

## Лечение маститов у девочек-подростков

*Е. В. Сибирская, Л. В. Адамян, И. Е. Колтунов, Е. А. Богданова, И. Н. Сорокина*

В структуре гнойно-воспалительных заболеваний молочных желез (МЖ) доля нелактационного мастита (НМ) колеблется в пределах 5–45% и не имеет тенденции к снижению. НМ принято называть воспаление в МЖ вне периода родов и лактации. Клиника, диагностика и лечение лактационных маститов у взрослых больных хорошо освещена в литературе, тогда как практически не определена тактика ведения пациенток пубертатного возраста с маститом. Нелактационные маститы являются сложной диагностической проблемой, обусловленной стертой клинической картиной, полиморфным течением, требующим применения дополнительных методов диагностики. У большинства пациенток с НМ клинически определяется только пальпируемое образование в МЖ, зачастую без признаков воспаления, что требует дифференциальной диагностики с другими заболеваниями МЖ [1–7].

До настоящего времени не существует единых взглядов на этиологию и патогенез заболевания, поэтому нет и единой классификации НМ. Существующие классификации основываются либо на клинических данных, либо на данных гистологических исследований. Отсутствуют диагностические критерии различных форм НМ и, как следствие, единые подходы к лечению.

Лечение маститов у девочек-подростков нередко осуществляется без учета особенностей динамики гормонального статуса, как правило, ведущими методами являются агрессивные хирургические способы вскрытия образований в МЖ [8–13].

Также остается актуальным вопрос, являются ли маститы у девочек-подростков только следствием воздействия на МЖ инфекционного фактора или мастит сочетается с проявлениями каких-либо изменений в других органах репродуктивной системы.

Нами обследовано 106 девочек с заболеваниями МЖ, находившихся на лечении в гинекологическом отделении Морозовской детской городской клинической больницы за последние 5 лет. Из них у 100 был диагностирован НМ.

Все девочки с маститом поступали в экстренном порядке, 7 из них поступили повторно, после ранее проведенного лечения в хирургических отделениях детских больниц города Москвы, трое из них переведены из хирургического отделения в отделение гинекологии Морозовской детской городской клинической больницы.

При поступлении все девочки жаловались на боли в одной МЖ, появление покраснения кожи над МЖ, во многих случаях наличие уплотнения в МЖ и увеличение размеров больной МЖ. У пяти девочек была выявлена галакторея. Всем больным был поставлен диагноз НМ.

По характеру мастита мы разделили пациенток на две группы: с серозным (диффузным) маститом — 16 девочек (16%) и с гнойным маститом (абсцедирующим) — 84 девочки (84%).

При анализе темпов и характера полового развития девочки с маститами были разделены на две подгруппы: младшая — до 13 лет и старшая — 14–17 лет. Средний возраст девочек с серозным маститом составил  $13,4 \pm 0,5$  года. Средний возраст девочек с гнойным маститом составил  $13,2 \pm 0,2$  года.

При изучении семейного анамнеза выявлено, что 12,3% матерей, бабушек и других родственниц имели патологию МЖ, чаще всего это была кистозно-фиброзная мастопатия. У 16% матерей были выявлены различные нарушения менструального цикла, в большинстве случаев по типу нерегулярных менструаций.

Ветряной оспой болело 42% больных, причем 6% больных это заболевание перенесли примерно за 1 месяц до появления мастита. Корь, краснуха, скарлатина отмечались нами как крайне редкие заболевания.

### Состояние репродуктивной системы девочек с маститами

Рост и развитие МЖ у этих больных начинался с 8–9 лет, менструальная функция в среднем началась в 12–13 лет. Средний возраст менархе у девочек составил  $12,2 \pm 0,3$  года.

При анализе менструальной функции мы установили, что у 27 больных менструальной функции еще не было, что составляет 27% от общего числа больных.

Менструальный цикл установился лишь у половины больных. У большинства девочек он составил 24–28 дней, у некоторых до 38–40 дней, кровянистые выделения продолжаются от 3 до 7 дней, у большинства умеренные или скудные, у 8% пациенток в анамнезе маточные кровотечения в пубертатном периоде (МКПП), у одной девочки МКПП диагностировано на момент поступления по поводу НМ. У 23 больных менструации были нерегулярными.

