.Д. Доброкачественные заболевания молочной железы / Под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 272 с.
5. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году. Москва, 2020.
6. Коган И.Ю., Мясникова М.О., Тарасова М.А. Мастопатия. Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез (патогенез, диагностика, лечение). СПб.: Н-Л, 2008. С. 6.
7. Куликов В.Г., Яковец Е.А., Александрова О.Н. и др. Маммотомия как актуальный метод диагностики и лечения доброкачественных образований молочных желез // J. Siberian Medical Sciences. 2012. С. 31.
8. Любченко Л.Н., Батенева Е.И., Воротников И.К. и др. Наследственный рак молочной железы: генетическая и клиническая гетерогенность, молекулярная диагностика, хирургическая профилактика в группах риска // Успехи молекулярной онкологии. 2014. Т. 2. № 1. С. 16–25.
9. Магометханова Д.М., Зайдиева З.С., Богданова Г.С. Натуральные негормональные препараты в профилактике и комплексной терапии фиброзно-кистозной болезни молочных желез // Медицинский совет. 2013. № 3. С. 110–113.
10. Портной С.М. Основные риски развития рака молочной железы и предложения по его профилактике // Опухоли женской репродуктивной системы. 2018. Т. 3. № 14. С. 25–39.
11. Прилепская В.Н., Ледина А.В. Применение гомеопатических препаратов для лечения масталгии и мастопатии // Лечащий врач. 2012. № 11. С. 1–4.
12. Путырский Л.А. Доброкачественные и злокачественные заболевания молочной железы: пособие для студентов и врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2008. 336 с.
13. Радзинский В.Е., Фукс А.М. и др. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1040 с.
14. Родионов В.В., Сметник А.А. Доброкачественные заболевания молочных желез // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018. Т. 19. № 1. С. 90–100.
15. Родионов В.В., Сенча А.Н., Бикеев Ю.В. и др. Ультразвуковое исследование с контрастированием в дифференциальной диагностике узловых образований молочной железы // Акушерство и гинекология. 2019. № 11. С. 167–174.
16. Родионов В.В., Гайлиш Ю.П., Сметник А.А. Доброкачественные заболевания молочных желез / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 989–1009.



17. Рожкова Н.И., Бурдина И.И., Запирова С.Б. и др. Диффузные доброкачественные заболевания молочной железы. М.: Спец. изд. мед. книг, 2015. С. 1–124.
18. Староконь П.М., Шабаев Р.М. Публикации шестого съезда амбулаторных хирургов Российской Федерации. СПб., 2019. С. 133–135.
19. Федоров В.Э., Чебуркаева М.Ю., Захарова Н.Б. и др. Диагностическое значение биомаркеров в прогнозе послеоперационных рецидивов и метастазов у больных раком молочной железы // Саратовский научно-медицинский журнал. 2017. Т. 13. № 2. С. 239–244.
20. Федоров В.Э., Чебуркаева М.Ю. Распространенность и факторы риска рака молочной железы // Фундаментальные исследования. 2015. № 1–2. С. 414–419. <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36915>.
21. Черенков В.Г. Онкология: учебник для студентов медицинских вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 504 с.
22. Чернявский А.А. Кочуева М.В. Мастопатии: учебно-методическое пособие. Н. Новгород: НГМА, 2016. 52 с.
23. Чиссов В.И., Давыдов М.И. и др. Онкология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1061 с.
24. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. Учебник для медицинских вузов / Под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: РАЕН, 2017. Т. 1. 706 с.
25. Aduful H., Clegg-Lampsey J., Yarney J. et al. Profile of breast diseases at a self – referral clinic in Ghana // West. Afr. J. Med. 2009. Vol. 28. N. 2. P. 114–117.
26. Bricou A., Delpech Y., Barranger E. Atypical ductal and lobular hyperplasia of the breast // Gynecol. Obstet. Fertil. 2009. Vol. 37. N. 10. P. 814–819. DOI: 10.1016/j.gyobfe.2009.06.006.
27. Dyrstad S., Yan Y., Fowler A. et al. Breast cancer risk associated with benign breast disease: systematic review and meta-analysis // Breast Cancer Res. Treat. 2015. Vol. 149. P. 569–575.
28. Goehring C., Morabia A. Epidemiology of benign breast disease, with special attention to histologic types // Epidemiol. Rev. 1997. Vol. 19. N. 2. P. 310–327. PMID: 9494790.
29. Lakhani S.R., Ellis I.O., Schnitt S.J. et al. WHO Classification of Tumours of the Breast // IARC/World health organization classification of tumours. Lyon, France: WHO Press, 2012. 240 p.
30. Onstad M., Stuckey A. Benign breast disorders // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 2013. Vol. 40. N. 3. P. 459–473.
31. Rogulski L., Binczyk J. Estimated breast cancer risk and screening outcomes among premenopausal women with noncyclic mastalgia // Gynecol. Pol. 2013. Vol. 84. N. 9. P. 754–757.
32. Ozanne E.M., Klemp J.R., Esserman L.J. Breast cancer risk assessment and prevention: a framework for shared decision – making consultations // Breast J. 2006. Vol. 12. P. 103–113.