

Тактика при ювенильных кистах молочных желез

Г.Х. Ханафиев, С.А. Берзин

МАУ Городская клиническая больница № 40, Екатеринбург;
кафедра онкологии и медицинской радиологии ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Екатеринбург

Контакты: Гелюс Харисович Ханафиев hanafievgh@mail.ru

Из 62 пациенток в возрасте 10–17 лет, наблюдавшихся в Городском маммологическом центре г. Екатеринбурга, 27 прооперированы хирургами по поводу кист околососковой зоны с кровоизлияниями и нагноениями. Произведены инцизии и дренирование. Пролечены маммологами в щадящем режиме (пункция + противовоспалительное лечение) 35 пациенток. В 1-й группе у половины развились рубцовые деформации, втянутость сосков, что в последующем серьезно осложнило лактацию. Сберегательная тактика маммологов обеспечила во всех случаях выздоровление без осложнений.

Ключевые слова: детская маммология, молочная железа, ювенильные кисты

Tactic for juvenile breast cysts

G.Kh. Khanafiyev, S.A. Berzin

State Clinical Hospital Forty, Yekaterinburg;
Department of Oncology and Medical Radiology, Ural State Medical Academy, Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg

From 62 patients 10–17 years, observed in the City mammalogy centre of Ekaterinburg 27 operated surgeons about the cysts periareolare zone with bleeding disorders and purulentes. Made incise and drainage. 35 patients treated of mammologis in the power saving mode (puncture + anti-inflammatory medication). In the first group in half of the developed cicatricial deformations, indrawn papilla her Breasts, which subsequently seriously complicated lactation. Savings tactics for mammologis provided in all cases of recovery with no complications.

Key words: children's mammalogy, mamma, juvenile cysts

Введение

Таким специалистам, как детские гинекологи, онкологи, детские эндокринологи, детские хирурги, подростковые врачи, нередко приходится решать вопросы оказания помощи девочкам с различного рода нарушениями со стороны молочных желез (МЖ). Сложность их решения заключается в необходимости дифференцировать действительную патологию и естественные возрастные изменения, которые составляют часть нормального «пубертатного сценария».

МЖ — парный орган эктодермального происхождения, отличающийся высокой чувствительностью, как к экзогенным, так и к эндогенным факторам, в частности конституционально-наследственным. Начало роста МЖ (ультразвуковое исследование (УЗИ) — картина формирующихся МЖ) совпадает с препубертатной фазой периода полового созревания, что у девочек происходит в возрасте 8–10 лет. Далее МЖ формируются перемежающимися темпами. Первый период ускоренного роста приходится на возраст в 12 ± 2 года, 2-й — на возраст в 15 ± 2 , и 3-й — на 22 ± 2 года. В развитии основных тканевых компонентов МЖ прослеживается определенная последовательность. Так, сначала превалирует развитие сосудов (сплетения в пределах ареол), далее пролиферирует строма — как опорная, так и перигландулярная, затем появляется жировой компонент МЖ. Начиная с 15 лет

становится заметным железистый компонент, достигающий максимального развития в 20–25 лет. Процессы дифференциации первоначально охватывают периферию органа, распространяясь к центру. На клеточном уровне происходит пролиферация альвеолярного и протокового эпителия.

Развитие МЖ находится под контролем нейрогуморальных факторов, таких как фолликулостимулирующие, лютеинизирующие, стероидные, тиреоидные гормоны, пролактин, инсулин, эпидермальный фактор роста, простагландины, биологические амины, и т. д. Рост МЖ в пубертатный период стимулируется вначале эстрогенами, затем гестагенами. Эстрогены обеспечивают развитие сосудистой сети, соединительно-тканной стромы и пролиферацию протокового и альвеолярного эпителия. Гестагены вызывают развитие железистой ткани, увеличение числа альвеол и долек, при этом сдерживая пролиферативную активность. Пролактин и соматотропный гормон стимулируют лактоциты, увеличивая концентрацию тканевых рецепторов. Тиреоидные и надпочечниковые гормоны (кортизол) содружественно с другими тоже стимулируют развитие МЖ [1–3].

Баланс факторов, определяющих функциональное состояние МЖ в динамике нормального полового созревания, иногда нарушается, что обуславливают патологические процессы. Доля юных пациенток с за-

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.