

УДК 618.19–002–07–08

СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНО–ЛІКУВАЛЬНІ ПІДХОДИ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗМІНАХ ГРУДЕЙ

Г. А. Білоненко, О. Г. Аксьонова, О. А. Аксьонов

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

MODERN DIAGNOSTIC–TREATMENT APPROACHES IN INFLAMMATORY CHANGES OF MAMMARY GLANDS

G. A. Bilonenko, O. G. Aksyonova, O. A. Aksyonov

РЕФЕРАТ

Обстежені 567 жінок, у яких виявлені запальні зміни грудей (ЗЗГ), не пов'язані з дітонародженням. Встановлено, що "нелактаційний мастит" має різну структуру: кіста – у 36,5% спостережень, перипротоковий мастит – у 32,1%, абсцес – в 11,3%, гнійний галактофорит – у 12,9%, маститоподібний рак грудей (РГ) – у 7,2%. У діагностиці ЗЗГ пріоритетним є ультразвукове дослідження (УЗД), яке дозволяє визначити захворювання, вивчити топографію гнійників, контролювати мінінвасивні діагностично–лікувальні втручання, зокрема, з приводу абсцесу та кісти. Гнійно–запальні процеси в грудях поза періоду лактації потребують індивідуального диференційованого лікувально–діагностичного підходу з огляду на ультразвукову (ехографічну) семіотику патологічного процесу.

Ключові слова: мастит нелактаційний; діагностика; лікування; мінінвасивні втручання.

SUMMARY

There were examined 567 women, in whom inflammatory changes of mammary glands (MG), not connected with a child bearing, were revealed. There was established, that "nonlactational mastitis" of various structure: the cyst – in 36.5% of observations, periductal mastitis – in 32.1%, abscess – 11.3%, purulent galactophoritis – 12.9%, mastitis-like mammary gland cancer – 7.2%. In the diagnosis of inflammatory changes of MG the ultrasonographic investigation is the main, which permit to determine the disease, to study the abscesses topography, to control miniinvasive diagnostic–treatment interventions, including, for abscess and cyst. Purulent–inflammatory processes in MG while extralactational period demand individual differentiated treatment–diagnostic approach regarding knowledge of ultrasonographic (echographic) semiotics of pathological process.

Key words: nonlactational mastitis; diagnosis; treatment; miniinvasive interventions.

Запальні зміни грудей (ЗЗГ), "нелактаційний мастит" – актуальна проблема клінічної хірургії з огляду на його поширення, певні діагностичні труднощі, не завжди задовільні результати лікування. ЗЗГ посідають третє місце після кіст і фіброаденом, їх частота становить 12,0 – 19,1% у структурі непухлинного ураження грудей [1].

Обмежена обізнаність лікарів та поверхнєве ставлення до "нелактаційного маститу" як несуттєвої хвороби є причиною діагностичних помилок, адже клінічні, променеві та морфологічні ознаки РГ виявляють у 53,1% спостережень ЗЗГ [2 – 4].

Стандартне хірургічне лікування гнійного "нелактаційного маститу" шляхом первинної хірургічної обробки гнійного вогнища без визначення нозологічної форми ЗЗГ супроводжується тривалою (до 6 – 18 днів) госпіталізацією хворих, виникненням рецидивів, незадовільними косметичними результатами, додатковими фінансовими витратами [5].

З іншого боку, індивідуальний диференційований підхід до окремих нозологічних форм ЗЗГ з використанням сучасних технологій дозволяє уникнути госпіталізації пацієнток, поліпшити естетичні наслідки, зберегти бюджетні кошти [6].

Мета дослідження – аналіз і впровадження власного досвіду комплексної діагностики та виконання мінінвасивних втручань (МІВ) з приводу ЗЗГ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Протягом 2002 – 2012 рр. спостерігали 567 жінок, у яких виявлені ЗЗГ, не пов'язані з дітонародженням. Вік пацієнток від 18 до 86 років, у середньому 47 років.

