

1. Предопухольевые заболевания молочной железы. Мастопатии. Гинекомастия. Рак молочной железы у мужчин.

Предрак – патологические изменения, предшествующие появлению аденокарциномы.

Мастопатия – это дисгормональный гиперпластический процесс в молочной железе. Фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

При пальпации определяются дисковидные, бляшковидные уплотнения в молочной железе.

Классификация мастопатий: 1. **Диффузная форма:** - Диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз); - диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента; - диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента; - смешанная форма диффузной фиброзно-кистозной мастопатии; 2. **Узловая форма:** - Масталгия. **Этиология мастопатии.**

гиперэстрогенемия, снижение уровня прогестерона, гиперпролактинемия. **Гинекомастия** — увеличение молочной железы у мужчин с гипертрофией желез и жировой ткани, в результате нарушения гормонального фона.

Опухоль встречается у мужчин в 100 раз реже, чем у женщин. Безболезненна, расположена центрально в глубине сосково-ареолярной области. В связи с отсутствием болей пациенты поздно обращаются к врачу. Использовать маммографию для диагностики трудно, поэтому рак распознается преимущественно в стадии T3-T4. Некоторую помощь в диагностике может оказать УЗИ. Выживаемость больных мужчин ниже, чем женщин, что объясняется не особенностями рака у мужчин, а поздней диагностикой.

Лечение рака молочной железы у мужчин практически не отличается от методики, применяемой у женщин. Наиболее частой операцией является модифицированная радикальная мастэктомия, за исключением случаев прорастания опухоли в большую грудную мышцу. Принципы химиотерапии при раке молочной железы те же, что и у женщин. Используют те же схемы проведения химио и гормональной терапии. Процент эстрогенпозитивности рака у мужчин (89 %) выше, чем у женщин (64 %), поэтому кастрация часто дает положительный эффект при появлении метастазов или рецидива. Применение тамоксифена, или "кастрации" медикаментозными средствами, столь же эффективно, как удаление яичек, поэтому кастрацию производят редко.

При раке I стадии наблюдается 100 % выздоровление. Разделение рака молочной железы по стадиям у мужчин такое же, как у женщин. Однако исходы оперативного и других методов лечения у мужчин хуже, что обусловлено поздней диагностикой и преобладанием III-IV стадии рака.

После операции радикальной мастэктомии по Пэйти при непальпируемом раке (Tis; T0) пятилетняя выживаемость составляет 98,5 %, десятилетняя - 94,5 %; при раке I, На стадии (T1N0M0; T1-2N0M0) - соответственно 93 и 84 %; при IIa стадии (T1- 2N1M0) - 60-65 %, а при III стадии (T1-3N2-3M0)-35-40 %.

Таким образом, чисто хирургический метод лечения рака молочной железы у мужчин можно считать адекватным. При применении радикальной мастэктомии по Пэйти пятилетняя выживаемость выше, чем при других типах операций.

По своему строению молочные железы мужчин такие же, как у женщин - в зачаточном состоянии присутствуют протоки и доли. У юношей и мужчин зрелого возраста могут появляться небольшие уплотнения в одной груди либо в обеих, а также вокруг ореола сосков. Чаще всего уплотнения возникают по всей поверхности груди, а также под подмышками, на руках, на животе, и являются следствием гинекомастии ("женская грудь"). Данное заболевание связано с тем, что железистая ткань молочной железы заменяется жировую и фиброзную (соединительную) и с появлением доброкачественных новообразований, припухлости сосков, округлением груди, ее размер увеличивается от 1 до 10 см (в норме размеры железы - 0,5-1,5 см)

Основные причины образования уплотнений у мужчин: гормональный сбой - когда нарушается баланс между женскими (эстрогены) и мужскими половыми гормонами (тестостерон и андроген); период полового созревания; прием наркотических средств, гормонзамещающих, антидепрессантных и противоопухолевых препаратов, а также сердечных гликозидов; наследственная предрасположенность; ожирение; хронические заболевания печени, предстательной железы, яичек, надпочечников, сахарный диабет, нарушение обмена веществ и другие заболевания; несбалансированное питание.