При поступлении больных в отделение выявлено, что половое развитие соответствовало возрасту у 91 больной. У

всех девочек развитие вторичных половых признаков оценивалось по шкале Tanner (табл.) [3, 5].

Балл	Ma					Pb				Ax				Mens		
	0	1	2	2-3	3	0	1	2	3	0	1	2	3	Физическая аменорея	Нерегулярные	Регулярные
НСМ	-	-	8	-	6	-	4	5	5	6	8	-	-	4	5	7
НГМ	-	7	16	4	23	2	5	17	26	5	16	33	6	23	18	43
Всего, человек	0	7	24	4	29	2	9	22	31	11	24	33	6	27	23	50

Изучение полового развития девочек показало, что МЖ начали развиваться своевременно у 93% девочек. У большинства больных степень развития МЖ была 2 или 3. 1-я степень развития наблюдалась у 7 девочек от 8 до 11 лет; 2-я степень развития наблюдалась у 24 девочек от 11 до 14 лет; степень развития 2–3 определена у четырех девочек 14 лет; 3-я степень развития наблюдалась у 29 пациенток, на основании чего можно сделать вывод о том, что НМ развивается в формирующейся МЖ, в периоде ее бурного роста и развития.

У 23 менструирующих девочек мастит появился в предполагаемую I фазу цикла, у 30 за 1–12 дней до менструации, у 23 девочек менструации были нерегулярными, так что определить фазу цикла было невозможно.

### Клиника мастита

Все девочки, имеющие мастит, как серозный, так и гнойный, жаловались на боль в одной МЖ, двое — в обеих, возникшую от 1 до 5 дней до поступления в клинику. Интенсивность боли описывают в диапазоне от умеренной до очень сильной. При осмотре МЖ отмечалась отечность большой МЖ, локальная гиперемия кожи в периареолярной области, чаще всего с латеральной стороны железы, размером от 4 до 12 см, гипертермия кожи и болезненность МЖ при пальпации. Пораженная МЖ больше в размере, чем здоровая, и имеет несвойственную ей форму за счет патологического инфильтрата, размеры которого колебались от 3 до 10 см в диаметре. В центре инфильтрата у 84% больных определялась область размягчения (абсцесс). У 11% отмечалось увеличение и болезненность при пальпации подмышечных, реже (у 3%) — шейных лимфатических узлов. На коже МЖ у 9% девочек отмечались следы от сдавления металлическими вставками бюстгалтера. Выделения из соска (гнойные или сукровичные) наблюдались у 5% больных. Субфебрилитет отмечался у 34% больных, температура тела колебалась от 37,2 до 38,0 °С.

Преобладали гнойные (абсцедирующие) формы мастита. Из 100 больных от 8 до 17 лет 11 месяцев 28 дней у 16 больных наблюдался серозный мастит, у 84 — гнойный.

### Данные ультразвукового исследования МЖ у девочек с маститами

Неоднократное УЗИ проводилось: первое — при поступлении, второе — в момент проведения пункции, третье — перед выпиской. Метод лишен лучевой опасности и позволяет проводить многократные исследования.

При проведении УЗИ МЖ у девочек с маститами, как правило, обнаруживается дилатация протоков в большой МЖ, нередко и в здоровой, больших или меньших размеров, одно или несколько анэхогенных образований, обычно расположенных в параареолярной области. Наличие анэхогенного образования характерно для дилатации протоков МЖ [2, 14–16].

При возникновении нагноительного процесса на фоне диффузно измененных тканей определяется гипозоногенная зона и гиперэхогенные участки капсулы абсцесса (зоны гнойного расплавления) и гиперэхогенных зон (участки детрита) [2, 14, 15]. Содержимое воспалительного образования может быть однородным или содержать различные эхогенные включения. К моменту завершения формирования абсцесса четко видна гиперэхогенная капсула.