Під час діагностики використовували клінічні, рентгенологічні, морфологічні методи, УЗД. Клінічна діагностика передбачала аналіз скарг, даних анамнезу, огляду, пальпації, виділень з сосків. Рентгенологічні дослідження (повноплівкову цифрову маммографію, галактодукто– і пневмокістографію, стерео-

таксичну трепан—біопсію) проводили з використанням мамографічного комплексу Mammomat—3000 Nova (Siemens, Німеччина) з стереотаксичною пункційною приставкою. Для УЗД застосовували сучасні сканери Logic—3 (General Electric, США), EnVisor (Fillips, Нідерланди), експертну систему Aplio SSA — 780A (Toshiba, Японія).

Діагностично—лікувальні МІВ здійснювали під контролем рентгенологічного дослідження або УЗД. Впроваджені власні інноваційні технології — способи контрастної сонодуکتоскопії та діагностики й лікування гнійного галактофориту [7, 8]. Безпосередні та віддалені результати вивчені у строки від 1 до 9 років.

Статистична обробка наукової інформації проведена на РС Pentium—4 з використанням програмного продукту Microsoft Excel—2003. Дослідження ухвалене біоетичною комісією Донецького національного медичного університету.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Діагноз встановлений при використанні комплексної діагностики, наведений у таблиці.

На тлі ЗЗГ відзначають різні добро— та злоякісні процеси, які на підставі аналізу патогномонічних клінічних, рентгенологічних та ультразвукових ознак можуть бути віднесені до окремих нозологічних форм.

Розподіл хворих за нозологічними формами ЗЗГ

Діагноз	Кількість хворих	
	абс.	%
Кіста з запаленням	207	36,5
Перипротоковий мастит	182	32,1
Гнійний галактофорит	73	12,9
Абсцес	64	11,3
РГ	41	7,2
Разом ...	567	100,0

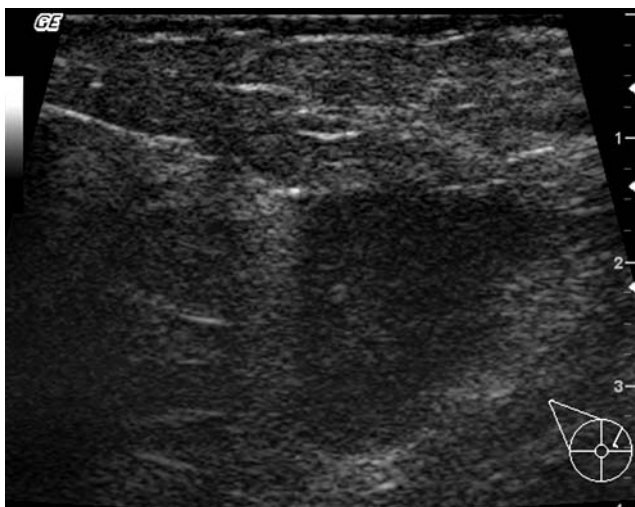


Рис. 1. Ультрасонограма. Абсцес грудей.

Так, найбільш значущими ознаками абсцесу грудей за даними УЗД були неправильна форма, нерівний край, нечіткі межі, неоднорідність (гетерогенність), флотація (хаотичне переміщення) вмісту, відсутність інтранодулярного кровотоку у режимі кольорового доплерівського картування (рис. 1).

В усіх спостереженнях гнійного галактофориту на тлі дифузного набряку та інфільтрації навколишніх тканин з порушенням архітектоніки грудей візуалізувались значно розширені — від 0,4 до 1 см, у середньому ($0,5 \pm 0,04$) см молочні протоки, які за зовнішнім виглядом нагадували сардельки, проксимальним кінцем спрямовані до соска (рис. 2).

Найбільш значущими ультразвуковими ознаками кісти грудей на тлі запалення були правильна форма, горизонтальна орієнтація, рівний край, чіткі межі, анехогенність, однорідність (гомогенність), симетричні латеральні тіні, відсутність флотації (хаотичного переміщення) вмісту, а також відсутність інтранодулярного кровотоку у режимі кольорового доплерівського картування (рис. 3).

Для перипротокового маститу характерними ультразвуковими ознаками були локалізація процесу у субареолярній ділянці грудей, зміни шкіри у вигляді потовщення або зникнення тришарової будови, відсутність дуктектазії (діаметр молочних проток не більше 0,4 см), наявність деформованих, місцями звужених молочних проток, які проксимальними кінцями спрямовані до соска і загальним видом нагадували обгоріле дерево (рис. 4).

