

УДК 618.19-002.2-006:618.193-002

Р.Ф. ЗАКИРОВ², Б.К. ДРУЖКОВ², В.А. ПЫРКОВ², Д.Е. ВОЛКОВ¹, А.Г. ИЗМАЙЛОВ¹

¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

²Госпиталь для ветеранов войн, 420039, г. Казань, ул. Исаева, д. 5

Диагностика и лечение больных галактофоритом как профилактика развития нелактационного мастита

Закиров Рустем Фаридович — кандидат медицинских наук, врач хирургического отделения, тел. (843) 557-29-26, e-mail: zakmurat@yandex.ru

Дружков Борис Константинович — кандидат медицинских наук, доцент, врач онколог-маммолог поликлиники, тел. (843) 557-29-26, e-mail: zakmurat@yandex.ru

Пырков Вячеслав Андреевич — заведующий хирургическим отделением, тел. (843) 557-29-26, e-mail: pyrkovgvv@rambler.ru

Волков Дмитрий Евгеньевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии, тел. (843) 557-39-46, e-mail: gsurgery1@yandex.ru

Измайлов Александр Геннадьевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии, тел. (843) 557-39-46, e-mail: izmailov_alex@mail.ru

Проанализирован опыт диагностики и лечения 560 больных секреторной мастопатией, осложненной галактофоритом. Составлен алгоритм обследования больных с патологическими гнойными выделениями из протоков молочных желез. Комплексная консервативная терапия, включающая противовоспалительный и антибактериальный компонент, позволяет добиться полного излечения до 92,5% и избежать развития нелактационного мастита.

Ключевые слова: секреторная мастопатия, галактофорит, нелактационный мастит.

R.F. ZAKIROV², B.K. DRUZHKOV², V.A. PYRKOV², D.E. VOLKOV¹, A.G. IZMAYLOV¹

¹Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

²Hospital for War Veterans, 5 Isayev St., Kazan, Russian Federation, 420039

Diagnosis and treatment of patients with galactophoritis as prevention of development of non-lactational mastitis

Zakirov R.F. — Cand. Med. Sc., Head of Surgical Department, tel. (843) 557-29-26, e-mail: zakmurat@yandex.ru

Druzhkov B.K. — Cand. Med. Sc., Associate Professor, oncologist and breast physician, tel. (843) 557-29-26, e-mail: zakmurat@yandex.ru

Pyrkov V.A. — Head of Surgery Division, tel. (843) 557-29-26, e-mail: pyrkovgvv@rambler.ru

Volkov D.E. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of General Surgery, tel. (843) 557-39-46, e-mail: gsurgery1@yandex.ru

Izmaylov A.G. — Cand. Med. Sc., Assistant of the Department of General Surgery, tel. (843) 557-39-46, e-mail: izmailov_alex@mail.ru

The article analyzes experience of diagnosis and treatment of 560 patients with secretory mastopathy complicated with galactophoritis. An algorithm of examination of the patients with pathological purulent discharge from the ducts of the mammary glands is made. Complex conservative therapy, including anti-inflammatory and antibacterial component allows to achieve full recovery to 92.5% and prevents the development of not-lactational mastitis.

Key words: secretory mastopathy, galactophoritis, non-lactational mastitis.

Понятие «нелактационный мастит» включает асептическое и бактериальное воспаление в молочной железе вне периода беременности и лактации. В подавляющем числе случаев больные нелактационным

маститом — женщины в возрасте от 15 до 45 лет [1, 2]. Предрасполагающим фактором в развитии нелактационного мастита считается наличие в организме женщины длительно существующих очагов гнойной

инфекции, таких как хронические воспалительные заболевания ротовой полости, ЛОР-органов, пищеварительного тракта, мочеполовой системы, которые в свою очередь являются эндогенными источниками патогенных микроорганизмов [3, 4]. Эндогенная инфекция проникает и распространяется в молочной железе гематогенными и лимфогенными путями [5].

