

Казанцева Е.Е., Апанасевич В.И., Антоненко Ф.Ф.
ТАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ РЕТРОАРЕОЛЯРНЫХ КИСТ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Владивосток.
Владивостокский государственный медицинский университет.*

Вопросы диагностики и лечения ретроареолярных кист (РК) молочной железы это сравнительно недавняя проблема, которая выделилась из лечения кист ткани молочной железы и неактационного мастита. Ретроареолярные кисты определяются у пациентов с наличием суб- или ретроареолярного образования. Иногда это сочетается с воспалением, болью, эритемой, которые распространяются за пределы ареолы в ткань молочной железы. В таком случае у больных устанавливался диагноз неактационного мастита со всеми вытекающими последствиями.

Особенностью анатомии ареолы является ареолярная туберкула Montgomery, состоящая из сальной железы, интимно связанной с терминальным отделом лактационного хода, возникающего из лежащей в основе дольки молочной железы. Средний размер ареолярной туберкулы 2 мм в длину. Ретроареолярные кисты формируются в результате обструкции и дальнейшей дилатации этой туберкулы. Описано несколько гипотез, объясняющих обструкцию с последующим расширением канала, который дренирует ареолярную туберкулу: сквамозная метаплазия эпителия, выступающего хода, первичное растяжения аутоиммунного происхождения, дефект реабсорбции секрета или растяжение галактофор, обусловленное гормонально стимулированным расслаблением ареолярной мускулатуры.

Несмотря на то, что с этим заболеванием врачи знакомы давно, в отдельную нозологическую единицу это заболевание стали выделять сравнительно недавно. В 1993 г. Delambre описал первые 8 случаев РК. Rabst описал 33 случая РК в 1994 г. и сделал первые попытки оценки распространённости РК среди женского населения. Наибольшее число случаев РК — 46 описано в клинике Алеманья, Сантьяго, Чили с февраля 2000 г. по июль 2002 г. Авторы предлагали консервативное наблюдение за пациентами до полного исчезновения кист.

На базе Краевого клинического центра охраны материнства и детства г. Владивостока и Приморского краевого диагностического центра в период с 2000 по 2005 гг. было выявлено 59 случаев ретроареолярных кист, в том числе 48 пациенток, у которых течение ретроареолярной кисты осложнилось неактационным маститом.

Наиболее часто РК встречаются в возрасте до 20 лет (33 случая), что составило 56%. В 48 случаях (81.4%) течение РК осложнилось развитием неактационного мастита. Неосложнённые кисты встречались в возрасте до 20 лет и составили 18.6%. Такое распределение связано с тем, что РК при наличии воспаления всегда являются поводом для обращения к врачу. Чаще РК встречаются в группе 10-15 лет, скорее всего из-за того, что это возраст дебюта этого заболевания (39%).

Пациенты обращались с жалобами на наличие образования в молочной железе. При осмотре определялось пальпируемое образование в суб- или ретроареолярной области. Присоединение инфекции с развитием осложнения в виде неактационного мастита характеризуется появлением боли, покраснения, отёчности, локального повышения температуры, а при осмотре пальпируется болезненное ретроареолярное образование. Размер кист был переменным от 1 до 2 см в диаметре. В одном случае кисты были обнаружены с обеих сторон, при чём с одной

стороны с воспалением. У всех пациенток при надавливании имелось отделяемое из ареолярной железы.

Диагностика РК основывалась на данных осмотра, при котором выявлялось пальпируемое образование в суб- или ретроареолярной области. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование, при котором выявлялось округлое, овальное или вытянутое с переменным диаметром от 2 до 20 мм образование. Стенки кист были тонкими и правильными. Кисты имели жидкостное экстенное содержимое.

