

УДК: 618.19-002.3-073.4-3:618.6

ДІАГНОСТИКА Й ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ НЕЛАКТАЦІЙНИХ МАСТИТІВ

Г.А. Білоненко¹, І.Є. Верхулецький², О.Г. Осипов², Г.Г. Пилюгін²,
О.Г. Аксьонова¹, О.А. Аксьонов¹

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання¹
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького²

Реферат. Спостерігали 347 хворих на нелактаційний мастит. Встановлено, що структуру «нелактаційних маститів» переважно складають кісти (40,6%), перидуктальні мастити (23,6%), гнійні галактофорити (12,7%) та абсцеси (12,7%). В 2,6% жінок виявлені псевдозапальні форми раку. Малоінвазивні пункційно-дренажні втручання під ехографічним контролем проведено в 185 пацієнток. Середні терміни лікування після аспірації абсцесів $7,8 \pm 0,6$ доби, після дренивання – $12,3 \pm 1,3$. У 3,2% випадків гнійні процеси мають морфологічну підоснову – папілярні кісти, дуктектазії, внутрішньопротокові папіломи та рак. Автори вважають, що лікувальну програму та хірургічну тактику при гнійних процесах грудних залоз необхідно опрацьовувати індивідуально з урахуванням результатів ультразвукового дослідження.

Ключові слова: гнійний нелактаційний мастит, діагностика, малоінвазивні втручання.

Гнійні нелактаційні мастити (НЛМ) складають актуальну проблему невідкладної хірургії з огляду на відомі діагностичні та лікувальні труднощі, а також обмежену освіченість практичних лікарів у даному питанні [1, 2].

Недостатнє використання допоміжних заходів, зокрема, ультразвукового дослідження (УЗД) сприяє виникненню частих діагностичних помилок, стає причиною 29,9% неінформативних цитологічних аналізів та призводить до неадекватної побудови лікувальної програми, зайвому призначенню, наприклад, антибіотиків у 71% випадків [3, 4]. Проведення традиційних оперативних утручань хворим на гнійні НЛМ у хірургічному стаціонарі супроводжується тривалою (до 6-18 діб) госпіталізацією, виникненням рецидивів та незадовільних косметичних результатів, додатковими фінансовими витратами [5].

Диференційний підхід до різноманітних форм НЛМ із застосуванням малоінвазивних, візуально контрольованих утручань, які складають альтернативу загальноприйнятим хірургічним операціям, дозволяють відмовитись від госпіталізації або скоротити її терміни, поліпшити естетичні наслідки, зберегти бюджетні ресурси [6, 7].

Мета даної публікації – розробка диференційованої діагностично-лікувальної програми у хворих на НЛМ.

Матеріал та методи

Проаналізовано досвід діагностики та лікування у 347 хворих на НЛМ. Середній вік пацієнток склав $42 \pm 4,1$ роки (мін. – 20, макс. – 73). Клінічна діагностика зводилась до збирання скарг і анамнезу, огляду, пальпації та отримання виділень із сосків, якщо такі мали місце.

Рентгенологічні дослідження (мамо- та галактодуктографію) виконували на мамографічному комплексі Mammomat-3000 Nova із стереотаксичною приставкою для проведення прицільних біопсій.

УЗД проводили апаратами Logic-3 (General Electric), EnVisor (Fillips), AI-5200 (Dornier) з високочастотними лінійними електронними датчиками на 7,5 і 10 МГц.

Технологія діагностичних та лікувальних малоінвазивних утручань (МІУ) під контролем УЗД викладена у наших попередніх повідомленнях [8, 9].

У хворих на гнійні галактофорити застосовували власний спосіб черезпротокового візуально контрольованого дренивання термінальних молочних проток, а у жінок-реконвалесценток – спосіб контрастної сонодуктоскопії [10].

Бактеріологічні аналізи виконували шляхом посіву біоматеріалу на елективні живильні середовища з визначенням чутливості до антибіотиків за методом паперових дисків.

Безпосередні та віддалені результати простежено у терміни 1-7 років.

Статистичну обробку матеріалу проведено на РС Pentium-4 із використанням Microsoft Excel-2003 за стандартними програмами.

Проведення даної роботи узгоджено з біоетичною комісією при Донецькому національному медичному університеті.

Результати та обговорення

Усі пацієнтки були направлені з попереднім діагнозом «мастит». Клінічні прояви в них відповідали картині гострого запалення. У 161 (46,4%) жінки були присутні гнійні виділення із сосків.

Ехографічно в 141 (40,6%) пацієнтки виявлені ан- або гіпоехогенні утворення з чіткими межами, симетричними латеральними тінями, вираженим дорзальним підсиленням, що були оцінені як кісти із запаленням.

У 82 (23,6%) жінок у проекції ареоли виявлені вузькі деформовані ан-гіпоехогенні тяжі з гіперехогенними стінками, які радіарно збігалися до соска й нагадували «обгоріле дерево». Така ехографічна картина відповідала явищам перипротокового маститу.

