



© Е. Б. Троиц, М. Ю. Шерстнов

ФГБУЗ Северо-Западный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедр акушерства и гинекологии №3
ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»,
Центр маммологии

Резюме. Воспалительными заболеваниями молочных желез страдают до 16% женщин. Большинство из них — нарушения лактации. Изложены классификация, алгоритмы диагностики, консервативного и хирургического лечения, профилактики. Представлены результаты лечения 298 пациенток с различными воспалительными заболеваниями молочных желез.

Ключевые слова: мастит; лактостаз; нарушение лактации; лечение мастита.

ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Вопросы диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний молочных желез актуальны и очень активно обсуждаются в Интернете, на страницах журналов, конференциях, посвященных заболеваниям молочных желез. С этими заболеваниями постоянно вынуждены работать хирурги и гинекологи стационаров, акушеры-гинекологи родильных домов и женских консультаций, специалисты районных поликлиник, кожно-венерологических диспансеров и стационаров. В ряде случаев проблема дифференциальной диагностики острых воспалительных заболеваний молочных желез возникает и перед онкологами любого уровня. Так, воспалительными заболеваниями молочных желез страдают до 16% пациенток. Различными формами воспалительных изменений на фоне лактации страдают до 5% кормящих женщин, и снизить этот показатель пока не удастся. Считается, что в среднем до четверти больных гнойных отделений стационара — это пациентки с воспалительными заболеваниями молочных желез.

В Санкт-Петербурге проблема оказания диагностической, консультативной и лечебной помощи женщинам, страдающим острыми воспалительными заболеваниями молочных желез, в том числе и связанными с нарушениями лактации, очень актуальна по двум причинам. Во-первых, в 90-е годы была разрушена система, обеспечивающая диагностический и лечебный этапы лечения пациенток с указанной патологией. Так, в частности, была закрыта городская больница № 5, в которой на протяжении нескольких десятков лет отрабатывались и были внедрены методы лечения острых гнойных воспалительных заболеваний. Во-вторых, нет соблюдаемых всеми лечебными учреждениями стандартов диагностической и лечебной тактики. В этом легко убедиться, обратившись к Интернету. Там можно встретить любые рекомендации, которые дают, в том числе, и дипломированные врачи, начиная от приема горячих ванн и заканчивая тугим перевязыванием молочных желез с прикладыванием капустного листа вперемешку с различными мазями.

Мы, основываясь на опыте коллег, обобщили результаты собственных наблюдений и постарались представить некие стандарты диагностики и лечения воспалительных заболеваний молочных желез. В Центре маммологии КБ № 122 за пять лет (2006–2011) пролечено 298 пациенток с воспалительными заболеваниями молочных желез. Из них 235 пациенток с нарушениями лактации, 25 — с острым нелактационным маститом, 5 — с хроническим нелактационным маститом, 10 — с рожистым воспалением, 4 — с воспалением кист желез Монтгомери, 4 — с синдромом Мондора, 5 — с воспалительными осложнениями после имплантационных вмешательств на молочных железах.

УДК: 616.8(035)

Очевидно, что существует несколько общих диагностических и лечебных позиций, которые мы с успехом применяли в различных клинических случаях.

Общие принципы диагностики и лечения воспалительных заболеваний молочных желез следующие:

- ультразвуковое и/или маммографическое исследование в обязательном порядке. При невозможности выполнения маммографии у пациенток с нелактационным маститом в остром периоде следует провести исследование после снятия воспалительных явлений;
- обязательно получение материала для цитологического и/или гистологического исследования выделений из сосков, операционного материала. Необходимость гистологического исследования определяется сложностью дифференциальной диагностики, поэтому мы считаем обязательным при выполнении любого оперативного вмешательства отправление ткани на гистологическое исследование;
- лечение при отсутствии признаков абсцедирования следует начинать с консервативной терапии (эффективна при обращении в первые 3–4 суток). Терапия заключается в местном лечении (полуспиртовые примочки) и введении антибактериальных препаратов (как *per os*, так и парентерально). Оперативное лечение следует выполнять по общехирургическим принципам, при наличии признаков нагноения.

С целью проведения дифференциальной диагностики и купирования острых воспалительных явлений (при отсутствии признаков абсцедирования и показаний для оперативного вмешательства) нужно начать консервативную противовоспалительную терапию. Во всех случаях доброкачественного процесса в молочной железе в первые 1–2 суток будет отмечен положительный эффект. При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы такого эффекта не будет.