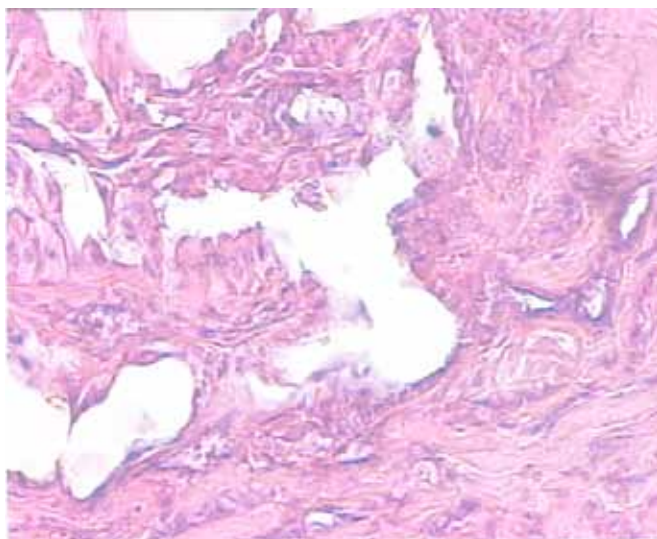
Основной причиной возникновения нелактационного мастита является экзогенное проникновение инфекции через наружное отверстие млечных протоков в их русло и развитие галактофорита. Благоприятным фактором для его развития является наличие секрета из соска молочной железы [6]. Секрет является хорошей питательной средой для развития и роста микроорганизмов, поступающих в протоковое русло, при стафилококковой инфекции кожных покровов: пиодермия, фурункулез, инфицированное акне, а по данным зарубежной медицинской литературы, из ротовой полости полового партнера (кариес, ангина).

Основной особенностью клиники нелактационного мастита является подострое течение заболевания [8]. Это обусловлено тем, что в своем начале воспалительный процесс ограничен лишь протоковым руслом и обозначается как галактофорит (галактофор-млечный проток) [4]. Выход инфекции в интерстиции доли сопровождается общевоспалительной реакцией — субфебрильной температурой, болезненностью, имеющей точную локализацию, образованием ограниченного инфильтрата, а затем и абсцесса, не имеющего тенденции к распространению на другие отделы молочной железы.

Существенное значение в возникновении мастита имеют изменения в иммунной системе организма больной [7, 8]. Развитию острого нелактационного мастита способствуют переохлаждение, длительный застой патологического, инфицированного секрета молочной железы, что приводит к десквамации протокового эпителия, повышению проницаемости его стенок и выходу инфекционного процесса в перидуктальную клетчатку (рис. 1).

Рисунок 1.

Эктазия протоков молочной железы. Расширенный проток с пикнотичным эпителием, сжимающимся в просвет

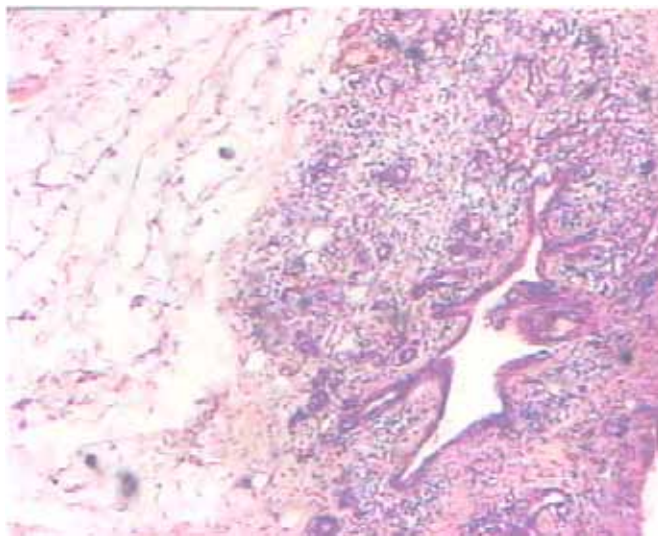


Примечание: Эпителиальная выстилка на некотором протяжении нарушена, выход липидов в строму, образование гранул из гистиоцитарных клеток

На резекционном материале при выполнении селективной дуктолобэктомии четко прослеживались проявления хронического воспаления в перидуктальных отделах паренхимы доли. Патогистологические исследования таких препаратов обнаруживали наряду с воспалительными изменениями протоков и очаги полинуклеарной, гистиоцитарной, плазмоцитарной инфильтрации в перидуктальной клетчатке (рис. 2).

Рисунок 2.

