

Острый нелактационный мастит у девочек и девушек-подростков: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

М.Ю. Сергиенко, к.м.н., руководитель отделения детской и подростковой гинекологии Донецкого регионального центра охраны материнства и детства

В течение длительного времени ведение пациенток с заболеваниями молочной железы (МЖ) являлось задачей хирургов и онкологов. Сегодня диагностика и лечение данной патологии находятся на стыке нескольких медицинских специальностей и представляют довольно сложную клиническую проблему, решение которой у пациенток юного возраста требует от врача вдумчивого и осторожного подхода, знания особенностей строения МЖ в различные возрастные периоды и механизмов его гормональной регуляции.

➔ Следует отметить, что МЖ, пожалуй, наиболее чувствительный к различным воздействиям орган: его функциональное состояние изменяется в различные физиологические периоды жизни женщины (полового созревания, беременности, лактации, угасания репродуктивной функции), при воздействии травматических, стрессовых факторов, на фоне гормональных нарушений и др.

Развитие МЖ у человека начинается на 2-м месяце эмбрионального периода с образования валикообразных утолщений эктодермы («молочных линий»), состоящих из 4-6 рядов эпителиальных клеток; в дальнейшем из них формируются 2 бугорка с углублением в центре. Претерпев ряд изменений, на 32-40-й неделе внутриутробного развития происходит дифференциация МЖ, развиваются дольчато-альвеолярные структуры, формируется сосково-ареолярный комплекс, масса МЖ увеличивается в 4 раза.

Резкие половые различия в строении МЖ появляются в период полового созревания: у мальчиков образование разветвлений молочных ходов постепенно прекращается, тогда как у девочек усиливается. Наибольшая

активность маммогенеза приходится на возраст 11-25 лет.

Выделяют следующие стадии развития МЖ по Marshall и Tanner (1969):

I – препубертатная (соски слегка выступают);

II – форма бутона;

III – увеличение МЖ и диаметра ареолы (не приподнимаются над уровнем кожи);

IV – увеличение и возвышение МЖ, вторичное возвышение ареолы и соска;

V – зрелая форма МЖ.

Полного развития МЖ достигает после первых родов и лактации.

Интенсивный рост протоков МЖ в пубертатном периоде обусловлен влиянием эстрадиола, прогестерона, соматотропина, пролактина, гормонов надпочечников. Пролактин влияет на формирование и функциональную активность МЖ, развитие протоковой системы от периода полового развития до лактации, способствует активному росту клеток эпителия.

Следует отметить, что в детской гинекологии МЖ занимает особое место, поскольку является одним из главных эстрогензависимых органов, а ее развитие тесно связано

с функциональной активностью гипофиза, яичников, щитовидной железы, коры надпочечников.

Актуальность проблемы

В клинической практике детские гинекологи сталкиваются с патологией МЖ, обусловленной нарушениями в онтогенезе, наследственностью, гормональными нарушениями, воспалительными изменениями.

Воспалительные заболевания МЖ – маститы, не связанные с беременностью, родами и грудным кормлением, – развиваются, как правило, на фоне гормональных нарушений при снижении иммунной защиты. Частому возникновению подобных нарушений способствуют постоянная изменчивость морфофункциональных структур и высокая степень чувствительности эпителия МЖ к гормональному дисбалансу. Более высокая частота развития острого нелактационного мастита (ОНМ) в пубертатном периоде также объясняется усилением лимфо- и кровообращения в МЖ.

Развитию маститов в большинстве случаев предшествуют респираторные вирусные инфекции, нарушения менструального цикла, предменструальный период, местное

или общее переохлаждение, неблагоприятное влияние факторов окружающей среды, обуславливающие снижение иммунной защиты.

Клиника и диагностика ОНМ

Выделяют начальные (серозный, инфильтративный) и деструктивные (абсцедирующий, инфильтративно-очаговый и диффузный, флегмонозный) формы мастита.

К основным симптомам ОНМ относят уплотнение и напряжение, боль в области МЖ, повышение температуры тела (чаще внезапное) до 38-39 °С, озноб, головную боль, слабость, гиперемиию кожи в области МЖ, появление болезненных уплотнений в ее толще. Нарушение общего состояния при ОНМ менее выражено, чем в случае лактационного мастита.

В ряде случаев наблюдаются только нагрубание МЖ и незначительная их болезненность.

У девочек в так называемом нейтральном периоде (1-7 лет) чаще встречается инфильтративная форма мастита на фоне изолированного телархе. Клинически мастит проявляется припухлостью, увеличением размера МЖ; пальпация болезненна, при этом выявляются образования плотнoэластической консистенции, что соответствует клинической картине телархе без сопутствующего воспаления у девочек с низкой массой тела. В такой ситуации решающим при проведении дифференциальной диагностики является выполнение ультразвукового исследования (УЗИ).

Важное значение имеют тщательный сбор анамнеза, изучение гормонального профиля, общий анализ крови.