У 44 (12,7%) випадках у пацієнок із рясними гнійними виділеннями із сосків ехографічно спостерігали ковбасоподібні, розширені (> 4 мм) термінальні молочні протоки, наявність у їхньому просвіті неоднорідного флотуючого вмісту, що оцінювали в якості гнійного галактофориту.

Поодинокі округлі або неправильної форми ан-гіпоехогенні утворення із чіткими нерівними межами, симетричними латеральними тінями, дорзальним підсиленням, внутрішніми гіперехогенними включеннями та флотацією внутрішнього вмісту оцінювали як однокамерні абсцеси, а численні (2-3) вогнища з аналогічними ехографічними характеристиками вважали багатокамерними абсцесами. З такою ехографічною картиною спостерігали 44 (12,7%) хворих.

У 9 (2,6%) спостереженнях ехографічна картина крім дифузного потовщення шкіри та відсутності диференціації внутрішньої структури не мала специфічних ознак, а в процесі подальшого обстеження у цих жінок було встановлено діагноз псевдозапального раку.

У решти 27 (7,8%) хворих виявлені інші запальні процеси – атероми із запаленням, кісти Монтгомері, тромбофлебіти (хвороба Мондора), перихондрити (синдром Тітце), інтрамарні лімфаденіти, гангрена грудної залози.

Хірургічну тактику опрацьовували відповідно ультраехографічним знахідкам. МІВ проведено 185 (53,3%) жінкам, у яких було встановлено діагнози кіст із запаленням (n=141) та абсцесів (n=44).

Кісти потребували тільки аспірацій, після яких проводили місцеве лікування – аплікації з протизапальними мазями. Середні терміни амбулаторного лікування 5,7±0,5 доби. Найближчі рецидиви протягом 10-14 діб виникли у 7 спостереженнях, що складає 5,0% від загальної кількості кістозних утворень. 5 жінкам проведено повторні пункції з алкоголізацією кістозних порожнин. У 2 жінок причиною рецидивів виявились внутрішньокістозні папілярні новоутворення. Після стихання гострого запального процесу їм у плановому порядку проведені секторальні резекції грудних залоз. У віддалені терміни рецидивів не виникало, результати визнані добрими.

При абсцесах тільки аспіраційні втручання проведено у 41 випадку, що складає 93,2% від

загальної кількості абсцесів. У 38 пацієнок було достатньо одноразової пункції, у 3 випадках – 3-4. У 3 спостереженнях проводили дренажування гнійних порожнин. Середні терміни лікування після аспірацій склали 7,8±0,6 доби, а після встановлення дренажів – 12,3±1,3 доби. У безпосередні та віддалені терміни рецидивів і деформацій грудних залоз не виникало, результати визнані добрими.

В етіологічній структурі НЛМ переважали золотистий (72,5%) та епідермальний (9,9%) стафілококи. Найбільшу чутливість ці патогени виявляли до цефалоспоринів, фторхинолонів та аміноглікозидів. За необхідності пероральні форми препаратів саме цих груп призначалися у якості провізornoї антибактеріальної терапії.

За нашими даними 36,3% (n=126) гнійних уражень грудних залоз пов'язані із протоковою системою і перебігають у вигляді перидуктальних маститів та гнійних галактофоритів, які, на наш погляд, не потребують хірургічних втручань. При гнійних галактофоритах ми застосовуємо власний спосіб візуально контролюваного ретроградного дренажування термінальних молочних проток із промиванням їх розчинами антисептиків або антибіотиків. Терміни лікування 7,8±0,7 діб. Безпосередні та найближчі результати добрі, віддалені – ще не отримані.

Перидуктальні мастити добре піддаються консервативним заходам із використанням антибіотиків, сульфаніламідів, метронідазолу та протизапальних мазей. Середні терміни лікування складають 11,3±1,1 доби.

У 95 жінок із гнійними галактофоритами та перипротоковими маститами після ліквідації гострого процесу зберігалися патологічні виділення із сосків, що потребувало додаткової діагностики стану протокової системи. Їм проведені цитологічні дослідження, рентгенівська галактодуктографія та ехографічна сонодуктоскопія за власною методикою. У результаті комплексної діагностики виявлено скриті патологічні процеси: дуктектазії у 5 жінок, внутрішньопротокові папіломи – у 3, внутрішньопротоковий рак – у 1 пацієнтки.

Таким чином, результати наших досліджень демонструють, що гострі запальні захворювання грудних залоз, які найчастіше кваліфікують «нелактаційними маститами», у дійсності мають різноманітну структуру й представлені переважно кістами (40,6%), перидуктальними маститами (23,6%), гнійними галактофоритами (12,7%) та абсцесами (12,7%). Поряд із доброякісними змінами в 2,6% жінок під маскою гострих запальних захворювань приховуються

псевдозапальні (бешихо- чи маститоподібні) форми раку.

