

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ С ВПХ

РЕФЕРАТ

НА ТЕМУ:

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ташкент- 2010

План реферата:

1. Анатомо-физиологические сведения о молочной железе.
2. Классификация заболеваний молочной железы.
3. Дисгормональные заболевания молочной железы.
4. Рак молочной железы.

Анатомо-физиологические сведения.

Молочная железа состоит из 15-20 радиарно расположенных долек, состоящих из сложных альвеолярных желез. Альвеолу окружают миоэпителиальные клетки, сокращение которых перемещает молоко в молочные ходы. Доли окружены соединительными перемычками и жировой тканью. От каждой доли идёт к соску молочный проток, в котором около соска образуется расширение, открывающееся на соске молочным отверстием. Ареола лишена подкожной клетчатки. На ареола под кожей расположены рудиментарные молочные железы, имеющие вид небольших бугорков. Эрекции соска способствуют артерио-венозные анатомозы и сокращение мышечных элементов, радиарно расположенных у основания соска.

Кровоснабжение молочной железы обеспечиваются за счёт наружной, внутренней грудных и межрёберных артерий. Венозный отток осуществляется по одноимённым венам.

Лимфатические сосуды представлены поверхностным и глубоким сплетениями. Из наружных и верхних отделов железы лимфа оттекает в передние грудные лимфатические узлы, расположены по краю большой грудной мышцы, но в основном в поверхностные и глубокие подкрыльцевые, а затем в под- и надключичные узлы. От внутренних отделов железы лимфы оттекает через межрёберные промежутки в за грудиные лимфатические узлы.

Молочные железы начинают формироваться в период полового созревания под влиянием эстрогенов и гормонов роста, выделяемого гипофизом. Формирование железистого эпителия и подготовка его к секреции контролируется прогестероном, а лактация регулируется гормоном задней доли – окситоцином. Полное развитие молочных желез наступают только в период беременности и лактации. Секреторный процесс в альвеолах начинается во второй половине беременности, а интенсивная секреция молока – только после рождения ребёнка. У мужчин молочная железа является рудиментарным органом с небольшим количеством соединительной ткани и незначительным количеством желез без протоков.

Для удобства определения локализации процесса молочную железу двумя перпендикулярными линиями, проведёнными через сосок, на четуре квадрата: верхне-наружный, верхне-внутренний и нижне-внутренний.

Классификация заболеваний молочной железы

1. Аномалии: амастия, гипомастия, ателия, полителия, полимастия, гипертрофия.
2. Воспалительные заболевания:
 - Острые маститы.
 - Хронические маститы (неспецифические и специфические).
3. Доброкачественные опухоли:
 - Эпителиальные а) аденомы, б) фиброаденомы, в) папилломы молочных ходов.
 - Неэпителиальные опухоли:
 - а) фиброма, б) липома, в) хондрома, г) остеома.
 - Кистозные опухоли:
 - а) молочная киста, б) киста молочных ходов.
4. Дисгормональные заболевания – мастопатия (диффузная или узловая). Многие авторы к дисгормональным заболеваниям относят аденомы и фиброаденомы.
5. Злокачественные опухоли.
 - А. Рак молочной железы.
 - Солидный рак (эта форма рака характеризуется низкой дифференцировкой клеток и более злокачественным течением):
 - а) медуллярный, мозговидный рак – в опухоли преобладают клеточные скопления;
 - б) скirroзный рак – преобладает разрастание стромы;
 - в) простой рак – опухоль имеет равномерное количество паренхимы и стромы;
 - Аденокарцинома – опухоль сохраняет железистое строение, растёт медленно.
 - Редкие формы рака молочной железы:
 - а) цистокарцинома – образуется в крупных молочных протоках из эпителия или папиллом;
 - б) угреподобный рак (комедокарцинома) – локализуется в мелких и средних молочных протоках; при надавливании на опухоль из соска выделяется крошковатая масса, как при выдавливании содержимого угря (*comedo*);
 - в) панцирный рак – разновидность скirro, дающая ранние множественные метастазы и сопровождающаяся разрастанием соединительной ткани, которая вместе с разрастающимися раковыми узлами образует мощный плотный пласт, напоминающий панцирь;
 - г) рак Педжета – опухоль развивается из эпителия выводных протоков и имеет тенденцию к распространению не только в глубину молочной железы, но и в стороны эпидермиса с поражением в первую очередь кожи соска и ареолы;

д) апокринный рак – редкая форма рака, исходящая из эпителия потовых желёз;

е) коллоидный рак – развивается при слизистом перерождении клеток аденокарциномы и характеризуется меньшей злокачественностью;

ж) маститоподобный рак;

з) рожеподобный рак.

