

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО ГАЛАКТОФОРИТУ

Білоненко Г. А., Аксьонов О. А., Аксьонова О. Г., Осипов О. Г.
Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

На підставі конкретних ультразвукових симптомів автори виділяють окрему нозологічну форму запалення груді – гнійний галактофорит і для його лікування пропонують малоінвазивну органозберігаючу технологію – візуально контрольоване ретроградне дренивання порожнини гнійника з аспірацією гною через природній отвір молочної протоки на соску. Технологія, що пропонується, відрізняється від традиційного хірургічного втручання можливістю уникнути госпіталізації, скоротити терміни лікування на 14–15 днів та отримати гарні косметичні результати.

Ключові слова: галактофорит, діагностика, лікування.

Гнійний галактофорит (ГГ) – запальне захворювання молочних синусів, яке найчастіше не пов'язане із лактаційним періодом і характерне для жінок середнього віку. Серед запальних процесів груді («не лактаційних маститів») ГГ посідає 3 місце після кіст із запаленням та перипротокових маститів і зустрічається із частотою 12,7–13,0% [1].

Крім загальних ознак запального процесу та рясних гнійних виділень із соска при ГГ не виникає будь-яких специфічних симптомів і тому диференційний діагноз із кістами, перипротоковими маститами, абсцесами та псевдозапальним раком стає утрудненим.

Є повідомлення про застосування допоміжних методів діагностики ГГ, таких як контрастна рентгеногалактодуктографія, цитологічні та мікробіологічні дослідження виділень із соска [2]. Але з точки зору прикладної хірургії ці діагностичні методи не надають необхідної топографо-анатомічної інформації, а проведення контрастного рентгенівського дослідження молочних проток на тлі гнійного запалення взагалі є протипоказаним через загрозу розповсюдження інфекції.

Звичайно для лікування ГГ застосовують протизапальні та антимікробні засоби, а при відсутності позитивного ефекту прибігають до оперативних втручань в обсязі висікання запального інфільтрату або розтину та дренивання гнійної порожнини.

Такі традиційні операції супроводжуються тривалим перебуванням у хірургічному стаціонарі, необхідністю проведення загального знеболювання, додатковими фінансовими витратами з послідувачим амбулаторним лікуванням та не завжди задовільними косметичними результатами [3].

Мета даної публікації – аналіз власного досвіду діагностики й лікування ГГ із застосуван-

ням сучасних органозберігаючих технологій – малоінвазивних втручань (МІВ) під візуальним ультразвуковим контролем.

Матеріали та методи

Спостерігали 56 жінок хворих на ГГ віком від 19 до 70 років (у середньому 44 роки), яких відповідно методам діагностики й лікування розподілили на основну та контрольну групи. До основної групи увійшли 39 пацієнок, у яких впроваджували МІВ, а до контрольної – 17 хворих, що перенесли традиційні хірургічні втручання.

Застосовували клінічні, ехографічні, цитологічні та мікробіологічні методи діагностики.

Для ультразвукової діагностики й візуального контролю за МІВ використовували високочастотні електронні лінійні адаптери на сканерах Logic-3 (General Electric) та EnVisor (Fillips) у режимі сірої шкали. Ураховували локалізацію процесу, діаметр молочних проток, характер їхнього вмісту, стан оточуючих тканин.

Проведення даної роботи узгоджено з біоетичною комісією при Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького.

Результати та обговорення

Нашими спостереженнями встановлено, що ГГ, як одна із форм гострого запалення груді, характеризується локалізацією патологічного процесу в субареолярній ділянці груді, а саме у молочних синусах, і відрізняється від інших захворювань, наприклад, перипротокового маститу тим, що його ультразвукова семіотика складається із наявності значно розширених (більше 0,4 см), «ковбасоподібних» молочних проток, у просвіті яких виявляється флотуючий вміст (рис. 1, 2).

Виявлення специфічних ультразвукових ознак ГГ дозволило виділити його в окрему форму запалення жіночих грудей і розробити новітню органозберігаючу технологію шляхом використання МІВ під візуальним ультразвуковим контролем, яку здійснювали таким чином.

У пацієнок із запальними змінами груді проводили ультразвукове дослідження і при наявності означених ультразвукових симптомів (субареолярна локалізація, розширення молочних синусів більше ніж 0,4 см, наявність флотуючого вмісту в їхньому просвіті) встановлювали діагноз ГГ. Шляхом пальпаторної компресії навколо соска виявляли отвір молочної протоки, із якого надходив гній і в асептичних умовах розширяли визначений отвір розробленим нами інструментом (рис. 3).

Ретроградно через зовнішній отвір на соску у напрямку до молочного синусу проводили катетер, просування і положення якого контролювали візуально за допомогою діагностичного ультразвуку безпосередньо у режимі реального часу (рис. 4).

