

# ВНОСИМ ЯСНОСТЬ

## Дайджест клинических рекомендаций «Доброкачественная дисплазия молочной железы»



**Авторы:** Ольга Анатольевна **Раевская**, канд. мед. наук; Сергей Александрович **Дьяконов**, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

Доброкачественная дисплазия молочной железы (ДДМЖ), несомненно, занимает **одно из главных мест** в структуре заболеваний женской репродуктивной сферы. К сожалению, физиологические и патологические изменения молочной железы не всегда просто дифференцировать. Морфологическое строение этого органа в норме характеризуется большой вариабельностью признаков, зависящих от индивидуальных факторов — возраста, состояния репродуктивной системы, уровней гормонов и фазы менструального цикла. Кроме того, на маммарную ткань могут оказывать влияние препараты, назначаемые в целях контрацепции, лечения бесплодия или заместительной терапии.

Но игнорировать изменения в молочных железах, уповая на их преходящий характер, нельзя — они могут перейти в рак молочной железы (РМЖ). ДДМЖ необходимо **вовремя выявлять и грамотно лечить**. Определиться со стратегией и тактикой ведения пациенток с ДДМЖ сейчас проще — на помощь врачам пришли новые инструментальные **методы диагностики** и разработанные для лечения мастопатии и масталгии **лекарственные средства**, использование которых регламентировано **обновлёнными клиническими рекомендациями** (КР).

**Э**ксперты Междисциплинарной ассоциации репродуктивной медицины (МАРС) подготовили дайджест КР «Доброкачественная дисплазия молочной железы», обновлённых осенью 2024 года. **Дайджесты** — это не только краткая форма действующих

КР, а **структурированная информация** по диагностике и лечению пациенток с тем или иным заболеванием/состоянием. И этими шпаргалками можно и нужно пользоваться! Для вашего удобства они размещены в мобильном приложении **SPNavigator\***.

Если вы хотите ознакомиться с электронной версией дайджеста клинических рекомендаций «Доброкачественная дисплазия молочной железы», отсканируйте QR-код с помощью камеры мобильного телефона.



\* В мобильном приложении после каждого тезиса размещена активная ссылка, при нажатии на которую вы попадете в то место полной версии КР, где описано то или иное положение/комментарий.

**[ Игнорировать изменения МЖ, уповая на их преходящий характер, нельзя — они могут перейти в РМЖ. ДДМЖ необходимо вовремя выявлять и лечить. ]**

# Доброкачественная дисплазия молочной железы

**ВНИМАНИЕ!** Формулировки в дайджесте могут отличаться от текста официально опубликованных клинических рекомендаций.

**Дата размещения клинических рекомендаций «Доброкачественная дисплазия молочной железы» на сайте Минздрава РФ: 25.09.2024**

**Возрастная категория: взрослые, дети**

**Дата начала применения: 01.01.2025**

## Определения

- **ДДМЖ** — гетерогенная группа заболеваний, которая характеризуется пролиферативными и регрессивными изменениями тканей МЖ с нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов.

## Коды МКБ-10

- Перейти к кодам МКБ-10.

## Алгоритмы действий

- Обследование женщин младше 30 лет с пальпируемым образованием МЖ.
- Обследование женщин 30 лет и старше с пальпируемым образованием МЖ.
- Обследование женщин с выделениями из соска.
- Тактика ведения в зависимости от результатов визуализирующих исследований с оценкой по BI-RADS.

## Жалобы

- Жалоб может не быть.
- Боли в МЖ: циклические (сопровождаются нагрубением МЖ, появляются перед менструацией и исчезают с её наступлением, тянущие, обычно с обеих сторон, могут быть асимметричными по выраженности) или нециклические (не связаны с менструальным циклом, чаще односторонние, локальные).
- Необходимо исключить мастит, травму, радикулпатию, тромбофлебит Мондора, рёберно-хрящевой синдром Титце, опоясывающий лишай, кисты и опухоли, связь болей с приёмом медикаментов (гормональных, антидепрессантов, антигипертензивных).
- Интенсивность болей оценивают по визуальной аналоговой шкале.
- Уплотнения в МЖ: при диффузной ДДМЖ — без чётких границ, при узловой ДДМЖ — с чёткими контурами и бугристой поверхностью.
- Выделения из сосков: с одной или двух сторон, молозивоподобные или окрашенные (тёмно-жёлтые, зелёные, бурые, алые).