Б. Саркома молочной железы.

Дисгормональные заболевания молочной железы

Дисфункция яичников является основной в этиологии и патогенезе предопухолевых заболеваний и рака молочных желез у женщин. Повышенная эстрогенная активность оказывает стимулирующее действие на процессы пролиферации эпителия молочной железы. В начале обнаруживается гиперплазия железистых долек, отёк и разрастание внутريدольковой соединительной ткани. Затем развиваются мелкие кисты, наступает расширение одних протоков, сдавление других разрастающейся соединительной тканью, эпителий кист начинает пролиферировать, процессы пролиферации прогрессируют от простых до сложных структур и, наконец, выявляется атипия пролиферирующего эпителия, прорыв основной мембраны, врастание эпителия в строму, увеличение числа митозов, т.е. наступает малигнизация. Эти последовательные изменения в молочных железах соответствуют различным морфологическим формам мастопатии и различным клиническим стадиям этого заболевания.

Различают две формы мастопатии: диффузную и узловую.

Диффузная форма мастопатии является ранней стадией заболевания, которое обычно начинается с появления болевых ощущений в молочных железах, возникающих за несколько дней до начала менструации. Боли могут иметь различный характер и интенсивность. Иногда они слабые, мало отличаются от обычного предменструального набухания молочных желез. Постепенно болевые ощущения становятся интенсивнее и постоянными, ирридируют в руку, лопатку, болезненно любое прикосновение или лёгкое надавливание на грудь. Эта начальная стадия мастопатии выделяется в особую группу, именуемую мастодинией, мастоплазией, болезненной грудью и т.д.

При пальпации молочных желез на первый план выступает резкая болезненность и незначительное диффузное уплотнение молочных желез. После начала менструации все эти явления исчезают. Встречается эта форма у молодых женщин в возрасте до 35 лет. На следующих этапах заболевания болевой синдром становится слабее, болезненность при пальпации становится уже не разлитой, а ограничивается в отдельных участках одной или обеих молочных желез, определяется уплотнение, не имеющее чётких границ в виде тяжей, мелкой зернистости, огрубление железистых долек. Болезненные уплотнения в молочных железах и

выведения из соков усиливаются в предменструальном периоде и уменьшаются с началом менструаций.

Узловая форма мастопатии встречается в возрасте старше 35 лет. С течением времени уплотнения в молочных железах становятся более чётким и постоянным, напоминая опухоль. Узловые уплотнения более чётко определяются при исследовании больной в вертикальном положении, при пальпации кончиками пальцев и при захвате ткани между пальцами. В положении больной лёжа уплотнения теряют свои контуры, как бы исчезают в окружающих, диффузно уплотнённых тканях. Узловые уплотнения в молочных железах могут быть одиночными или множественными. Кроме этих уплотнений сохраняются признаки диффузной мастопатии: грубая дольчатость, зернистость, тяжесть, болезненность вне узла и выделения из сосков.

Средний возраст больных этой формы 35-39 лет.

Лечение. При диффузных формах мастопатии лечение консервативное и сводится к терапии хронических воспалительных процессов в половых органах, нормализации половой жизни, рекомендуют беременность, роды и кормление ребёнка грудью не менее 1 года. Лечение витаминами (А,Б,Е) проводится с целью улучшения функции печени, принимающей участие в инактивации избытка эстрогенов. Микродозы йодистого калия нормализуют лютеиновую функцию яичников. Назначают 0,25 % раствор йодистого калия по 1-2 чайные ложки 1 раз в день в межменструальный период не менее 1 года. Лечение андрогенами направлено на снижение эстрогенной активности яичников (тестостеронпропионат или неодрол по 0,5 мл. 5 % раствора, метилтестостерон в таблетках по 0,25 мг. ежедневно на протяжении нескольких межменструальных периодов).

При узловой мастопатии следует производить секторальную резекцию молочной железы.

Рак молочной железы

Различают несколько форм рака молочной железы: узловую, диффузную и редкие формы.

Узловой рак встречается наиболее часто. Правая и левая железы поражаются почти одинаково часто. Опухоли чаще располагаются в верхне-наружных (до 50%) и реже в нижне-внутренних квадрантах молочных желез.

