

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ 6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ**

ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хирургическая анатомия и физиология молочной железы.
Методы исследования и методы операции в молочной железе.
Мастит.

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.

**Методическая рекомендация
для ассистентов хирургических кафедр**

Андижан – 2005

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной
работе АГМИ, профессор
_____ К.К.Косимов

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель ЦПМК по
«хирургии» профессор
_____ Ф.Н.Нишонов

ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хирургическая анатомия и физиология молочной железы.

Методы исследования и методы операции в молочной железы.

Мастит.

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.

**Методическая рекомендация
для ассистентов хирургических кафедр**

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой хирургических
болезней 6-7 курса и урологии, д.м.н.,
профессор _____ Нишанов Ф.Н.

РЕГЛАМЕНТ

учебного времени кафедры
хирургических болезней 6-7 курса и урологии

	Продолжи- тельность (мин)	Время (от - до)
1. Перекличка.	5	8 ⁰⁰ - 8 ⁰⁵
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 ⁰⁵ - 10 ³⁵
3. Перерыв.	10	8 ⁴⁵ - 8 ⁵⁰
	10	9 ³⁵ - 9 ⁴⁵
	10	10 ³⁰ - 10 ³⁵
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 ³⁵ - 11 ²⁰
5. Обеденный перерыв.	40	11 ²⁰ - 12 ⁰⁰
6. Семинарское занятие. Разбор теорети- ческих вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 ⁰⁰ - 13 ³⁵
7. Перерыв	5	12 ⁴⁵ - 12 ⁵⁰
	10	13 ³⁵ - 13 ⁴⁵
8. Разбор практических навыков.	50	13 ⁴⁵ - 14 ³⁵

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

ОЦЕНКА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяет преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

Оценка знаний студента производится согласно 100 бальной рейтинговой шкале. За каждое занятие максимальный балл составляет 100; в том числе:

№	Успеваемость и баллы	Оценка	Качество оценки	Степень готовности
1	91 – 100	Отлично «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	4-степень: степень изобретательности.
2	86 – 90	Очень хорошо «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	3-степень: степень знаний и опыта.
3	71 – 85	Хорошо «4»	Использует, понимает и знает.	3-степень: степень знаний и опыта.
4	65 – 70	Полный удовлетворительный «3»	Знает, понимает	2-степень: степень успеваемости.
5	55 – 64	Удовлетворительный, выполняет минимальные требования «3»	Знает.	1-степень: степень представления.
6	54 – 41	Не удовлетворительный, требует дополнительной работы «2»	Плохо знает	0-степень: степень слабого представления
7	40 – 30	Не удовлетворительный, требует много дополнительной работы «!»	Не знает.	0-степень: не имеет представления.
8	30	«0»	Балл посещаемости	0-степень.

КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ

(самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного по теме урока, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корректирует физикальные обследования больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ

На каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболевания, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корректировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблицы, схемы, слайды, цветные рисунки, компьютерные программы, научные статьи, рентгенограммы.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ

Заболевание молочной железы. Хирургическая анатомия и физиология молочной железы. Методы исследования и методы операции в молочной железе. **Мастит.** Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.

Цель занятия:

1. Изучить хирургическую анатомию и физиологию заболеваний молочной железы.
2. Изучить методы исследования и методы операции в молочной железе.
3. Изучить этиопатогенез и клинику болезни мастита.
4. Научиться правильной постановке диагноза согласно современной классификации.
5. Знать основные принципы лечения.
6. Установить основные принципы профилактики, трудовой экспертизы.

Контрольные вопросы:

1. Анатомия и физиология молочной железы.
2. Функции молочной железы.
3. Методы исследования молочных желез.
4. Пороки развития и повреждения молочной железы.
5. Неспецифические воспалительные заболевания молочной железы.
6. Острый и хронический мастит.
7. Этиология, диагностика и лечение мастита.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Анатомия и физиология. Молочная железа - парный орган. Молочные железы развиваются из эктодермы и являются видоизмененными кожными потовыми апокриновыми железами, располагаются на передней поверхности грудной клетки на уровне от III до VI ребра между передней подмышечной и окологрудной линиями соответствующей стороны. Каждая молочная железа состоит из 15-20 долей, расположенных в радиарном направлении и окруженных рыхлой соединительной и жировой тканью. Каждая доля представляет собой альвеолярно-трубчатую железу с млечным протоком, открывающимся на вершине соска. Перед выходом на сосок протоки расширяются и образуют млечные синусы. Сосок на протяжении около 4 см окружен нежной пигментированной кожей (areola mammariae).

