



# Лактирующая аденома молочной железы у беременной женщины – клинический случай

А.А. Харитоновна✉, Д.С. Малик, Н.В. Левицкая, И.П. Резник, О.А. Урезко, Н.Р. Селищев

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Обнинск, Россия

✉a.kharitonova17@yandex.ru

## Аннотация

Лактирующая аденома – редкая патология, встречающаяся у беременных женщин. Представлен клинический случай, в котором описаны типичные клинические, цитологические и гистологические признаки, характерные для данного новообразования.

**Ключевые слова:** лактирующая аденома, доброкачественное новообразование молочной железы, беременность, фиброаденома.

**Для цитирования:** Харитоновна А.А., Малик Д.С., Левицкая Н.В., Резник И.П., Урезко О.А., Селищев Н.Р. Лактирующая аденома молочной железы у беременной женщины – клинический случай. *Клинический разбор в общей медицине.* 2025; 6 (7): 54–57. DOI: 10.47407/kr2025.6.7.00644

## Lactating breast adenoma in a pregnant woman – a case report

Alena A. Kharitonova✉, Denis S. Malik, Natalia V. Levitskaya, Ivan P. Reznik, Olga A. Urezko, Nikita R. Selishchev

Tsyb Medical Radiological Research Centre – branch of the National Medical Research Radiological Centre, Obninsk, Russia

✉a.kharitonova17@yandex.ru

## Abstract

Lactating adenoma is a rare pathology found in pregnant women. A clinical case is presented in which typical clinical, cytological and histological signs characteristic of this neoplasm are described.

**Keywords:** lactating adenoma, benign breast neoplasm, pregnancy, fibroadenoma.

**For citation:** Kharitonova A.A., Malik D.S., Levitskaya N.V., Reznik I.P., Urezko O.A., Selishchev N.R. Lactating breast adenoma in a pregnant woman – a case report. *Clinical review for general practice.* 2025; 6 (7): 54–57 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.7.00644

Лактирующая аденома – редкое доброкачественное новообразование, развивающееся из клеток железистого эпителия. Возникает у женщин в возрасте от 20 до 40 лет, как правило, в III триместре беременности или во время грудного вскармливания. Чаще встречается у первородящих женщин, однако не исключается возможность возникновения аденомы и у повторнородящих [1].

Точная этиология лактирующей аденомы до сих пор остается неизвестной, но некоторые авторы предполагают, что она может возникать как *de novo*, так и из ранее существовавших тубулярных аденом, фиброаденом, участков дольковой гиперплазии. Чаще всего аденома представлена как четко пальпируемое и хорошо смещаемое округлое или овальное образование мягкоэластической консистенции, не связанное с кожей, которое обычно локализуется в переднем отделе молочной железы. Протекает без поражения регионарных лимфатических узлов. Размер опухоли не превышает 3 см, однако известны случаи, когда лактирующая аденома достигала размеров более 10 см [2–5].

Заболевание длительно протекает бессимптомно, и лишь по мере прогрессирования роста возможно появление чувства жжения или боли в области пораженной молочной железы, выделений из сосков разного цвета и характера.

Новообразование способно к инволюции, а хирургическое лечение требуется лишь в тех случаях, когда

имеется множественный распространенный патологический процесс или кормление грудью вызывает у женщины неприятные ощущения и беспокойство. Во всех других ситуациях может быть назначена консервативная терапия в виде ингибиторов пролактина, которая, как правило, дает положительный результат [3, 4].

В большинстве случаев лактирующая аденома не рецидивирует локально и не обладает высокой способностью к малигнизации. Однако вызывает опасения тот факт, что лактирующая аденома имеет гистологическую схожесть с тубулярной аденомой, из которой возможно развитие карциномы.

