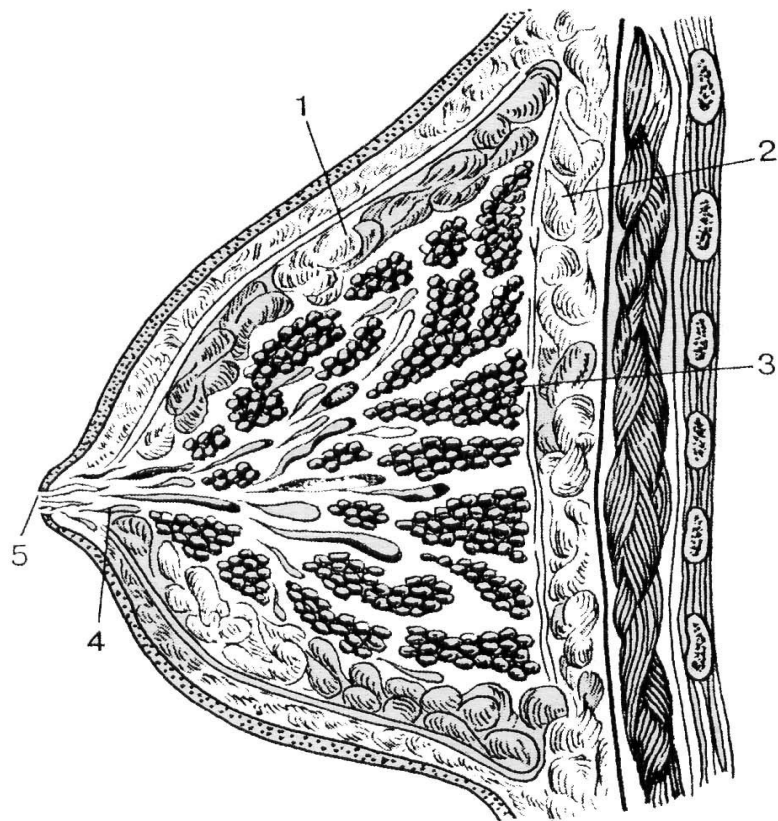
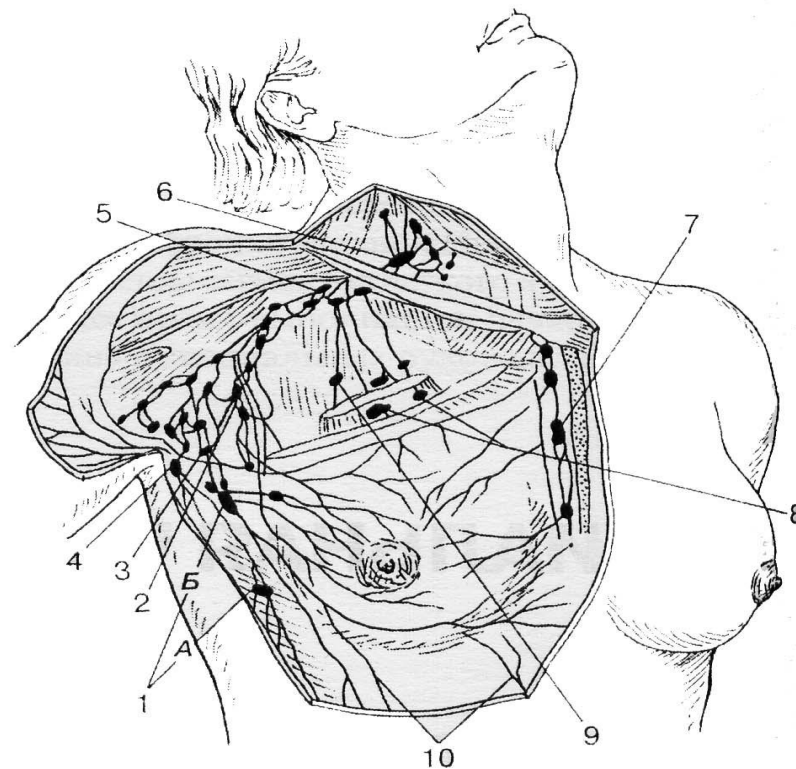


# **ЗАБОЛЕВАНИЯ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

# АНАТОМИЯ



Хирургическая анатомия молочной железы:  
1 — жировая капсула; 2 — ретромаммарное пространство; 3 — дольки железистого тела; 4 — млечные протоки; 5 — сосок



Расположение основных групп регионарных лимфатических узлов молочной железы:  
1 — парамаммарные (а — узел Бартельса, б — узел Соргиуса); 2 — латеральные подмышечные; 3 — центральные подмышечные; 4 — подлопаточные; 5 — подключичные; 6 — надключичные; 7 — парастеральные; 8 — межгрудные (узел Роттера); 9 — ретростеральные; 10 — лимфатические сосуды к эпигастральной области

# Мастит

(mastitis; от греч. mastos грудь + -itis)

воспаление паренхимы, стромы  
и жировой клетчатки молочной  
железы

# Актуальность проблемы

80-85% - лактационный мастит

10-15% - послеродовые маститы,  
развивающиеся у некормлящих грудью  
женщин

До 20% по отношению к числу  
рожавших

# Классификация

## I. По течению процесса

### 1. Острый:

- серозный
- инфильтративный
- абсцедирующий
- флегмонозный
- гангренозный

### 2. Хронический неспецифический:

- гнойный
- негнойный плазмноклеточный перидуктальный

### 3. Хронический специфический:

- туберкулезный (казеозный, склеротический)
- сифилитический
- актиномикозный

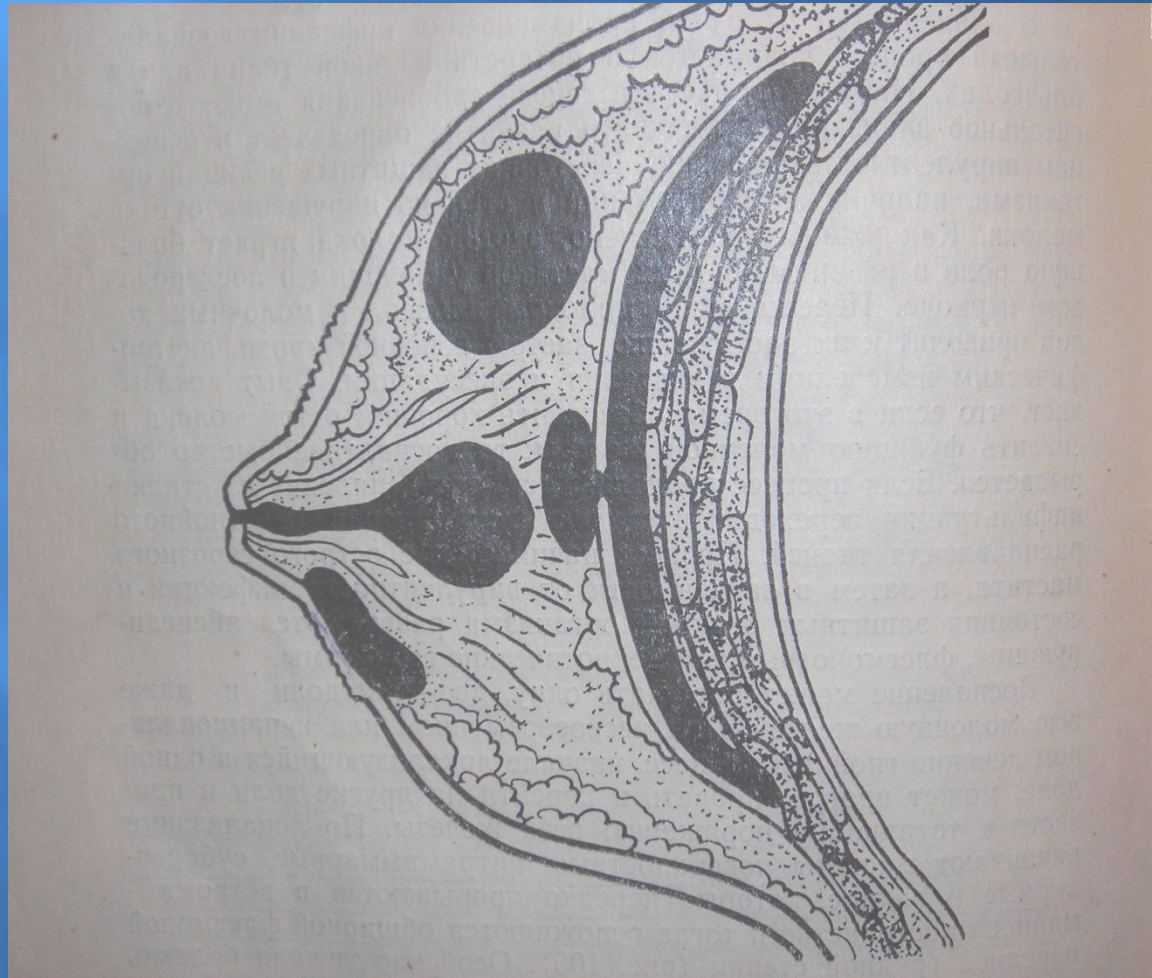
## II. По локализации процесса:

- субареолярный
- подкожный
- интрамаммарный
- ретромаммарный





# Локализация мастита



## Этиология

1. Золотистый стафилококк – 90,8 % (сохраняет вирулентность в течение 130 дней).
2. Инфицирование происходит в родильном стационаре через воздух, белье предметы.
3. Входные ворота: устья молочных протоков, реже – трещины и экскориации сосков.
4. Большинство авторов считают, что передает инфекцию новорожденный при кормлении, а ребенок от персонала и предметов.
5. Отмечают влияние неблагоприятных факторов: лактостаз; снижение иммунореактивности организма родильниц; обильное обсеменение молочной железы патогенной микрофлорой.



# Патогенез

1. Лактостаз (в 85,8 % он предшествует маститу) возникает при несоблюдении режима кормления ребенка грудью или нерегулярном сцеживании молочных желез и при затрудненном сцеживании.
2. При лактостазе в молочных протоках увеличивается количество микробов, нарушается венозное кровообращение и лимфоотток в молочной железе. Нуждается в купировании в течение 3-4 суток для предотвращения мастита.
3. Трещины сосков отмечены у 13,5 % кормящих. Возникают при травматизации сосков во время сосания груди, мацерации и давления сосков одеждой, более подвержены втянутые соски.
4. Из-за трещин женщина ограничивает кормление грудью, что способствует лактостазу.
5. У всех больных гнойным маститом снижена реактивность иммунной системы. Все показатели реактивности иммунной системы восстанавливаются к 7-м суткам после родов. Угнетение иммунной системы связано с вынашиванием плода.
6. Другие сопутствующие факторы, снижающие иммунореактивность способствуют ее более значительному снижению, что приводит к маститу. Интоксикация препятствует быстрому восстановлению иммунореактивности.

# Патологическая анатомия

- ✓ Воспалительный процесс при **остром мастите** может ограничиться воспалением млечных протоков или желез околососкового кружка.
- ✓ При поражении паренхимы железы и прогрессировании процесса наблюдаются фазы серозного и гнойного воспаления с выраженными деструктивными изменениями.
- ✓ При прогрессировании процесса серозное пропитывание сменяется диффузной гнойной инфильтрацией паренхимы с мелкими очагами гнойного расплавления, образуя абсцессы.
- ✓ При **тромбировании сосудов** наступает некроз тканей и развивается деструктивная или гангренозная формы мастита.
- ✓ При **хроническом гнойном мастите** происходит образование множества мелких абсцессов с выраженной индурацией окружающих тканей.
- ✓ При **плазмноклеточном мастите** вокруг млечных протоков образуются инфильтраты с большим количеством блуждающих плазматических клеток.

# Клиника

## Для лактостаза характерно:

- \* нагрубание железы
- \* чувство тяжести и напряжения в железе
- \* сцеживание молока болезненно, но приносит облегчение
- \* пальпируется уплотнение с четкими сегментарными границами, умеренно подвижное, безболезненное
- \* температура тела нормальная или субфебрильная
- \* нет лейкоцитоза

## Для серозного мастита характерно:

- \* жалобы на общую слабость, разбитость и боли в пораженной молочной железе вследствие интоксикации
- \* нагрубание железы
- \* стойкая субфебрильная, а через 2-3 дня – фебрильная температура тела с ознобом
- \* железа увеличена в объеме, но пальпация ее мало болезненна
- \* зона уплотнения имеет нечеткие границы
- \* сцеживание молока болезненно и не приносит облегчения
- \* в крови лейкоцитоз до  $10-12 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 25-30 мм/ч, увеличение ЛИИ до 3-4



## Для инфильтративного мастита характерно:

- \* субфебрильная температура тела
- \* в пораженной груди пальпируется плотный болезненный инфильтрат с достаточно четкими границами
- \* отделение молока снижено
- \* лейкоцитоз и ускорение СОЭ

## Для деструктивного мастита характерно:

- \* жалобы на общую слабость, плохой сон, жажду, снижение аппетита и боли в пораженной железе
- \* повышение температуры тела до 39-40°C
- \* лихорадка приобретает гектический характер
- \* грудь увеличена в объеме и напряжена
- \* кожа над зоной поражения гиперемирована
- \* в инфильтрате определяется участок зыбления
- \* гиперлейкоцитоз и увеличение ЛИИ до 10 и более единиц, возможно появление регионарного лимфаденита

## Для гангренозного мастита характерно:

- \* значительное увеличение железы с отеком тканей
- \* появление участков некрозов кожи и субэпидермальных пузырей, наполненных темной геморрагической жидкостью
- \* симптомы тяжелой интоксикации (возбуждение или апатия, тахикардия до 120 уд/мин и более)
- \* гиперлейкоцитоз или, наоборот, лейкопения с увеличением ЛИИ до 20, анемия, диспротеинемия
- \* повышение протеолитической активности крови

# Диагностика

- клинические данные
- общий анализ крови

Наибольшей информативностью обладает лейкоцитарный индекс интоксикации Я.Я. Кальфа-Калифа (ЛИИ), отражающий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением содержания в крови палочкоядерных нейтрофилов, появление юных форм и миелоцитов.

ЛИИ определяют по формуле:  $[(4Mл+3Ю+2П+С) \times (Пл+1)] : [(Л+Мон) \times (Э+1)]$ ,

Где: Мл – миелоциты нейтрофильные, Ю – юные нейтрофилы, П – палочкоядерные нейтрофилы, С – сегментоядерные нейтрофилы, Пл – плазматические клетки, М – моноциты, Л – лимфоциты, Э – эозинофилы.

**В норме ЛИИ не превышает значения 1,5. Его увеличения от 1,5 до 1,8 трактуются как малоубедительные, а увеличение до 2,0 и более достоверно свидетельствует об имеющемся эндотоксикозе.**

- белок и сахар крови
- контактная или бесконтактная термометрия
- посев молока на микрофлору и чувствительность ее к антибиотикам



## Лечение

### Консервативное:

- Иммобилизация железы
- Пузырь со льдом на пораженную железу на 20-30 мин с интервалом в 2 часа
- Анальгин или баралгин внутрь
- Ретромаммарная новокаиновая блокада с добавлением лидазы и антибиотиков аминогликозидного или цефалоспоринового ряда
- При лактостазе проводят нежный массаж железы и продолжают кормление ребенка, назначают бромкриптин в течение 2-3 дней, сцеживают молоко руками и отсасывают молокоотсосом
- При мастите кормление пораженной железой прекращают!

# инфильтрат

Цель применения физиотерапии – добиться в начальной стадии рассасывания инфильтрата, предупредить образование абсцесса или флегмоны, при плотных инфильтратах – ускорить образование абсцесса.

В ранней стадии инфильтрата назначают ультрафиолетовое облучение области инфильтрата, 4 – 5 биодоз, через 1 – 2 дня; УВЧ-поле на область инфильтрата, 8 – 10 мин, ежедневно или микроволновую терапию области инфильтрата, 15 мин, ежедневно; ультразвуковую терапию области инфильтрата, 5 мин, ежедневно или электрофорез тетраамицина на область инфильтрата поперечно или продольно, 20 мин, ежедневно.