Опухолевой очаг, разрастаясь, инфильтрирует окружающие нормальные ткани железы, распространяется по молочным ходам, межтканевым щелям, лимфатическим, реже кровеносным сосудам. Скорость роста раковых опухолей очень переменчива и зависит от степени её биологической активности. Быстрый рост опухолей имеет место чаще у молодых женщин, особенно если они возникают в период беременности, после родов и абортов. Вероятно, активная деятельность эндокринных органов в этих случаях стимулирует опухолевый рост.

Распространение рака молочной железы за пределы органа происходит разными путями, как на протяжении по межтканевым и лимфатическим путям (пермеация), так и путём возникновения опухолевых клеток в лимфатические (чаще) и кровеносные сосуды (реже) и переноса их с током лимфы и крови на значительные расстояния от первичного очага. Переносимые с током лимфы раковые клетки оседают в периферических, регионарных лимфатических железах и частично гибнут, а частично начинают разрастаться, образуя метастатические узлы, регионарные метастазы первого-второго порядка. Клетки проникающие в общий кровоток, также частично гибнут, а сохранившиеся в последствии в разные сроки служат источником развития отдалённых метастазов в костях, лёгких, яичниках, печени и т.д.

Диффузный рак молочной железы характеризуется быстрым распространением опухоли как в молочной железе, так и за её пределы, в окружающие ткани грудной стенки, обширным метастазированием в регионарные лимфатические узлы и быстрым развитием отдельных метастазов. К диффузным формам относятся: рожистоподобные, маститоподобные, инфильтративно-отёчные и панцирные. Эти формы встречаются значительно реже узловых, в основном у молодых женщин, отличаются высокой злокачественностью.

К редким формам рака молочной железы относится рак соска – болезнь Педжета. При этой форме опухоль возникает из стыкового эпителия крупных протоков внутри соска. Опухоль распространяется по протокам на поверхность и внутрь.

Гистологические раковые опухоли в молочных железах отличаются полиморфностью. В 1964 г. Международный противораковый комитет выпустил атлас с гистологической классификацией опухолей, согласно которой в молочных железах отмечаются следующие гистологические формы:

1. Лобулярная карцинома.
2. Крибозная карцинома.
3. Интрамедулярная карцинома – камедокарцинома.
4. Интраэпителиальный рак соска (болезнь Педжета).
5. Веретеночлечный рак – карциносаркома.
6. Филлоидная цистосаркома.
7. Аденоидно-кистозная карцинома.
8. Медулярный рак с лимфоидной стромой.

Метастазирование. К регионарным метастазам относят лимфатические узлы подмышечной, подлопаточной, подключичной и парастеральной областей. Отдалённые метастазы развиваются гематогенным путем, как из первичной опухоли, так и из метастазов, располагающихся в регионарных лимфатических узлах. Наиболее часто метастазы локализуются в костях, лёгких, плевре, яичниках, печени, но могут развиваться в любом месте.

По международной клинической классификации при определении стадии заболевания учитываются степень распространения процесса в молочной

железе, поражение регионарных лимфатических узлов и наличие отдалённых метастазов.

- T₁ - опухоль не более 2 см., отсутствие поражения кожи, соска и фиксации к грудной стенке.
- T₂ - опухоль размером 2-5 см, наличие ограниченного втяжения или морщинистости кожи, ретракция соска при субареолярном расположении опухоли.
- T₃ - опухоль размером 5-10 см. или поражение кожи в той или иной форме, превосходящее размеры опухоли, но в пределах молочной железы, или фиксация молочной железы к грудной мышце.
- T₄ - опухоль более 10 см. в диаметре, или имеется поражение кожи, или “лимонная корка” в зоне, превосходящей размеры опухоли, имеется фиксация опухоли и грудной клетке.
- M₀ - регионарные лимфатические узлы не прощупываются.
- M₁ - прощупываются плотные подмышечные узелки, смещаемые.
- M₂ - подмышечные лимфатические узлы больших размеров, спаянные, ограниченно подвижные.
- M₃ - односторонние надключичные лимфатические узлы или отёк руки.
- M₀ - отдалённые метастазы отсутствуют.
- M₊ - отдалённые метастазы: поражение кожи за пределами молочной железы, метастазы в лимфатических узлах противоположной стороны, в другой молочной железе, в костях, лёгких, плевре, печени и других органах.

Различные сочетания T № M составляют 4 стадии распространения процесса.