Нашими дослідженнями встановлено, що у 3,2% випадків гострі гнійні процеси грудних залоз мають морфологічну підоснову – папілярні кісти, патологічні дуктектазії, внутрішньопротокові папіломи та рак. Даний факт доводить необхідність проведення після ліквідації гострих запальних явищ додаткових (цитологічних, рентгенологічних, ультразвукових) діагностичних заходів).

Провідна роль у діагностиці гострих запальних процесів належить УЗД, завдяки якому надається унікальна можливість, по-перше, деталізувати структуру НЛМ, по-друге, безпосередньо перед оперативним втручанням отримати повну й детальну інформацію про топографо-анатомічні властивості гнійного вогнища і, по-третє, спланувати адекватну лікувальну програму.

Висновки

1. Гнійно-запальні захворювання грудних залоз потребують диференційованого діагностично-лікувального підходу з урахуванням ультразвукової (ехографічної) семіотики патологічних процесів.

2. Альтернативні малоінвазивні візуально контрольовані пункційно-дренажні втручання виконують у випадках кіст та абсцесів за умов їхньої чіткої візуалізації за допомогою діагностичного ультразвуку.

3. Гнійно-запальні процеси молочних проток (перидуктальні мастити та гнійні галактофорити) підлягають переважно консервативній терапії з використанням антибактеріальних, протизапальних та імунокорегуючих препаратів, а в необхідних випадках – ретроградного візуально контрольованого дренування молочних проток.

4. У жінок старшого репродуктивного та менопаузального віку після ліквідації гострих явищ необхідно проводити комплексну діагностику стану грудних залоз для виявлення морфологічної, у т ч. й онкологічної підоснови запального процесу.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ НЕЛАКТАЦИОННЫХ МАСТИТОВ

Г.А. Білоненко, І.Е. Верхулецький, А.Г. Осипов, Г.Г. Пілюгин, О.Г. Аксенова, А.А. Аксенов

Реферат. Наблюдали 347 больных с нелактационным маститом. Установлено, что структуру «нелактационных маститов» преимущественно составляют кисты (40,6%), перипротоковые маститы (23,6%), гнойные галактофориты (12,7%) и абсцессы (12,7%). У 2,6% женщин выявлены псевдослапительные формы рака. Малоинвазивные пункционно-дренажные вмешательства под ультразвуковым контролем проведены у 185 пациенток. Средние сроки лечения после аспираций абсцессов $7,8 \pm 0,6$ суток, после дренирования – $12,3 \pm 1,3$. В 3,2% случаев гнойные процессы имеют морфологическую подоснову – папиллярные кисты, дуктектазии, внутрипротоковые папилломы и рак. Авторы считают, что лечебную программу и хирургическую тактику при гнойных процессах грудных желез необходимо выработать индивидуально с учетом результатов ультразвукового исследования.

Ключевые слова: гнойный нелактационный мастит, диагностика, малоинвазивные вмешательства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закиров Р.Ф., Дружков Б.К., Красильников Д.М. и др. О диагностике галактофорита // Казанский мед. журнал. – 2001. – Т. 82, № 5. – С. 410-411.
2. Голово Т.С., Яроцкий Н.Е. Комплексная ультразвуковая диагностика доброкачественных образований молочной железы // Здоровье женщины. – 2002. – № 4 (12). – С. 109 – 114.
3. Михетько А.А., Перов В.В. Информативность цитологического метода исследования в диагностике заболеваний молочной железы на дооперационном этапе // Вопросы онкологии. – 2005. – Т. 15, № 1. – С. 125-127.
4. Twine C., Gateley C.A. Antibiotic prescription for patients referred to a specialist breast clinic // Postgrad. Med. J. – 2006. – № 82. – P. 771-773.
5. Сажин В.П., Юришев В.А., Авдошенко А.Л. и др. Возможности эндовидеохирургических технологий в лечении гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2. – С.118-119.
6. Білоненко Г.А. Малоінвазивні втручання на молочній залозі під контролем ехоскопії // Променева діагностика, променева терапія. – 2002. – Випуск 13. – С.38-40.
7. Власов В.В., Суходоля А.І., Гойда М.С. Малоінвазивне хірургічне лікування нелактаційного гнійного маститу // Акт. питання естетичної та реконструктивної хірургії молочної залози: 60 тез доповідей Першої Всеукраїнської науково-практичної конференції. – К., 2004. – С. 20-21.
8. Білоненко Г.А., Верхулецький І.Є., Осипов О.Г., Білоненко О.Г. Запобігання косметичним дефектам у хворих на гнійний післяпологовий мастит // Хірургія України. – 2005. – № 4. – С. 80-85.
9. Білоненко Г.А., Аксенов О.А., Аксенова О.Г. Малоінвазивні втручання під ехографічним контролем при гнійних нелактаційних маститах // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Укр. мед. стомат. академії. – 2008. – Т. 8, вип. 1-2 (21-22). – С. 203-205.
10. Спосіб контрастної сонодуктографії. Патент України 57518 А. МПК А61В8/00.- Грінцов О.Г., Білоненко Г.А., Успенський Д.А., Білоненко О.Г., Євіч Ю.Ю. (Україна).- Бюл. № 6. – 2 с.