

Лечение хронического нелактационного гранулематозного мастита с применением локального отрицательного давления

Г. А. Вишневская¹, Н. Ю. Германович¹, Т. А. Щеголькова¹, А. В. Табуйка², А. А. Печетов¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России
Россия, 117997, Москва, ул. Бол. Серпуховская, д. 27

² ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России
Россия, 125367, Москва, Ивановское шоссе, д. 3

Контакты: Галина Александровна Вишневская, lepetun1995@yandex.ru

В клиническом наблюдении рассмотрен вопрос лечения пациентки с хроническим нелактационным маститом.

Пациентка, 42 лет, с хроническим нелактационным гранулематозным маститом получала консервативную антибактериальную терапию более месяца. В течение этого периода времени при core-биопсии дважды был установлен диагноз хронического мастита. По данным ультразвукового исследования и маммографии отмечено увеличение зоны воспаления. Затягивание сроков хирургического лечения и анатомические особенности железы, в частности ее протоковое строение, большое содержание жировой ткани, привели к увеличению зоны поражения и необходимости удаления до половины объема ткани.

После операции пациентка в течение 1,5 мес получала комплексное лечение с применением методов физической обработки раны (озоно-кислородная смесь, NO-потоки, терапия отрицательным давлением (NPWT)).

Период безрецидивного катamnестического наблюдения составляет более 3 лет. В результате проведенного комплексного лечения получен стойкий эстетически приемлемый результат.

Ключевые слова: молочная железа, хронический нелактационный мастит, комплексное лечение, местное лечение, терапия отрицательным давлением (NPWT), физические методы обработки раны.

Для цитирования: Вишневская Г. А., Германович Н. Ю., Щеголькова Т. А., Табуйка А. В., Печетов А. А. Лечение хронического нелактационного гранулематозного мастита с применением локального отрицательного давления. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. 2022; 9 (1): 36–39.

DOI: 10.25199/2408-9613-2022-9-1-36-39

cc by 4.0

Chronic non-lactational granulomatous mastitis treated with local negative pressure

G. A. Vishnevskaya¹, N. Yu. Germanovich¹, T. A. Shchegolkova¹, A. V. Tabuika², A. A. Pechetov¹

¹ FGBU “A. V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery” Ministry of Health of Russia
27 Bol. Serpuhovskaya Str., Moscow, 117997, Russia

² FGAU “Treatment and Rehabilitation Center” Ministry of Health of Russia
3 Ivankovskoe Ave., Moscow, 125367, Russia

In the given clinical observation, the authors discuss management of a patient with chronic non-lactational mastitis.

A 42-year-old patient with chronic non-lactational granulomatous mastitis had conservative antibiotic therapy for more than a month. During this period, chronic mastitis was diagnosed twice with core biopsy. Ultrasound and mammography examination demonstrated the enlargement of inflammation area. Delayed surgical treatment and specific anatomic structure of the gland, in particular, its ductal structure, high content of adipose tissue, caused the enlargement of the affected area after which half of the tissue volume had to be incised.

After surgery, the patient was prescribed a complex therapy for 1.5 months including physical processing of the wound (ozone-oxygen mixture, NO-flows, negative pressure therapy (NPWT)).

For more than three years of follow-up, the patient had no disease recurrences. The applied complex treatment allowed to get a stable aesthetically acceptable result.

Key words: mammary gland, chronic non-lactational mastitis, complex treatment, local treatment, negative pressure wound therapy (NPWT), physical methods of wound treatment.

For citation: Vishnevskaya G. A., Germanovich N. Yu., Shchegolkova T. A., Tabuika A. V., Pechetov A. A. Treatment of chronic non-lactational granulomatous mastitis using local negative pressure. Wounds and wound infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal. 2022; 9 (1): 36–39.

