

УДК 618.19-002.3-073.4-3:618.6

Г.А. Белоненко¹, И.Е. Верхулецкий², А.Г. Осипов², Г.Г. Пилюгин²,
А.А. Аксенов¹, Е.Г. Аксенова¹

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ГАЛАКТОФОРИТА

¹Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

²Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

На основании конкретных ультразвуковых симптомов авторы выделяют отдельную нозологическую форму воспаления груди – гнойный галактофорит и для его лечения предлагают малоинвазивную органосберегающую технологию – визуально контролируемое ретроградное дренирование полости гнойника с аспирацией гноя через естественное отверстие молочного протока на соске. Предлагаемая технология в отличие от традиционного хирургического вмешательства позволяет избежать госпитализации, сократить сроки лечения на 14-15 дней и получить хорошие косметические результаты.

Ключевые слова: галактофорит, УЗИ, малоинвазивные операции

Наряду с кистами, перипротоковыми маститами и абсцессами гнойный галактофорит (ГГ) является одной из форм воспалительных заболеваний груди. Как правило, ГГ характерен для женщин среднего и старшего возраста, не связан с лактацией и локализуется преимущественно в молочных синусах. Среди доброкачественных воспалительных состояний груди ГГ занимает 3 место после кист с воспалением и перипротоковых маститов и встречается с частотой 12,7-13,0% [2].

Клиническая диагностика ГГ является затруднительной из-за отсутствия каких-либо специфических симптомов, а наличие только лишь общих воспалительных признаков и обильных гнойных выделений из соска не позволяет провести полноценный дифференциальный диагноз между кистами, перипротоковыми маститами, абсцессами и мастито- или рожистоподобным раком [9].

Использование таких дополнительных методов диагностики, как цитологический или бактериологический, не является достаточно информативным, особенно с точки зрения прикладной хирургии, когда не представляется возможным получить точные топографо-анатомические характеристики гнойного очага [5].

Диагностическая маммография в случаях ГГ также недостаточно эффективна из-за отсутствия специфической семиотики и возникновения болевой реакции при достижении необходимой компрессии, а проведение контрастного рентгенологического исследования

молочных протоков (галактодуктографии) на фоне гнойного воспаления имеет известные противопоказания из-за угрозы генерализации инфекционного процесса [4].

В настоящее время наиболее адекватным методом диагностики гнойно-воспалительных заболеваний груди считают ультразвуковое исследование (УЗИ) [1, 8]. Однако, научные публикации по этому вопросу немногочисленны и противоречивы, а сообщения об использовании диагностического ультразвука, как способа навигации при малоинвазивных вмешательствах у больных с ГГ, в доступных источниках нами не обнаружены.

Обычно для лечения ГГ применяют противовоспалительные и противомикробные средства, а при отсутствии положительного эффекта от консервативных мероприятий прибегают к хирургическим вмешательствам в объеме вскрытия и дренирования полости гнойника или иссечения гнойно-воспалительного инфильтрата с наложением первичных, первично-отсроченных или вторичных швов [7].

Эти традиционные операции нуждаются в проведении общего обезболивания, сопровождаются осложнениями в виде несовпадения топики хирургического разреза с локализацией гнойника, несостоятельности первичных швов, возникновения ранних и поздних рецидивов, маммиллярных свищей. Они требуют длительной госпитализации, дополнительных финансовых расходов, продолжительного амбулаторного лечения и не всегда сопровожда-

ются желаемыми косметическими результатами [3].

Цель работы – обобщение собственного опыта диагностики и лечения ГГ с использованием передовых малоинвазивных технологий – органосохраняющих вмешательств под визуальным сонографическим контролем в режиме реального времени.

Материал и методы

В основу данного научного исследования положены наблюдения за 67 женщинами в возрасте от 19 до 68 лет (средний возраст $45,4 \pm 6,9$ года), которых в соответствии с методами диагностики и лечения распределили на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 50 пациенток, у которых внедряли разработанную нами малоинвазивную технологию, а в контрольную – 17 больных, перенесших традиционные хирургические вмешательства.

Применяли клинические и ультразвуковые методы исследования. Ультразвуковую диагностику и визуальный контроль за малоинвазивными вмешательствами (МИВ) проводили высокочастотными электронными линейными адаптерами на сканерах Logic-3 (General Electric) и EnVisor (Fillips) в режиме серой шкалы (В-режим). Учитывали локализацию процесса, ширину и конфигурацию дистальных отделов молочных протоков, характер содержимого в них, состояние стенок и окружающих тканей.

Для выполнения авторского способа диагностики и лечения ГГ проводили ультразвуковое сканирование пораженного участка груди, определяли диаметр молочных синусов, обнаруживали в них флотирующее содержимое и при диаметре молочного синуса не менее 0,4 см осуществляли эвакуацию гноя через естественное отверстие молочного протока на соске под визуальным ультразвуковым контролем в режиме реального времени [6].

Проведение данного исследования одобрено биоэтической комиссией при Донском национальном медицинском университете им. М.Горького. Все манипуляции осуществлялись после устного информированного согласия пациенток.