Проток молочной железы с мелкими альвеолами и папилломами



Примечание: В строме вокруг протока инфильтрация, образованная гистиоцитами, лимфоцитами, плазматическими клетками, склероз

Динамика морфологических изменений от нейтрофильного воспаления до гранулематозного мастита представляет собой большой научный и практический интерес в раскрытии механизмов малигнющего процесса на фоне хронического воспаления. Мы имеем три наблюдения, когда больные длительное время являлись носителями хронического очага воспаления, возникшего в постлактационном периоде, и у которых в последующем на фоне фиброзно-воспалительных изменений ткани молочной железы и гранулематозных инфильтратов возникли аденокарциномы.

Основным клиническим проявлением галактофорита являются гнойные выделения секрета из протоков молочной железы, которые сочетались с фоновыми серозными и реже с молозивными из других протоков. Последние, как правило, встречались на фоне постлактационной следовой галактореи спустя 1-3 года после грудного вскармливания. Диагноз галактофорита всегда имел микробиологическое подтверждение. При бактериологическом исследовании секрета обнаруживалась бактериальная флора, обычно стафилококковой принадлежности. Кроме стафилококка, бактериологическое исследование определяло кишечную палочку, стрептококки, грибы. Число колоний микробов колебалось от 30 до 2500 КОЕ в одном мл. С помощью цитологического исследования мы выявляли клеточный состав выделений из соска и по нему интерпретировали патологию внутри протока. Обнаружение в секрете скопления полинуклеаров, макрофа-

гов, тучных и плазматических клеток, слущенных эпителиальных клеток позволяло нам утвердить диагноз галактофорита и применить патогенетически обоснованную консервативную терапию. Дополнительным методом диагностики является контрастная галактография. Именно она была способна визуализировать патоморфологию процесса, происходящего в протоке и дренируемой им доле молочной железы.

Нами разработаны показания для проведения галактографии:

1. Отсутствие бактериальной инвазии при микробиологическом исследовании.

2. Неэффективное консервативное лечение больных галактофоритом и рецидив заболевания.

При галактофорите галактограмма позволяла нам дифференцировать интра- и перидуктальные изменения, определяющие тяжесть заболевания. Так, в ранних случаях галактофорита (постлактационный галактофорит) мы обнаруживали равномерное расширение протоков, иногда чередующееся с «перехватами» (рис. 3).

Рисунок 3.
Галактограмма молочной железы больной Ш., 40 лет



Примечание: определяется сеть равномерно контрастированных млечных протоков со сгущением рисунка на всем протяжении с образованием кистозных полостей на периферии. Диагноз: хроническое воспаление и кистозная мастопатия

При более поздних проявлениях обнаруживались пристеночные дренируемые кисты, иногда папиллярные разрастания (рис. 4).

Вовлечение в процесс перидуктальной клетчатки обычно характеризовалось изгибами, извитостью протоков и их сгущением как результат перидуктальной или лобулярной фибротизации (рубцевание). Учитывая изменения на галактограммах, мы ввели понятие деформирующего галактофорита (рис. 5).

На основании данных проведенных исследований составлен алгоритм диагностических исследований при выделениях гнойного характера (рис. 6). Последовательное выполнение как диагностических этапов позволяет выяснить причину патологических выделений из соска и назначить обоснованное лечение.

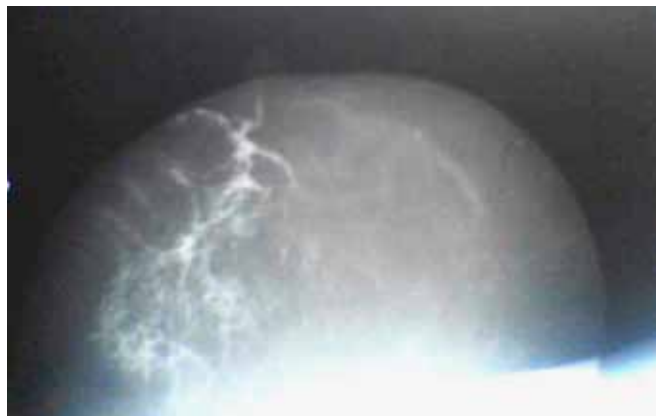
В комплексной терапии 560 больным секреторной мастопатией, осложненной галактофоритом, мы применяли три комбинации терапевтических методов лечения в трех группах больных, одинаково достоверных по возрасту и характеру патологии:

Рисунок 4.
Галактограмма молочной железы больной Г., 27 лет



Примечание: определяется контрастированный проток по типу мешотчатых и цилиндрических дуктэктазий извитой формы с образованием мелких кист на периферии, в подсосковой области в просвете протока дефект наполнения 0,2 см с четкими контурами. Диагноз: внутрипротоковая папиллома в сочетании с хроническим воспалением

Рисунок 5.
Галактограмма молочной железы больной Г., 42 года



Примечание: определяется сеть равномерно контрастированных млечных протоков, деформированных по типу мешотчатых дуктэктазий в околососковой области и сгущение рисунка мелких ветвлений протока на периферии. Диагноз: хронический деформирующий галактофорит

1. Ретромаммарная новокаиновая блокада с антибиотиком, гормонотерапия, лаваж протоков молочной железы.

2. Озонотерапия, системная антибиотикотерапия, гормонотерапия, лаваж протоков молочной железы.

3. Лазеротерапия, гормонотерапия, системная антибиотикотерапия, лаваж протоков.

Лечение начинали обычно с 5–7-го дня менструального цикла. Обычно уже через 2–3 месяца секреторная активность прекращалась, но в ряде случаев сохранялись патологические выделения из 1–2-го протоков молочной железы. Результаты лечения на рис. 7.

Рисунок 6. Алгоритм обследования больных при выделениях из соска гнойного характера