## Сбор анамнеза

- Возраст менархе, возраст менопаузы, длительность и регулярность менструального цикла, число беременностей и родов, их исходы, продолжительность грудного вскармливания.
- Гинекологические, эндокринные и соматические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза и МЖ.
- Приём лекарств (в т.ч. антидепрессантов, домперидона, метоклопрамида, метилдопы, верапамила, КОК, МГТ более 8 лет).
- Низкий ИМТ в детском возрасте, быстрый темп роста в детском и подростковом возрасте.
- Употребление в подростковом возрасте животных жиров и мяса более трёх порций в день, дефицит овощей, фруктов, орехов, пищевых волокон.
- Аллергические реакции.
- Курение, злоупотребление алкоголем, кофеинсодержащими напитками.
- Наличие факторов риска РМЖ, в том числе:
  - Наличие у родственников 1–2-й линии рака МЖ (в т.ч. у мужчин), яичников, поджелудочной железы, простаты.
  - Мутации генов *BRCA1/2*, *PALB2*, *TP53*, *CDH1*, *PTEN* у пациентки или её ближайших родственников.
  - Облучение грудной клетки в анамнезе (медицинское или техногенное).
  - Наличие в анамнезе биопсии МЖ или операции по поводу атипичской гиперплазии МЖ.

## Физикальное обследование

- Осмотр и пальпация МЖ (оптимально в 5–16-й дни менструального цикла; при отсутствии менструаций — в любое время) в положении стоя с опущенными, затем с поднятыми за голову руками (затем — желательна — лёжа на спине и на боку). Оценить:
  - симметричность и форму МЖ, состояние сосков и кожного покрова;
  - при уплотнениях: локализацию, болезненность, размеры, контуры (ровные, неровные, нечёткие), поверхность (гладкая, бугристая), консистенцию (эластичная, плотная, твёрдая) и смещаемость (подвижные, фиксированные);
  - при выделениях: с одной или обеих сторон, характер (серозный, серозно-геморрагический, геморрагический).

## Лабораторные исследования

- При галакторее — уровень  $\beta$ -ХГЧ и пролактин в крови.
- При выделениях серозного, серозно-геморрагического или геморрагического характера — цитологическое исследование мазка (берёт онколог).

## Консультация онколога необходима

- При наличии факторов высокого риска развития РМЖ.
- При BI-RADS 0, 3, 4 и 5 — для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики.
- При кистах и узловых образованиях МЖ — для верификации диагноза, определения показаний и противопоказаний к применению инвазивных методов.
- При напряжённых кистах с болевыми ощущениями — для решения вопроса о тонкоигольной аспирационной биопсии под УЗ-контролем.
- При отрицательной динамике солидного образования МЖ при оценке BI-RADS 3 (в процессе динамического наблюдения).

## Инструментальные исследования

- При всех методах визуальной диагностики необходима оценка каждой МЖ по BI-RADS.
- В возрасте 40–75 лет в качестве скринингового метода — маммография.
- В возрасте 18–40 лет, пациенткам старше 40 лет с развитой железистой тканью, беременным и лактирующим — УЗИ МЖ. — Дополнительно могут применяться доплеровское картирование и УЗ-эластография МЖ.
- При маммографической плотности С и D для исключения объёмных образований — дополнительные методы визуализации (УЗИ МЖ, МРТ с контрастированием, томосинтез).
- При узловых образованиях в любом возрасте — маммография для верификации диагноза.
- В сложных клинико-диагностических ситуациях (молодой возраст, повышенная маммографическая плотность, подозрительные выделения из сосков, наличие эндопротезов, мутации *BRCA 1/2*) — МРТ с контрастированием. — Не рекомендовано МРТ с контрастированием на первом этапе диагностики ДДМЖ.
- При гиперпролактинемии — МРТ головного мозга для исключения аденомы гипофиза.
- При выделениях из соска:
  - постоянных, спонтанных, односторонних, из одного протока, серозных, серозно-геморрагических или геморрагических выделениях пациенткам до 30 лет — УЗИ МЖ и/или маммография; старше 30 лет — УЗИ МЖ и маммография (дополнительно — МРТ, дуктография);
  - не спонтанных, из многих протоков, не серозных, не серозно-геморрагических, не геморрагических выделениях пациенткам старше 40 лет — маммография или УЗИ МЖ.