Патогномонічними ультразвуковими характеристиками РГ на тлі ЗЗГ були неправильна форма та вертикальна орієнтація вузла, нерівний край та нечіткі межі, гетерогенна структура, відсутність флотації, наявність інтранодулярного кровотоку у режимі кольорового доплерівського картування (рис. 5).

На підставі аналізу виявлених ультразвукових особливостей різних нозологічних форм ЗЗГ опраць-

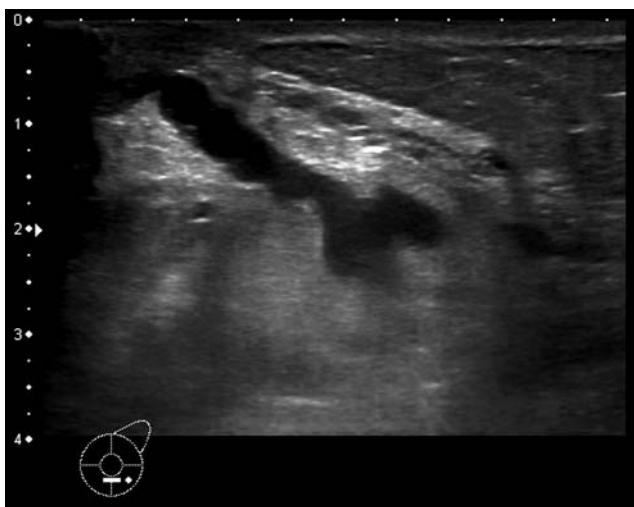


Рис. 2. Ультрасонограма. Гнійний галактофорит.

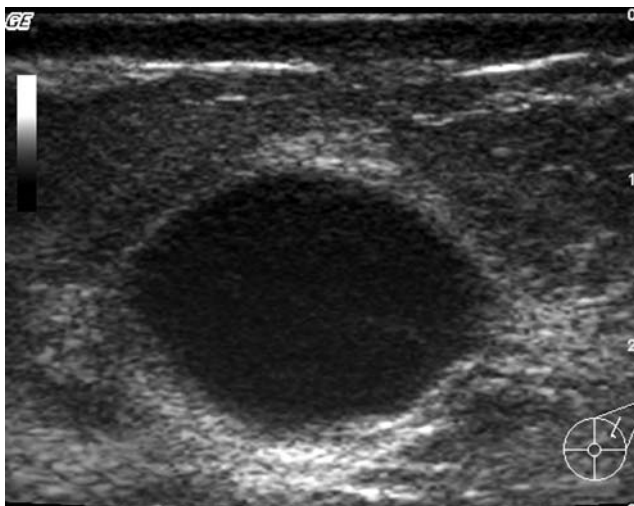


Рис. 3. Ультрасонограма. Кіста грудей з запаленням.

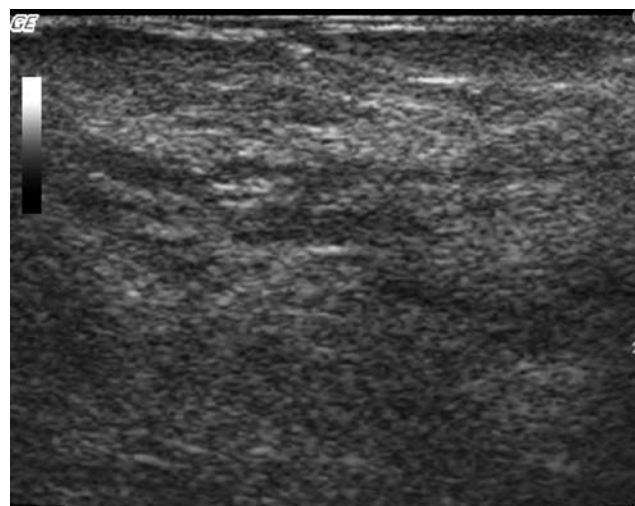


Рис. 4. Ультрасонограма. Перипротоковий мастит.

овували індивідуальну лікувальну, у тому числі хірургічну, тактику.