После стихания острых воспалительных явлений назначают соллюкс на область инфильтрата, 10 – 15 мин, ежедневно или индуктотермию на область инфильтрата диском (малым), 15 мин, ежедневно или парафино-озокеритовые аппликации на область инфильтрата (50°C), 20 -30 мин, ежедневно.

## Оперативное лечение

ПОКАЗАНО ПРИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ И ГАНГРЕНОЗНЫХ ФОРМАХ МАСТИТА:

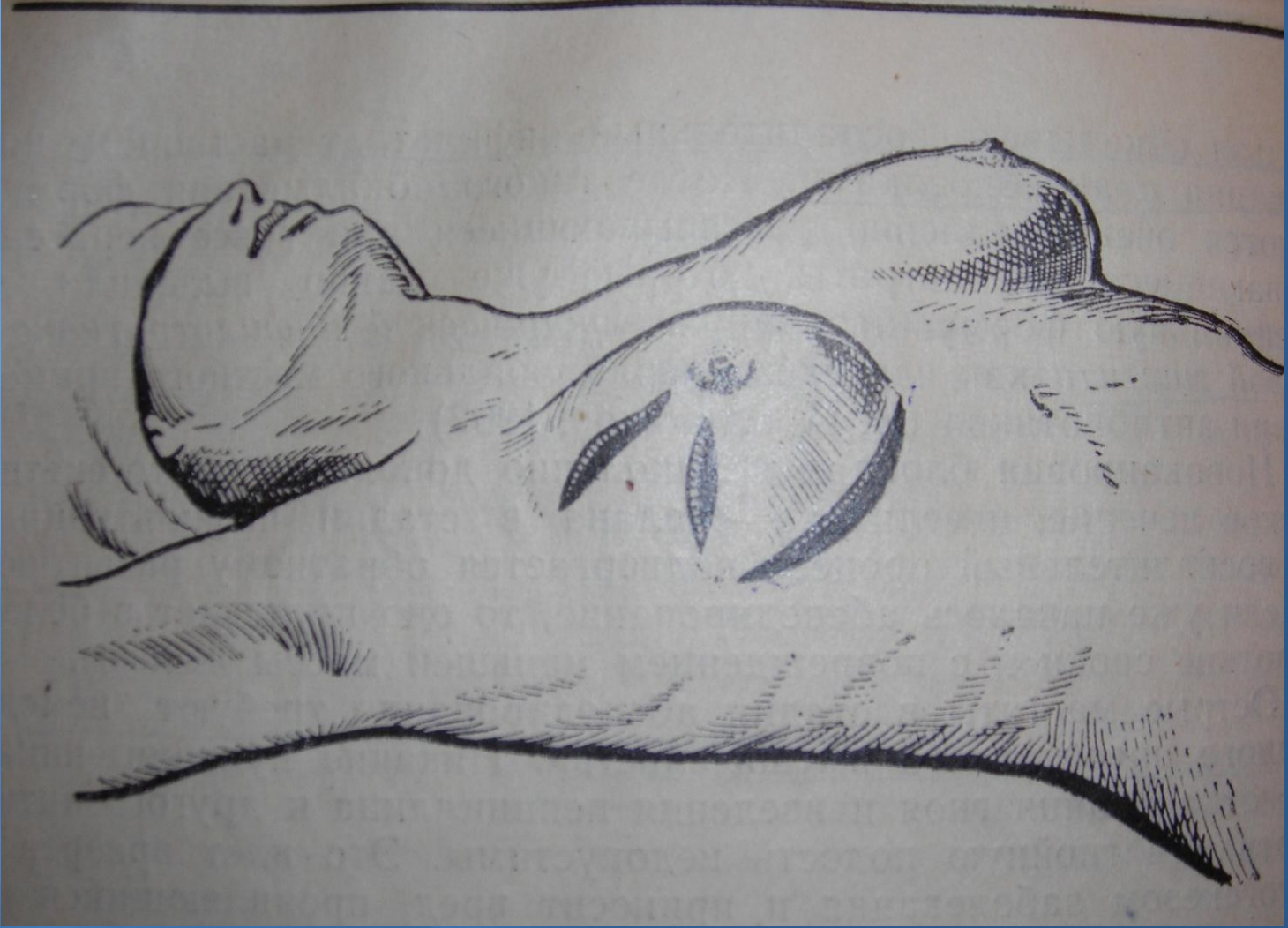
- ВСКРЫВАЮТ ИНТРАМАММАРНЫЕ ГНОЙНИКИ РАДИАЛЬНЫМИ, А РЕТРОМАММАРНЫЕ – ПОЛУЛУННЫМ СУБМАММАРНЫМ РАЗРЕЗАМИ
- ПОЛОСТЬ ГНОЙНИКА ОБРАБАТЫВАЮТ АНТИСЕПТИКОМ
- ЛЕЧЕНИЕ БРОМКРИПТИНОМ ПРОДОЛЖАЮТ В ТЕЧЕНИЕ **10-12** ДНЕЙ
- ПРОВОДЯТ КОРРЕКЦИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ БАКПОСЕВА
- В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДЯТ РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ

# абсцесс

Цель применения физиотерапии в послеоперационном периоде: улучшить местное кровообращение, уменьшить интоксикацию, ускорить отторжение некротических тканей, стимулировать заживление раны.

Назначают ультрафиолетовое облучение гнойной раны и окружающей кожи, 4 биодозы, через день до очищения раны от гноя; УВЧ-поле на область гнойной раны, доза тепловая, 15 мин до выполнения раны грануляциями или соллюкс, электросветовая ванна на область раны через повязку, 10—20 мин, ежедневно.







# Профилактика

## 1. До родов:

- Санация очагов инфекции
- Обучение технике грудного вскармливания и уходу за молочными железами
- Закаливание организма
- Обучение личной гигиене после родов
- Подготовка сосков к кормлению ребенка

## 2. После родов:

- Предупреждение лактостаза
- Уход за сосками и ареолой
- Строгое соблюдение личной гигиены

# Мастопатия

(греч. **mastos** грудь + **pathos** болезнь, син. фиброаденоматоз, фибрознокистозная болезнь)

- это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

## Актуальность проблемы

- ✓ Фибро-кистозная мастопатия (ФКМ) развивается у 30-40% женщин репродуктивного возраста с пиком заболеваемости в 45 лет
- ✓ При профилактических осмотрах ФКМ обнаруживают у четверти всех женщин в возрасте от 30 до 50 лет
- ✓ Рак молочной железы у больных ФКМ развивается в 3-6 раз чаще, чем в общей популяции женщин
- ✓ При обнаружении атипичных клеток или рака молочной железы в семейном анамнезе риск заболеть раком молочной железы у больных ФКМ возрастает в 10-15 раз



**В соответствии с рекомендациями МЗ РСФСР (1985), принято различать следующие виды дисгормональных дисплазии:**

**1) узловая мастопатия;**

**2) диффузная мастопатия:**

- диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз);
- диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента (фиброаденоматоз);
- диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
- смешанная форма диффузной мастопатии (фибро-кистозная мастопатия);

**3) доброкачественные опухоли и опухолеподобные**

**процессы:**

- аденома;
- фиброаденома;
- внутрипротоковая папиллома;
- киста;

**4) особые формы:**

листовидная (филлоидная) опухоль.