Введение

Лечение нагноительных заболеваний молочной железы — проблема, известная человечеству в течение тысячелетий, однако до сих пор этиология заболевания до конца не ясна. Есть данные о влиянии на частоту развития нелактационного мастита таких факторов риска, как возраст, курение, гормональные нарушения, травмы. По расположению воспалительного очага в молочной железе выделяют субареолярный, интрамаммарный, ретромаммарный абсцесс и галактофорит. Чаше нелактационный мастит манифестирует в субареолярной зоне. Клинически заболевание проявляется болью, отеком, локальной гиперемией, системными признаками воспаления. Как правило, заболевают женщины в возрасте от 20 до 45 лет.

При обследовании по поводу нелактационного мастита с целью дифференциального диагноза с первично-отечной формой рака молочной железы обязательна морфологическая верификация [1].

Лечение хронического мастита имеет особенности, связанные с анатомическим строением самой железы. Несвоевременное хирургическое лечение, неадекватная антибактериальная терапия приводят к увеличению объема поражения, расширению зоны резекции, что зачастую заканчивается неприемлемыми эстетическими результатами и наносит психоэмоциональную травму женщине.

Клиническое наблюдение

Пациентка Б., 42 лет, поступила с жалобами на безболезненное уплотнение в области нижних квадрантов правой молочной железы.

Анамнез заболевания: 11.01.2018 обнаружила малоподвижное безболезненное округлое опухолевидное образование на границе нижних квадрантов в правой молочной железе до 3 см в диаметре. Проведен осмотр, выполнено цитологическое исследование, core-биопсия. Данных за наличие опухолевых клеток не получено. Уставлен диагноз: хронический нелактационный абсцедирующий идиопатический мастит. Отрицательная динамика на фоне антибактериальной терапии в виде увеличения размеров образования.

При маммографии, выполненной 17.01.2018, в центральной части правой молочной железы, на 4 см ниже соска, визуализировали образование с нечетким неровным контуром изоденсной плотности размерами до 2,5 × 2 см. Аксиллярная зона была свободна.

25.01.2018 при маммографии выявлена отрицательная динамика в виде увеличения образования в размерах до 4,8 × 2,8 см. Проведена повторная трепан-биопсия.

Ультразвуковое исследование (15.02.2018): в нижних квадрантах правой молочной железы инфильтративные изменения с неоднородным содержимым диаметром более 6 см. При аспирации получен гной. По данным

микробиологического исследования (15.02.2018): *St. aureus* — 10^5 КОЕ/г.

Пациентка госпитализирована. Общее состояние при поступлении относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание через нос, свободное, везикулярное. АД — 127/78 мм рт. ст., PS — 68 уд./мин, удовлетворительное. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: правая молочная железа увеличена за счет отека, болезненная при пальпации (рис. 1). В нижних квадрантах бугристо-узловое образование размерами 6 × 11 см, кожа над ним гиперемирована (рис. 2). Левая молочная железа мягкая, безболезненная при пальпации, сосково-ареолярный комплекс не изменен, выделения из соска отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

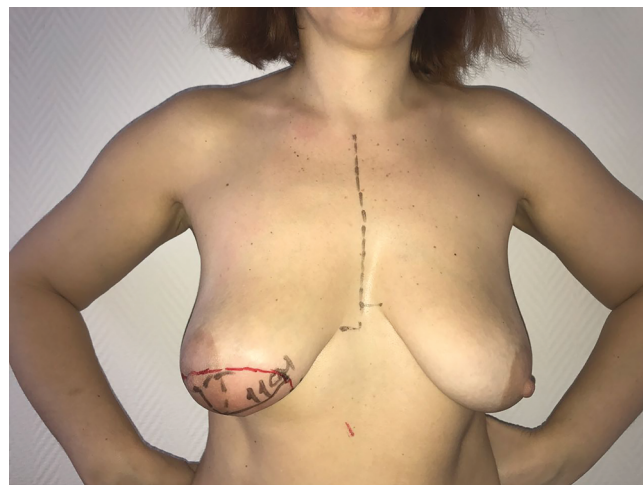


Рис. 1. Внешний вид передней грудной стенки при поступлении. Правая молочная железа увеличена, отечна, в области нижнего полюса пальпируется образование размером до 6 × 11 см