МІВ під контролем УЗД (пункція, аспірація, мікродренування) здійснені у 271 (47,8%) жінки, з приводу кісти з запаленням (у 207) та абсцесу (у 64). За наявності кіст тривалість лікування становила у середньому $(5,7 \pm 0,5)$ доби. Рецидиви виникли у 8 хворих, у 5 — зумовлені великими розмірами кістозних порожнин, у 3 — наявністю внутрішніх пристінкових папілярних вегетацій.

З приводу абсцесу тільки аспіраційні втручання виконані у 60 хворих, у 4 — ще дренування гнійних порожнин. У 55 пацієток здійснено одну пункцію, у 5 — 3 — 4 пункції. Показаннями до встановлення дренажів були наявність товстих (понад 2 мм) стінок абсцесу, неможливість повної евакуації гною. Тривалість лікування з використанням аспірації становила у середньому $(7,8 \pm 0,6)$ доби, дренування — $(12,3 \pm 1,3)$ доби. Найближчі, безпосередні та віддалені результати визнані хорошими, рецидивів та деформацій грудей не було.

За нашими даними у 255 (45%) хворих ЗЗГ пов'язане саме з молочними протоками, їх перебіг у формі перипротокового маститу чи галактофориту не потребує хірургічного лікування.

При гнійному галактофориті досить ефективним є запропонований нами спосіб візуально контрольованого ретроградного дренування молочних пазух з промиванням їх розчинами антисептиків або антибіотиків. Тривалість лікування з використанням цього способу становила у середньому $(7,8 \pm 0,7)$ доби. Безпосередні та віддалені результати хороші.

За перипротокового маститу ефективною є консервативна терапія з використанням протизапальних мазей, за показаннями — антибіотиків, сульфаніламідів та метронідазолу. Тривалість лікування у середньому $(11,3 \pm 1,1)$ доби.

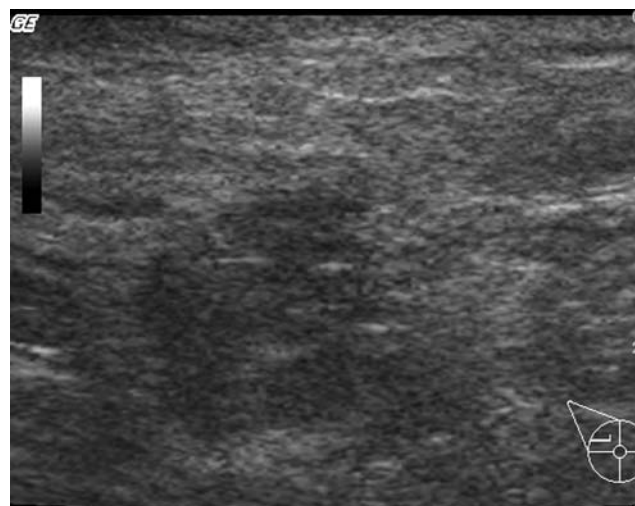


Рис. 5. Ультрасонограма РГ на тлі запалення.

У 79 (13,9%) жінок після усунення гострого запалення зберігались патологічні виділення з сосків, що свідчило про необхідність додаткової діагностики стану молочних проток. Крім цитологічного дослідження та рентгенівської галактодуктографії, їм проведено ехографічну сонодуктоскопію за власною методикою. Завдяки застосуванню комплексної ехографічно-цитологічної діагностики додатково виявлені патологічні процеси: дуктектазія — у 5 жінок, внутрішньопротокові папіломи — у 60, внутрішньопротоковий РГ — в 1.

Точність рентгенівської та ультразвукової діагностики РГ на тлі ЗЗГ становила відповідно 86,9 та 88,4%, тобто, різниця недостовірна ($P > 0,5$). Точність ехографії більш висока, ніж мамографії, завдяки меншій частоті псевдопозитивних результатів при хронічному запаленні з формуванням абсцесу. Щодо частоти псевдонегативних результатів, мамографія переважає УЗД через більш адекватне виявлення вогнищевих змін на тлі дифузного набряку.