# ЭТИОЛОГИЯ

## Факторы риска:

- ✓ Генетическая предрасположенность
- ✓ Социально-бытовая неустроенность
- ✓ Сексуальная неудовлетворенность женщины
- ✓ Снижение функциональной активности репродуктивной системы женщины и недостаточная ее реализация
- ✓ Заболевания половых органов и хроническое воспаление придатков матки
- ✓ Применение *пероральных* гормональных противозачаточных средств
- ✓ Заболевания эндокринной системы (гипотиреоз, ожирение)
- ✓ Болезни печени и желчевыводящих путей
- ✓ Неполющенное питание
- ✓ Нарушение режима труда и отдыха, переутомление
- ✓ Неврозы и бессоница
- ✓ Астенодепрессивный синдром

# Патогенез

- \* Развитие астенодепрессивного синдрома
- \* Относительная гиперэстрогемия
- \* Ановуляторные менструации
- \* Недостаточность функциональной активности желтого тела
- \* Диспротеинемия
- \* Гиперхолестеринемия и увеличение массы тела
- \* Уменьшение содержания тиреоидных гормонов в крови

## Клиника

- БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ В ОДНОЙ ИЛИ ОБЕИХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ИЛИ УСИЛИВАЮЩИЕСЯ В ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ ПЕРИОД
  - У 15% ЖЕНЩИН НАБЛЮДАЕТСЯ БЕЗБОЛЕВАЯ ФОРМА
  - НАГРУБАНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ ПЕРИОД В СОЧЕТАНИИ С БОЛЬЮ
  - ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКА: МАЛОЗИВНЫЕ, СЕРОЗНЫЕ, КРОВЯНИСТЫЕ ПРИ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ ПРОТОКОВ
  - УПЛОТНЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДИФФУЗНОЕ ИЛИ ОГРАНИЧЕННОЕ)

# МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Существуют следующие виды диагностики:

1. Клиническая — осмотр, пальпация.
2. Рентгенологическая — маммография, дуктография (галактография), пневмокистография.
3. Ультразвуковая.
4. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ-маммография).
5. Магнитно-резонансная томография (МР-маммография).
6. Морфологическая — цитологическое исследование (пункционная биопсия, трепан-биопсия).

Самообследование молочных желез — важный способ ранней диагностики опухолей, который в ряде случаев может спасти жизнь женщины.

Каждая женщина старше 20 лет должна регулярно обследовать свои молочные железы, тратя на это несколько минут один раз в месяц — на 6—12-й день от начала менструации. Женщины в менопаузе должны проводить самообследование в установленный ими день каждого месяца.

## НЕОБХОДИМО ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ МОМЕНТЫ:

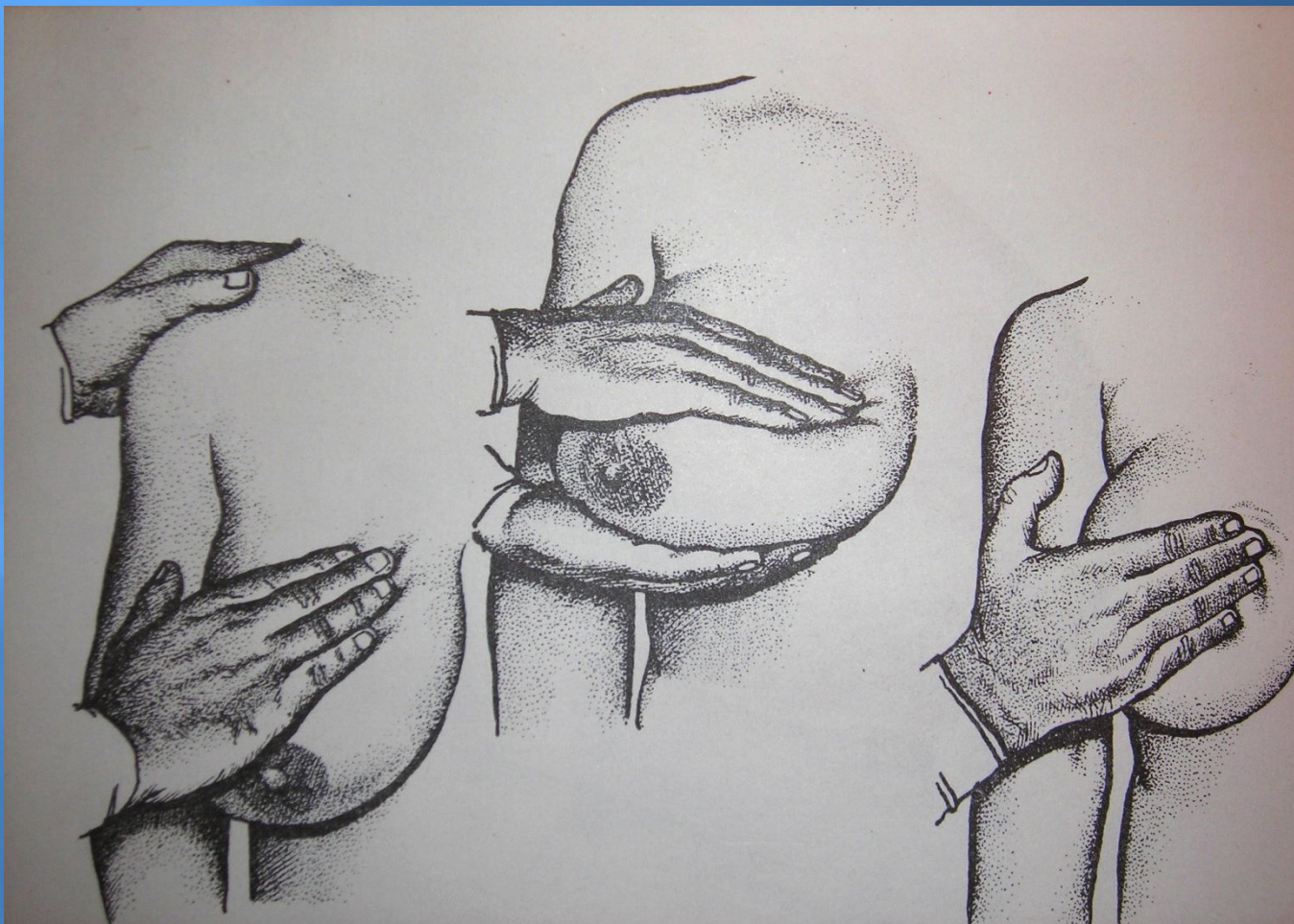
- ✓ есть ли асимметрия в размерах желез: увеличена или уменьшена одна из них;
- ✓ расположены ли железы на одном уровне по отношению к срединной линии;
- ✓ равномерно ли смещаются железы при поднятии рук, изменении положения тела и др.

При наличии асимметрии молочных желез, которая встречается у около 30% здоровых женщин, важно знать, когда она появилась. Сравнительно недавнее появление асимметрии одной из желез является признаком возможного заболевания.

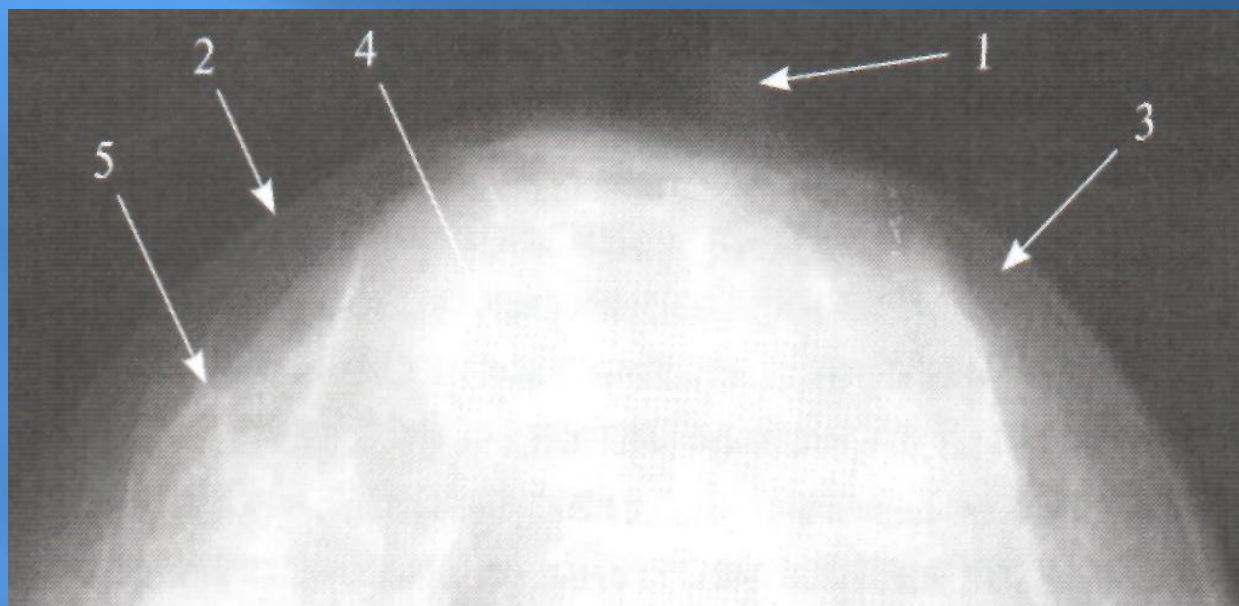
Следует осмотреть кожу желез, а также соски: нет ли на их поверхности втяжений, изъязвлений, не изменились ли их цвет и форма.