Уплотнения молочной железы у мальчиков чаще всего возникают в возрасте 10-14 лет - появляются плотные маленькие шарики или узелки, несимметричные и болезненные при прикосании. Образуются уплотнения, как правило, у сосков, наблюдается припухлость сосков и неприятные ощущения в груди. Это явление называется физиологической гинекомастией; подобные шишечки и узелки рассасываются сами. Если уплотнения не проходят до 18 лет, то необходимо обратиться к специалисту и пройти качественное обследование. Плотные новообразования представляют угрозу для пациента, поскольку могут переродиться в рак грудной железы.

2. Атипические формы рака легкого. Медиастинальная форма рака легкого. Первичный карциноматоз.

Особенности атипичных форм РЛ (медиастинальной, костной, мозговой, плевральной и т.д.) связаны прежде всего с метастазированием в средостение, головной мозг, кости и другие органы или с прорастанием в перикард, генерализацией по плевре, плевритом и др. Так, **при медиастинальной форме РЛ** метастазы в средостенные лимфатические узлы приводят к сдавлению верхней полой вены и нарушению оттока крови и лимфы из верхней половины туловища, конечностей, головы и шеи. При этом лицо становится одутловатым, вены шеи индулируют, а вены руки верхней половины туловища становятся более отчетливо выраженными и не спадаются.

При **костной форме РЛ** первые симптомы болезни клинически проявляются со стороны костей. При этом наблюдаются боли в костях, рентгенологически симптомы деструкции,

лизиса. Вначале может быть патологический перелом кости, и только потом выявляется первичный очаг в легком.

При «мозговой» форме РЛ первые признаки болезни выражаются в клиническом проявлении метастаза в головной мозг. При этом больные отмечают головные боли, головокружение, слабость, тошноту. Это объясняется повышением внутричерепного давления, нарушением функции отдельных участков головного мозга.

При других атипичных формах РЛ начальные признаки заболевания, с которыми обращаются больные, могут быть ошибочно приняты за стенокардию, гепатит, острый холецистит, плеврит и т.д.

- При **милиарном карциноматозе** лёгких на рентгенограммах, а особенно на компьютерных томограммах, обнаруживают множественные мелкоочаговые и среднеочаговые тени в лёгочной ткани при почти полном отсутствии лёгочного рисунка. При отсутствии опухоли других органов можно утверждать наличие милиарного карциноматоза лёгких. Дифференциальную диагностику необходимо проводить со множественными метастазами опухолей других органов, милиарным туберкулёзом, лёгочными диссеминациями пневмококковой и другой природы.

3. Методы диагностики рака легкого.

В последние годы широко применяется компьютерная томография (**КТ**), разрешающая способность которой значительно выше для детализации характера патологических фокусов и легочной ткани и в регионарных лимфоузлах. КТ позволяет получить изображение поперечного сечения тела больного на любом уровне. Она дает возможность комплексно оценить размер тени, ее гомогенности, структуры, очертаний, четкости краев, а также наличие лимфаденопатии, дисковидных ателектазов в прилежащей к опухоли легочной ткани, поражение плевры, размеры лимфоузлов, особенно в области бифуркации трахеи, паратрахеальной, а также аортального окна. В отличие от КТ **ядерно-магнитно-резонансная томография** основана на избирательном поглощении анатомическими структурами грудной полости. Она позволяет более четко визуализировать сосуды корня легкого и средостения, способствует достоверной оценке распространенности опухоли в грудной стенке и средостении, особенно в области верхушки легкого и аортального окна. Она имеет следующие преимущества: 1) возможность получения фронтальных и сагитальных срезов грудной клетки; 2) обеспечение высокой четкости границ анатомических образований корня и средостения без введения в сосуды контрастных веществ (дифференциальная диагностика сосудов и опухолевых узлов); 3) отсутствие ионизирующего излучения.