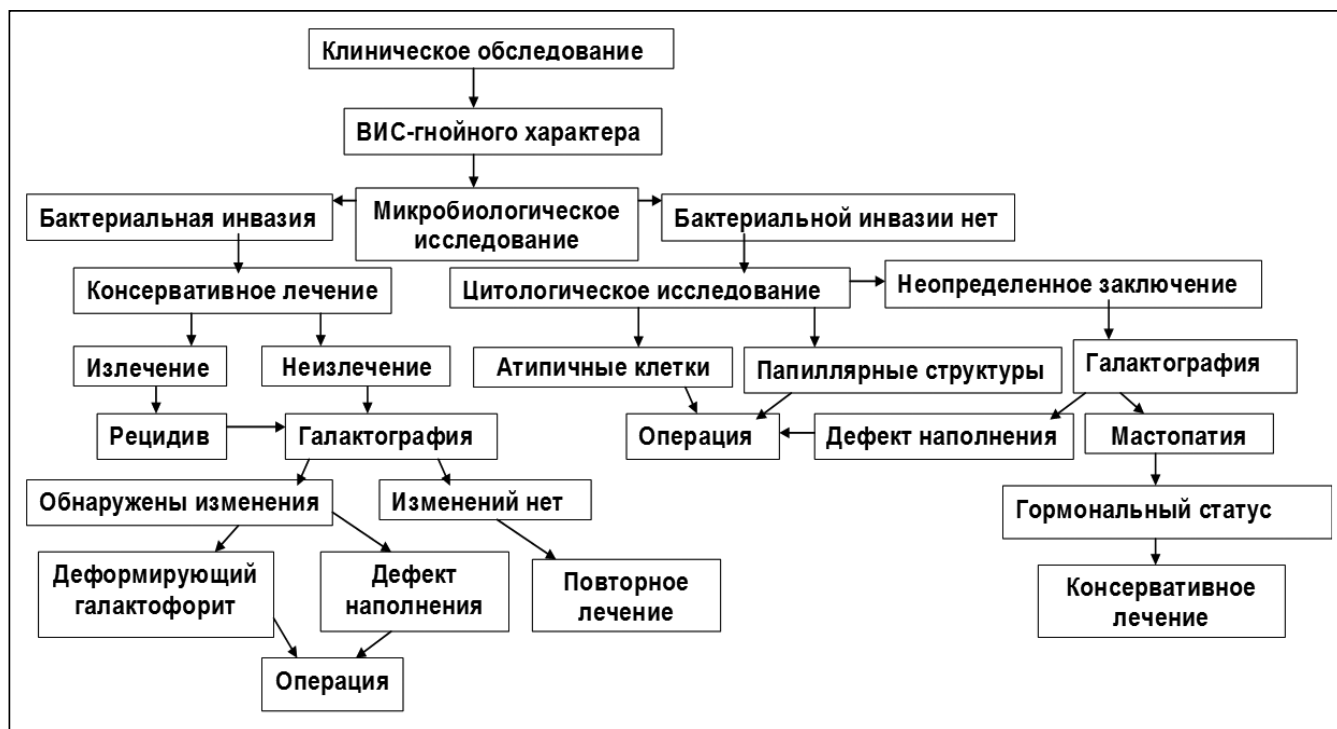


Рисунок 7. Результаты лечения

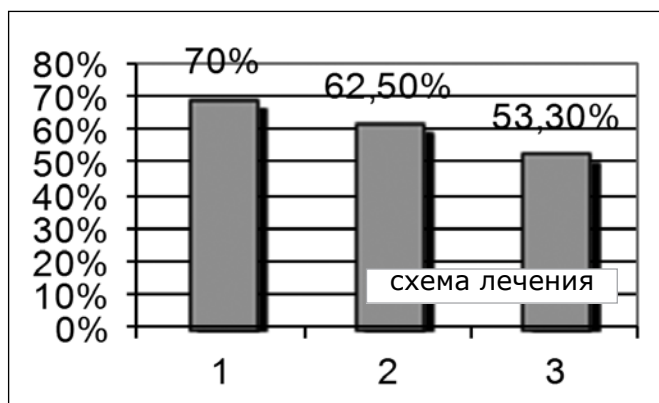


Рисунок 8. Результаты лечения

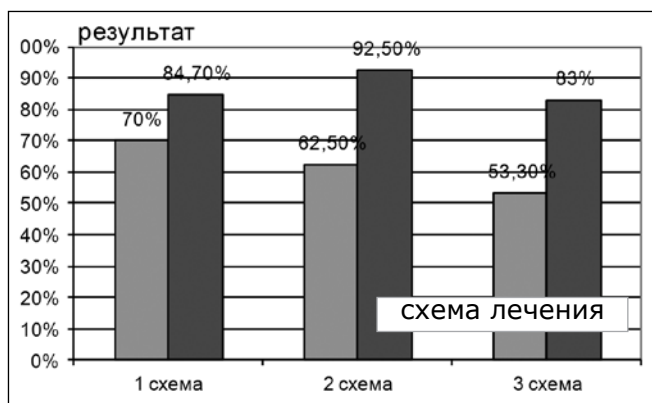


Таблица 1. Результаты лечения по группам

| Варианты лечения | Количество больных | Продолжительность лечения | Полное излечение | Рецидив заболевания 6 месяцев (от количества излеченных) | Рецидив заболевания 12 месяцев (от количества излеченных) |
|------------------|--------------------|---------------------------|---------------------|--|---|
| 1-я схема | 340 больных | 90 дней | 288 (84,7%) больных | 10 (3,4%) больных | 62 (21,5%) больных |
| 2-я схема | 160 больных | 90 дней | 148 (92,5%) больных | - | 6 (4%) больных |
| 3-я схема | 60 больных | 90 дней | 50 (83,3%) больных | 12 (20%) больных | 16 (32%) больных |



В первой схеме лечения 340 больных, выздоровление через три месяца наступило у 238 (70%). Во второй схеме лечения 160 больных галактофоритом, полное излечение через три месяца отмечено у 100 (62,5%). В третьей схеме лечения 60 больных галактофоритом, излечение через три месяца наступило у 32 (53,3%) больных. Не прекращая гормонотерапии, этим больным проводили лаваж пораженных протоков. Применение селективного лаважа протоков МЖ позволило улучшить результаты полного излечения больных (рис. 8).

Результаты лечения

В первой схеме лечения — до 84,7%, во второй — до 92,5%, в третьей — до 83,3% случаев. Количество рецидивов заболевания в первый год наблюдения было различным в каждой группе (табл. 1).

При деформирующем и многократно рецидивирующем галактофорите проводилось хирургическое лечение. Операция селективной дуктолоэктомии выполнена 92 пациентам. Применение данной методики позволило нам исключить деформации молочной железы, а стало быть, избежать асимметрии молочных желез, добиться нежного рубцевания, что в свою очередь является важным фактором в профилактике «рубцовых раков молочной железы». Рецидивов заболевания после оперативного лечения нами не выявлено.