# Пальпация молочной железы

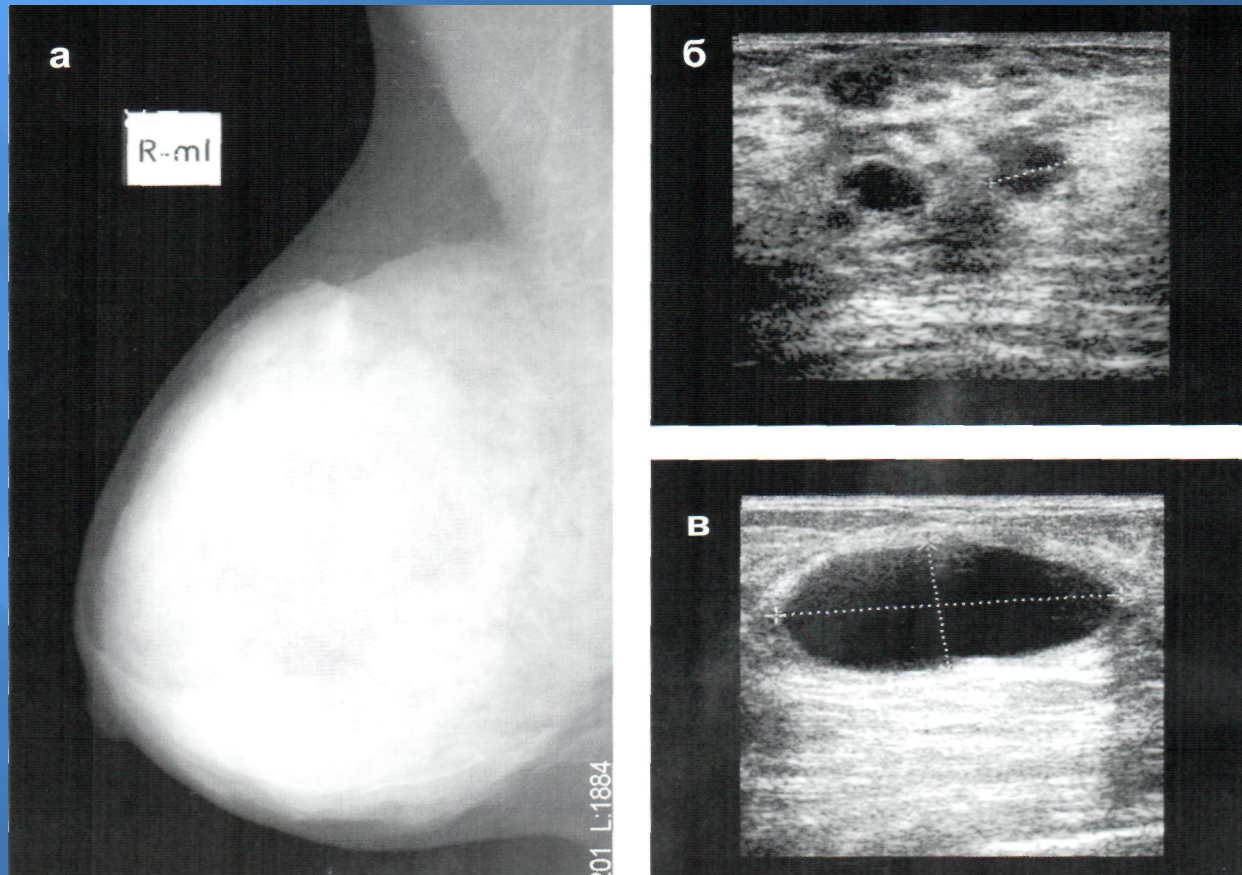


# Маммограмма неизменной железы



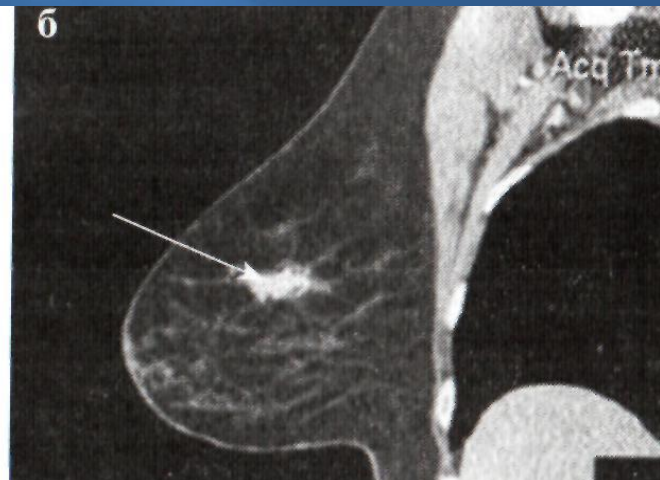
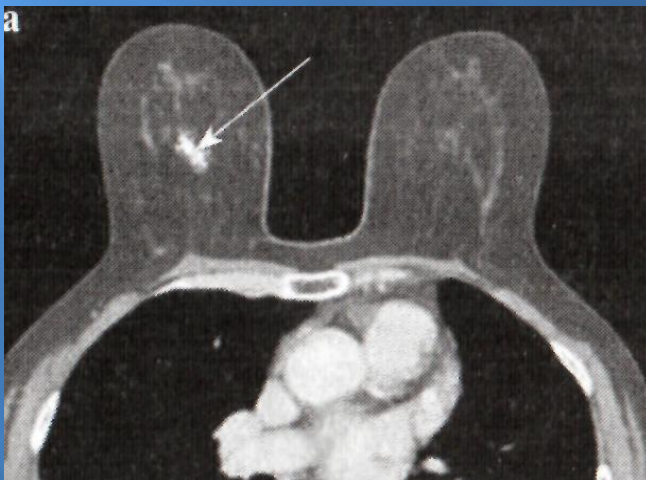
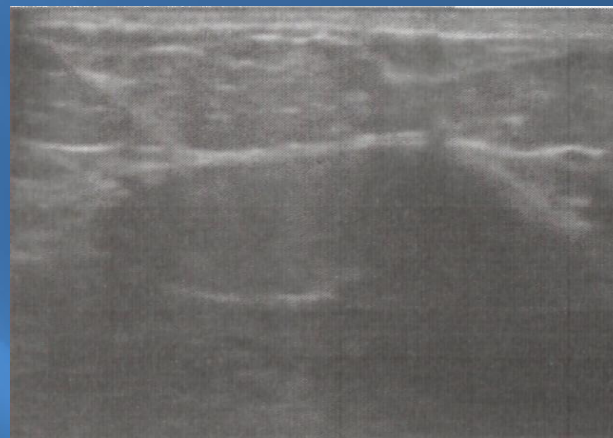
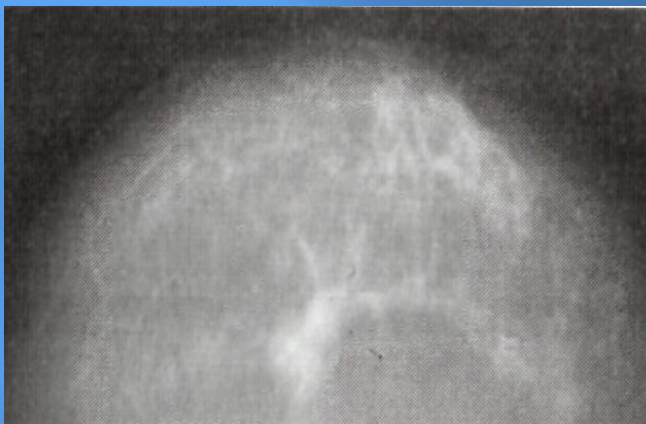
1 — сосок; 2 — кожа; 3 - подкожная жировая клетчатка;  
4 - железистая ткань; 5 — связка Купера.

# Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента

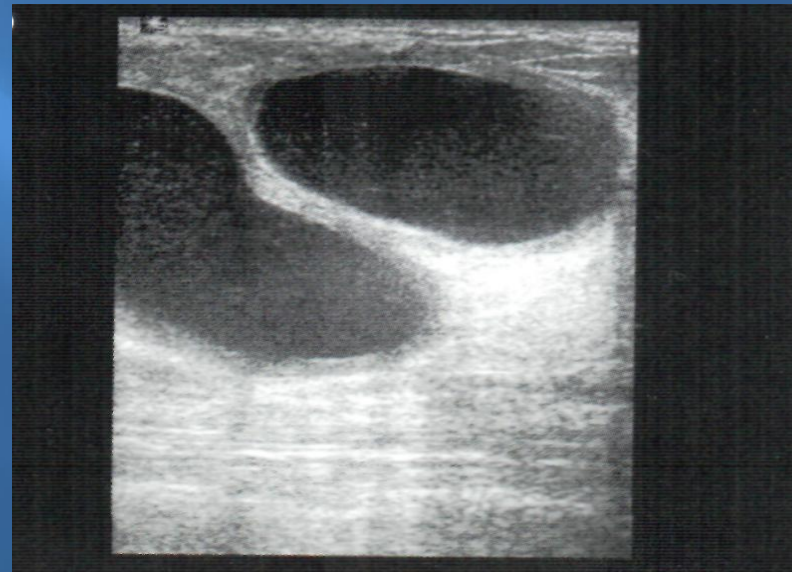
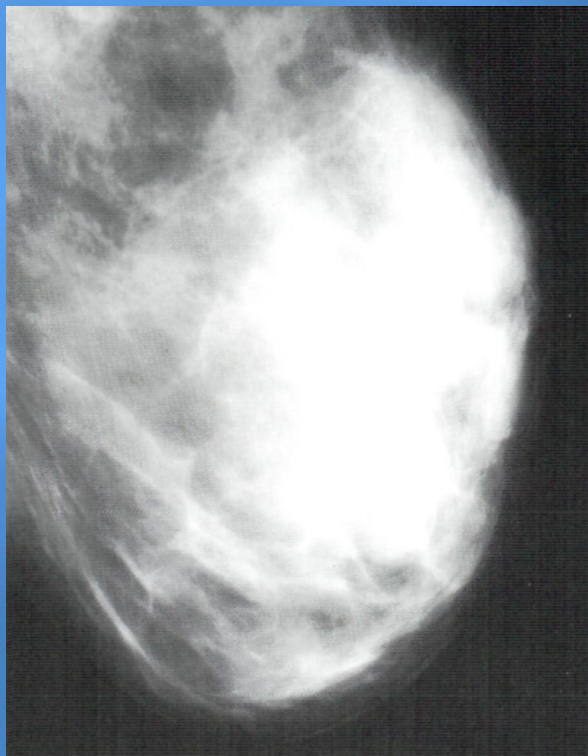




# Узловая мастопатия



# Киста молочной железы



# Принципы консервативной терапии

1. Устранение факторов перенапряжения ЦНС
2. Общеоздоровительные мероприятия:
  - прием витаминов А, Е, С и группы В
  - прием препаратов селена и цинка
  - аэро-, гидро- и бальнеотерапия
3. Ликвидация сопутствующих гинекологических заболеваний
4. Нормализация функции печени
5. Коррекция гипотиреоза
6. Коррекция гиперпролактинемии (бромкриптин)
7. Устранение дисбаланса эстрогенов, андрогенов и прогестерона (тестостерон, тамоксифен, прогестерон)
8. Коррекция белкового и липидного обменов
9. Полноценное питание, исключить шоколад, кофе, крепкий чай, колу
10. Ретромаммарные новокаиновые блокады или электрофорез с новокаином и йодитом калия
11. Нестероидные противовоспалительные средства
12. Подбор бюстгалтера
13. Диспансеризация