Результаты и обсуждение

Нашими ультразвуковыми исследования-

ми установлено, что ГГ, как отдельная форма острого воспаления груди, характеризовался суб- и периареолярной локализацией патологического процесса, а именно в молочных синусах, и отличался от других заболеваний, например, перипротокового мастита тем, что его ультразвуковая семиотика включала наличие значительно расширенных (не менее 0,4 см), «колбасовидных» молочных протоков, в просвете которых выявлялось флотирующее содержимое (рис. 1., 2.).

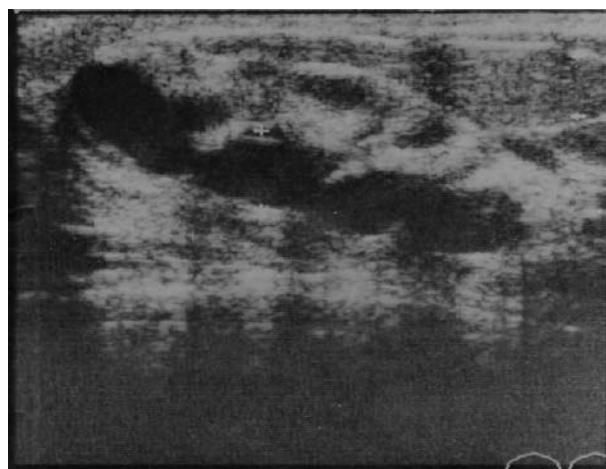


Рис. 1. Ультрасонограмма гнойного галактофорита. В субареолярной зоне на фоне инфильтрированных тканей продолговатое анэхогенное образование 3,50 x 0,55 см (молочный проток), которое несколькими гиперэхогенными спиклоподобными выступами разделяется на отдельные камеры, соединяющиеся между собой

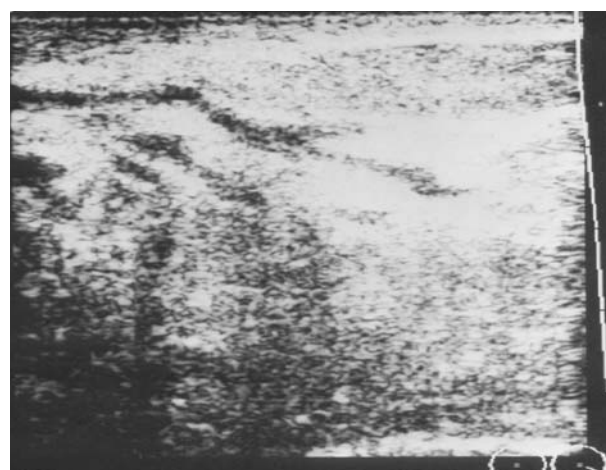


Рис. 2. Ультрасонограмма перипротокового мастита. В субареолярной зоне на фоне инфильтрированных тканей несколько анэхогенных тяжей шириной 0,1-0,2 см (молочные протоки), которые радиарно собираются к соску и напоминают обгорелое дерево



Рис. 3. Расширение устья сецернирующего протока с помощью специального инструмента



Рис. 4. Эвакуация гноя из молочного синуса

Так, диаметр молочных синусов у женщин основной группы колебался от 0,4 до 1,2 см и в среднем составлял $0,5 \pm 0,04$ см. Флотация внутреннего содержимого протоков, как один из основных ультразвуковых симптомов ГГ, выявлена в 48 (96,0%) случаях.

Для ретроградной интубации молочного синуса, содержащего гной, у 36 женщин основной группы понадобилось расширение устья протока на соске с помощью предложенного нами инструмента (рис. 3.).

В качестве дренажей использовали венозные катетеры. Ретроградно через расширенное наружное отверстие на соске в направлении к молочному синусу проводили катетер, продвижение и положение которого контролировали визуально с помощью диагностического ультразвука непосредственно в режиме реального времени.

Убедившись в попадании катетера в зону интереса, к нему присоединяли шприц и с помощью отрицательного давления аспирировали гной (рис. 4.).

Процесс и полноту опорожнения гнойной полости также контролировали визуально путем ультразвукового сканирования. После эвакуации гноя молочный синус многократно промывали растворами антисептиков до получения прозрачной жидкости.

При сравнительном анализе эффективности диагностики и лечения ГГ с использованием авторского и традиционного методов учитывали совпадение топики разреза с локализацией полости гнойника, частоту осложнений, рецидивов, повторных операций и госпитализаций, длительность пребывания в стационаре, общие сроки лечения, наличие косметических дефектов (см. табл.).

Результаты традиционного и миниинвазивного лечения

Таблица.

Показатель	Традиционное лечение (n = 17)	МИВ (n = 50)
Несовпадение разреза	2 (11,8%)	0
Осложнения, рецидивы	4 (23,5%)	3 (6,0%)
Повторные операции	3 (17,6%)	2 (4,0%)
Сроки госпитализации	$11,5 \pm 1,2$ койко/дней	0
Повторные госпитализации	3 (17,6%)	0
Общая продолжительность болезни	$26,9 \pm 2,3$ дней	$12,4 \pm 1,1$ дней
Косметические дефекты	7 (41,2%)	0

Таблиця отражає, що МІВ мають суттєві переваги в порівнянні з традиційними хірургічними операціями. Так, більшість, які перенесли МІВ лічилися амбулаторно, у них не проводились повторні госпіталізації і не виникали косметичні дефекти, а загальна тривалість хвороби була коротше на 14 днів, т.е. на 2 тижні.