Молочная железа находится в соединительнотканном футляре, образуемом из поверхностной фасции, которая расщепляется на две пластинки, окружающие молочную железу. От передней поверхности молочной железы к глубоким слоям кожи направляется большое количество плотных соединительных тяжей (куперовы связки), являющихся продолжением междолевых перегородок, от задней поверхности молочной железы тяжи идут к фасции большой грудной мышцы. Между задней поверхностью фасциального футляра и собственной фасцией большой грудной мышцы расположен слой рыхлой жировой клетчатки.

Кровоснабжение молочной железы осуществляется через ветви внутренней грудной артерии (a. mammaria interna), латеральной грудной артерии (a. thoracica lateralis) и 3-7 задних межреберных артерий (a. intercostales). Венозная сеть состоит из поверхностной и глубокой систем. Глубокие вены сопровождают артерии и впадают в подмышечную, внутреннюю грудную, латеральную грудную и межреберные вены, частично в наружную яремную вену. Из поверхностных вен молочной железы кровь оттекает в кожные вены шеи, плеча, боковой стенки груди и вены эпигастральной области. Поверхностные и глубокие вены образуют сплетения в толще железы, коже, подкожной клетчатке и широко анастомозируют между собой, с венами соседних областей и противоположной молочной железы.

Иннервация происходит за счет мелких ветвей плечевого сплетения и 2-7 веточек межреберных нервов.

Лимфатическая система состоит из поверхностного и глубокого сплетений. Отток лимфы происходит главным образом в подмышечные лимфатические узлы. От центральных и медиальных отделов молочной железы лимфатические сосуды направляются вглубь к парастернальным лимфатическим узлам. Возможен отток лимфы также к лимфатическим узлам, расположенным у верхнего отдела влагалища прямой мышцы живота, к диафрагмальным, паховым лимфатическим узлам одноименной стороны и к регионарным лимфатическим узлам противоположной молочной железы.

Основная **функция** молочной железы - синтез и секреция молока. Строе-

ние и функция молочных желез существенно меняются на разных этапах менструального цикла, беременности, лактации, возрастных инволютивных процессов. Эти изменения определяются функцией эндокринных органов.

С 10-12 летнего возраста у девочек начинают вырабатываться фолликулин-стимулирующий и лютеинизирующий гормоны передней доли гипофиза, которые обуславливают превращение премордиальных фолликулов яичников в зрелые, секретирующие эстрогены. Под влиянием эстрогенов начинается рост и созревание половых органов и молочных желез. С наступлением менструального цикла включается и прогестерон - гормон желтого тела. В предменструальном периоде количество железистых ходов в молочной железе увеличивается, они расширяются, дольки отечны, местами обнаруживаются слущенные клетки, эпителиальный слой набухает, вакуолизируется. В послеменструальном периоде отечность долек, инфильтрация вокруг крупных ходов исчезают.

При беременности на состояние молочных желез оказывают влияние гормоны, вырабатываемые плацентой, - хорионический гонадотропин, пролактин, а также гормоны истинного желтого тела, синтез гормонов передней доли гипофиза в этот период снижен. В молочной железе происходит гиперплазия железистых долек. После родов и отхождения плаценты вновь активизируется функция аденогипофиза. Под влиянием пролактина и гормонов задней доли гипофиза окситоцина начинается лактация. По ее окончании молочная железа подвергается физиологической инволюции.

В климактерическом периоде по мере снижения функции яичников снижается уровень эстрогенных гормонов и компенсаторно повышается уровень фолликулин стимулирующего гормона гипофиза. Молочная железа уменьшается, железистая ткань замещается фиброзной и жировой. Внезапная инволюция молочной железы при абортах и прекращение лактации может вести к дисплазии клеточных структур железистой ткани.