Основными принципами консервативного лечения мастита следует считать опорожнение протоковой системы молочной железы и охлаждение молочной железы.

Существуют следующие подходы к лечению мастита:

- разжижение молока, улучшение его отхождения, расслабление протоковой системы железы;
- первоочередное опорожнение протоковой системы страдающей железы (кормление);
- сцеживание после окончания кормления (сначала руками, затем молокоотсосом);
- наложение холода (льда) на инфильтрат на 20 минут;

- при повышении температуры до 38° и выше — парацетамол (единственный препарат, не противопоказанный кормящим женщинам);
- схема применяется регулярно через каждые 2 часа минимум 1 сутки. Через сутки — обязательный осмотр пациентки, помощь в сцеживании молочной железы;
- антибиотикотерапия — цефалоспорины, полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, макролиды, линкозамиды;
- профилактика кандидоза;
- дезинтоксикационная инфузионная терапия;
- десенсибилизирующая терапия;
- иммунокорригирующая терапия.

Дополнительными методами в лечении мастита являются:

- витаминотерапия;
- введение спазмолитиков (но-шпа);
- введение анальгетиков;
- полуспиртовые компрессы, ФТЛ;
- торможение или прекращение лактации (в случае операции или по решению пациентки);
- прожестожель — трансдермальный гестаген: повышает концентрацию прогестерона в тканях молочной железы, вследствие чего происходит блокирование рецепторов эстрогенов и снижается отек железы и сдавление протоков, с другой стороны — блокирование рецепторов пролактина, снижающее лактопоз;
- новокаиновые блокады.

Указанные методы являются именно дополнительными и обычно применяются в сочетании с другими. Мы не используем все методы. Так, не делаем блокады, считая любые вмешательства на лактирующей железе без абсолютных показаний (гной, рак) опасными.

До появления лимфаденита антибиотики назначать мы не рекомендуем. Иначе невозможно будет продолжать вскармливание, поскольку кормление ребенка — один из основных способов адекватного опорожнения протоковой системы железы. При отсутствии эффекта от консервативного лечения (у нас это встречалось реже), при позднем обращении (встречалось чаще), а также при необходимости выполнения операции следует назначать антибиотики широкого спектра действия парентерально. Кормление грудью в этой ситуации приходится временно исключить (нет никакой необходимости подавлять лактацию!).

Мы осознанно подчеркиваем именно эти особенности метода лечения, в отличие от метода раннего подавления лактации, предлагаемого Б. Л. Гуртовым с соавт. (2008).

Следует помнить, что профилактика мастита — это не только сохранение грудного вскармливания, но и профилактика развития рака молочной железы.

Мастит в анамнезе (особенно гнойный, потребовавший травматического вскрытия и дренирования гнойников) в 1,5 раза повышает риск развития рака молочной железы.

Основным в хирургическом лечении мы считаем правильный выбор точек дренирования гнойника в молочной железе. Разрезы выполняются с учетом достижения удовлетворительных косметических результатов после заживления ран, но при обязательном адекватном опорожнении гнойников. После вскрытия гнойника в проксимально расположенной точке и получения материала для бактериологического исследования мы пальцем производим ревизию полости с целью объединения гнойных полостей и поиска самой низкой (дистальной) точки для дренирования. В обязательном порядке необходимо оставлять, как минимум, два дренажа, которые сохраняем до полного окончания процесса очищения раны и формирования активных грануляций. Это позволяет избежать необходимости повторных ревизий раны, требующих обычно общей анестезии. Тампонирование раневой полости мы обычно применяем только при наличии полости больших размеров и только в первые 1–2 суток, поскольку процесс замены тампонов без адекватного обезболивания крайне мучителен и не эффективен. Такая тактика позволяет избежать больших разрезов и, следовательно, серьезных косметических дефектов в последующем. Важным моментом в лечении мы считаем максимальное удаление разрезов от ареолы для наиболее раннего начала кормления/сцеживания оперированной железы. Кормление оперированной, как и интактной, железой начинаем через 6–12 часов после последнего введения антибиотика.

Прекращение лактации может проводиться только после осмотра специалистом. Основной проблемой, решаемой в этот период, следует признать психологическую зависимость ребенка от груди, от грудного вскармливания. Внезапное прекращение кормления приводит к заметным сдвигам в психике (и общем здоровье) ребенка. Если острые воспалительные явления в молочной железе купированы (или не возникали вообще), а зависимость ребенка от железы устранена (то есть он отучен от груди цивилизованными способами), в подавляющем большинстве удается прекратить лактацию без применения специальных препаратов.