М. Khanna и соавт. описан клинический случай, в котором была диагностирована лактирующая аденома с сопутствующей инфильтрирующей протоковой карциномой молочной железы. У 28-летней беременной женщины в течение 7 мес в левой молочной железе наблюдалась прогрессивно увеличивающаяся опухоль. При пальпации новообразование достигало 4 см в диаметре, было мягким и свободно подвижным, с обычными кожей и соском, регионарные лимфатические узлы увеличены не были. После удаления макроскопическая картина образования была представлена круглой плотной структурой, которая на разрезе была серовато-белой с кистозными полостями, пальпаторно ощущалась зернистость. При микроскопическом исследовании были обнаружены дольки разного размера, характеризующиеся разрастанием доброкачественных протоков, раз-

деленных редкой промежуточной стромой. Протоки были выстланы вакуолизированными секреторными клетками, и в некоторых из них в просвете содержались эозинофильные выделения. В других очагах в строме были видны сплошные пласты злокачественных клеток, которые местами образовывали трубчатые и ацинарные структуры. Был выставлен диагноз «лактлирующая аденома с сопутствующей инвазивной протоковой карциномой» [6].

Н. Kumaг и соавт. также представляют клинический случай лактлирующей аденомы и инфильтративного протокового рака у девушки 25 лет. При цитологическом исследовании четких данных, свидетельствующих о наличии карциномы, получено не было. Однако после удаления новообразования по заключению патоморфологов была определена лактлирующая аденома с гиперпластическими дольками, пролиферирующими ацинусами, которые были выстланы активно секреторирующими кубовидными клетками. В близко прилежащих участках ткани были обнаружены опухолевые клетки, растущие из протоков и проникающие в строму, – очаги протоковой карциномы *in situ* с очагами некроза [7].

Обычно диагностика новообразования не вызывает затруднений. Приоритетным методом для беременных и лактлирующих женщин является ультразвуковое исследование (УЗИ), так как при нем отсутствует любая дозовая нагрузка. В случае явного подозрения на злокачественность может быть проведена маммография с оценкой изменений в молочной железе по шкале BIRADS. Данное исследование позволяет оценить наличие дополнительных поражений или микрокальцинатов, которые могут быть не замечены на УЗИ [2, 3, 5].

### Клинический случай

Пациентка Е., 41 года, находящаяся на 30-й неделе беременности, обратилась в МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России по поводу наличия образования в левой молочной железе. Из анамнеза жизни известно, что пациентка росла и развивалась без особенностей, менструальный цикл регулярный. Принимает гормонотерапию – L-тироксин.

При осмотре форма молочных желез обычная, симметричная, молочные железы сформированы правильно. При пальпации в нижненаружном квадранте левой молочной железы определяется узловое образование плотноэластической консистенции, смещаемое относительно тканей молочной железы.

**Инструментальная диагностика.** По данным УЗИ дольковая структура и четкость дифференцировки тканей сохранены. Эхогенность фиброгландулярной ткани повышена. Лоцируются подчеркнутые гребни Дюрета и утолщенные связки Купера – строма фиброзирована. Диаметр терминальных и интралобарных молочных протоков не превышает 2 мм. Стенки не деформированы, уплотнены, не утолщены. Содержимое протоков однородное.

В правой молочной железе патологических образований не определяется. BIRADS – 1.

В левой молочной железе в нижненаружном квадранте на уровне средней трети и на глубине 3–21 мм, в тяже железистой ткани, определяется горизонтально расположенное, выражено гипоэхогенное и четко очерченное гомогенное узловое образование дольчатой структуры размером 32×16×27 мм (7 см<sup>3</sup>). При цветовом и энергетическом доплеровском картировании определяются смешанный кровоток, преимущественно центральная васкуляризация узла – картина пролиферирующего образования. Окружающие ткани имеют повышенную эхогенность и содержат мелкие гипоэхогенные включения. BIRADS – 4a. Проведена тонкоигольная аспирационная биопсия образования.

**Цитологическое исследование.** При цитологическом исследовании в полученном материале выявлены многочисленные клетки кубического эпителия с округлыми ядрами, четкими нуклеолами, формирующие укрупненные шаровидные дольковые структуры, часть – с дегенеративными изменениями, отмечается наличие «голых» ядер. Также имеются отдельные тубулярные и сотоподобные структуры, многоядерность. Встречаются небольшое количество макрофагов, лимфоцитов, плазмочитов, единичные многоядерные клетки, фибробласты. Цитологическая картина соответствует фиброзно-кистозной болезни с выраженной пролиферативной активностью, возросшей на фоне беременности. По Йогогамской классификации цитопатологий молочной железы 2016 г.: 3-я диагностическая категория – атипия неясного генеза.