У детей и подростков часто наблюдается сочетание телархе, фиброаденом, кист, других заболеваний МЖ с воспалительной патологией. При проведении дифференциальной диагностики оценивают клиническую

картину (наличие/отсутствие признаков воспаления), используют дополнительные методы исследования — ультразвуковой, цитологический, бактериологический.

Лечение

На начальных стадиях показано консервативное лечение ОНМ, главной целью которого является предупреждение прогрессирования серозного воспаления в гнойное: незамедлительное назначение антибиотикотерапии с использованием препаратов широкого спектра действия, противовоспалительных лекарственных средств, антигистаминных препаратов, антиоксидантов, витаминов группы В, витамина Е, проведение местного лечения. Показано динамическое наблюдение за состоянием МЖ.

Назначение антибиотикотерапии пациенткам с деструктивным маститом позволяет локализовать процесс, уменьшить выраженность перифокального воспаления. При проведении хирургического вмешательства следует выбирать наиболее щадящую методику. Описаны различные варианты лечения, в частности проведение пункции абсцессов МЖ с дренированием полости, введением химотрипсина и гентамицина в течение 3-5 дней (Е.А. Богданова и соавт., 2004).

Средства на основе лекарственных растений оказывают многофакторное воздействие и характеризуются оптимальным профилем безопасности, что подтверждает целесообразность их использования для лечения патологии МЖ, в том числе у детей.

Одним из эффективных представителей данного класса является препарат Мастодинон («Бионорика», Германия), широко используемый в гинекологической практике. В ряде клинических исследований убедительно продемонстрирована возможность устранять отек, напряжение и

болезненность МЖ, купировать вегетативные симптомы предменструального синдрома, нормализовать синтез пролактина с помощью назначения данного растительного средства.

Кроме того, показано использование фитопрепаратов, обладающих иммуномодулирующим влиянием.

Подходы к ведению пациенток с ОНМ: результаты исследования

Целью исследования являлось изучение опыта ведения ОНМ у девочек и девушек-подростков в нашем учреждении.

Материалы и методы

В рамках работы были проанализированы данные журналов амбулаторного приема, амбулаторных карт, историй болезни пациенток, проходивших лечение в отделении детской и подростковой гинекологии Донецкого регионального центра охраны материнства и детства за период 2001-2003 гг.

У 42 из 622 больных с патологией МЖ был диагностирован ОНМ (6,8%). В исследование были включены пациентки в возрасте 9-18 лет (средний возраст — 14,7 года).

По степени полового развития пациентки разделились следующим образом: 38 больных (90,5%) находились во II фазе пубертатного периода; степень развития вторичных половых признаков соответствовала формуле $Ma_3Ax_3P_3 Me_1(Ma$ — степень развития МЖ, Ax — оволосение подмышечных впадин, P — оволосение лобка, Me — менструальная функция); гинекологический возраст (от момента первой менструации до установления диагноза ОНМ) варьировал от 6 мес до 5 лет, в среднем составив 2,5 года; менархе наблюдалось в возрасте 11-15 лет (средний возраст — 12,4 года); степень развития вторичных половых признаков 3 пациенток соответствовала

формуле $Ma_2Ax_2P_{2-3}Me_0$; у 1 участницы в возрасте 9 лет признаки полового созревания отсутствовали, а степень развития молочных желез после проведенной консервативной терапии оценивалась как I ст. по Таннеру.

Нарушения менструального цикла наблюдались у 18 (42,95%) участниц — олигоменорея и меноррагия у 15 (35,7%) и 5 (11,9%) пациенток соответственно; сведения о наличии в анамнезе воспалительных заболеваний репродуктивной системы получены у 9 больных (21,4%), травм МЖ — у 3, рецидива ОНМ — у 4 участниц (у 3 — на противоположной стороне) через 6-12 мес после консервативного лечения или хирургического (в 1 случае) вмешательства.

Показатели гормонального профиля оценивали у 37 девочек. Уровни тестостерона и тиреотропного гормона находились в пределах возрастной нормы; у 7 (18,9%) пациенток диагностировано незначительное повышение уровня пролактина (уровень пролактина не превышал 30 нг/мл). У больных, страдающих олигоменореей, выявлено резкое снижение уровня прогестерона.

Длительность заболевания до момента обращения на консультативный прием составила 1-5 дней. Все пациентки предъявляли жалобы на боль в области МЖ, у 36 (85,7%)

выявлялась локальная гипертермия, повышение температуры тела до субфебрильных цифр — у 29 (69%) и 10 (23,8%) пациенток на момент развития заболевания и обращения за помощью соответственно.

Во время пальпации МЖ выявлены болезненные инфильтраты размером 1,5-4 см, при УЗИ определялись анэхогенные образования неправильной формы диаметром 12-53 мм.

Всем пациенткам была назначена антибиотикотерапия с использованием препаратов широкого спектра действия (в 30 (71,2%) случаях — цефалексина, в 9 (21,4%) — доксициклина, в 3 (7,1%) — ципрофлоксацина) курсом 7-10 дней, витамины группы В, витамины Е, С, местно — полуспиртовой (или с бальзамом Вишневого) компресс на 8-10 ч 2 р/день.