Методы исследования. Обследование женщин с заболеваниями молочных желез комплексное. В анамнезе - жалобы, указывающие на заболевание молочной железы (боль, уплотнения, выделения из сосков, изменения кожи и др.), изменение этих симптомов в динамике, изменения в молочных железах, связанных с менструальным циклом, беременностью, лактацией. Необходимо обратить внимание на характер менструального цикла, течение беременностей, родов, характер лактации, гинекологические заболевания, операции на половых органах, количество абортов.

Осмотр молочных желез производят в светлом помещении, женщина должна быть раздета до пояса. Исследование производят в положении стоя с опущенными руками и наклоном вперед, с поднятыми руками и в положении лежа на спине с подложенным под лопатки валиком и лежа на боку. Подобная методика позволяет выявить малозаметные симптомы. Обращают внимание на развитие молочных желез, их размер, форму, уровень стояния молочных желез и ареол, симметричность, состояние кожи, сосков, ареол (сосудистый рисунок, окраска кожи, наличие втяжений, деформаций, изъязвлений, форма и контуры соска и ареолы).

Пальпацию производят в положении больной стоя, лежа на спине и бо-

ку. Исследование начинают с поверхностной пальпации, кончиками пальцев исследуют область ареолы, затем периферические отделы молочной железы последовательно, начиная от верхненаружного квадранта (верхневнутренний, нижневнутренний, нижненаружный). В такой же последовательности производят глубокую пальпацию. Сначала пальпируют здоровую молочную железу. При выявлении опухолевидного образования определяют его размеры, консистенцию, поверхность, подвижность по отношению к коже. После осмотра и пальпации молочных желез производят пальпацию подмышечных лимфатических узлов, подключичных и надключичных областей. Больная должна расслабить руки, положив их себе на талию или на плечи исследующего. При ощупывании надключичных лимфатических узлов лучше стоять сзади больной; больная должна слегка наклонить голову в сторону обследования для расслабления грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Определяют величину, консистенцию, количество, подвижность, болезненность лимфатических узлов.

Методика самообследования молочных желез. Для раннего выявления предопухолевых изменений и опухолей молочных желез все женщины старше 25 лет должны сами следить за состоянием молочных желез, т.е. научиться приемам самообследования, которое следует проводить 1 раз в месяц в любой день 1-й недели после менструального цикла.

Женщина должна раздеться до пояса, осмотреть белье, особенно в тех местах, где оно соприкасалось с сосками. Наличие пятен (кровянистых, бурых или бесцветных) указывает на выделения из соска, которые появляются при заболеваниях молочной железы. Исключение составляют молокоподобные выделения из сосков у недавно кормивших, когда еще не завершились изменения, связанные с беременностью и лактацией.

Затем производится осмотр молочных желез перед зеркалом сначала в положении с опущенными, а затем с поднятыми на затылок руками. При этом нужно медленно поворачиваться вправо, а затем влево. Эти приемы дают возможность определить, одинаковы ли форма и размеры молочных желез, на одном ли уровне молочные железы и соски, не появились ли изменения в области соска и ареолы, втяжения кожи, набухания.

Ощупывание молочных желез и подмышечных впадин. Пальпация облегчается в положении на спине. При обследовании наружной половины правой молочной железы нужно положить под правую лопатку подушечку или небольшой валик из полотенца, правую руку вытянуть вдоль туловища. Ощупывание производят кончиками пальцев левой руки. Мягкими круговыми движениями руки, слегка надавливая на молочную железу, ощупывают все ее отделы. Сначала обследуют центр молочной железы (область соска), а затем ощупывают ее, следуя от соска в направлении к наружному краю молочной железы по радиусу кверху, затем кнаружи, вниз. При ощупывании внутренней половины правой молочной железы нужно правую руку положить под голову, а обследование проводить левой рукой в такой же последовательности - от центра к внутреннему краю молочной железы по радиусу кверху, затем кнутри, вниз. Все эти приемы повторяют при обследовании левой молочной железы.

Специальные методы исследования.

Маммография - рентгенологическое исследование молочных желез. На специальном аппарате выполняют рентгенограммы в двух проекциях, при необходимости делают прицельные рентгенограммы с увеличением. Метод позволяет установить наличие изменений структуры ткани молочной железы, наличие микрокальцинатов и изменений в подмышечных лимфатических узлах, выявить опухолевый узел диаметром до 10 мм, т.е. узел такого размера, который врач, как правило, не может определить при пальпации, особенно если узел расположен в глубоких отделах молочной железы большого размера.