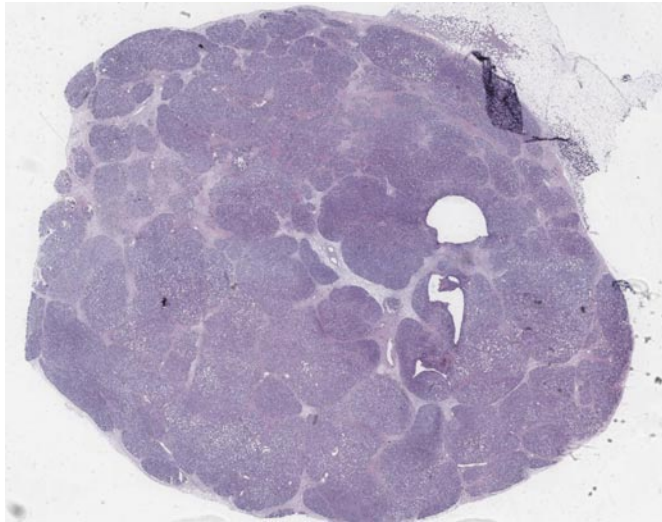
Core-биопсия – тонкие прерывистые белесовато-серые столбики ткани длиной по 1,3 см. В материале – ткань молочной железы с плотно расположенными протоками, выстланными эпителием, без признаков атипии. Возможно, картина аденоза.

С целью верификации диагноза была выполнена секторальная резекция левой молочной железы. Под местной анестезией с применением 80 мл ропивакаина произведен окаймляющий разрез на границе нижненаружного квадранта левой молочной железы. Сектор молочной железы удален острым путем. Гемостаз. Полость послойно ушита. Послеоперационный период протекал без осложнений.

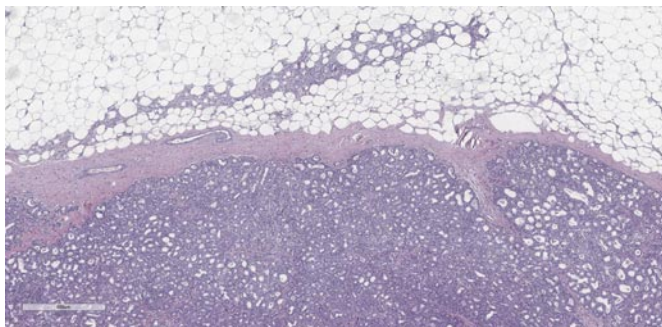
**Гистологическое исследование.** Макроскопически в удаленном секторе молочной железы размером 5×5×2,5 см определяется инкапсулированный желто-оранжевый узел (2,5×2×2,2 см). Микроскопически данный узел разделен фиброваскулярными прослойками, опухоль преимущественно тубулярного строения, из клеток с эозинофильной и просветленной цитоплазмой, округлыми и овальными ядрами, в которых определяются эозинофильные ядрышки. Очаги некроза отсутствуют. Признаков инвазивного роста образования в окружающие ткани молочной железы не обнаружено. Ангиоваскулярной инвазии и периневрального роста нет. Морфологическая картина подозрительна в отношении тубулярной аденомы молочной железы (рис. 1–5).

Для уточнения диагноза проведено иммуногистохимическое исследование. Обнаружена диффузная выра-

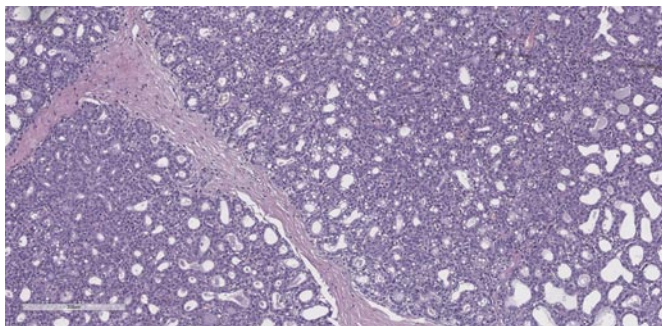
**Рис. 1. Общий вид узла. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 0,5.**  
*Fig. 1. General appearance of the node. Hematoxylin and eosin stain,  $\times 0,5$ .*



**Рис. 2. «Капсула» дольчатого образования. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 4.**  
*Fig. 2. Sac of lobular formation. Hematoxylin and eosin stain,  $\times 4$ .*



