

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ

Кучеренко А.Д., Старков И.И., Бебия Н.В., Нагоева Э.Ю.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

УДК: 618.19:616-003.828-08

Резюме

Представлен алгоритм лечения пациентов с фиброзно-кистозной мастопатией.

Ключевые слова: мастопатия, алгоритм, диагностика.

TREATMENT ALGORITHM IN FIBRO-CYSTIC MASTOPATHY PATIENTS

Kucherenko A.D., Starkov I.I., Bebia N.V., Nagoeva E.Yu.

The article features treatment algorithm in fibro-cystic mastopathy patients.

Keywords: mastopathy, algorithm, diagnostics.

Проблема диагностики и лечения различных форм мастопатий в настоящее время особенно актуальна, т.к. частота доброкачественных заболеваний молочной железы по данным различных авторов достигает 70–92%. Неполноценное обследование и лечение больных с такой патологией создает условия для развития злокачественных новообразований молочной железы.

В настоящее время мастопатия определяется как фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся широким спектром пролиферативных и дегенеративных изменений ткани молочных желез с ненормальным соотношением эпителиального и стромального компонентов (ВОЗ, Женева, 1984). Все многообразие изменений в молочных железах в ответ на патологическое воздействие характеризуется неравномерным ростом эпителия и соединительной ткани, подавлением процессов физиологического роста и нарастанием преждевременных инволютивных процессов.

Мы в своей работе пользовались классификацией Н.И. Рожкова (1993), где выделяются следующие формы мастопатии:

- диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента;
- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
- смешанная диффузная фиброзно-кистозная мастопатия;
- склерозирующий аденоз;
- узловатая фиброзно-кистозная мастопатия.

Основными клиническими проявлениями кистозной мастопатии являются болевые ощущения в молочных железах, пальпируемые образования, выделения из сосков. Боли, как правило, усиливаются за несколько дней до менструации и прекращаются или уменьшаются после ее окончания, имеют различную интенсивность и характер, могут иррадиировать в подмышечную впадину, плечо, лопатку. По мере прогрессирования

заболевания боли становятся более длительными, сохраняются после окончания менструации, а иногда в течение всего менструального цикла. Нарушается сон, развиваются нервно-психические нарушения. Больные предъявляют жалобы на головную боль, быструю утомляемость, обидчивость, раздражительность, эмоциональную лабильность, нагрубание желез, появление ощущения распирания во вторую половину менструального цикла.

Выделения из сосков встречаются примерно у 6–8 % женщин. Они могут быть кровянистыми, серозными, молозивными, гнойными. Прогностически неблагоприятными следует считать кровянистые выделения у больных старше 40 лет.

Диагноз мастопатии ставится на основании жалоб, тщательно собранного анамнеза, объективного обследования молочных желез и зон регионарного лимфооттока, лучевых (маммографии, УЗИ) и морфологических исследований.

Обязательными методами исследования при патологии молочных желез мы считаем маммографию и УЗИ. На маммограммах для мастопатии с преобладанием кистозного компонента характерен пестрый неоднородный рисунок, обусловленный чередованием жировой, соединительной и железистой ткани, на фоне которого определяются округлые уплотнения (рис. 1).

При диффузной мастопатии с преобладанием кистозного компонента кисты определялись в виде изолированных округлых или овальных эхонегативных образований (рис. 2), в неосложненных случаях лишенных внутренних эхосигналов. Минимальный размер выявляемых кист составляет 2 мм. Для кисты был характерен эффект дистального усиления ультразвука. Наиболее часто множественные кисты локализируются в верхне-наружных квадрантах и субареолярно. У части больных кисты объединялись в многокамерные образования с внутренними перегородками.

Чаще всего споры вызывает тактика ведения и режим диспансерного наблюдения за пациентками с кистозными новообразованиями.