Контрастная маммография (дуктография) дает возможность выявить изменения в протоках железы. Показана больным, у которых наблюдается выделение из сосков. Область ареолы и соска обрабатывают спиртом. По капле секрета отыскивают наружное отверстие сецернирующего млечного протока. В него на глубину 5-8 мм вводят тонкую иглу с тупым концом. Через иглу под небольшим давлением в проток вводят 0,3-1 мл 60% раствора верографина или урографина до появления чувства небольшого распирающего или легкой болезненности. Анализ снимков позволяет судить о форме, очертаниях, дефектах наполнения протоков.

Термография (тепловидение). Метод основан на регистрации инфракрасного излучения с помощью специального прибора термографа (тепловизора). Термографию применяют для дифференциальной диагностики при пальпируемых образованиях. Температура кожи над злокачественной опухолью на 1,5-2°C выше по сравнению с температурой кожи над доброкачественным образованием и симметричным участком кожи здоровой молочной железы. Термография в условиях гипербарической оксигенации повышает возможности метода.

Ультразвуковая эхография. Метод дает возможность проводить дифференциальный диагноз между раком и доброкачественными процессами молочной железы, поскольку в злокачественных опухолях содержится больше плотных структур, отражающих звуковые волны, чем в доброкачественных. С появлением совершенных аппаратов метод находит все большее применение.

Морфологическое исследование является основным методом диагностики характера новообразований молочной железы. Применяют цитологическое исследование пунктата опухоли или выделений из соска. Отрицательный ответ не исключает возможности наличия злокачественной опухоли, поэтому окончательный ответ в этих случаях может быть получен после гистологического исследования удаленного сектора, содержащего опухолевидное образование. Биопсию следует производить в учреждении, где в случае необходимости может быть выполнена радикальная операция. Обнаружение при пункционной биопсии раковых клеток дает возможность обосновать план лечения больной до операции.

Пороки развития молочной железы. Амастия - полное отсутствие обеих молочных желез, мономастия - одностороннее отсутствие железы. При аплазии одной железы может появиться компенсаторная гиперплазия второй - анизомастия. Увеличение количества сосков (полителия) или молочных желез

(полимастия) наблюдается редко.

Добавочные молочные железы или добавочные соски располагаются от подкрыльцовой впадины до паховой области, но наиболее часто локализируются в подкрыльцовых впадинах. В предменструальном периоде, во время беременности и лактации они набухают, становятся болезненными. В добавочных молочных железах чаще, чем в нормальных, развиваются дисгормональные гиперплазии, доброкачественные и злокачественные опухоли

Лечение: хирургическое. При добавочных молочных железах их удаляют, по поводу других аномалий делают пластические операции

Гипомастия - симметричное недоразвитие молочных желез - бывает при эндокринных заболеваниях детского возраста.

Лечение: заключается в коррекции эндокринных нарушений. У взрослых женщин следует рекомендовать пластические операции с косметической целью.

Гипермастия - увеличение молочных желез - бывает особенно выражено в детском возрасте, в пубертатном периоде и во время беременности. В репродуктивном периоде гипермастия наблюдается в менее выраженной форме. Гипермастия у девочек в возрасте до 10 лет обусловлена заболеванием эндокринной системы, вызывающим преждевременное половое созревание. У мальчиков гипермастию можно наблюдать при гормонально-активных феминизирующих опухолях половых желез. Гипермастия, возникшая в пубертатном периоде и во время беременности, быстро прогрессирует. Молочная железа может достигать громадных размеров. При гипермастии, наступающей в активном репродуктивном периоде жизни женщины вне беременности, рост молочной железы не имеет такого безудержного характера, как в пубертатном периоде и во время беременности. Гипермастия может быть истинной (увеличение железистой ткани) и ложной (чрезмерное развитие жировой ткани).

Лечение: у детей направлено на лечение эндокринных заболеваний. Если гипермастия возникла вне беременности у взрослых женщин, проводят резекцию молочной железы и пластические корригирующие операции.