Після влучення катетера у патологічне вогнище до нього приєднували шприц і за допомогою негативного тиску проводили аспірацію гною (рис. 5). Процес і повноту спорожнення гнійної порожнини також контролювали візуально шляхом ультразвукового сканування. За необхідності після евакуації гною молочний синус багаторазово промивали розчинами антисептиків або антибіотиків до отримання прозорої рідини.

Для порівняльного аналізу ефективності діагностично-лікувальних заходів у хворих на ГГ при застосуванні новітнього і традиційного методів урахували тривалість перебування у стаціонарі, загальні терміни лікування, наявність косметичних дефектів (див. табл. 1).

З таблиці витікає, що МІВ мають суттєві переваги у порівнянні з традиційними хірургічними операціями. Так, хворі, які перенесли МІВ лікувались амбулаторно, у них не проводились повторні госпіталізації і не виникали косметичні дефекти, а загальна тривалість хвороби була коротшою на $14,5 \pm 1,2$ днів, тобто на 2 тижні.

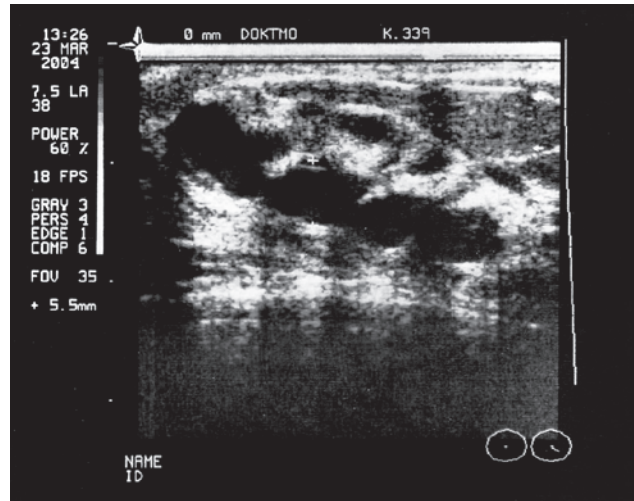


Рис. 1. Ультрасонограма гнійного галактофориту. У субареолярній зоні на тлі інфільтрованих тканин довгасте анехогенне утворення 3,50x0,55 см (молочна протока), яке поодинокими гіперехогенними спікулоподібними виступами розподілене на окремі затоки, що поєднуються між собою

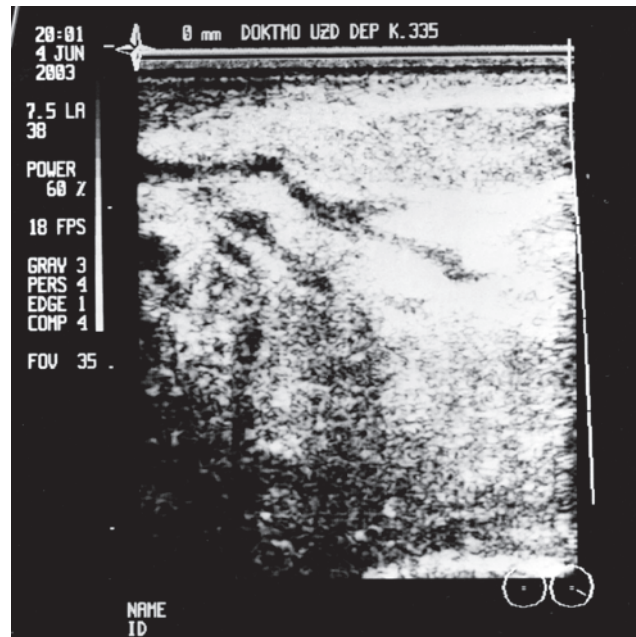


Рис. 2. Ультрасонограма перипротокового маститу. У субареолярній зоні на тлі інфільтрованих тканин декілька ан-, гіпоехогенних тяжів завширишки 0,1-0,2 см (молочні протоки), які радіарно збігаються до соска і нагадують обгоріле дерево

Таблиця 1

Показники	Традиційне лікування (n = 17)	МІВ (n = 39)
Терміни госпіталізації	11,5±1,2 ліжко/днів	0
Ускладнення, рецидиви	n = 4 (23,5%)	n = 3 (7,7%)
Повторні операції	n = 3 (17,6%)	n = 2 (5,1%)
Повторні госпіталізації	n = 3 (17,6%)	0
Загальна тривалість хвороби	26,9±2,3 днів	12,4±1,1 днів
Косметичні дефекти	n = 7 (41,2%)	0