Следующим этапом диагностики было проведение пункции кисты с цитологическим исследованием содержимого кисты и отделяемого из ареолярной железы. Во всех случаях данные цитологических заключений пункции и отделяемого совпадали. В 12 из 57 случаев при пункции было получено гнойное отделяемое, что послужило основанием для направления на оперативное лечение. В 11 случаях, когда РК не осложнились воспалением цитологически обнаруживались клетки с «пенистой цитоплазмой» типа «моловивных телец» без атипичности, а в остальных случаях описывались лишь элементы воспаления.

Последним этапом диагностики и одновременно лечения РК при отсутствии воспаления было проведение пневмоцистографии, при которой обнаруживалось округлое, овальное или вытянутое полое, заполненное газом образование с гладкими стенками без папиллярных разрастаний по внутренней поверхности стенки.

Тактика лечения зависит от наличия либо отсутствия воспаления в РК. При постановке диагноза РК без воспаления тактика должна быть следующей:

1. Ультразвуковое исследование
2. Пункция
3. Цитологическое исследование
4. Пневмоцистография
5. Контрольный осмотр через 3 и 6 месяцев после лечения

В наших наблюдениях рецидивов РК не было. При контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев регистрировалось полное исчезновение РК. Лечение РК с нагноением проводилось по общепринятым хирургическим правилам со вскрытием, дренированием с применением антибактериальной терапии. Лечение РК с воспалением в стадии серозного мастита проводилось с помощью лимфотропного введения антибиотиков (амоксиклав) под кожу ареолы 1 раз в сутки в течение 5 дней. Также использовались примочки с димексидом. Положительный эффект лечения отмечен во всех случаях. Контрольный осмотр проводился через 6 месяцев и при этом никаких образований либо уплотнений в ткани молочной железы обнаружено не было.

Таким образом, РК является заболеванием преимущественно подросткового возраста до 18 лет. Мы предлагаем активное ведение в случае обнаружения ретроареолярной кисты с целью профилактики развития неактационного мастита в отличие от зарубежных авторов, которые проводят только наблюдение за кистой, а активное лечение предпринимают лишь в случае воспалительных изменений в РК.

Костецкая А.Ю., Дербасова Н.Н., Кабиева А.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕТИРИЗИНА
В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ, У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Клинико-диагностический центр, Владивосток

Цель: изучить эффективность цетиризина («зиртек»), применяемого в качестве базисной терапии у детей с atopическим дерматитом.

Материалы и методы: обследовано две группы детей в возрасте от 3-х до 12 лет, страдающих atopическим дерматитом, по 30 человек. Из них 83% имеют отягощенный наследственный анамнез (один или оба родителя страдают atopическим заболеванием); более, чем у 90% — выявлена сенсibilизация к бытовым, пыльцевым и пищевым аллергенам различной степени; 30% — страдают аллергическим ринитом и бронхиальной астмой. В обе группы входили больные как с распространенными формами atopического дерматита, так и локальными формами приблизительно поровну. Перечисленные выше данные говорят о вполне обоснованной необходимости в назначении базисной терапии антигистаминными препаратами. Лечение в основной группе проводилось препаратом «зиртек», в суточной дозе 2 мг/кг массы тела 1 раз в сутки, в течении трех месяцев. В острый период проводи-

лась комплексная терапия с топическими стероидами. Пациенты контрольной группы получали аналогичную терапию с Ш-гистаминоблокаторами группы лоратадина («кларидол»). Оценивались клинические симптомы (интенсивность зуда, распространенность воспалительного процесса), потребность в использовании топических стероидов, в качестве наружной терапии, а так же сроки наступления клинической ремиссии.

Результаты: результаты настоящего исследования показали, что по сравнению с контрольной группой пациентов, получавшей, в качестве базисной терапии лоратадин («кларидол») в группе, где лечение проводилось препаратом «зиртек». Уменьшение симптоматики было достигнуто в более короткие сроки. Методом опроса и наблюдения установлено значительное уменьшение зуда и активности кожного воспаления уже в первые сутки более, чем у 50% больных. Клиническая ремиссия была достигнута в более чем 80% случаев к 10-14 дню в зависимости от распространенности кожного воспаления. У детей с дермато-респираторным син-