

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
АМУРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
(ГАУЗ АО «АОДКБ»)

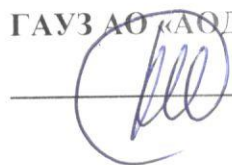
Фиброаденомы, кисты молочных желез у подростков

(Информационно-методическое письмо)

Подготовил:

Заместитель главного врача по хирургии

ГАУЗ АО «АОДКБ»



Н.Е. Смирнова

Благовещенск, 2025 год

Уважаемые коллеги!

Организационно-методический отдел ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница» направляет вам информационно-методическое письмо:

Фиброаденомы, кисты молочных желез у подростков

Фиброаденомы, кисты молочных желез у подростков (информационно - методическое письмо)

Фиброаденома — доброкачественная опухоль молочной железы. Изменения молочной железы в данном случае состоят из двух компонентов — стромального и эпителиального. Фиброэпителиальные поражения могут быть расценены как гиперпластические (фиброаденома и фиброаденоматозные гиперплазии) или неопластические (филлоидные опухоли); в последнее время выделяют еще гистологическую форму — ювенильную фиброаденому.

Патология диагностируется весьма часто, особенно в возрасте от 15 до 25 лет. Клинически оно представляет собой образование с четкими контурами, подвижное, безболезненное, чаще овальной формы. Размеры варьируют. Подростки часто выявляют фиброаденому самостоятельно. Чаще это единичное образование (в 10–15% случаев встречаются множественные фиброаденомы) с локализацией в верхненаружном квадранте молочной железы (63% случаев). Обычно симптомов нет, изредка бывает дискомфорт во время менструации (при сочетании фиброаденомы с пролиферативными процессами в молочной железе). Формирование узла до его выявления занимает около 5 месяцев, но некоторые фиброаденомы (ювенильные или филлоидные) могут вырасти до размеров более 5–10 см даже за более короткий срок.

Диагностика фиброаденомы сочетает клинический осмотр, УЗИ, тонкоигольную или трепан-биопсию с цитологическим или гистологическим исследованием материала.

Решение вопроса об операции зависит от размера фиброаденоматозного узла, возраста пациента, а также от желания самого подростка и его семьи. Показанием к хирургическому лечению являются размер фиброаденоматозного узла, наблюдаемая тенденция к увеличению роста, обнаружение пролиферативных процессов или атипии клеток при морфологическом исследовании, также учитывается наличие активных жалоб пациента на болезненные ощущения в области узла. Чаще хирургическому лечению подвергаются узлы от 2,0 см.

Данных о переходе фиброаденом в рак нет; имеются крайне редкие наблюдения о самопроизвольном излечивании, но только в подростковом возрасте, **однако риск развития рака молочной железы у пациентов с фиброаденомами больше,** что важно для диспансерного наблюдения данной группы риска.

Киста молочной железы (до 1 см и более). Патология встречается у 6–10% девушек в пубертатном возрасте. Некоторые авторы полагают, что кисты — это

нарушение всасывания секрета в карманообразных недоразвитых протоковых углублениях. Размеры кист могут варьировать от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. При отсутствии воспаления в кисте дети и подростки не ощущают данную патологию. Иногда кистозные включения могут сопровождаться выделениями из соска, в том числе из дополнительных протоков по ареоле. Локализуются кисты у детей всегда в суб- или периареолярной области. Их локализация прямо под кожей иногда сопровождается симптомом «синюшности» по ареоле, что именно в подростковом возрасте говорит о наличии жидкостного образования.

При хорошем наполнении киста может пальпироваться как мягкоэластичное образование или как плотное, четко отграниченное от окружающей ткани. Пальпаторная характеристика кистозных включений зависит от степени наполнения и давности образования. Кисты в подростковом возрасте практически не выявляются пальпаторно и не имеют ярких клинических проявлений в виде жалоб, в отличие от женщин в репродуктивном периоде. Кисты легко диагностируют при УЗИ.

Кисты до 1,0 см подвергаются консервативному лечению, а более 1,0 см — лечебно-диагностическому аспирированию с помощью тонкоигльной биопсии. Простые кисты у подростков редко рецидивируют после санации, а многокамерные кисты по ходу протоков — часто. Основное осложнение кист у детей и подростков — присоединение воспаления (нелактационный мастит), что проявляется участком плотности при пальпации, болезненностью, гиперемией на коже, а при УЗИ — отеком перифокальной ткани и густым содержимым в самой кисте. С целью профилактики рецидива проводится комплексное консервативное лечение с индивидуальным подбором терапии, учетом состояния общего гормонального фона. Во избежание риска рецидивирования рекомендуется промывание кисты физиологическим раствором для устранения осадка. **Ни в одном из случаев хирургическое лечение не применяется!**

Литература:

1. Клинические рекомендации ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» МЗ РФ по детской и подростковой маммологии.

**Перечень обследований при новообразованиях молочной железы
необходимый для верификации диагноза и в случае госпитализации
в ГАУЗ АО АОДКБ.**

1. УЗИ молочной железы 7-12 день цикла
2. УЗИ малого таза в первую половину цикла
3. УЗИ щитовидной железы
4. 3-5 день цикла: пролактин
эстрадиол

ТТГ, Т4, антитело к ТПО
СА15-3

5. Консультация эндокринолога, гинеколога с результатами обследования

6. Направление от маммолога с результатами пункции новообразования
молочной железы

!!!!Оперативное лечение на 7-12 день цикла

(при себе иметь спортивную майку для ношения в послеоперационном периоде)