- Стадия 1: T₁ №₀ M₀, T₂ №₀ M₀.
- Стадия 2: T₁ №₁ M₀, T₂ №₁ M₀.
- Стадия 3: T₁ №₂ M₀, T₁ №₃ M₀, T₂ №₂ M₀, T₃ №₀ M₀, T₃ №₁ M₀,
T₃ №₂ M₀, T₃ №₃ M₀.
- Стадия 4: любое сочетание T № M₊

Клиника и диагноз. Обследование больных необходимо начинать с изучения анамнеза заболевания и общего анамнеза. После опроса следует перейти к осмотру больных и пальпации молочных желез. При осмотре обращают внимание на форму и размеры молочных желез, симметричное или ассиметричное их расположение, уровень стояния сосков, их форму, наличие или отсутствия деформации и втяжения состояния кожи, деформацию одной или обеих молочных желез. Надо осмотреть больную при опущенных руках, а затем попросит её поднять руки вверх, завести их за спину. При этом можно выявить ограничение подвижности одной из молочных желез или появления втяжения кожи над опухолью или втяжения соска.

Пальпацию молочных желез производят в положении больной, стоя и положении лёжа. Изучают состояние сосков, ареол: плотность, утолщение складки ореолы, наличие или отсутствие выделения из сосков, собирая кожу

железы в складки, выявляют наличие или отсутствие кожных симптомов – морщинистости или втяжения, лимфостаза, симптома лимонной корки. При выявлении опухоли производят более тщательную пальпацию этой области молочной железы для определения размеров, формы, консистенцию, подвижности опухоли и подвижности молочной железы. Следует, встав сзади от больной, прижать участок молочной железы с выявленным уплотнением ладонью к грудной стенке. Раковые опухоли при этом сохраняют свою форму и консистенцию, мастопатические узлы становятся меньше, мягче или совсем скрываются в ткани железы. Этот симптом носит название симптома Кенига или ладони. Завершают исследование пальпацией подмышечных, под- и надключичных областей с обеих сторон, чтобы выявить наличие или отсутствие метастазов в лимфатические узлы.

Для рака молочной железы 1 и 2 стадии характерны следующие клинические признаки:

1. Наличие чётко определяемого опухолевого узла в молочной железе;
2. Плотная консистенция опухоли;
3. Ограниченная подвижность опухоли в молочной железе;
4. Наличие кожных симптомов;
5. Утолщение соска и складки ареолы в молочной железе, где определено наличие опухоли – симптом Краузе;
6. Безболезненность опухоли;
7. Наличие одиночного или нескольких небольших подвижных узелков в подмышечной впадине на стороне поражения.

Клинические признаки поздних 3 и 4 стадии рака молочной железы:

1. Наличие чётко определяемого большого опухолевого узла или инфильтрата в молочной железе;
2. Плотная консистенция опухоли, наличие участков размягчения;
3. Значительное уплотнение и утолщение соска и складки ореолы в молочной железе;
4. Ограниченная подвижность опухоли в молочной железе;
5. Симптом умбиликации или площадки, или появления этих признаков при сдвигании кожи над опухолью;
6. Явление лимфостаза – симптом лимонной корки над опухолью или за её пределами;
7. Изъязвление или прорастание кожи опухолью;
8. Лёгкая гиперемия кожи молочной железы и за её пределами – специфический лимфаденит;
9. Втяжение и фиксация соска;
10. Деформация молочной железы – уменьшение или увеличение размеров, подтягивание железы вверх или в сторону, фиксация железы к грудной стенке;
11. Большие метастатические, ограниченно подвижные или не подвижные узлы или инфильтраты в подмышечной впадине на стороне поражения;
12. Подключичные метастазы на стороне поражения, подмышечные или

подключичные метастазы на противоположной стороне (перекрёстные метастазы);

13. Боли в молочной железе;

14. Отёк руки, боли в ней;

15. Отдалённые метастазы, выявленные клиническими и рентгенологическими методами исследования.

Если проведённое обследование не даёт уверенности в диагнозе, нужно прибегнуть к дополнительным методам исследования:

1. Аспирационная биопсия и цитологическое исследование.

2. Маммография. При раковых опухолях определяется тень без чётких контуров с отходящими в ткани железы лучами, при мастопатии – диффузное, тяжистое удлинение с просветлениями (кисты), при фиброаденомах – чётко очерченное удлинение.

3. Биопсия при подозрении на рак молочной железы должна производиться по типу секторальной резекции.

Дифференциальный диагноз

Липомы молочной железы встречаются редко, носят крупнодольчатый характер, мягкие на ощупь.