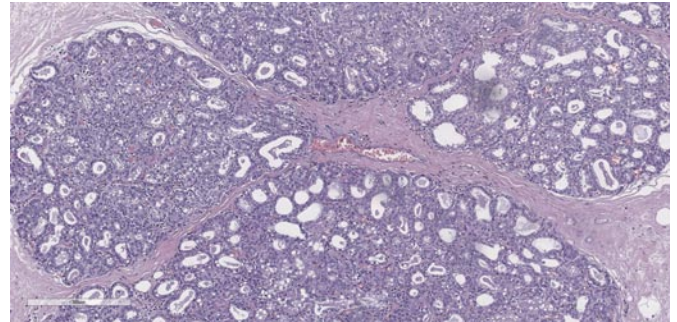
**Рис. 3. Паренхима опухоли. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 10.**  
*Fig. 3. Tumor parenchyma. Hematoxylin and eosin stain,  $\times 10$ .*



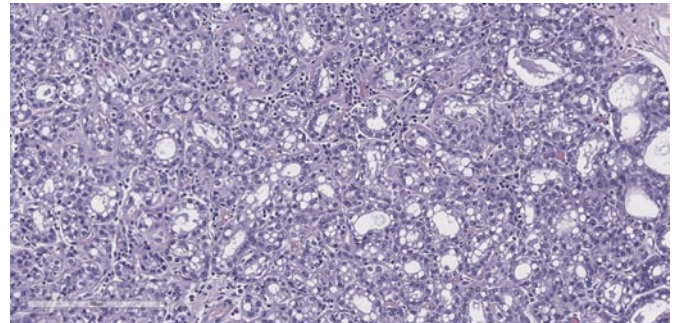
женная ядерная экспрессия p63, цитоплазматическая экспрессия SMA в миоэпителиальных клетках, цитоплазматическая экспрессия CK/18 в люминальных клетках, образующих тубулярные структуры. Миоэпителиальный слой сохранен повсеместно (p63+, SMA+).

Таким образом, на основании клинических, морфологических данных и заключения иммуногистохимического исследования был подтвержден диагноз – лактирующая аденома молочной железы.

**Рис. 4. Паренхима опухоли. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 10.**  
*Fig. 4. Tumor parenchyma. Hematoxylin and eosin stain,  $\times 10$ .*



**Рис. 5. Паренхима опухоли. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 20.**  
*Fig. 5. Tumor parenchyma. Hematoxylin and eosin stain,  $\times 20$ .*



## Заключение

Специалистам всегда нужно помнить о том, что лактирующую аденому трудно дифференцировать от других патологических изменений, таких как фибroadенома, тубулярная аденома или филлоидная опухоль. В процессе своего развития новообразование никак не влияет на процесс вынашивания, состояние молочной железы и способность к лактации, однако рекомендовано хирургическое иссечение образования до родоразрешения в связи с потенциальным риском лактостаза. В период беременности гормональный фон женщины претерпевает значительные изменения, что является дополнительным фактором риска, который может привести к стимуляции и развитию онкологических заболеваний. Поэтому в данный период жизни женщины необходимо проявлять дополнительную онконастороженность по отношению к любым новообразованиям, возникающим в молочной железе.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Работа выполнена без спонсорской поддержки.  
**Acknowledgements.** The study had no sponsorship.

**Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики.** Пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.

**Compliance with patients' rights and bioethics rules.** The patient signed an informed consent for the publication of her data.