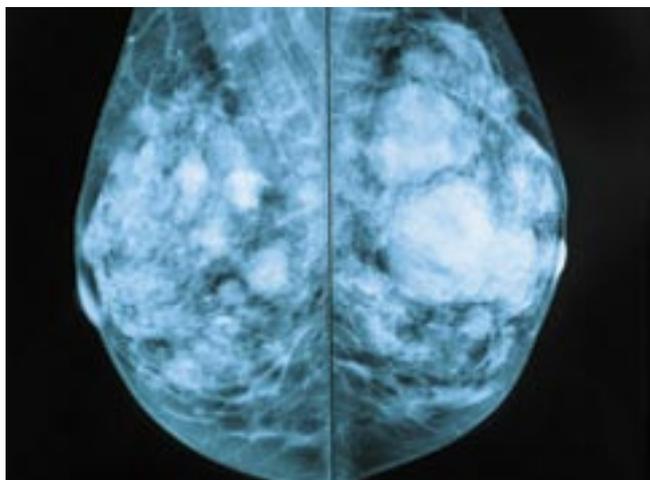


Рис. 1. Множественные кисты молочных желез (маммограмма)

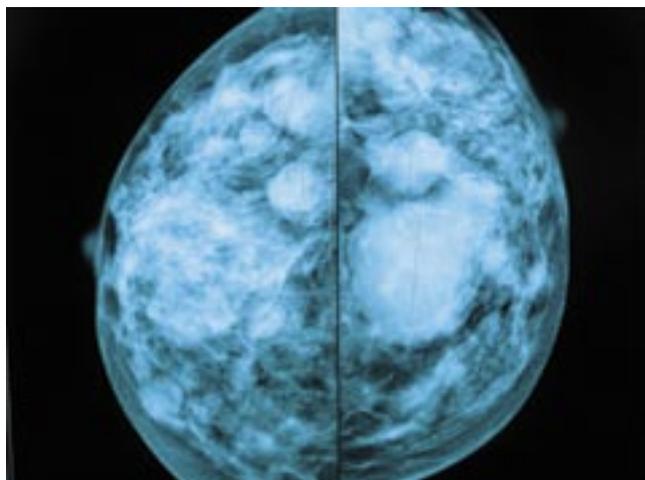


Рис. 2. Киста молочной железы (ультрасонограмма)



Рис. 3. Местное инфильтрационное обезболивание в намеченной точке перед пункцией кисты под УЗ-контролем

В клинике госпитальной хирургии ВМедА исследовались результаты лечения пациенток с кистозной мастопатией в условиях дневного стационара.

В период с 2006 по 2010 гг. в клинике наблюдались 125 пациенток с кистами от 1 см и более. Женщины, у которых выявлялись кисты менее сантиметра, в данное число не включались. Пациенткам этой группы назначалось консервативное лечение с обязательным УЗ-контролем по окончании курса и регулярными (раз в 6 месяцев) осмотрами. Как правило, схема лечения определялась в зависимости от ведущего клинического симптома, характера сопутствующей патологии и результатов обследования. Пациенткам назначали мамоклам и аевит курсами не менее 3 месяцев в обычных дозировках. При сопутствующей патологии щитовидной железы мамоклам, как препарат с высоким содержанием йода, заменяли на мастодинон или агнукастон. При выраженном болевом синдроме, чувстве нагрубания и отежности молочных желез в схему лечения включали прогестеронсодержащие препараты в виде 1% геля «Прожестожель». От назначения биологически

активных добавок, мочегонных сборов, бромкамфоры и гормональных препаратов системного действия мы отказались. Данные схемы лечения давали стойкий положительный эффект практически у всех пациенток уже после первого месяца лечения. Обязательным условием диспансерного наблюдения считаем сонографическую документацию всех контролируемых новообразований при каждом посещении врача. Только так можно гарантировано проследить изменение размеров, толщины стенки кисты и характера содержимого.

Всем пациенткам, наблюдавшимся в клинике, под УЗ-контролем проводили пункцию одной или нескольких кист (наибольшее число составило 6 кист за одно посещение). Для уменьшения болезненности при таких манипуляциях у всех больных с параареолярным и глубинным расположением кист использовали местное инфильтрационное обезболивание.

Аспират отправляли на цитологическое исследование. В полость кисты вводили охлажденный абсолютный этанол.