Мастоптоз - опущение молочных желез. Потеря упругости тканей с возрастом способствует прогрессированию заболевания у тучных женщин, а также при резком похудании. Появляется боль вследствие нарушения кровообращения, лимфостаза, отека, мацерации кожи в складках под молочной железой.

Лечение: при умеренно выраженном мастоптозе рекомендуют ношение свободных лиффов, изготовленных по индивидуальным заказам. Молодым женщинам можно рекомендовать пластические операции с косметической целью.

Повреждения молочной железы. Трещины сосков возникают после родов и в первые месяцы лактации.

Этиология: особенности строения сосков (втянутые, недоразвитые), легкая ранимость кожи соска при кормлении ребенка, недостаточный гигиенический уход за сосками во время кормления. Трещины могут быть одиночными и множественными, поверхностными и глубокими. При глубоких трещинах возможны кровотечения.

Лечение: направлено на ускорение заживления трещин

1) до и после кормления тщательно обрабатывают соски дезинфицирующими растворами (40-50% спирт, раствор фурацилина 1:5000);

2) после кормления прикладывают мазевые повязки (с ланолином, вазелином, мазями, содержащими кортикостероиды, 5% метилурациловой мазью), мазь перед кормлением удаляют;

3) физиотерапевтические процедуры (ультрафиолетовое облучение области сосков).

Профилактика: проводится до родов (регулярный массаж сосков и молочной железы, обмывание молочных желез поочередно теплой и холодной водой, протирание грубым полотенцем). Лифчики и нательное белье должны быть чистыми, хлопчатобумажными.

Ушиб молочных желез может вызвать развитие подкожных или глубоких гематом. При глубоко расположенных гематомах возможно развитие псевдокист. При инфицировании гематомы нагнаиваются. Замещение рубцовой тканью жировых некрозов вызывает деформацию молочной железы, втяжение кожи. Эти изменения могут быть приняты за признаки рака молочной железы.

Молочной железе придают приподнятое положение с помощью повязки. При образовании псевдокист, рубцовых изменений проводят резекцию пораженного участка молочной железы с обязательным гистологическим исследованием макропрепарата.

Неспецифические воспалительные заболевания молочной железы.

Мастит - воспалительное заболевание молочной железы. По течению мастит может быть острым и хроническим. Обычно развивается в одной молочной железе; двусторонний мастит наблюдается редко.

Острый мастит. У 80-90% женщин острый мастит приходится на лактационный мастит, развивающийся в послеродовом периоде у кормящих женщин. Чаще возникает в первый месяц после первых родов.

Возбудители острого мастита: стафилококк, стафилококк в сочетании с кишечной палочкой, со стрептококком; редко - протей, синегнойная палочка, грибки. Первостепенное значение придают внутрибольничной инфекции. Входные ворота инфекции - трещины сосков. Возможно проникновение инфекции через протоки при сцеживании молока, кормлении; реже она проникает гематогенным или лимфогенным путем из других инфекционных очагов. Большое значение при развитии мастита имеет снижение защитных сил организма. Развитию заболевания способствуют нарушения оттока молока с развитием лактостаза.

Фазы развития острого мастита: серозная, инфильтративная и абсцедирующая. В фазе серозного воспаления ткань молочной железы пропитана серозной жидкостью, вокруг сосудов отмечается скопление лейкоцитов. При прогрессировании воспаления серозное пропитывание сменяет диффузная гнойная инфильтрация паренхимы молочной железы с мелкими очагами гнойного расплавления, которые, сливаясь, образуют абсцессы.

По локализации абсцессы делят на подкожные, субареоларные, интрамаммарные, ретромаммарные.

Клиника и диагностика: начинается заболевание с боли и нагрубания

молочной железы, повышения температуры тела. По мере прогрессирования заболевания боль усиливается, увеличивается отек молочной железы, появляются гиперемия кожи, болезненные увеличенные подмышечные лимфатические узлы, температура тела высокая, озноб. В анализе крови лейкоцитоз, увеличенная СОЭ. Переход серозного мастита в инфильтративный и далее в гнойный происходит быстро (за 4-5 дней). Крайне тяжелое состояние наблюдается при гангренозном мастите: температура тела повышается до 40-41°C, пульс учащается до 120-130 в минуту, молочная железа увеличена в объеме, кожа ее гиперемирована с участками цианоза, некроза и отслойкой эпидермиса. Выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы белой крови влево. В моче определяется белок. При тяжелом течении мастита возможно развитие сепсиса, эмпиемы плевры.