Fig. 1. Appearance of the anterior chest wall at admission. The right mammary gland is enlarged, edematous, in the region of the lower pole a formation up to 6 × 11 cm in size is palpable



Рис. 2. Предоперационная разметка правой молочной железы
Fig. 2. Preoperative marking of the right mammary gland

Операция (17.02.2021): вскрытие и санация абсцесса молочной железы, резекция правой молочной железы. Доступ выполнен по параареолярной линии. Рассечена кожа, истонченная подкожная клетчатка, при разрезе которой вскрылась передняя стенка абсцесса с выделением до 20,0 мл сливкообразного гноя (рис. 3). При ревизии: подкожно находилось многокамерное образование размером 5 × 7 см, было удалено вместе со стенками пиогенной капсулы. Вскрыты и иссечены кисты с густым сливкообразным отделяемым. Гемостаз. Рана промыта 3,0 % раствором перекиси водорода и 0,02 % раствором хлоргексидина. Осуществлено рыхлое тампонирование полости раны салфетками, пропитанными раствором повидон-йода.

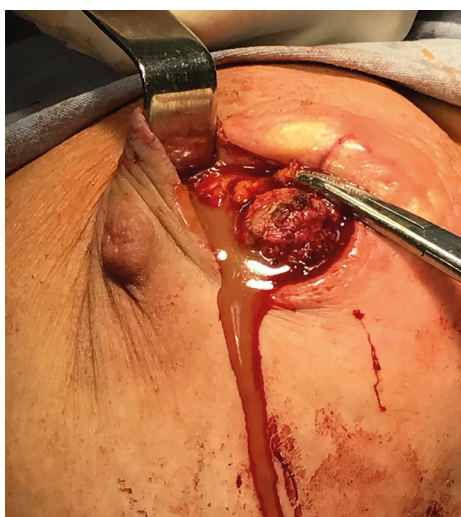


Рис. 3. Интраоперационное фото: параареолярный доступ, рассечена кожа и подкожная жировая клетчатка, вскрыта передняя стенка абсцесса

Fig. 3. Intraoperative photo: paraareolar approach, cut the skin and subcutaneous fatty tissue, opened the anterior wall of the abscesses

Гистологическое заключение: морфологическая картина мастита с выраженной воспалительной инфильтрацией в строме железы, формированием крупной кистовидной полости с грануляциями на внутренней поверхности, наличием многочисленных гранул по периферии.

Гладкое течение послеоперационного периода. Пациентка выписана на 3-и сут после операции. Направлена на долечивание в лечебно-реабилитационный центр. В амбулаторных условиях проведена комплексная терапия с дополнительным применением методов физического воздействия на рану. Основным методом лечения выбрана терапия отрицательным давлением (NPWT) в следующем режиме: аппарат устанавливали на 3–5 ч в первую неделю через день, в последующем — 1–2 раза в неделю в зависимости от репарации послеоперационной полости. При этом в I фазу раневого процесса использовали



Рис. 4. Установка NPWT системы на 3–5 ч

Fig. 4. Installation of NPWT system for 3–5 hours



Рис. 5. Вид раны правой молочной железы через 1 мес после начала лечения

Fig. 5. A view of the right mammary gland wound 1 month after the start of treatment



Рис. 6. Результат лечения через 1,5 мес. Полное заживление раны вторичным натяжением

Fig. 6. The result of treatment after 1.5 months. Complete wound healing by secondary intention

переменный режим NPWT-терапии с отрицательным давлением от -70 до -100 мм рт. ст. Во II фазу раневого процесса — переменный режим с отрицательным давлением от -80 до -125 мм рт. ст. Среднее время сеанса NPWT-терапии составило 4 ч (рис. 4). После завершения процедуры выполняли перевязку с наложением маевой повязки согласно фазе течения раневого процесса. Во время лечения пациентка отмечала хорошее самочувствие, отсутствие дискомфорта со стороны операционной раны (рис. 5). Через 1,5 мес от начала лечения достигнуто полное заживление раны вторичным натяжением. Хороший косметический эффект. Срок наблюдения за пациенткой более 3 лет. Данных за рецидив не получено (рис. 6).

