

значительное улучшение качества жизни при восстановительном периоде от 1,5 до 3 месяцев. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к труду, АД стабилизировалось у 57 человек. В 9 случаях после периода относительного благополучия эпизодически отмечались подъемы АД (до 170/100 мм рт. ст.) без кризов. Это были лица старше 50 лет, у которых уровень диастолического давления до операции превышал 100 мм рт. ст.

Учитывая ближайшие и отдаленные результаты адrenaлэктомии, мы считаем, что необходимо многолетнее диспансерное наблюдение за всеми больными после хирургической коррекции гиперфункции надпочечников, которое должно включать в себя: регистрацию АД, ЭКГ, определение уровня кортизола и альдостерона крови, ультразвуковое сканирование забрюшинного пространства и соответствующие реабилитационные мероприятия. Ранняя диагностика, своевременное оперативное лечение препятствуют развитию стойких гемодинамических и водно-электролитных нарушений и улучшают качество жизни пациентов. Проведение ультразвукового исследования надпочечников больным с артериальной гипертензией является скрининговым исследованием с целью определения генеза заболевания.

Литература

1. Арабидзе Г.Г.//*Ангиология и сосудистая хирургия.* — 1999.-№3.-С. 116-118.
2. Богатырев О.П., Каменев А.А. *Модифицированный метод адrenaлэктомии: Методические рекомендации.* - М., 1991.
3. Калинин А.П., Казанцева И.А., Полякова Г.А. *Надпочечниковая и венадопочечниковая феохромоцитомы: Учебное пособие.* — М., 1998.
4. Кушаковский М.С. *Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии.* — М.: Медицина, 1982.
5. Неймарк М.И., Калинин А.П. *Анестезия и интенсивная терапия в эндокринной хирургии.* — Барнаул: Ак-Кем, 1995.
6. Чазова Е.И., Дедов И.И. *Болезни органов эндокринной системы.* — М.: Медицина, 2000.
7. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Инполитов Л.И.// *Тер. архив.* - 2003. - № 4. - С. 8-15.

Поступила в редакцию 24.11.04.

SURGICAL TREATMENT OF SYMPTOMATIC ARTERIAL HYPERTENSION OF SUPRARENAL ORIGIN

T.A. Doroshenko, V.A. Kovalev, O.D. Kudinova, P. V. Moskvichev

Primorsky Regional Clinical Hospital No. 1 (Vladivostok)

Summary — This paper provides experience of surgical treatment administered to 244 patients suffering from arterial hypertension of suprarenal origin. Good and satisfactory results were observed at 96.3% of cases. The most effective were the operations performed on account of pheochromocytoma, benign corticosteroma, primary hyperaldosteronism, and Cushing's syndrome. Unacceptable results of the surgical treatment were stated in cases of malignant corticosteroma. The authors emphasize the importance of early diagnostics and opportune surgical treatment under hormone-producing suprarenal gland tumors before the irreversible changes in the cardiovascular system and in kidneys may appear.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 3, p. 30-33.

УДК618.19-002+618.19-006.88]-07]-08

Е.Е. Казанцева, В.И. Апанасевич, Ф.Ф. Антоненко

РЕТРОАРЕОЛЯРНЫЕ КИСТЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Дальневосточный научный центр СО РАМН, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: ретроареолярная киста, нелактационный мастит.

Ретроареолярные кисты (РК) определяются у пациентов с наличием суб- или ретроареолярного образования. Иногда это сочетается с воспалением, болью, эритемой, которые распространяются на ткань молочной железы. Типичные клинические аспекты заболевания отличают от других воспалительных процессов, которые встречаются в молочной железе, такие как маститы, абсцессы, дуктэктазии [1].

Особенностью анатомии ареолы является ареолярная туберкула Montgomery, которая состоит из сальной железы, связанной с терминальным отделом лактационного хода, имеющего 0,2 см в длину. РК формируются в результате обструкции и дальнейшего расширения этой туберкулы [3]. Выдвинуто несколько гипотез, объясняющих обструкцию с последующим расширением канала, который дренирует ареолярную туберкулу: сквамозная метаплазия эпителия, выстилающего ход, первичное растяжение аутоиммунного происхождения, дефект реабсорбции секрета или растяжение галактофор, обусловленное гормонально стимулированным расслаблением ареолярной мускулатуры.

Несмотря на то что РК известны давно, в отдельную нозологическую единицу это заболевание выделено сравнительно недавно. В 1993 г. Delambre описал первые 8 случаев РК [2]. Pabst описал 35 случаев в 1994 г. и сделал попытку оценки распространенности этой патологии среди женского населения [4]. Наибольшее число случаев РК (46) описано в клинике Алемания (Сантьяго, Чили) с февраля 2000 по июль 2002 г. [1]. Авторы предлагали консервативное наблюдение за пациентами до полного исчезновения кист. В отечественной литературе работ по РК не имеется.