Лечение: консервативное в начальный период острого мастита (возвышенное положение молочной железы, отсасывание молока молокоотсосом, антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры). Обязателен посев молока для решения вопроса о возможности продолжить кормление ребенка. Как правило, кормление пораженной молочной железой прекращают из-за возможного развития у ребенка стоматита, энтерита, конъюнктивита. При тяжелом течении острого мастита показано подавление лактации препаратами, ингибирующими секрецию пролактина (комбинация препаратов эстрогенов с андрогенами).

При абсцедирующем гнойном мастите необходимо вскрытие абсцесса. Операцию выполняют под наркозом, что обеспечивает хорошую ревизию и дренирование гнойника; лишь при небольших подкожных абсцессах возможно применение местной анестезии. Разрез делают в зависимости от локализации абсцесса: при подкожном и интрамаммарном абсцессах - радиарный, при околоареолярном - дугообразный по краю ареолы, при ретромаммарном - по переходной складке. Во время операции следует удалить все некротические ткани и ликвидировать затеки. Полость абсцесса промывают антибактериальным раствором и дренируют двухпро-светной дренажной трубкой, рану зашивают, через дренаж в последующие дни осуществляют промывание полости. Дренирование гнойной раны однопросветной резиновой трубкой, рассчитанное на пассивный отток гноя, как правило, не может обеспечить достаточного эффекта.

Пункционный метод лечения острого мастита следует считать порочным, так как через иглу хорошо санировать гнойную полость не удастся.

Хронический неспецифический мастит может быть исходом острого мастита при неправильном его лечении или первичным самостоятельным заболеванием, вызванным маловирулентной инфекцией.

Клиника и диагностика: температура тела нормальная или субфебрильная; молочная железа увеличена в размерах соответственно зоне воспаления, иногда имеется втяжение кожи, ее гиперемия. Если хронический мастит является исходом острого процесса, то в области бывшего гнойника имеются свищи со скудным гнойным отделяемым. При пальпации в ткани молочной железы определяется инфильтрат, незначительно болезненный при пальпации. Иногда выражен лимфаденит.

Диагностике помогают данные анамнеза (перенесенный острый мастит), наличие рубцов после бывшего абсцесса, травм, операций, склонность к рецидивам воспаления. Окончательный диагноз ставят только на основании биопсии для исключения новообразования.

Лечение: при наличии гнойного процесса вскрытие гнойника, иссечение измененных тканей, дренирование двухпросветным дренажем с ушиванием раны. При наличии воспалительного инфильтрата - физиотерапевтическое лечение (УВЧ).

Хронические специфические воспалительные процессы молочной железы. Туберкулез молочных желез чаще является вторичным. Микобактерия туберкулеза проникает через млечные протоки, а также по лимфатическим путям из корня легкого, средостения, подмышечных лимфатических узлов и гематогенным путем при остром милиарном туберкулезе. Формы туберкулеза молочной железы: узловатая, язвенная, склеротическая и свищевая.

Клиника и диагностика: втяжение соска, плотный инфильтрат без четких контуров, инфильтрирующий кожу, в подмышечной области плотные, увеличенные лимфатические узлы. На основании этих признаков туберкулез молочной железы можно принять за рак.

Диагноз устанавливают на основе данных анамнеза (туберкулез легких, лимфатических узлов и др.) и гистологического исследования пунктата или удаленного сектора молочной железы.

Лечение: хирургическое - иссечение инфильтрата и проведение специфической противотуберкулезной терапии.

Сифилис молочной железы встречается редко.

Клиника и диагностика: первичное поражение в области соска, ареолы (твердый шанкр) - ограниченная язва с плотным инфильтратом. Подмышечные лимфатические узлы увеличены, но неплотные. Во вторичном периоде сифилиса имеются папулы и сыпь на коже. Третичный сифилис протекает в виде одиночной гуммы. Сначала в толще молочной железы появляется плотный узел, который по мере увеличения инфильтрирует кожу, образуется язва, напоминающая распадающуюся раковую опухоль или туберкулез.