## Литература / References

1. Moulaz IR, de Oliveira FSS, da Silva EC, et al. Giant lactating adenoma. *Autops Case Rep.* 2021 Apr 15;11:e2021252. DOI: 10.4322/acr.2021.252
2. Monib S, Elkorety M. Giant Lactating Adenoma – Size of a Shot Put Ball. *Eur J Case Rep Intern Med.* 2020 Mar 18;7(5):001579. DOI: 10.12890/2020\_001579
3. Сарибекян Э.К., Зикиряходжаев А.Д., Славнова Е.Н. и др. Возможности цитологической диагностики лактирующей аденомы молочной железы (клиническое наблюдение). *Клиническая лабораторная диагностика.* 2019;64(5):284-6. DOI: 10.18821/0869-2084-2019-64-5-284-286  
Saribekyan E.K., Zikirjakhodzaev A.D., Slavnova E.N., et al. Possibilities of cytological diagnostics of lactated breast adenoma. Clinical report. *Klinicheskaya Laboratornaya Diagnostika = Russian Clinical Laboratory Diagnostics.* 2019;64(5):284-6. DOI: 10.18821/0869-2084-2019-64-5-284-286 (in Russian).
4. Pinamonti M, Zanconati F. Breast Cytopathology. Assessing the Value of FNAC in the Diagnosis of Breast Lesions. London: Karger; 2018. DOI: 10.1159/isbn.978-3-318-06141-3
5. Magno S, Terribile D, Franceschini G, et al. Early onset lactating adenoma and the role of breast MRI: a case report. *J Med Case Report.* 2009;3:43. DOI: 10.1186/1752-1947-3-43
6. Khanna M, Manjari M, Khanna A. Lactating adenoma with infiltrating ductal carcinoma breast in a pregnant woman. *Indian J Cancer.* 2015;52(4):585-6. DOI: 10.4103/0019-509X.178391
7. Kumar H, Narasimha A, Bhaskaran, M N DR. Concurrent Lactating Adenoma and Infiltrating Ductal Carcinoma: A Case Report. *J Clin Diagn Res.* 2015 Aug;9(8):ED14-5. DOI: 10.7860/JCDR/2015/12786.6326

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Харитоновна Алёна Андреевна** – канд. мед. наук, науч. сотр., врач-онколог отд-ния лучевых и комбинированных методов лечения гинекологических заболеваний с группой восстановительной и эстетической медицины МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии». E-mail: a.kharitonova17@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-9893-5143

**Малик Денис Сергеевич** – канд. мед. наук, врач-онколог, врач пластический хирург отд-ния лучевых и комбинированных методов лечения гинекологических заболеваний с группой восстановительной и эстетической медицины МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии». E-mail: denis-malik@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7008-0809

**Левитская Наталья Вячеславовна** – канд. мед. наук, зав. отд-нием лучевых и комбинированных методов лечения гинекологических заболеваний с группой восстановительной и эстетической медицины МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии». E-mail: natalevicka@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-3445-8488

**Резник Иван Павлович** – врач-патологоанатом клинко-морфологического отдела МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии». E-mail: dr\_reznik.ip@mail.ru; ORCID: 0009-0008-2841-9870

**Урезко Ольга Андреевна** – клинический ординатор, МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии». E-mail: urezko.olga@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-4529-4490

**Селищев Никита Романович** – клинический ординатор МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии». E-mail: nselishev@bk.ru; ORCID: 0009-0000-2019-2773

Поступила в редакцию: 04.03.2025

Поступила после рецензирования: 24.03.2025

Принята к публикации: 27.03.2025

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Alena A. Kharitonova** – Cand. Sci. (Med.), Res. Officer, oncologist, Tsyb Medical Radiological Research Centre – branch of the National Medical Research Radiological Centre. E-mail: a.kharitonova17@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-9893-5143

**Denis S. Malik** – Cand. Sci. (Med.), oncologist, plastic surgeon, Tsyb Medical Radiological Research Centre – branch of the National Medical Research Radiological Centre. E-mail: denis-malik@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7008-0809

**Natalia V. Levitskaya** – Cand. Sci. (Med.), Tsyb Medical Radiological Research Centre – branch of the National Medical Research Radiological Centre. E-mail: natalevicka@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-3445-8488

**Ivan P. Reznik** – pathologist, Tsyb Medical Radiological Research Centre – branch of the National Medical Research Radiological Centre. E-mail: dr\_reznik.ip@mail.ru; ORCID: 0009-0008-2841-9870

**Olga A. Urezko** – Clinical Resident, Tsyb Medical Radiological Research Centre – branch of the National Medical Research Radiological Centre. E-mail: urezko.olga@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-4529-4490

**Nikita R. Selishchev** – Clinical Resident, Tsyb Medical Radiological Research Centre – branch of the National Medical Research Radiological Centre. E-mail: nselishev@bk.ru; ORCID: 0009-0000-2019-2773

Received: 04.03.2025

Revised: 24.03.2025

Accepted: 27.03.2025