8 больным на фоне антибиотикотерапии была проведена пункционно-аспирационная биопсия абсцесса МЖ.

Результаты и обсуждение

Чаще всего ОНМ развивался у девочек во II фазе пубертатного периода. Возникновению заболевания способствовали нарушения менструального цикла, воспалительные заболевания репродуктивной системы, травматические повреждения МЖ.

Проведенное лечение во всех случаях привело к выздоровлению, что подтверждалось данными УЗИ. С целью профилактики развития рецидивов ОНМ рекомендована витаминотерапия, применение фитопрепарата Мастодинон курсом 3 мес.

16 (38,1%) пациенток находились в дальнейшем под наблюдением детского гинеколога по поводу дисгормональной гиперплазии МЖ. Повторных обращений по поводу ОНМ до настоящего времени не зарегистрировано.

Рациональной терапевтической стратегией являлось раннее назначение антибиотикотерапии с использованием препаратов широкого спектра действия (цефалоспоринов, тетрациклинов, фторхинолонов), что способствовало ограничению очага воспаления при деструктивной форме заболевания и в ряде случаев позволило избежать проведения хирургического вмешательства.

Пункцию абсцесса необходимо осуществлять на фоне антибиотикотерапии.

Целесообразными представляются проведение динамического наблюдения пациенток, перенесших ОНМ, детским гинекологом и назначение витаминотерапии, фитопрепаратов (Мастодинона) с целью профилактики рецидивов заболевания. ■

Новое об известном

Яблоки нормализуют массу тела и уровень холестерина

Недавно ученые из Университета штата Флорида (США) подтвердили эффективность яблочной диеты. В ходе исследования выяснилось, что эти фрукты способствуют регуляции уровня холестерина в крови и снижению аппетита.

Участников испытания — женщин в постменопаузе — разделили на 2 группы. В течение года пациентки 1 группы ежедневно съедали по одной порции яблок, а 2-й — по одной порции слив.

Через 6 мес у женщин, употреблявших яблоки, уровень холестерина липопротеинов низкой плотности был на 23% ниже, а холестерина липопротеинов высокой плотности — на 4% выше, чем у участниц, употреблявших сливы.

Кроме того, у женщин первой группы снизились уровень С-реактивного белка и масса тела (в среднем на 1,4 кг).



По материалам www.abbottgrowth.ru

Новое об известном

Гинкголид В в качестве профилактики мигрени у детей и подростков: результаты 12-месячного наблюдения

Любое фармакологическое лечение мигрени и головной боли напряжения может вызывать побочные эффекты; именно поэтому актуальной остается проблема разработки препаратов на растительной основе, которые были бы эффективными в лечении головной боли у детей, но при этом характеризовались хорошим профилем переносимости.

Гинкголид В – растительный экстракт из листьев гинкго билоба – является естественным антагонистом фактора активации тромбоцитов (ФАТ). ФАТ – мощный провоспалительный и ноцицептивный агент, который синтезируется при воспалении.

В рамках проспективного открытого исследования 30 детям и подросткам, страдающим мигренью без ауры, назначали гинкголид В в дозе 80 мг 2 р/сут в течение 3 мес. Период наблюдения за пациентами составил 1 год. Средний возраст пациентов составил 13,5±2,2 года, средняя длительность заболевания – 3,4±2,4 года.

Всего 12-месячное исследование завершили 76,6% пациентов. Было показано, что количество ежемесячных приступов мигрени у пациентов, принимавших гинкголид В, существенно сократилось после 3 мес терапии. Через 1 год наблюдения среднее количество дней головной боли в течение 1 мес сократилось с 8,7±7 до 1,6±1,7. Это повлекло за собой снижение необходимости в использовании симптоматической терапии: среднее количество принимаемых анальгетиков в течение 1 мес снизилось с 5,2±4,4 до 0,8±1,4. Лечение хорошо переносилось всеми пациентами, ни один из них не сообщил об ухудшении течения заболевания. Полученные данные показывают, что гинкголид В может применяться в качестве профилактического лечения детей с первичной головной болью.

Источник: Usai S., Grazzi L., Bussone G. Neurol Sci. 2011 May; 32 Suppl 1: S197-9

Анкета читателя

Medical Nature
Природная медицина®

Для получения журнала заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медицина газета «Здоров'я України»,
ул. Народного ополчения, 1, г. Киев, 03151

Укажите сведения, необходимые для отправки журнала **Medical Nature / «Природная медицина®»**

Фамилия, имя, отчество.....

Специальность, место работы.....

Индекс.....

город.....

село.....

район.....область.....

улица.....дом.....

корпус.....

квартира.....

Телефон: дом.....

раб.....

моб.....

E-mail:.....

Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли Вам журнал **Medical Nature/«Природная медицина®»**?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на Ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов Вам хотелось бы видеть в разрезе терапевтических специальностей?

Является ли для Вас наш журнал эффективным в плане повышения знаний о натуральной медицине?

Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоровье Украины». Я даю согласие на их использование для получения от компании (связанных с ней лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на внесение моих персональных данных в базу данных компании с неограниченным во времени хранением этих данных.