При проведении УЗИ девочкам с гнойным маститом гиперэхогенное образование с анэхогенными участками в правой МЖ было выявлено у 50% девочек, в левой — у 48% и у 2% — двухсторонний мастит. У 83% девочек обнаружено одно образование, у 17% от одного до трех, что классифицировалось как многополостной мастит. У 94% больных патологический очаг был обнаружен в верхнем или нижнем латеральном сегменте, у 6% девочек — в медиальном сегменте, как правило, все патологическое образование располагалось пара- и субареолярно (рис.).



Наружные половые органы у всех девочек были развиты правильно, по женскому типу. Лобковое оволосение (по шкале Tanner) соответствовало 1-й ст. у 27% девочек, 2-й ст. — у 32%, 3-й ст. — 23%, отсутствовало у 18% больных. При двуручном ректоабдоминальном исследовании пальпировалась матка, по размерам соответствующая пубертатному возрасту, плотная у 84%, мягковатой консистенции у 16% девочек, менструирующих во время обследования, подвижная, безболезненная. Области расположения яичников при пальпации безболезненные у всех, у трех отмечались несколько увеличенные яичники.

### Результаты исследования половых гормонов девочек с маститами

Исследование секреции гормонов проводилось 37 девочкам, из них 28 больных были с гнойным маститом и 9 — с серозным. У больных с гнойным маститом секреция гормонов рассматривалась в двух возрастных группах: МВГ и СВГ.

У девочек с маститом секреция лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона в обеих группах была несколько выше возрастных показателей. Секреция пролактина была высокой (выше 20 нг/л) почти у половины больных (48,6%). Секреция эстрадиола в обеих группах была несколько ниже возрастной нормы у большинства девочек и лишь у двух девочек в группе серозных маститов достигла 220,0 и 417,46 пмоль/мл, что указывало на наличие у них овуляторного пика эстрогенов в цикле обследования. Особенно низкой оказалась секреция прогестерона, составляя в среднем  $0,7 \pm 0,1$  нг/мл и  $1,7 \pm 0,5$  соответственно в МВГ и в СВГ. Лишь у четырех (10,8%) девочек было выявлено повышение прогестерона до 4,48, 5,29, 10,63 и 12,67 нг/мл, что указывало на наличие у двух больных неполноценного желтого тела и у двух больных нормально функционирующего желтого тела.

Таким образом, содержание гормонов в плазме крови с учетом возраста больных, своевременное появление вторичных половых признаков у них и достаточное развитие МЖ, несмотря на то, что менструальная функция появилась еще не у всех, позволяет утверждать, что заболевшие маститом девочки находились в периоде становления менструальной функции.

Мы полагаем, что дилатация протоков МЖ может быть связана с влиянием избытка пролактина, который отмечен у 48,6% больных. По-видимому, пролактин способствует и расширению протоков и появлению в них секрета даже в пубертатном возрасте. Можно полагать, что сочетание сниженного уровня эстрогенов и прогестерона и повышение секреции пролактина стимулирует секреторную функцию МЖ, то есть лактацию [4, 8, 17–22]. Подобная гормональная ситуация по данным М. А. Тарасовой и К. А. Шаповаловой (2011) наблюдается в раннем послеродовом периоде в начале лактации [19]. У девочек при отсутствии оттока происходит расширение протоков и застой отделяемого, которое может инфицироваться микроорганизмами, населяющими кожу или поступающими из очагов хронической инфекции, вызывая мастит. Следовательно, такой мастит, по существу, также является лактационным, и его следует и логичнее называть пубертатным (подростковым) маститом, а не нелактационным.

### Лечение серозного мастита

Анализируя различные методы терапии девочек с маститами и учитывая собственный опыт, мы разработали

алгоритм лечения маститов у девочек. В лечении больных с серозной формой мастита мы отдавали предпочтение консервативному методу [2, 4, 23–25].

Лечение серозных форм мастита начинали с применения поднимающих МЖ мазевых или полуспиртовых повязок, незамедлительного назначения антибактериальных средств преимущественно цефалоспоринов и препаратов пенициллинового ряда II–III поколения и нестероидных противовоспалительных средств.

