

болеваниями МЖ составляет 5–12% из числа обращающихся за консультативной помощью. Разновидности выявляемой у них патологии можно разделить на редко встречающиеся (амастия, листовидная цистосаркома, рак МЖ) и часто встречающиеся (разноразмерность желез, мастодиния, дисгормональные дисплазии) [4]. Среди последних у девочек-подростков в 6% случаев встречаются своеобразные кистозные образования сосковой зоны. По особенностям их течения они могут быть выделены в отдельную группу патологии МЖ под названием «ювенильные кисты». Они возникают и существуют только в переходном возрасте и с окончанием пубертатного периода самопроизвольно исчезают. Распознаются эти кисты физикально, как умеренно-болезненные плотно-эластические образования, располагающиеся в субареолярной зоне. При выраженном воспалительном процессе необходимо проводить дифференциальную диагностику с внутрикистозным кровоизлиянием, так как в обоих случаях может иметь место гиперемия кожных покровов над пальпируемым образованием. Диагностировать ювенильные кисты МЖ и происходящие в них процессы (воспаление, нагноение, кровоизлияние) помогает ультразвуковая диагностика. На УЗИ кисты выглядят как полостные образования, с гладкими и тонкими стенками. Кроме того, уточнить характер содержимого кист, включая клеточный состав, можно, используя лечебно-диагностическую аспирационную тонкоигольную пункционную биопсию.

Для ювенильных кист характерны двусторонний процесс, склонность к воспалению, нагноению и внутрикистозным кровоизлияниям. Они требуют особенной лечебной тактики, так как в результате неадекватного лечения возникает травматизация и рубцовая деформация (обтурация) протоков, которые в дальнейшем, в период лактации, создают предпосылки для развития лактостаза и мастита. Последним способствуют также втянутые соски, развившиеся вследствие ювенильного галактофорита или воспалительных изменений в области ареолы.

Целью нашей работы явились оценка проводимых в настоящее время по отношению к ювенильным кистам МЖ лечебных манипуляций и выбор наиболее рациональной тактики для профилактики рубцовой деформации протоков, втянутых сосков, а в перспективе — лактостаза и других проблем грудного вскармливания.

Материалы и методы

В период с 1998 по 2008 г. в Маммологическом центре г. Екатеринбурга наблюдались 62 пациентки с ювенильными кистами МЖ в возрасте от 10 до 17 лет. Из них 27 были ранее прооперированы хирургами в амбулаторных условиях с диагнозами: «нагноившаяся киста МЖ», «абсцесс МЖ», «нагноившаяся гема-

тома МЖ», «гематома МЖ». Проводимое лечение заключалось во вскрытии просвета кист и дренировании их полостей. Другие 35 пациенток с такой же патологией пролечены маммологом. У них определялся характер кистозного содержимого, которое эвакуировалось исключительно путем тонкоигольной пункции. При наличии воспалительных явлений назначался цифран в дозе 250–500 мг 2 раза в день в течение 7 дней, местно — повязки с противовоспалительными препаратами (индометациновая мазь, нимулид-гель, кетопрофен-гель), мочегонные травы (канефрон). При отсутствии воспаления осуществлялось только наблюдение. В обеих группах пациенток мы сравнили результаты проведенного лечения.

Результаты

Из 17 пациенток, прооперированных хирургами, в период от 6 до 12 мес со дня операции (лечения), обратились к маммологу с клиникой: рецидива заболевания — 7 человек, с наличием кисты в области послеоперационного рубца — 10 и наличием кистозных образований в другой МЖ — 10. У половины обратившихся после операции пациенток имело место втяжение соска и грубый послеоперационный рубец с деформацией ареолярной зоны. В дальнейшем все они находились под наблюдением маммолога, и у 15 женщин, перенесших операцию в детском или юношеском возрасте, возникли трудности в период лактации: лактостаз ($n = 8$), угрозы развития мастита ($n = 7$), вплоть до вынужденного отказа от грудного вскармливания ($n = 3$).

Обратившиеся к маммологам пациентки с ювенильными кистами ($n = 35$) были успешно пролечены по вышеописанной схеме: тонкоигольная аспирационная биопсия, противовоспалительная терапия, рассасывающие мази. В оперативном лечении необходимости не возникло ни у одной больной.

Маммологами были пролечены и 27 ранее прооперированных пациенток, обратившихся с осложнениями. При наличии рубцовых деформаций протоков и паренхимы или при развитии келоидных рубцов больным назначались рассасывающие мазевые повязки (галадерм, тизоль с лидазой). Двух пациенток пришлось подвергнуть оперативному лечению для иссечения рубцов и ликвидации втянутости соска. Но ликвидировать рубцовые деформации и втяжение соска удалось только у 9 (30%) больных.

Контроль за результатами проводимого лечения осуществлялся 1 раз в 3, 6, 12 мес с помощью УЗИ. При развитии рецидива кист у 5 пациенток снова проводилась аспирация кистозного содержимого и дальнейшее лечение по схеме до полного выздоровления.

Физикальная и УЗИ-картина паренхимы и протоков МЖ у пролеченных нами пациенток (отсутствие тяжелей, деформаций, дуктоэктазий, склероза и гиали-

ноза) позволяет надеяться, что лактация в последующем у них будет нормальной.

Таким образом, кистозные образования центральной (сосковой) зоны МЖ у девочек в детско-юношеском возрасте (ювенильные кисты) являются особыми заболеваниями или состояниями этого органа. Как правило, после преодоления пубертатного периода ювенильные кисты исчезают самостоятельно. При неосложненном их течении каких-либо лечебных мероприятий не требуется. Необходимость в них может возникнуть лишь при нагноении, кровоизлиянии или появлении болей в связи с растяжением просвета секретом. И эти мероприятия должны быть, во-первых, своевременными, а во-вторых, максимально щадящими для того, чтобы не допустить рубцовых деформаций в сосковой зоне и последующих проблем грудного вскармливания.

Выводы

1. Кистозные образования сосковой зоны у девочек в детско-юношеском возрасте (ювенильные кисты) — особые заболевания (состояния) МЖ, возникающие как результат временного гормонального дисбаланса.

2. Самопроизвольное исчезновение ювенильных кист после завершения пубертатного периода позволяет не назначать лечения при неосложненном их течении и осуществлять только наблюдение.

3. При осложнениях течения ювенильных кист, кровоизлияниях в просвет, нагноениях, лечебные мероприятия должны быть максимально щадящими. Содержимое кист следует удалять пункциями, чтобы не нарушить целостность выводящих протоков сосковой зоны МЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. М.: Медицина, 1990.
2. Сметник В.П. Половые гормоны и молочная железа. Гинекология 2000;2(5)133–6.
3. Телунц А.В. Развитие молочных желез у девочек. Маммология 1994;4:7–11.
4. Гуркин Ю.А. Акушерство и женские болезни. СПб., 2000. Т. XLIX. Вып. 3.