Липогранулемы возникают в следствие бывших травм или ограниченных воспалительных процессов, а также в местах, куда производились ранее инъекции. Липогранулемы не имеют чётких границ, мягки на ощупь, не имеют в центре некоторое уплотнение и могут иметь над собой втяжение кожи, что крайне затрудняет дифференциальный диагноз с небольшими скirrosными опухолями.

Одиночные крупные кисты, достигающие больших размеров и наполненные жидким содержимым, могут симулировать раковые опухоли. Пункция и цитологическое исследование помогают установить диагноз.

Галактоцеле напоминают крупные кисты, развиваются в период лактации или после окончания её и могут сохраняться длительно. Окончательный диагноз устанавливается при пункционной биопсии или секторальной резекции.

Ангиомы молочной железы встречаются редко, не имеют чётких границ, мягкие на ощупь, уменьшаются при сдавлении. При поверхностном расположении имеют типичную голубоватую окраску или багровый цвет.

Добавочные молочные железы чаще располагаются на месте пересечения передней аксилярной линии и края большой грудной мышцы или ниже молочной железы, ареола и сосок выражены редко. Часто определяются во второй половине беременности или в период лактации.

Значительные затруднения в диагностике возникает при туберкулёзе и актиномикозе молочных желез. Эти два заболевания в настоящее время встречаются редко. При исследовании выделений из свищей или содержимого, полученного при пункции, можно обнаружить туберкулёзные бациллы и дру́зы актиномикоза.

Большие трудности возникают при дифференциальной диагностике между острыми воспалительными процессами и маститоподобной и эризипелоидной формой рака молочной железы. Совпадение острого начала (повышение температуры, сильные боли в начале заболевания) с периодом лактации позволяет поставить правильный диагноз. Если лечение острого мастита

(ратромамарная новокаиновая блокада, антибиотики и др.) не купируют процесса в течении нескольких дней, особенно если заболевание развивается у пожилых женщин вне периода лактации, следует думать о раке и подвергнуть больную тщательному дополнительному обследованию (пункционной или инцизионной биопсии, цитологическому исследованию).

Лечение рака молочной железы включает ряд последовательных мероприятий. В план лечения входят хирургические, лучевые, гормональные и химиотерапевтические методы. Для каждой больной план лечения выбирают индивидуально. Учитывают стадию заболевания, местное распространение процесса, наличие регионарных и отдалённых метастазов, возраст, состояние менструальной и овариальной функций, общее состояние, сопутствующие заболевания.

При раке молочных желёз 1, 2, 3 стадий, когда процесс локализуется в железе и регионарных лимфатических узлах, план лечения должен включать:

а) оперативное удаление первичного очага и доступных регионарных метастазов – радикальная мастэктомия;

б) профилактические мероприятия для предупреждения возникновения метастазов и рецидивов (лучевая, гормоно- или химиотерапия).

При 4 стадии заболевания на первый план выступает лучевая, гормоно- или химиотерапия.

Хирургическое лечение. Наиболее распространённый вид оперативного вмешательства – радикальная мастэктомия по Халстеду-Мэйэру.

Молочная железа удаляется единым блоком с грудными мышцами и клетчаткой подмышечной, подключичной и их пространства между грудной клеткой и краем лопатки.

Лучевая терапия в большинстве случаев сочетается с оперативным вмешательством, в далеко зашедших стадиях заболевания она может быть использована как самостоятельный паллиативный метод. При предоперационной лучевой терапии облучению подвергаются молочная железа и ближайшие пути лимфооттока: надключичная, подключичная и в ряде случаев парастернальная области. Послеоперационная лучевая терапия производится в зонах регионарного метастазирования и послеоперационного рубца. Непрямая лучевая терапия входит в план гормонального лечения при распространённом метастазировании. С этой целью облучают яичники, надпочечники или гипофиз. Угнетение функции этих органов приводит к торможению опухолевого процесса.

Гормональная терапия. Подавление или выключение эндокринных влияний, стимулирующих пролиферацию железистого эпителия молочных желез, ведёт к атрофии последнего, а также к регрессии рака этого органа. На

этом основаны современные принципы гормональной терапии. Достигнуть этого можно разными путями: хирургическим, лучевым или гормонотерапией. Овариэктомия наиболее действенный метод, так как полностью и быстро включает функцию яичников. Облучения яичников полного выключения их функций не вызывает. Введение в организм андрогенов ведёт к подавлению функции яичников опосредованно, за счёт угнетения фолликулостимулирующей функцией передней доли гипофиза. Терапия андрогенами применяется у больных с сохранённым менструальным циклом или в первые года менопаузы. При глубокой менопаузе андрогены оказывают меньший эффект. Препараты вводят внутримышечно, под язык или путём внедрения пиллюль в подкожную клетчатку брюшной стенки (тестостерон – пропионат, стенолон, сустанон, мителтестостерон, метиландростендиол).