Применение иммуномодуляторов в комплексной терапии позволяет повысить эффективность действия антибактериальных средств, уменьшить сроки лечения (пребывания в стационаре), способствовать восстановлению показателей иммунитета, в 2 раза быстрее купировать клинические проявления заболевания.

Такая терапия позволяла избежать прогрессирования воспаления и перехода серозной формы в гнойную.

Больным рекомендовали наблюдение у врача акушера-гинеколога и детского эндокринолога.

## Лечение гнойного мастита

Анализ данных лечения показал, что ранее девочки с гнойным маститом лечились в детских хирургических отделениях [1–5, 11, 24], где нередко методом лечения было оперативное рассечение МЖ и секторальная резекция ее. В гинекологическом отделении Морозовской ДГКБ основным методом лечения гнойного мастита стала пункция абсцесса толстой иглой, через которую эвакуировали содержимое абсцесса для последующего бактериологического исследования. Пункция проводилась в асептических условиях малой операционной, как правило, под местной анестезией (лидокаином), иглой диаметром 18–22 мм с канюлей под контролем УЗ-навигации. После эвакуации содержимого абсцесса, его полость промывали антибактериальным препаратом, вводили через иглу антибиотики объемом до 2–3 мл и оставляли сосудистый катетер. Накладывали асептическую, полуспиртовую или мазевую поднимающую МЖ повязку и в дальнейшем проводили ежедневный визуальный контроль состояния МЖ, при необходимости проводили повторное УЗИ молочных желез. При сохранении абсцесса его вновь пунктировали. Вопрос о выписке больной решался только после исчезновения абсцесса, по данным пальпации и подтвержденном рассасывании абсцесса по данным УЗИ молочных желез.

96% гнойных образований пунктировались под контролем УЗ-навигации, Четыре пациентки поступили по дежурству в экстренном порядке, и им была проведена пункция без ультразвукового контроля. У трех из этих четырех девочек в течение 3–5 дней после пункционного лечения отсутствовала положительная динамика уменьшения гетерогенного образования, в связи с чем пришлось прибегнуть к повторной пункции, что свидетельствует о целесообразности проведения УЗ-навигации во всех случаях пункционного лечения гнойных образований МЖ.

За пятилетнее наблюдение нам пришлось прибегнуть к хирургическому методу вскрытия гнойного образования лишь дважды, который также привел к полному выздоровлению пациенток. У всех девочек проводимая терапия привела к выздоровлению, подтвержденному при динамическом УЗИ молочных желез.

Как показали наблюдения, толстоигольный пункционно-аспирационный метод оказался наиболее оптимальным для лечения гнойных маститов у девочек, так как он отвечает главным требованиям при лечении больных в детской гинекологии — эффективность используемого метода, безопасность в применении, минимальная травматизация еще растущей МЖ, а также вышеуказанный метод позволяют сохранить анатомию и функцию МЖ и добиться полного выздоровления, которое мы наблюдали у 98% девочек.

## Литература

1. Абаев Ю. К., Найчук И. И. Маститы в детском возрасте // Педиатрия. 2006. № 1. С. 53–57.
2. Адамян Л. В., Богданова Е. А., Сибирская Е. В., Сорокина И. Н. Маститы у девочек и девушек (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2012. Т. 18, № 5. С. 27–32.
3. Богданова Е. А. Практическая гинекология молодых. М., 2011. С. 202–211.
4. Коколина В. Ф., Рассказова-Галяткина М. В. Нелактационный мастит у девочек-подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2007. № 3. С. 67–73.
5. Окулов А. Б., Адамян Л. В., Бровин Д. Н., Богданова Е. А. Молочные железы и их заболевания у детей. М.: МИА, 2010. С. 65–70.
6. Проклова Л. В. Пункционное лечение абсцедирующих нелактационных маститов у девочек пубертатного возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2009.
7. Di Vasta A. D., Weldon C., Labow B. I. The breast: Examination and lesions. In: Emans, Laufer, Goldstein's Pediatric & Adolescent Gynecology, 6 th, Emans SJ, Laufer MR. (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2012. P. 405.
8. Адамян Л. В., Богданова Е. А., Сибирская Е. В., Сорокина И. Н. Развитие молочных желез у девочек (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2012. Т. 18, № 6. С. 20–23.
9. Гуркин Ю. А. Детская и подростковая гинекология. М.: МИА, 2009. С. 489–499.
10. Пирвелиев В. В. Отдаленные результаты лечения нелактационного мастита в подростковом и юношеском

возрасте. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2007. 18 с.