## Исследования, назначаемые и/или выполняемые онкологом

- При солидном образовании BI-RADS 3 — физикальный осмотр, маммография и УЗИ МЖ 1 раз в 6 мес в течение 1–2 лет.
- При солидном образовании BI-RADS 4, 5 — трепан-биопсия солидного новообразования МЖ под контролем методов визуализации (маммография, УЗИ, МРТ).

- При простых кистах BI-RADS 2 по данным УЗИ — динамическое наблюдение с контролем через 6 мес.
- При осложнённых кистах (перегородки, тканевой компонент, взвесь при отсутствии признаков васкуляризации) при отсутствии боли и признаков воспаления — динамическое наблюдение 1 раз в 6 мес: физикальный осмотр и УЗИ; по показаниям — тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗ-контролем с цитологическим исследованием микропрепарата; при BI-RADS 3 по данным УЗИ — маммография.
- При комплексных (атипичных, сложных) кистах (анэхогенный и гиперэхогенный или гипоехогенный компоненты, толстые стенки, перегородки, пристеночные разрастания с признаками васкуляризации) BI-RADS 4–5 по данным УЗИ — трепан-биопсия под контролем методов визуализации (маммография, УЗИ, МРТ).
- При пальпируемых образованиях, подозрительных на ЗНО, но без признаков злокачественного процесса по данным УЗИ или маммографии — МРТ с контрастированием.
- При выделениях из соска серозного, серозно-геморрагического или геморрагического характера — дуктография.
- При подозрении на внутритротоковое образование — полипозиционное и полипроекционное УЗИ протокового дерева.
- При молочноподобных выделениях из соска, отсутствии данных за внутритротоковые изменения по результатам цитологического исследования и BI-RADS 1–3 — не рекомендована МРТ и дуктография.
- При признаках ЗНО или при подозрении на ЗНО BI-RADS 4–5 — трепан-биопсия (с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного материала; при необходимости — с иммуногистохимическим исследованием) под контролем методов визуализации (маммография, УЗИ, МРТ).
- При несовпадении результатов патологоанатомического исследования материала, полученного при трепан-биопсии, с данными визуальной диагностики; при затруднениях выполнения трепан-биопсии; иногда при наличии эндопротезов МЖ — вакуумная аспирационная биопсия под рентген-контролем или УЗ-контролем либо эксцизионная биопсия.

## Консервативное лечение

- Немедикаментозное лечение:
  - психологическая коррекция и релаксирующий тренинг;
  - подбор комфортного (спортивного) бюстгальтера;
  - ограничение потребления кофе, чая, шоколада, какао, колы;
  - употребление пищи с низким содержанием животных жиров и богатой клетчаткой.
- Фармакотерапия (акушер-гинеколог назначает терапию при диффузных формах ДДМЖ):
  - для купирования циклической масталгии — препараты на основе микронизированного прогестерона, экстракт плодов прутняка обыкновенного или «Мастодинон» в составе комплексной терапии, препараты на основе индолкарбинола;
  - при высоком риске РМЖ или как вторая линия терапии при купировании масталгии — тамоксифен по 10 мг/сут внутрь в течение 3–6 мес (частые побочные эффекты: приливы, усиленная потливость, тошнота, головокружение, сухость влагалища, тромбозы и гиперплазия эндометрия);

- для лечения масталгии при гиперпролактинемии — агонисты дофаминовых рецепторов;
- для купирования болевого синдрома при выраженной масталгии — НПВС (частые побочные эффекты со стороны ЖКТ).