Ниже приводятся препараты для прекращения лактации:

- бромокриптин (парлодел) — стимулятор допаминовых рецепторов. Ингибирует секрецию пролактина, не влияя на уровни других гипофизарных гормонов. Однако он может уменьшать повышенные уровни гормона роста (СТГ) у больных акромегалией. Применяется по 2,5 мг 2 раза в сутки в течение 10–17 дней;
- каберголин 0,5 мг (Достинекс (Pfizer inc) или Агалатес (Teva)), допаминергическое эрголиновое производное с выраженным пролактинснижающим эффектом. Препарат ингибирует секрецию пролактина путем прямой стимуляции D2-допаминовых рецепторов лактотрофных клеток гипофиза. Применяется в дозе 1/2 таб. 1–2 раза в сутки 2 дня.

Наш опыт говорит о том, что в ряде случаев полностью подавить лактацию с помощью указанных препаратов не удастся. Она сохраняется длительное время, причиняя женщинам массу неудобств и болевых ощущений. Тогда мы вынуждены рекомендовать им продолжать сцеживание (не кормление) до исчезновения болей и чувства дискомфорта в железах. Конечно, это удлиняет период окончания лактации, но позволяет избежать проблем лактостаза и воспалительных явлений.

Опыт 5 лет работы в Центре маммологии Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова убедил нас в следующем: во-первых, нужна правильная подготовка беременных. Правила подготовки молочных желез и сосков к кормлению, информированность и обучение азам грудного вскармливания, сцеживания, которые преподают врачи и медсестры в Центре, позволяют в подавляющем большинстве случаев избежать нарушений лактации. Во-вторых, при своевременном оказании помощи пациенткам с нарушениями лактации, даже после оперативного вмешательства, совсем не обязательно их госпитализировать. Напротив, госпитализация препятствует продолжению нормального грудного вскармливания (в частности, интактной молочной железой), что, по нашему представлению, является основополагающим. А госпитализация матери вместе с ребенком чревата внутрибольничной инфекцией. Поэтому 98,3 % наших пациенток мы курируем амбулаторно — либо проводя консервативное лечение, либо выполняя операцию с учетом требований мини-инвазивной и органосохраняющей хирургии. Всего было пролечено 235 пациенток. Из них 54 (23 %) оперировано, 181 (73 %) больная пролечена консервативно; госпитализировано 8 (3,4 %, из них 4 (1,7 %) только в течение несколь-

ких часов). Восстановлена лактация у 232 (98,7%) женщин.

Существуют и другие формы маститов. К ним относятся острый нелактационный мастит, воспалившаяся киста молочной железы. Причинами нелактационного мастита чаще являются проблемы в протоковой системе — кисты, дисбаланс жидкости на фоне гормональных нарушений, наличие хронической инфекции в протоках. Обычно воспаление развивается в одной из множества кист, как правило, расположенной либо близко от соска, либо от кожи (от входных ворот инфекции). В клинике преобладают местные изменения — гиперемия кожи, болезненный инфильтрат (интоксикация, лихорадка не выражены). Основным методом диагностики кист (если речь не идет о лактоцеле в лактирующей железе) является тонкоигльная аспират-биопсия (ТАБ) с цитологическим исследованием и бактериальным посевом полученной жидкости (гноя). Консервативное лечение нелактационного мастита начинаем с регулярного охлаждения зоны воспаления, затем проводим лечение спирт-фурацилиновыми примочками (в концентрации 1:2, на ночь до высыхания) в течение 5–10 суток — в зависимости от клиники. Антибиотикотерапия — по показаниям.

Хирургическое лечение нелактационного мастита проводим по общепринятым хирургическим принципам лечения гнойников. За 5 лет в Центре пролечено 25 женщин. Из них оперировано пятеро, консервативно удалось вылечить 20. Дифференциальный диагноз проводили с маститоподобной формой рака молочной железы. Особое внимание уделяли женщинам среднего и старшего возраста, когда воспаление не было связано с лактацией.

Хронический нелактационный мастит (свищевая форма) — за пять лет оперировано 5 пациентов, из них оперировано дважды — трое.