Аналіз ускладнень і рецидивів після МІВ показав, що їх причиною в одному випадку стала тріщина соска в результаті його травматичного розширення, а в двох інших – пренебреження пацієнток консервативним лікуванням. Тріщину соска удалось ліквідувати консервативно, а в двох випадках потребувалися повторні дренирування і санація молочних синусів.

Отдаленні результати МІВ в строки 1 до 3 років визнані хорошими.

З а к л ю ч е н н я

Гнійний галактофорит, як характерна форма запального ураження жіночої груді, має специфічну ультразвукову семиотику, що дозволяє вважати його окремою нозологічною одиницею і враховувати при встановленні клінічного діагнозу.

Малоінвазивний органосохраняючий спосіб лікування гнійного галактофорита шляхом візуально контролюваного ретроградного дренирування гнійної порожнини і аспірації гною через природне отвір молочного протока на сосці має неоспорні переваги перед традиційними хірургічними втручаннями, дозволяє уникнути госпіталізації, скоротити строки лікування, отримати хороші косметичні результати.

СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО ГАЛАКТОФОРИТУ

Г.А. Белоненко, І.Є. Верхулецький, О.Г. Осипов, Г.Г. Пілюгін, О.А. Аксьонов, О.Г. Аксьонова

На підставі конкретних ультразвукових симптомів автори виділяють окрему нозологічну форму запалення груді – гнійний галактофорит і для його лікування пропонують малоінвазивну органозберігаючу технологію – візуально контрольоване ретроградне дренирування порожнини гнійника з аспірацією гною через природний отвір молочного про-

току на соску. Технологія, що пропонується, відрізняється від традиційного хірургічного втручання можливістю уникнути госпіталізації, скоротити строки лікування на 14-15 днів та отримати гарні косметичні результати.

Ключові слова: галактофорит, УЗД, малоінвазивні операції

METHOD OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PURULENT GALACTOPHORITIS

H.A. Belonenko, I.Ye. Verkhuletskii, O.H. Osipov, H.H. Piliuhin, O.A. Aksonov, O.H. Aksonova

On the basis of concrete ultrasonic symptoms authors allocate the separate nosological form of an inflammation of a breast — purulent galactophoritis and for its treatment offer minimal invasive technology — visually controllable retrograde drainage of a purulent cavity with a pus aspiration through a natural foramen of a milk duct on a nipple. The offered technology unlike a traditional surgical intervention allows to avoid hospitalisation, to reduce treatment terms to 14-15 days and to receive good cosmetic results.

Keywords: galactophoritis, sonography, miniinvasive procedure

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоненко Г.А. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний молочных желез / Г.А. Белоненко, А.Д. Зубов, Е.Г. Аксенова // Ультразвуковая диагностика в медицине невідкладних станів. Тези доповідей. – 2007. – С. 23-25.
2. Белоненко Г.А. Воспалительные заболевания молочной железы вне периода лактации: комплексная диагностика и тактика ведения / Г.А. Белоненко, А.Г. Осипов, Е.Г. Аксёнова, А.А. Аксёнов // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 59-62.
3. Рутенбург Д.Г. Клинико-эпидемиологические аспекты и хирургическое лечение лактационных маститов / Д.Г. Рутенбург, А.В. Коньчев, Е.А. Коньчева, О.В. Кокорев // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – № 3. – С. 55-59.
4. Білоненко Г.А. Мамографія при гострих запальних захворюваннях молочних залоз / Г.А. Білоненко, М.Б. Первак, О.А. Карпенко // Променева діагностика, променева терапія. Наукові статті та тези доповідей. – 2007. – С. 29-31.
5. О диагностике галактофорита / Р.Ф. Закиров, Б.К. Дружков, Д.М. Красильников и др. // Казанский мед. журнал. – 2001. – Т. 82, № 5. – С. 410-411.
6. Спосіб діагностики й лікування гнійного галактофориту: Патент України 49337. МПК А61В8/00.– Білоненко Г.А., Осипов О.Г., Аксьонова О.Г., Аксьонов О.А. (Україна).– Бюл. № 8, 2010.– 3 с.
7. Чадаев А.П. Острый гнійний лактационний мастит. / А.П. Чадаев, А.А. Зверев. – М.: Медицина, 2003. – 128 с.
8. Ellis R.L. Sonographic Confirmation of a Mammographically Detected Breast Lesion / R.L. Ellis // AJR. – 2011. – Vol. 196, № 1. – P. 225-226.
9. International expert panel on inflammatory breast cancer: consensus statement for standardized diagnosis and treatment / S. Dawood, S.D. Merajver, P. Viens et al. // Annals of Oncology. – 2011. – Vol. 22, № 3. – P. 515-523.

Стаття надійшла 29.03.2011