Заключение

Приведенное наблюдение представляет интерес в первую очередь для практикующих хирургов и врачей-маммологов. Хронический мастит — патология, требующая комплексного лечения, включающего как хирургический этап, так и применение методов физического воздействия на рану.

Срок от появления жалоб и первичного осмотра до поступления в отделение у пациентки был более 1 мес. Несмотря на то, что по результатам первичных цитологического исследования и core-биопсии данных об опухолевом процессе получено не было, манипуляцию выполнили повторно. На фоне проводимой антибактериальной терапии сохранялась отрицательная динамика, что обусловлено наличием несанированной гнойной полости в железе. В таких условиях выжидательная тактика является недопустимой. Она приводит к увеличению объема удаляемой ткани, сроков лечения, длительному психоэмоциональному дискомфорту.

Основными причинами увеличения числа больных нелактационным маститом считают метаболические, гормональные нарушения, рост количества доброкачественных диспластических заболеваний,

травмы молочной железы, хронические воспалительные заболевания, особенности грудного вскармливания, прием гормональных препаратов [2]. В некоторых случаях хроническая форма мастита становится следствием неверного лечения острого мастита [3–5]. Пациентки с хроническим нелактационным маститом должны быть оперированы в обязательном порядке, длительная безрезультатная антибактериальная терапия хронического мастита связана с наличием гнойной полости с фиброзной капсулой. При операции недостаточно радикальные вмешательства (только вскрытие и дренирование гнойной полости) не позволяют ликвидировать воспалительный процесс. Следствием такого лечения является образование фиброзных капсул, рубцовой соединительной ткани, секвестрация гнойного очага в здоровой ткани, что приводит к рецидиву заболевания. В целом, по данным разных авторов, частота рецидивов заболевания составляет от 16,0 до 50,0 % [4–6], однако следует помнить, что чрезмерно радикальные операции приводят к деформации железы и существенным косметическим дефектам. Использование в послеоперационном периоде методов физического воздействия на рану, в частности терапии отрицательным давлением (NPWT), позволяет достичь адекватной санации ткани железы, что в дальнейшей перспективе улучшает результаты лечения таких больных.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Funding. The study had no sponsorship.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Bland K. I., Klimberg V. S. Brest Surgery. Part II. Drainage of Breast cysts and abscesses. Degnim A. C. Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins; 2011. pp. 25–43.
2. Чарная А. В., Рева А. В., Ульянова Р. Х. и др. Сложности дифференциальной диагностики идиопатического гранулематозного мастита методами визуализации с контрастированием Онкологический журнал. 2020; 3 (3): 83–92. [Charnaya A. V., Reva A. V., Ulyanova R. Kh. et al. The complexity of the differential diagnosis

- of idiopathic granulomatous mastitis is caused by contrasting = Charnaya A. V., Reva A. V., Ulyanova R. Kh. i dr. Slozhnost' differentsial'noy diagnostiki idiopatcheskogo granulomatoznogo mastita vyzvayetsya kontrastirovaniyem. Onkologicheskiy zhurnal. 2020; 3 (3): 83–92. (In Russ.)]
3. Каприн А. Д., Рожкова Н. И. Доброкачественные заболевания молочной железы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 272 с. [Kaprin A. D., Rozhkova N. I. Benign breast diseases = Kaprin A. D., Rozhkova N. I. Dobrokachestven-

- nyye zabolevaniya molochnoy zhelezy. M.: GEOTAR-Media, 2019. 272 s. (In Russ.)]
4. Oltean H. N., Soliman A. S., Omar S. O., et al. Risk Factors for Chronic Mastitis in Morocco and Egypt. Int J Inflamm. 2013;2013:184921.
5. Wolfrum A., Kümmel S., Theuerkauf I., et al. Granulomatous Mastitis: A Therapeutic and Diagnostic. Breast Care (Basil). 2018; 13 (6): 413–418.
6. Kok K. Y., Telisinghe P. U. Granulomatous mastitis: presentation, treatment and outcome in 43 patients. Surgeon. 2010; 8 (4): 197–201.