Средняя продолжительность пребывания оперированных больных в стационаре составила 6,6 дня. В послеоперационном периоде не требовалось назначения наркотических препаратов, что связано с

минимальной послеоперационной травмой. Несмотря на применение двухпросветного аспирационного и закрытого дренирования, мы имели только 1 наблюдение инфицирования секрета в остаточной полости, которое было успешно излечено удалением содержимого и назначением антибиотиков (ретромаммарное введение). Другим видом послеоперационного осложнения были 2 наблюдения гематомы раны, которые возникли в результате неадекватного гемостаза и нарушения функционирования воздухо-струйного дренажа при obturации внутренней трубки. В одном наблюдении для удаления свернувшейся гематомы пришлось открыть рану для механического удаления сгустков, в другом гематома была эвакуирована методом промывания через дренаж и пункционную иглу, введенную в полость.

Выводы

1. Галактофорит является частым осложнением секреторной мастопатии и причиной развития нелактационного мастита.

2. Диагностика галактофорита должна включать помимо бактериологического исследования и галактографию.

3. Комплексная консервативная терапия, включающая компонент противовоспалительного и антибактериального компонента, позволяет добиться полного излечения до 92,5%.

4. При деформирующем и многократно рецидивирующем галактофорите консервативное лечение бесперспективно и только выполнение селективной дуктолоэктомии обеспечивает полное излечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королев М.П., Кутушев Ф.Х. и др. К вопросу об этиологии, патогенезе и клинике нелактационного мастита // Вестник хирургии. — 1996. — Т. 155, № 3. — С. 16-18.

2. Коньчев А.В., Коньчева Е.А. Хирургическое лечение острых нелактационных маститов // Амбулаторная хирургия. — 2007. — № 3. — С. 60.

3. Дерябин Д.Г., Кулаев П.П. Роль стафилококков в возникновении, развитии и хронизации лактационных маститов // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. — 2000. — № 2. — С. 118-120.

4. Закиров Р.Ф., Дружков Б.К., Красильников Д.М., Жаркова Т.Ф., Старцева Л.М. О диагностике галактофорита // Казанский медицинский журнал. — 2001. — № 5. — С. 410-411.

5. Пустотина О.А. Лактационный мастит: теория и практика медицинской помощи // Российский вестник акушера и гинеколога. — 2013. — № 5. — С. 105-108.

6. Красильников Д.М., Дружков Б.К., Закиров Р.Ф. Лазеротерапия в лечении больных галактофоритом // Актуальные вопросы маммологии / Материалы межрегиональной научно-практической конференции. — Барнаул, 2001, 5-6 июня. — С. 102-103.

7. Троиц Е.Б., Шерстнов М.Ю., Галкин В.А. Результаты лечения острых воспалительных заболеваний молочных желез в амбулаторных условиях // Амбулаторная хирургия. — 2010. — № 1. — С. 55-62.

8. Спесивцев Ю.А., Волкова С.Д. и др. Состояние иммунной системы при нелактационном мастите // Тезисы доклада научной конференции. Хирургическая анатомия, техника и патофизиология. — С.-Петербург, 1995. — С. 133-134.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

РОССИЙСКИЕ УЧЕНЫЕ РАЗРАБОТАЛИ УНИКАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ НИТИ

На сегодняшний день хирурги активно используют кетгут — саморассасывающуюся нить из очищенной ткани животных. Но в ближайшее время в Томске заработает первое в России предприятие, производящее аналог: шовный материал из полимеров гликолевой и молочной кислот, передает ИТАР-ТАСС. Чтобы получить аналог, ученые потратили два года на исследования. В данный момент нити тестируют.

Авторы проекта убеждены: Томск сможет полностью перекрыть спрос, вытеснив импортную продукцию. Это позволит снизить цены на нить в 2–2,5 раза. Еще совсем недавно (до 2010 года) технологиями производства глиоксаля располагали только семь стран в мире. Из глиоксаля синтезируется гликолевая кислота, а на ее основе два полимера — полигликолид и полилактид. Это основа биоразлагаемых материалов

Источник: Meddaily.ru