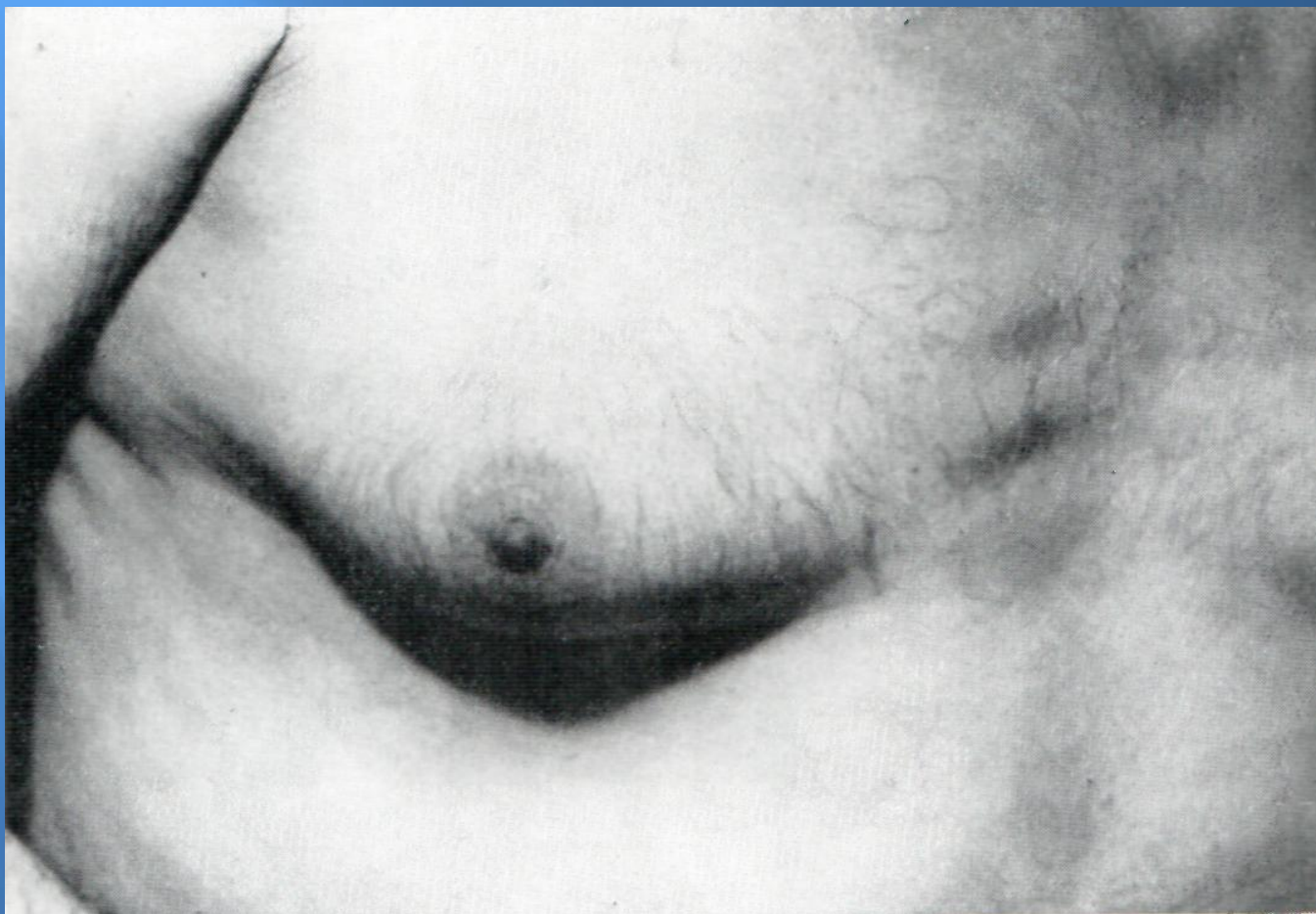
# Оперативное лечение

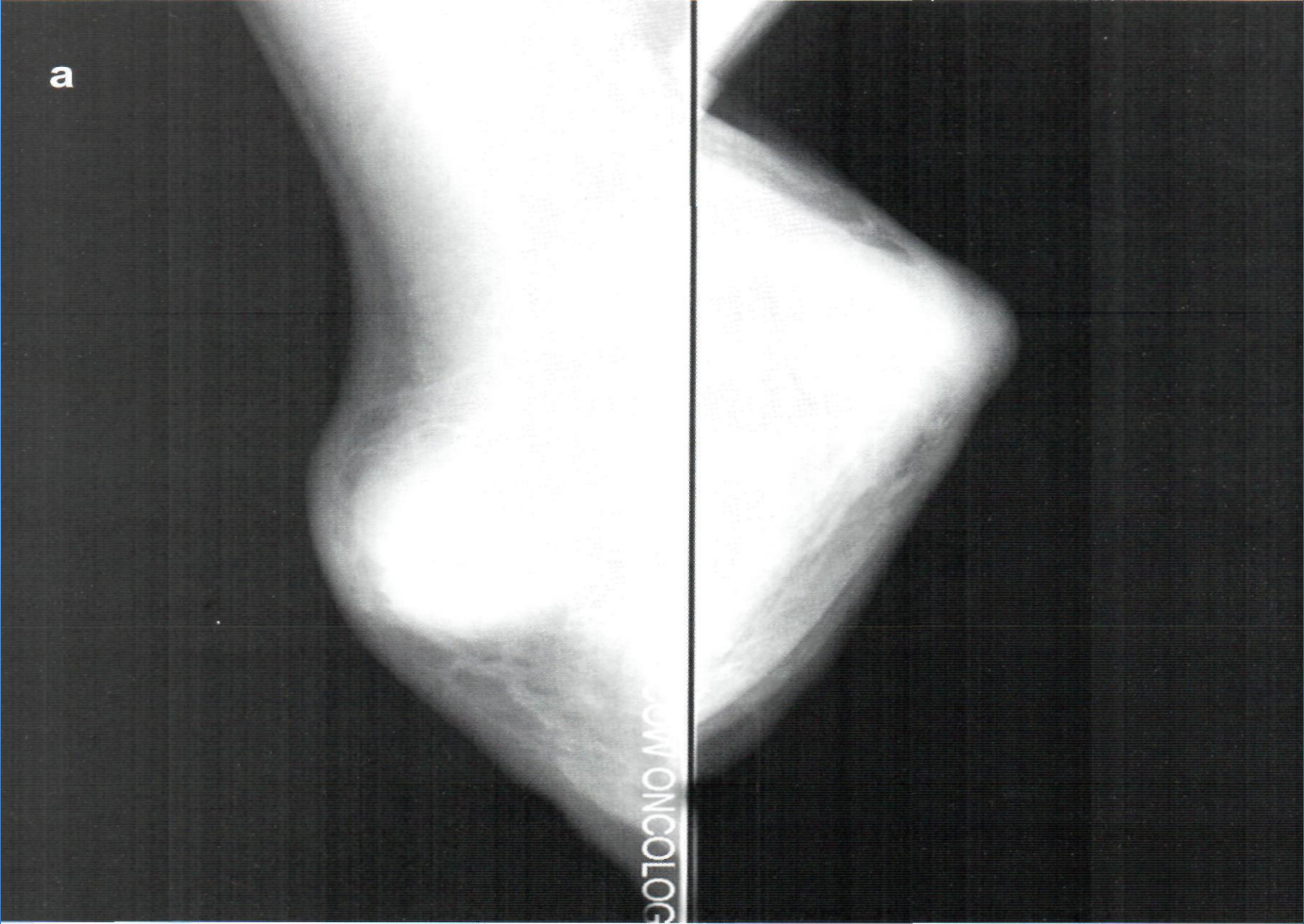
1. Секторальная резекция молочной железы и гемимастэктомия при ограниченном локализованном фиброаденоматозе
2. Подкожная мастэктомия при множественных локализованных участках фиброаденоматоза
3. Рациональное сочетание оперативного и консервативного методов лечения
4. Поддерживающая консервативная терапия в позднем послеоперационном периоде
5. Диспансерное наблюдение за больными

# Профилактика

- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ САМОНАБЛЮДЕНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ **1** РАЗ В МЕСЯЦ, ПРИ МАЛЕЙШЕМ СОМНЕНИИ КОНСУЛЬТАЦИЯ У МАММОЛОГА
- СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВА ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ, ПЕЧЕНИ И ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ
  - НЕ ПРИМЕНЯТЬ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ
  - ИЗБЕГАТЬ АБОРТОВ
  - НЕ НОСИТЬ ДЕФОРМИРУЮЩИХ ГРУДЬ БЮСТГАЛТЕРОВ
  - КОРМИТЬ ДЕТЕЙ ГРУДЬЮ ДО **1** ГОДА
  - ИЗБЕГАТЬ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ
  - ГАРМОНИЗИРОВАТЬ ПОЛОВУЮ ЖИЗНЬ