Таким чином, ЗЗГ, які кваліфікують як "нелактаційний мастит", мають різну структуру і представлені кістами — у 36,5% спостережень, перидуктальним маститом — у 32,1%, абсцесом — в 11,3%, гнійним галактофоритом — у 12,9%. У 7,2% жінок під маскою ЗЗГ приховані псевдозапальні, місцево-поширені, бешихо- або маститоподібні форми РГ.

В 11,3% спостережень ЗЗГ мають морфологічне підґрунтя — папілярні кісти, патологічна дуктектазія, внутрішньопрокові папіломи, РГ. Це свідчить про необхідність проведення після усунення гострих запальних явищ додаткових (цитологічних, рентгенологічних, ультразвукових) діагностичних заходів.

Провідна роль у диференційній діагностиці ЗЗГ поза періоду лактації належить УЗД, яке надає унікальні можливості, по-перше, деталізувати нозологічну структуру патологічних вогнищ; по-друге, безпосередньо перед оперативним втручанням отримати повну і детальну інформацію про топографоанатомічні властивості гнійного вогнища; по-третє, спланувати адекватну лікувальну програму.

ВИСНОВКИ

1. Гнійно-запальне ураження грудей поза періоду лактації потребує індивідуального диференційованого лікувально-діагностичного підходу з огляду на ультразвукову (ехографічну) семіотику патологічного процесу.

2. Альтернативні мініінвазивні візуально контрольовані пункційно-дренувальні втручання доцільні, показані за наявності кіст і абсцесів за умови їх чіткої візуалізації за даними УЗД.

3. За наявності гнійно-запальних процесів у молочних протоках (перидуктальний мастит, гнійний

галактофорит) показане переважно консервативне лікування з застосуванням антибактеріальних та протизапальних препаратів, імуностимуляторів, а за необхідності — ретроградне дронування молочних проток під контролем УЗД.

4. У жінок старшого репродуктивного віку та в період менопаузи після усунення гострих запальних процесів необхідно проводити комплексну діагностику стану грудей для встановлення морфологічного і особливо онкологічного підґрунтя ЗЗГ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kamal R. M. Classification of inflammatory breast disorders and step by step diagnosis / R. M. Kamal, S. T. Hamed, D. S. Salem // *The Breast J.* — 2009. — Vol. 15, N 4. — P. 367 — 380.
2. Дифференціальна діагностика воспалительных заболеваний и рака груди / Г. А. Белоненко, М. Б. Первак, Е. Г. Аксенова, А. А. Аксенов // *Диагностическая и интервенционная радиология.* — 2011. — Т. 5, № 2 (приложение). — С. 52 — 53.
3. Тащив Р. К. Оценка врачебных ошибок при диагностике рака молочной железы в условиях общелечебной сети / Р. К. Тащив, В. Т. Баратели // *Хірургія України.* — 2011. — № 2. — С. 65 — 68.
4. Benign breast lesions mimicking carcinoma at mammography / S. Rojchamarnwiputh, M. Muttarak, W. Na-Chiangmai, B. Chaiwun // *Singapore Med. J.* — 2007. — Vol. 48, N 10. — P. 958 — 968.
5. Оптимізація діагностики й лікування гнійного галактофориту / Г. А. Білоненко, О. А. Аксенов, О. Г. Аксенова, О. Г. Осипов // *Сучасні мед. технології.* — 2011. — № 1. — С. 59 — 61.
6. Breast abscesses: evidence-based algorithms for diagnosis, management, and follow-up / I. Trop, A. Dugas, J. David [et al.] // *Radiographics.* — 2011. — Vol. 31, N 6. — P. 1683 — 1699.
7. Пат. 57518 А Україна, МПК А61В8/00. Спосіб контрастної сонодуктографії / О.Г. Грінцов, Г.А. Білоненко, Д.А. Успенський [та ін.] (Україна). — № 200211939; заявл. 26.11.02; опубл. 27.12. 03. Бюл. № 6.
8. Пат. 49337 У Україна, МПК А61В8/00. Спосіб діагностики й лікування гнійного галактофориту / Г.А. Білоненко, О. Г. Осипов, О.Г. Аксенова, О. А. Аксенов (Україна). — № 200911534; заявл. 12.11.09; опубл. 26.04.10. Бюл. № 8.