Выделяют две группы хронического мастита:

- ятрогенный — как следствие операций, маммопластики (гелем — теперь такая методика не употребляется, а пациентки еще есть);
- идиопатический — как исход острого нелактационного мастита (в том числе после хирургического вскрытия гнойника молочной железы).

Операции при такой форме мастита всегда нестандартны и далеко не всегда приводят к полному выздоровлению. Объем операции в каждом случае хирург выбирает индивидуально, в соответствии с распространенностью поражения ткани железы и исходя из необходимости достижения удовлетворительных косметических результатов. К сожалению, последнее удается далеко не всегда. Частота рецидивов заболевания достигает 50%.

Из других патологических состояний следует остановиться на воспалительных заболеваниях кожи молочных желез и ее придатков. Как правило, рожистое воспаление молочной железы развивается внезапно, поражение обычно носит односторонний характер. Проявляется гиперемией кожи по типу «географической карты», болями в железе, лимфаденитом, лихорадкой до 40 градусов. Протекает без видимой инфильтрации ткани молочной железы, с выраженной интоксикацией. Отличие от других воспалительных заболеваний — быстрое нарастание и быстрое стихание симптомов на фоне лечения. Лечение рожистого воспаления — антибиотикотерапия перорально и/или парентерально, десенсибилизация, дезинтоксикационная терапия, полуспиртовая повязка. Нами было успешно пролечено 10 человек. При этом не оперирована ни одна пациентка.

Особое место занимает воспалившаяся киста железы Монтгомери. Это заболевание — удел молодых, а также беременных и кормящих женщин. Железы Монтгомери, располагаясь вокруг соска и являясь аналогом потовых желез, призваны смягчать кожу ареолы и соска во время грудного вскармливания. Поэтому зачастую женщины указанных групп просто отмечают либо увеличение этих желез (формирование кист), либо выделение из них слизеподобной жидкости. В ряде случаев возникает воспаление, ставящее врачей в тупик. Клинически это выглядит как воспаление атеромы, что является причиной неверной диагностики. Оптимальный путь лечения — снять острое воспаление перечисленными выше методами (в основном местными), а затем выполнить плановую операцию. Естественно, что в момент беременности и кормления плановую операцию стараемся не производить. Особенность расположения желез Монтгомери — в ареолярной зоне — вынуждает применять пластические приемы с целью сохранения/восстановления контура ареолы.

Воспалившаяся атерома (эпидермальная киста) кожи молочной железы — заболевание, которое часто путают с воспалением железы Монтгомери. Атерома располагается внутрикожно/подкожно. Проявляется только местно — гиперемией, локальной болью, флюктуацией, наличием закупоренной поры на коже. Лечение атеромы, при отсутствии абсцедирования, начинается консервативно, местно. Назначение антибиотиков в этой стадии считаем нецелесообразным, так как сформировавшийся воспалительный вал отграничивает проникновение препарата в полость. Операцию выполняем в двух ситуациях — при абсцедировании вскрытие и дренирование гнойника (о радикальности

речи не идет), в холодном периоде — иссечение опухоли. Естественно, стараемся соблюсти косметический принцип вмешательств на молочной железе. Однако гарантированно иссечь всю капсулу кисты, избежав рецидива, возможно только при выполнении плановой операции.

Фурункул, карбункул — острые воспалительные заболевания волосяных фолликулов молочной железы. Заболеванием преимущественно занимаются дерматологи. Консервативное лечение — антибиотикотерапия, десенсибилизирующие, дезинтоксикационные средства, местно — ихтиол и полуспиртовые примочки. Операцию выполняют при абсцедировании — для удаления стержня, некрэктомии при карбункуле по общехирургическим правилам. Операции выполняем только под общим обезболиванием с использованием таких препаратов, как Диприван, Пропофол.

К редким формам воспалительных заболеваний молочных желез относятся:

1. Синдром (болезнь) Мондора — «струны банджо», *string phlebitis*, *cord-like phlebitis* (описал в 1939 году французский хирург Н. J. Mondor, 1885–1962). В основе лежит облитерирующий эндوفлебит в бассейне *v.thoracoepigastrica* или *v.thoracica lateralis*, реже *v.epygastrica superficialis* по передне-боковой поверхности грудной стенки. В Центре за 5 лет выявлено 4 случая заболеваний синдромом Мондора. В трех случаях — в бассейне *v.thoracoepigastrica*, в одном — в бассейне *v.thoracica lateralis*. Все пролечены консервативно, получали НПВП в гелях и капсулах. Воспалительные явления купированы в течение 7–12 дней. Причиной заболевания в одном случае стала маммопластика. В остальных случаях причину установить не удалось. Дифференциальную диагностику болезни проводили в первую очередь с воспалительной формой рака молочной железы. Кроме того, дифференцировать приходится с межреберной невралгией, миозитом, лимфангитом.
2. Воспаление, связанное с наличием инородных тел в ткани молочных желез (после маммопластики с имплантацией геля, экспандеров и пр.). Таких пациенток за 5 лет в Центре пролечено пятеро. Из них двое имели двухстороннее метастазное поражение, связанное с введением в ткань железы геля. Практически во всех случаях пришлось выполнять подкожную мастэктомию ввиду выраженности изменений в ткани железы.

В заключение следует отметить, что своевременное обращение пациенток и раннее начало

лечения — залог успеха. Эффективность консервативной терапии (скорость исчезновения воспалительных явлений) напрямую зависит от сроков обращения и педантичности женщин, то есть от регулярности выполнения описанных процедур. Попытки прекратить лактацию в остром периоде лишь ухудшали состояние женщин и затрудняли процесс выздоровления. Оптимальным сроком для этого следует считать 2–4 дня от начала заболевания. Начало адекватного лечения в первые двое суток гарантирует положительный результат без хирургического вмешательства в большинстве наблюдений. Соблюдение основных принципов лечения — регулярного опорожнения лактирующих молочных желез и систематического охлаждения, наряду с симптоматическим лечением (применение жаропонижающих, облегчающих отхождение молока и способствующих заживлению трещин сосков средств) — позволяет приблизить результативность лечения практически к 100 %.

Одним из частых вопросов, задаваемых женщинами, является вопрос о том, когда и как лучше прекращать лактацию. Наш ответ таков. Прекращать лактацию при наличии ее расстройств нельзя. Нужно восстановить ее описанными выше способами, добиться стойкого улучшения общего самочувствия женщины и полного купирования воспалительных явлений в молочных железах и только после этого приступить к обсуждению вопроса о прекращении кормления. Поэтому мы видим свою задачу в психологической подготовке молодых матерей к процессу выхода из лактации, к постепенному отлучению детей от груди. Такая работа может быть проведена только очно, с учетом особенностей психоэмоционального и социального статуса женщин, не говоря уже об оценке ее здоровья и состояния молочных желез. Наш опыт говорит о том, что в большинстве случаев лактацию удастся прекратить постепенно, естественным путем, без приема препаратов и без больших психоэмоциональных потрясений. Следует помнить, что антибиотикотерапия не является основной в лечении лактационного мастита. Поэтому следует воздерживаться от нее максимально долго, сохраняя возможность кормления ребенка грудью и ориентируясь на общее состояние пациентки, выраженность общей реакции на воспалительный процесс (лимфаденит, интоксикация и пр.) и на состояние молочных желез.

Таким образом, проблема лечения нарушений лактации — сугубо внегоспитальная, требующая комплексного труда и акушеров-гинекологов, и акушеров, и педиатров, и маммологов, и психологов, и, несомненно, самих женщин.

**ACUTE BREAST DISEASES.
DIAGNOSE AND TREATMENT ASPECTS**

Troik E. B., Sherstnov M. Iu.

◆ **Resume.** Near 16 % of women are suffered from acute breast diseases. Most of them – lactation and breast feeding disorders. We present results of 298 cases with different acute breast diseases.

◆ **Key words:** mastitis; lactation; acute breast diseases; breast feeding disorders.

◆ **Информация об авторах**

Троик Евгения Борисовна – д. м. н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №3. Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова. 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.
E-mail: troik_e@mail.ru

Шерстнов Михаил Юрьевич – к. м. н., доцент, руководитель Центра маммологии. ФГБУЗ Клиническая больница №122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России. 194291, СПб, пр. Культуры, 4.
E-mail: sherstnov@mail.ru.

Troik Evgeniya B. – PhD, MD Gynecology and Obstetrics Kafedra №3, Chief. North-Western State Medical University at the name of Mechnikov. 191015, Russia, St. Petersburg, ul. Kirochnaya, 41.
E-mail: troik_e@mail.ru

Sherstnov Mikhail Iu. – MD, Phd, docent. Mammology Center, Chief, Socolov' Clinical Hospital №122 FMBA of Russia 194291, Russia, St. Petersburg, Culturi ave, 4.
E-mail: sherstnov@mail.ru.