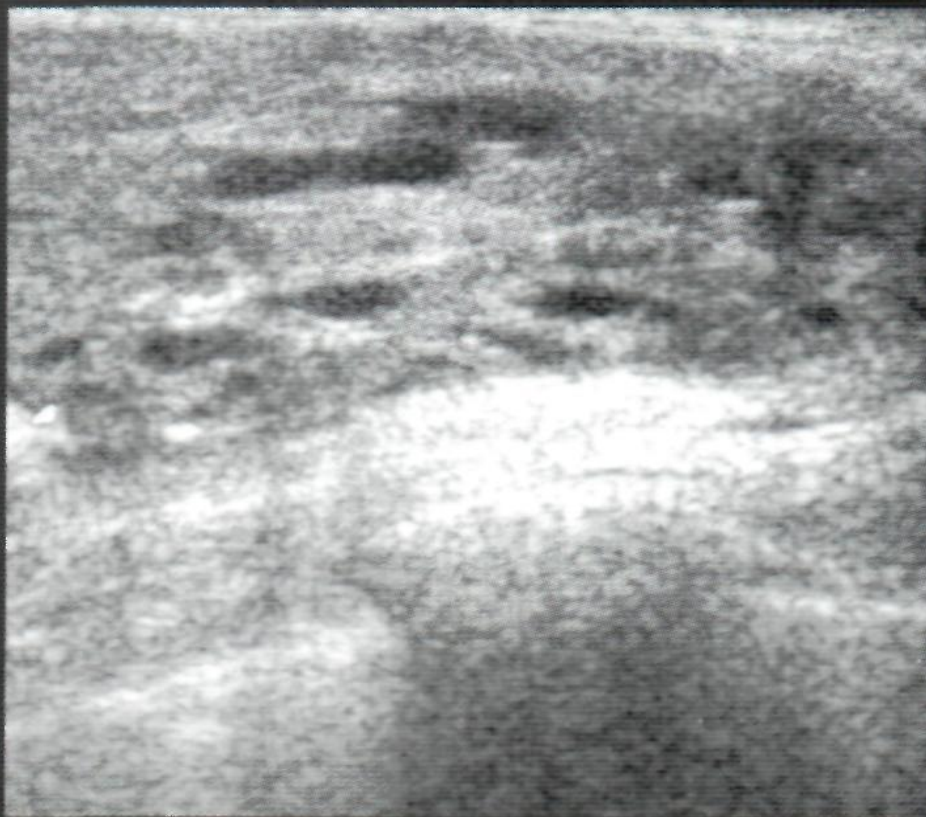
# Гинекомастия







**B**



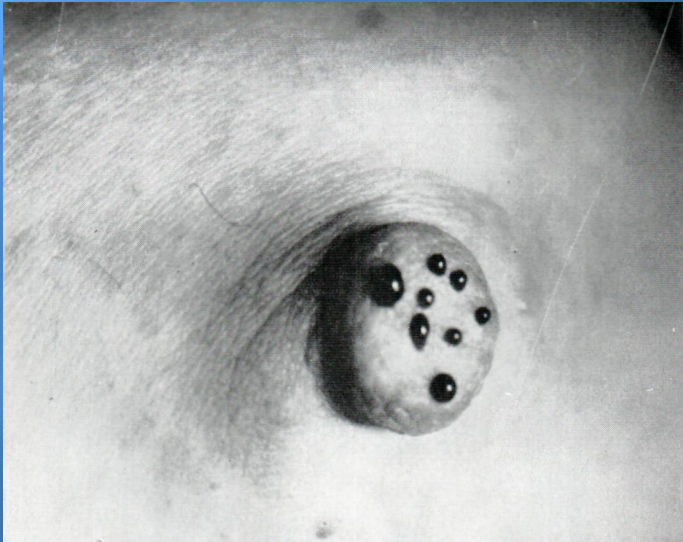
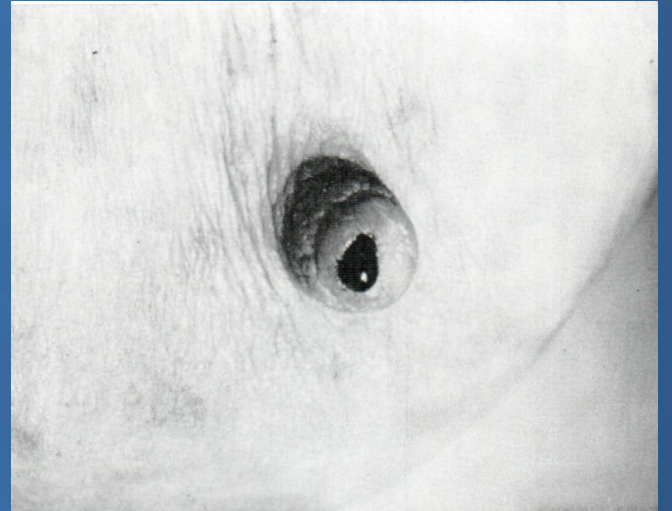
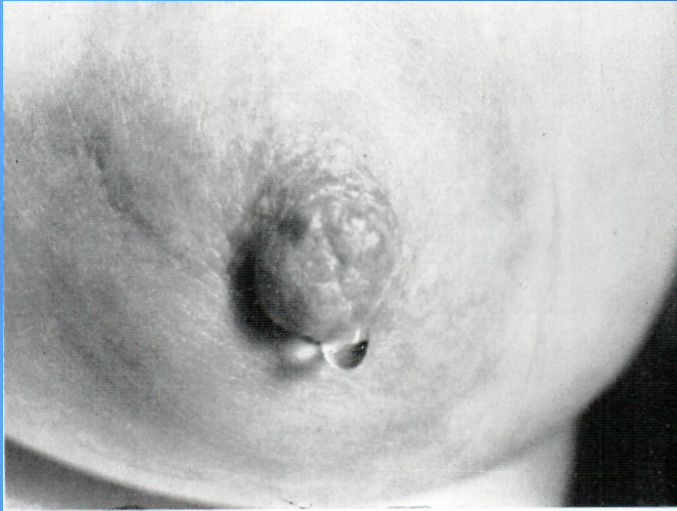
## *Рак молочной железы*

- Рак молочной железы возникает у 1 женщины из 10.
- Смертность, обусловленная раком молочной железы составляет 19-25% от всех злокачественных новообразований у женщин.
- Наиболее часто встречается в левой молочной железе.
- Наиболее часто опухоль располагается верхне-наружном квадранте.
- 1% от всех случаев рака молочной железы составляет рак грудной железы у мужчин.
- Наибольшие факторы риска - женский пол, случаи семейного заболевания раком молочной железы.



## *Симптомы РМЖ*

- Пальпируемое образование, единичное или множественное, плотное, иногда с втяжением кожи в виде "лимонной корочки"
- Боли в области молочной железы
- Увеличенные плотные подмышечные лимфатические узлы: среди женщин с увеличением подмышечных узлов у **1/3 - 1/2** находят рак молочной железы



## *Лечение.*

Лечение РМЖ - комбинированное (хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, гормонотерапия).

### *Хирургическое лечение.*

Операция может быть радикальной или паллиативной.

В большинстве случаев применяется модифицированная радикальная мастэктомия. Операции с сохранением молочной железы позволяют правильно оценить распространенность опухолевого процесса и улучшают косметический результат: однако, возможность сохранения железы имеется не у всех больных.

Удаление всей пораженной молочной железы необходимо по причине многофокусности заболевания. Примерно у 30-35% пациенток находят предраковые или раковые поражения в участках, соседних с пораженным первичной опухолью.

Удаление подмышечных лимфатических узлов необходимо для определения поражения узлов и стадии заболевания.

## Виды операций:

- **Лампэктомия** (секторальная резекция), лимфаденэктомия подмышечных лимфатических узлов и послеоперационное облучение применяются при небольших опухолях (менее 4 см) и при интрадуктальных карциномах.
- **Простая мастэктомия** (операция Мадена) включает удаление молочной железы с околососковым пространством совместно с удалением лимфатических узлов.
- **Модифицированная радикальная мастэктомия** (операция Пэтти). Удаляют кожу вокруг железы, молочную железу, малую грудной мышцы, жировую клетчатку с лимфатическими узлами подмышечной, подключичной и подлопаточной областей. Уро
- **Радикальная мастэктомия по Холстеду**. Вместе со всеми тканями, указанными выше, удаляют и большую грудную мышцу.
- **Обширная радикальная мастэктомия** включает удаление лимфоузлов средостения. Операция показана при больших или медиально расположенных опухолях с наличием внутригрудных (парастернальных) метастазов. Высокий риск интраоперационной летальности.
- Операции по реконструкции молочной железы выполняют одновременно с мастэктомией либо вторым этапом после полного заживления первичной операционной раны.



## *Лучевая терапия*

- Предоперационная. Больные РМЖ после установления диагноза получают курс предоперационной лучевой терапии на молочную железу и зоны регионарного метастазирования.
- Послеоперационная. Больные, перенесшие удаление опухоли и подмышечных лимфоузлов и не прошедшие курс предоперационной лучевой терапии, должны получать заключительную лучевую терапию на область молочной железы и лимфатических узлов (при обнаружении в них метастазов).
- Обязательная послеоперационная. Больные РМЖ должны получать послеоперационное облучение при наличии любого из ниже перечисленных факторов риска:
  - ✓ размер первичной опухоли более 5 см
  - ✓ метастазирование более чем в 4 подмышечных лимфоузла
  - ✓ опухоль достигает резекционной линии, проникает в грудную фасцию и/или мышцу, либо распространяется из лимфатических узлов в подмышечную жировую клетчатку.

Больные с высоким риском отдаленного метастазирования могут получать лучевую терапию до завершения адъювантной химиотерапии либо ее можно проводить совместно с облучением. Послеоперационное облучение подмышечной впадины повышает риск отека верхней конечности.



## *Химиотерапия*

Замедляет или предупреждает рецидив, улучшает выживаемость больных с метастазами в подмышечные лимфоузлы, а также у части больных без подмышечных метастазов.

Химиотерапия наиболее эффективна у пациенток в пременопаузе с метастазами в подмышечные лимфоузлы (наблюдают снижение 5-летней летальности на 30%).

Комбинированная химиотерапия предпочтительней монотерапии, особенно в группе больных с метастатическим раком молочной железы. Прием препаратов шестью курсами в течение шести месяцев - оптимальный по эффективности и по длительности метод лечения.

## *Гормональная терапия*

Подавление функций яичников облучением или овариоэктомией приводит к неоднозначным результатам; в отдельных подгруппах больных отмечают продолжительные периоды улучшения состояния.

Позитивный ответ на гормональную терапию вероятен при следующих условиях:

- ✓ длительный период без метастазирования (более 5 лет);
- ✓ пожилой возраст, наличие метастазов в костях;
- ✓ региональные метастазы и минимальные метастазы в легких;
- ✓ гистологически подтвержденная злокачественность 1 и 2 степени;
- ✓ длительная ремиссия в результате предшествующей гормонотерапии.

Антагонист эстрогенов тамоксифен задерживает наступление рецидивов, улучшает выживаемость и предпочтительнее для больных в постменопаузе.