11. *Соколов В. Н.* Нелактационный мастит у девочек-подростков // Конспект врача. 2008, № 9.
12. *Berna-Serna J. D., Madriqual M., Bema-Serna J. D.* Percutaneous management of breast abscesses. An experience of 39 cases // *Ultrasound. Med. Biol.* 2004. Vol. 30, № 1. P. 1–6.
13. *Stricker T., Navratil F., Forster L.* et al. Nonpuerperal mastitis in adolescents // *J. Pediatr.* 2006. Vol. 148 (2). P. 278–281.
14. *Заболотская Н. В., Заболотский В. С.* Ультразвуковая маммография (учебный атлас). М.: 2005.
15. *Пыков М. И., Ватолина К. В.* Детская ультразвуковая диагностика. М.: Видар-М, 2001. С. 549–553.
16. *Gioffre Florio M. A., Famà F., Buccheri G.* et al. Non-lactational mastitis: our experience // *Ann. Ital. Chir.* 2006. Vol. 77, № 2. P. 127–130.
17. *Андреева Е. Н.* и соавт. Пролактин и молочные железы: норма и патология // *Гинекологическая эндокринология.* 2012, т. 14, № 1.
18. *Корейба К. А., Измайлов А. Г.* К вопросу этиологии нелактационного гнойного мастита // *Мед. журн.* 2003. № 4. С. 229–230.
19. *Тарасова М. А., Шаповалова К. А.* Физиология лактации, фертильность и контрацепция после родов // *Гинекология.* 2011, т. 13, № 4. С. 66–69.
20. *Elagili F.* et al. Aspiration of breast abscess under ultrasound guidance: outcome obtained and factors affecting success // *Asian. J. Surg.* 2007. Vol. 30, № 1. P. 40–44.
21. *Fenton Suzanne E., Beck Lydia M., Borde Aditi R., Rayner Jennifer L.* Developmental Exposure to Environmental Endocrine Disruptors and Adverse Effects on Mammary Gland Development. *Endocrine Disruptors and Puberty*, 2012. P. 201–225.
22. *Russo J., Russo I. H.* Development of the human breast // *Maturitas.* 2004. 49, 2, 15.
23. *Башмакова Н. В.* Оценка клинической эффективности препарата «Мастодинон» в комплексной терапии нарушений менструального цикла у подростков // *Научно-практический журнал «Медицинская кафедра».* 2003. Т. 3, № 7. С. 90–97.
24. *Любимов М. В.* Нелактационный мастит в подростковом и юношеском возрасте (особенности клиники, диагностики и лечения). Дис. ... канд. мед. наук. 2002. 84 с.
25. *Pearlman M. D., Griffin J. L.* Benign breast disease // *Obstet Gynecol.* 2010 Sep; 116 (3): 747–758.

---

**Е. В. Сибирская\***<sup>1</sup>, доктор медицинских наук

**Л. В. Адамян\***, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН

**И. Е. Колтунов\*\***, доктор медицинских наук, профессор

**Е. А. Богданова\***, доктор медицинских наук, профессор

**И. Н. Сорокина\***, кандидат медицинских наук

\* **ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ, Москва**

\*\* **ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, Москва**

<sup>1</sup> Контактная информация: [elsibirskaya@yandex.ru](mailto:elsibirskaya@yandex.ru)

Лечение маститов у девочек-подростков/ Е. В. Сибирская, Л. В. Адамян, И. Е. Колтунов, Е. А. Богданова, И. Н. Сорокина

Для цитирования: Лечащий врач № 1/2018; Номера страниц в выпуске: 12-15

Теги: девочки, молочные железы, воспаление, пункция