Постановке диагноза помогает реакция Вассермана, цитологическое исследование отпечатков из краев язвы.

Лечение: противосифилитическое.

Актиномикоз молочной железы встречается редко, может быть первичным и вторичным. При первичном актиномикозе возбудитель попадает в молочную железу через кожу или по выводным млечным протокам. При вторичном актиномикозе возбудитель попадает в молочную железу лимфогенным путем из пораженных актиномикозом ребер, плевры, легкого.

Клиника и диагностика: заболевание начинается с появления на месте внедрения грибка мелких узелков и абсцессов. В последующей стадии узелки сливаются в плотные инфильтраты, которые затем местами размягчаются. После вскрытия гнойников образуются длительно не заживающие свищи.

Диагноз ставят на основании анамнеза (актиномикоз других органов) и обнаружения скоплений друз лучистого грибка в выделениях из свищей.

Лечение: резекция пораженного участка молочной железы, актинолизаты, большие дозы пенициллина, общеукрепляющая терапия, иммунотерапия, витаминотерапия.

Нарушение лактации. Агалактия - полное отсутствие молока у кормящей женщины. Важное значение придается нейроэндокринной регуляции лактации. Агалактия может развиваться вследствие врожденного отсутствия железистой ткани или нарушения секреции пролактина гипофизом.

Гиполактия встречается у 10-15% кормящих женщин. Различают первичную и вторичную гиполактию. При первичной гиполактении с самого начала после родов отмечается недостаточное количество молока. При вторичной гиполактении выделение молока в послеродовом периоде постепенно уменьшается или совсем прекращается. Причинами гиполактении могут быть функциональная недостаточность молочных желез, заболевания матери, связанные с беременностью, неправильный уход за молочными железами, трещины сосков, мастит. Имеют значение также переутомление, нарушение сна, психическая травма.

Галакторея - самопроизвольное выделение молока вне физиологической лактации. Галакторея может быть умеренной, обильной, односторонней, двусторонней. В основе лежит нарушение функции гипофиза (длительная секреция пролактина, окситоцина) или снижение эстрогенной активности яичников.

Женщины, как правило, не испытывают никаких беспокойств, иногда отмечается набухание молочных желез, тупые боли. При обильном выделении молока или молозива может развиваться мацерация кожи, экзема.

Лечение: выяснение причин и их устранение.

Галактоцеле. При значительном выделении молока и скоплении его в молочных ходах происходит расширение млечных протоков. Появляются кистозные образования различной величины. При надавливании на образование из соска выделяется секрет; при закупорке выводного протока надавливание на образование не сопровождается выделением секрета из соска. Кисты имеют округлую или овальную форму, четкие контуры, плотноэластическую консистенцию.

Лечение: хирургическое.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. При диффузной мастопатии не применяется:
 - a) Эстрогенные препараты
 - b) Физиотерапия
 - c) Длительный прием йодида калия
 - d) Секторальная резекция молочной железы
 - e) Лучевая терапия
2. При фиброаденоме молочной железы показана:
 - a) простая мастэктомия
 - b) ампутация молочной железы
 - c) секторальная резекция
 - d) радикальная мастэктомия
 - e) лучевая терапия
3. В положении лежа опухоль молочной железы исчезает при симптоме:
 - a) умбиликации
 - b) Кенига
 - c) Пайра
 - d) Прибрама
 - e) Апельсиновой корки
4. Рак молочной железы чаще всего метастазирует в:
 - a) средостение
 - b) кости
 - c) кожу
 - d) печень
 - e) надпочечники
5. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска?
 - a) Внутритротоковой папилломы
 - b) Болезнь Педжета
 - c) Узловой мастопатии
 - d) Кисты
 - e) Фиброаденомы
6. Для рака молочной железы характерным не является:
 - a) умбиликация
 - b) лимонная корка
 - c) втяжение соска
 - d) гиперпигментация
 - e) изъязвление
7. Наиболее частая врожденная аномалия молочной железы:
 - a) инверсия соска
 - b) ателия
 - c) амастия