Доказательная база препарата  
«Мастодион»

## Хирургическое лечение

- Показания и противопоказания к оперативному вмешательству определяет онколог; хирургическое лечение проводят в медорганизациях онкологического профиля.
- При атипичической протоковой гиперплазии, плоской эпителиальной гиперплазии, дольковой эпителиальной гиперплазии, дольковом раке *in situ* или радиальном рубце с атипией (подтверждённом при гистологическом исследовании) — резекция МЖ.
- При кистах с пристеночными разрастаниями, выраженной пролиферацией эпителия выстилки кисты и атипии клеток по данным цитологического исследования, геморрагическом содержимом кисты — хирургическое лечение.
- При внутрипротоковой папилломе — резекция МЖ с целью патологоанатомического исследования операционного материала.

## Показания для госпитализации и выписки

- Показание для госпитализации: невозможность амбулаторного обследования и лечения.

## Медицинская реабилитация

- Специфическая реабилитация не разработана.

## Профилактика

- Профилактика ДДМЖ:
  - поддержание оптимального ИМТ;
  - ограничение употребления кофе, чая, шоколада, какао, колы;
  - ограничение употребления животных жиров и мяса;
  - употребление продуктов, богатых клетчаткой;
  - отказ от алкоголя с момента менархе до первых родов;
  - лечебная физкультура;
  - оптимизация длительности комбинированной МГТ в постменопаузе.
- Профилактика РМЖ:
  - оценка наличия факторов риска РМЖ;

- повышение физической активности;
- ограничение потребления животных жиров и мяса (не более трёх порций в день);
- употребление продуктов, богатых клетчаткой;
- грудное вскармливание детей (при отсутствии противопоказаний);
- при атипичической гиперплазии МЖ в возрасте старше 35 лет — антиэстрогены (назначает онколог);
- при мутациях *BRCA 1, 2* и наличии изменений в МЖ с выраженной гиперплазией, атипией эпителия может быть предложена риск-редуцирующая мастэктомия в сочетании или без сальпингоофорэктомии (решение принимает врачебная комиссия).

- Нет ограничений для применения КОК при ДДМЖ (категория 1 Национальных критериев приемлемости методов контрацепции).
  - Каждые дополнительные 10 лет применения КОК ассоциированы с ростом риска РМЖ на 14%, использование прогестагеновых контрацептивов связано с незначительным повышением риска РМЖ, сопоставимым с КОК.
  - При использовании КОК женщинами с неуточнёнными образованиями МЖ преимущества превышают теоретический или доказанный риск (категория 2 Национальных критериев приемлемости методов контрацепции); необходимо дообследование и уточнение диагноза.
- ДДМЖ не относят к противопоказаниям для МГТ.
  - Комбинированная эстроген-гестагенная МГТ, микронизированный прогестерон в составе комбинированной МГТ, монотерапия эстрогенами, тиболоном ассоциированы с небольшим увеличением риска РМЖ.
  - Риск РМЖ повышается с увеличением длительности МГТ и снижается через несколько лет после отмены МГТ.

## Диспансерное наблюдение

- При BI-RADS 1 (результат отрицательный) или 2 (доброкачественные изменения) — диспансерное наблюдение акушером-гинекологом, при BI-RADS 4 (подозрительный результат), 5 (вероятно, злокачественное образование) или 6 (злокачественное образование, подтверждённое при биопсии) — онкологом.
- Женщинам 40–75 лет без жалоб, изменений в МЖ и факторов риска РМЖ при маммографической плотности А или В — маммография в двух проекциях 1 раз в 2 года; при маммографической плотности С или D — 1 раз в год в сочетании с дополнительным методом визуализации (УЗИ МЖ, МРТ, цифровой томосинтез).
- В качестве дополнительного метода диагностики, особенно в возрасте до 40 лет, — УЗИ МЖ.
- При мутациях *BRCA 1, 2, PALB2, TP53, CDH1, PTEN* — маммография и МРТ 1 раз в год начиная с 30 лет или на 5 лет раньше возраста наиболее молодой родственницы, заболевшей РМЖ.