Рис. 3. Розширення сецернуючої протоки за допомогою спеціального інструмента

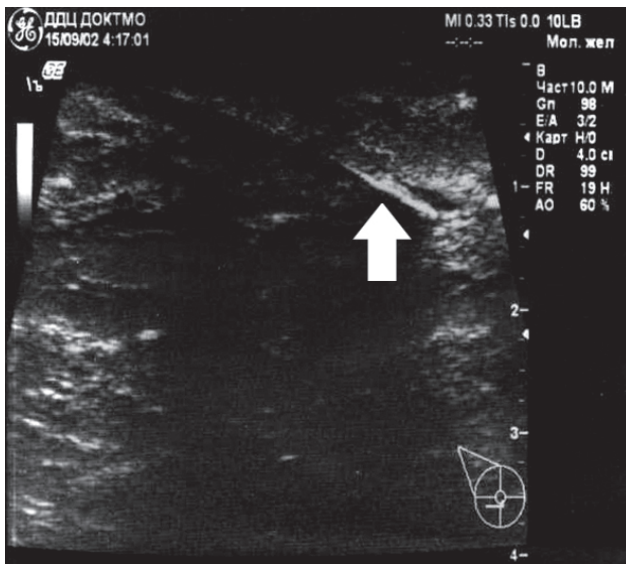


Рис. 4. Ультразвуковий контроль за розташуванням катетера у молочному синусі (катетер вказаний стрілкою)



Рис. 5. Евакуація гною з молочного синусу

Аналіз ускладнень і рецидивів після МІВ показав, що їхньою причиною в одному випадку стала тріщина соска після його травматичного розширення, а в двох інших – небале ставлення пацієток до консервативного лікування. Тріщину соска вдалось ліквідувати консервативними заходами, а в двох випадках потребувались повторні дренування і санація молочних синусів.

У терміни від 1 до 7 років результати МІВ визнані добрими та відмінними.

Таким чином, наведені наукові факти доводять абсолютні переваги МІВ перед традиційними хірургічними операціями у хворих на ГГ як у плані безпосередніх, так і в плані віддалених результатів.

Висновки

Гнійний галактофорит, як характерна форма запального ураження жіночих грудей має специфічну ультразвукову семіотику, що дозволяє вважати його окремою нозологічною одиницею і урахувати при встановленні клінічного діагнозу.

Малоінвазивній органозберігаючий спосіб лікування гнійного галактофориту шляхом візуально контрольованого ретроградного дренування гнійної порожнини і аспірації гною через природній отвір молочної протоки на соску має безперечні переваги перед традиційними хірургічними втручаннями, дозволяє уникнути госпіталізації, скоротити терміни лікування на 14–15 діб, отримати добрі косметичні наслідки.

Література

1. Воспалительные заболевания молочной железы вне периода лактации: комплексная диагностика и тактика ведения / Белоненко Г. А., Осипов А. Г., Аксёнова Е. Г., Аксёнов А. А. // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Т 14, № 4. – с. 59–62.
2. О диагностике галактофорита / Закиров Р. Ф., Дружков Б. К., Красильников Д. М. и др. // Казанский мед. журнал. – 2001. – Т. 82, № 5. – С. 410–411.
3. Клинико-эпидемиологические аспекты и хирургическое лечение лактационных маститов / Рутенбург Д. Г., Коньчев А. В., Коньчева Е. А., Кокорев О. В. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – № 3. – с. 55–59.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ГАЛАКТОФОРИТА

*Билоненко Г. А., Аксенов А. А., Аксенова А. Г., Осипов А. Г.
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

На основании конкретных ультразвуковых симптомов авторы выделяют отдельную нозологическую форму воспаления груди – гнойный галактофорит и для его лечения предлагают малоинвазивную органосберегающую технологию – визуально контролируемое ретроградное дренирование полости гнойника с аспирацией гноя через естественное отверстие молочного протока на соске. Предлагаемая технология в отличие от традиционного хирургического вмешательства позволяет избежать госпитализации, сократить сроки лечения на 14–15 дней и получить хорошие косметические результаты.

Ключевые слова: галактофорит, диагностика, лечение.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT PURULENT GALAKTOFORITIS

*Bilonenko G. A., Aksenov A. A., Aksenov A. G., Osipov A. G.
Donetsk Regional Clinical Hospital*

On the basis of concrete ultrasonic symptoms authors allocate the separate nosological form of an inflammation of a breast – purulent galactophoritis and for its treatment offer minimal invasive technology – visually controllable retrograde drainage of a purulent cavity with a pus aspiration through a natural foramen of a milk duct on a nipple. The offered technology unlike a traditional surgical intervention allows to avoid hospitalisation, to reduce treatment terms to 14–15 days and to receive good cosmetic results.

Keywords: galactophoritis, diagnosis, treatment.