- d) полителия и полимастия
 - e) дистопия млечных ходов
8. Наиболее эффективным методом исследования при опухоли молочной железы менее 0,5 см является:
- a) маммография
 - b) УЗИ
 - c) Термография
 - d) Пальпация
 - e) Радиоизотопная диагностика
9. При лактостазе показано все, кроме:
- a) массажа молочных желез
 - b) тщательного сцеживания молока
 - c) антибиотикотерапии
 - d) возвышенного положения молочных желез
 - e) продолжения кормления грудью
10. Симптом Прибрама патогномоничен для:
- a) острого мастита
 - b) фибринозно-кистозной мастопатии
 - c) рак молочной железы
 - d) фиброаденома молочной железы
 - e) внутрипротоковой папилломы

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больная 60 лет, жалобы на кровянистые выделения из соска, незначительная болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не изменена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются. Диагноз?

- a) Рак
- b) Саркома
- c) Внутрипротоковая аденома
- d) Туберкулез
- e) Мастопатия

2. Больная 35 лет, жалуется на покраснение соска и утолщение его. При осмотре: сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутие в области соска. При сдвигании корочки обнаруживается влажная зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотный на ощупь. Диагноз?

- a) Актиномикоз молочной железы
- b) Болезнь Педжета
- c) Экзема соска
- d) Скирр молочной железы
- e) Маститоподобный рак

3. Больная 22 лет, обратилась с жалобами на температуру 39С, боли и припухлость в молочной железе. 2 недели назад были роды. Молочная железа отечная, багрово-красного цвета. Пальпаторно болезненный, диффузный ин-

фильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз?

- a) Острый мастит
- b) Диффузная мастопатия
- c) Хронический мастит
- d) Рожеподобный рак
- e) Узловая мастопатия

4. Больная 50 лет, случайно обнаружила у себя уплотнение в молочной железе. Объективно: железа не увеличена, не изменена окраска кожных покровов. При пальпации поверхность не ровная, бугристая, хрящевой плотности. Также отмечается увеличение подключичных лимфоузлов. Диагноз?

- a) Мастит
- b) Фиброаденома
- c) Рак
- d) Фиброзно-кистозная мастопатия
- e) Актиномикоз

5. У больной 70 лет, в молочной железе выявлена большая опухоль с изъязвлением кожи втягиванием и деформацией соска, множественные увеличенные лимфоузлы в подмышечной области на рентгенограммах позвоночника отмечено деструкция IV-V поясничных позвонков. Каков диагноз и стадия болезни?

- a) IV стадия рака молочной железы
- b) I стадия рака молочной железы
- c) II Б стадия рака молочной железы
- d) III стадия рака молочной железы
- e) Рак Педжета

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андреева Н.Б., Ловердо Т.В., Винницкая И.А. Эндокринный статус детей различного возраста, рожденных у матерей с эндокринной системы матери и ребенка. // В.кн.: Физиологи и патология эндокринной системы матери эндокринной системы матери и ребенка. -М. -1978. – С.50-53
2. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Мастит // Питание здорового ребенка 2000 г.
3. Гостищев В.К. // Руководство к практическим занятиям по общей хирургии, (для студентов медицинских институтов) М., –1987. –243-246 стр.
4. Ерюхина И.А., Борисова А.Б., Шляпникова С.А. // Хирургия в вопросах и ответах, С-П. -М. -Х. -М., –1999. –113-117 стр.
5. Каримов Ш.И. Сут безлари // Хирургик касалликлар, Т. Ибн Сино номидаги нашриёт, –1991 й. –30-44 бетлар.
6. Кузин М.И. Молочные железы // Хирургические болезни, М., Медицина, –1998, –38-47 бетлар.
7. Руководство по клинической эндокринологии / П – ред. НТ. Старковой. -Санкт Петербург, Москва, Харьков, Минск, Питер, 1996й.
8. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. // Хирургическая инфекция, Руководство для врачей издание 2-е, переработанное и дополненное, М., «Медицина», –1991 й. –230-242. стр.
9. Типовые тестовые задания по специальности 04.01.00.-«Лечебное дело» Часть III Москва ВУНМЦ. –1998. –270-283.
10. Ткаченко А. Ветеринарный врач // «Приусадебное хозяйство», №8, 2002 г.