Рис. 4. Игла в полости кисты, вводится этанол

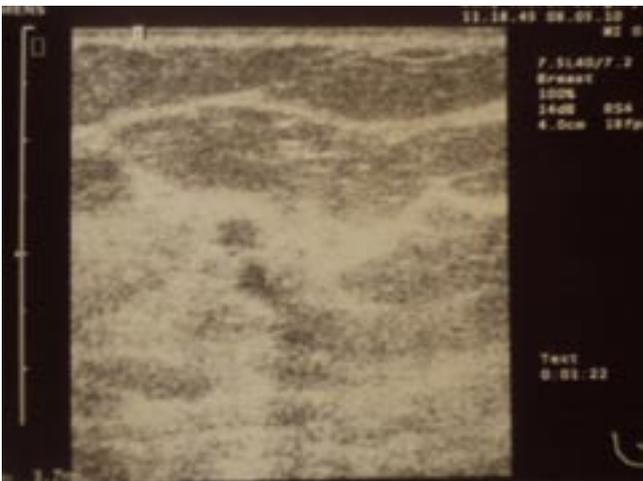


Рис. 5. УЗ-контроль кисты, изображенной на рис. 2, через месяц после склерозирования этанолом. На сонограмме определяется киста с перемычкой около 5 мм диаметром с утолщенными стенками



Рис. 6. Хронический свищ молочной железы и рубцовая деформация ареолы после неоднократного (11.2008, 01.,04.,06.2009) вскрытия нагноившейся кисты. Та же пациентка после хирургического лечения – иссечения свища с реконструкцией ареолы

Введение сопровождалась болезненностью, гиперемией и отеком, что требовало назначения в течение суток покоя, холода и нестероидных противовоспалительных препаратов местно. Спустя месяц проводили УЗ-контроль, при необходимости выполняли повторные пункцию и введение спирта в остаточную полость. В случае рецидива кисты после третьего сеанса склеротерапии, проводили оперативное лечение в объеме секторальной резекции.

Одной из пациенток по поводу поликистоза молочных желез в течение полугода были выполнены 24 пункции на фоне консервативного лечения. Получен устойчивый положительный эффект, в настоящее время проводится динамическое наблюдение.

Из 125 пациенток пункции двух и более кист выполнялись у 57 (45,6%). Кисты рецидивировали после первого склерозирования у 107 (85,6%) больных. При повторном ультразвуковом исследовании молочных желез отмечали уменьшение размеров кисты, утолщение ее стенок и развитие воспалительного перипроцесса в окружающих тканях. Пациенток с кистами размером менее сантиметра переводили в группу диспансерного наблюдения. В целом, оперативное лечение по поводу рецидивных кист потребовалось лишь у 22 (17,6%) больных. У 7 (5,6%) женщин при цитологическом исследовании аспирата была диагностирована цистаденопапиллома. Всем им проведено оперативное вмешательство. Из них у двоих при гистологическом исследовании удаленной кисты диагностирован рак *in situ*. В настоящее время эти пациентки находятся под динамическим наблюдением в клинике.

В особую группу выделили 9 (7,2%) пациенток с нагноившимися кистами молочных желез. Несмотря на выраженную воспалительную реакцию, проводилось консервативное лечение, которое заключалось в регулярных пункциях под УЗ-контролем с промыванием полости 1%

раствором диоксидина, противовоспалительной и антибактериальной терапии, спирт-гепариновых компрессах местно. Ни в одном случае оперативное лечение не потребовалось.

Необходимо отметить, что у нас проводилось лечение трех пациенток, перенесших вскрытие и дренирование нагноившихся кист в общехирургических стационарах (рис. 6). Исходом такой «активной» тактики явились длительно незаживающие свищи с гнойным отделяемым, что потребовало повторного оперативного лечения с прокрашиванием и иссечением свищей под внутривенной анестезией.

Таким образом, пациентки с кистами молочных желез нуждаются в комплексном лечении и динамическом наблюдении в специализированном стационаре. При этом в оперативном лечении нуждается не более четверти больных. Полноценную диагностику и лечение большей части пациентов с кистозной мастопатией можно эффективно проводить в амбулаторных условиях без ущерба для качества оказания медицинской помощи, что позволяет разгрузить хирургические стационары.

Контактная информация

Кучеренко А.Д.
194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6
тел.: +7 (812) 329-71-00, 329-71-65, 292-32-55, 292-32-73