Кортикостероиды применяются у больных далеко зашедшим раком молочной железы с сохранёнными менструальными циклами после предварительной овариэктомии. Введение кортикостероидов угнетают функцию коры надпочечников, и снижает секрецию эстрогенов. С этой целью применяют очень высокие дозы препаратов: кортикоза до 300 мг в день, преднизона или преднизолона до 100 мг в день в течении 3 – 4 месяцев.

Для установления показаний или противопоказаний к гормональной терапии определяют содержание полового хроматита (телец БАРА) в опухолевых клетках (не менее чем 100 опухолевых клеток). При обнаружении полового хроматита в 20 % клеток, опухоль считается БАР – положительной и относится к женскому типу. При содержании полового хроматита в 11- 20 % клеток опухоли имеют интерсексуальный тип. При содержании полового хроматита менее, чем в 10 % клеток, опухоль относят к мужскому, или БАР- отрицательному типу. При Бар-положительном типе (женском) рака молочной железы течение заболевания менее злокачественно, а результаты гормональной терапии лучше (овариэктомия и лечение андрогенами), чем при БАР-отрицательных опухолях.

Химиотерапия. Рак молочной железы чувствителен к ряду противоопухолевых препаратов, которые вводятся внутримышечно, внутривенно, внутривенно, внутривенно, в брюшную полость, в ткань опухолевых узлов (ТиоТЭФ, БензоТЭФ, циклофосфан, эндоксан, 5-фторурацил). Наиболее эффективным является метод регионарной химиотерапии, когда препарат вводят в артериальные сосуды, снабжающие кровью область молочной железы, передней грудной стенки, подключичные и подмышечные области, при этом значительная часть препарата вступает во взаимодействие с опухолевыми клетками, а поступление препарата в общий кровоток снижается.

Начинать химиотерапию можно при числа лейкоцитов не менее 4000 м тромбов не менее 180 000. Сочетание химиотерапии с гормональным лечением ведёт к более выраженным и более стойким ремиссиям.

Различные сочетания описанных выше методов лечения носят название комплексной терапии рака молочной железы.

Первое направление: основным методом являются лучевые воздействия (местные – на очаг метастазирования и общие – на эндокринные органы); на фоне лучевой терапии назначают небольшие дозы гормональных препаратов 2 – 3 раза в неделю.

Второе направление: ведущее место в общем, комплексе отводят эндокринным воздействиям, на фоне которых дополнительно проводят иссечение или облучение доступных метастазов и рецидивов, паллиативные операции при неоперабельном раке молочных желез, химиотерапию при метастазах в лимфатические узлы, лёгкие, плевру, и другие внутренние органы, а также при генерализованном метастазировании в разные ткани и органы.

План комплексной терапии строго индивидуальный. Учитывает возраст больных, состояние овариальной функции, локализацию и степень распространения опухолевого процесса, наличие сопутствующих заболеваний.

Литература:

1. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. Практическое руководство. Издательский центр КГМУ.2000.668с.
2. Брускин Я.М. Дисгормональные заболевания молочной железы. М., 1962.
3. Избранные лекции под редакцией академика АН СССР Б.В. Петровского. М., 1968.
4. Петров Ю.В. Рак молочной железы. М., 1964.
5. Частная хирургия. Учебник для медицинских вузов. Под редакцией члена - корреспондента РАМН, профессора Ю.Л. Шевченко, в 2-х томах. Санкт-Петербург. Специальная литература.1998. 484с.
6. Клиническая онкология под ред.Н.Н.Блохина и Б.Е. Петерсона. М., 1971, т.1.
7. Шайн М.. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Книга для опытных хирургов, клинических ординаторов и студентов. ГЭОТАР-Медиа. Москва. 2003. 272с.
8. Шулутко А.М.. Рабочий диагноз в трудных хирургических ситуациях. Москва.2003.256с.
9. Г.М. Семёнов, М.В. Ковшова, В.Л. Петришин. Неотложные оперативные вмешательства в экстренных ситуациях. Издательство Питер. Санкт-Петербург. 2004. 378 с.