Распределение случаев РКно возрасту больных

Таблица 1

Вид заболевания	Возраст, годы							
	10-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-55
Неосложненные РК	7	2	—	—	—	—	—	—
РК с маститом	16	6	4	2	6	1	7	6
Всего, абс.	23	8	4	2	6	1	7	6
%	40,4	14,0	7,0	3,5	10,5	1,8	12,3	10,5

На базе ККЦОМД г. Владивостока с 2000 по 2004 г. было выявлено 57 случаев РК, в число которых вошли 48 пациенток, у которых это заболевание осложнилось нелактационным маститом. Наиболее часто РК встретились в возрасте до 20 лет (31 случай), что составило 54,3%. В 48 случаях (84,2%) течение заболевания осложнилось развитием нелактационного мастита. Неосложненные кисты встречались в возрасте до 20 лет (9 случаев) и составили 15,8%. Такое распределение связано с тем, что РК при наличии воспаления всегда являются поводом для обращения к врачу. Чаше РК регистрировались в возрасте 10-15 лет (40,4%) скорее всего из-за того, что это возраст дебюта заболевания (табл. 1).

Пациентки обращались с жалобами на наличие уплотнения в молочной железе. При осмотре определялось пальпируемое образование в суб- или ретроареолярной области. Присоединение инфекции с развитием нелактационного мастита характеризовалось появлением боли, покраснения, отека, локальным повышением температуры, болезненностью при пальпации. Диаметр кист колебался от 1 до 2 см. В одном случае кисты были обнаружены в обеих молочных железах, причем с одной стороны — с воспалением. У всех пациенток при надавливании имелось отделяемое из ареолярной железы.

Диагностика РК основывалась на данных осмотра и пальпации. Визуально в суб- или ретроареолярной области определялось синюшное пятно до 1-2 см в диаметре. Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование, при котором выявлялось округлое, овальное или вытянутое образование диаметром от 0,2 до 2 см. Стенки кист были тонкими и ровными, в их полости имелось жидкостное экзогенное содержимое. Следующим этапом диагностики было проведение пункции кисты с цитологическим исследованием содержимого, а также отделяемого из ареолярной железы. Во всех случаях данные цитологических заключений по пунктату и отделяемому совпадали. В 12 случаях при пункции был получен гной, что послужило основанием для направления на оперативное лечение. В 9 случаях, когда РК не осложнились воспалением, цитологически обнаруживались клетки с пенистой цитоплазмой типа молозивных телец, а в остальных случаях описывались лишь элементы воспаления.

Последним этапом диагностики и одновременно лечения РК при отсутствии воспаления было проведение пневмоцистографии, при которой обнаружива-

лось округлое или вытянутое, заполненное газом образование с гладкими стенками без папиллярных разрастаний на внутренней поверхности.

Тактика лечения зависела от наличия воспаления кисты. При постановке диагноза РК без воспаления тактика была следующей: 1) ультразвуковое исследование, 2) пункция, 3) цитологическое исследование, 4) пневмоцистография, 5) контрольный осмотр через 3 и 6 месяцев после лечения.

В наших наблюдениях рецидивов РК не было. При контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев регистрировалось полное исчезновение кист. Лечение РК с нагноением проводилось по общепринятым хирургическим правилам со вскрытием, дренированием и антибактериальной терапией. Лечение кист с воспалением на стадии серозного мастита проводилось с помощью лимфотропного введения антибиотиков (амоксиклав) под кожу ареолы 1 раз в сутки в течение 5 дней. Также использовались примочки с димексидом. Положительный эффект отмечен во всех случаях. Контрольный осмотр проводился через 6 месяцев, и при этом никаких образований либо уплотнений в ткани молочной железы не обнаружено.

Таким образом, РК является заболеванием преимущественно детского возраста (до 18 лет). Мы предлагаем активное ведение в случае обнаружения РК с целью профилактики нелактационного мастита в отличие от зарубежных авторов, которые рекомендуют наблюдение за кистой, а активное лечение предпринимают лишь в случае воспалительных изменений.

Литература

1. Delambr Y.//G. Le sein. - 1993. - Vol. 3. - P. 76.
2. Hunees A.E., Schiling A.U., Horvart E.S. et al.//J. of Pediatric and Adolescent Gyn. - 2003. - Feb. - P. 45-49.
3. Smith D.M., Peter T.G., Donegan W.L.//Arch. Pathol. Lab. Med. - 1982. - Vol. 106. - P. 60.
4. Pabst I. Patologia mamaria benigna. — Santiago: Fundacion de Investigacion y Perfeccionamiento Medico, 1994.

Поступила в редакцию 27.10.04.

RETROAREOLAR LACTEAL CYSTS: ISSUES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT

E.E. Kazantseva, V.I. Apanasevich, F.F. Antonenko
Far-Eastern Research Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Science (Vladivostok), Regional Clinical Center of the Maternity and Childhood Protection (Vladivostok), Vladivostok State Medical University
Summary — Medical specialists of the Regional Clinical Center of the Maternity and Childhood Protection (Vladivostok) since 2000 to 2004 detected 57 retroareolar cysts that were found, predominantly, at patients under twenty. The diagnostics was based on examination data, ultrasound study, cyst puncture results, cytologic analysis of cyst contents, and pneumocystography. Choice of therapeutic approach depended on whether there was inflammation or not. When detecting retroareolar cysts, the authors proposed active therapeutic management in order to prevent non-lactational mastitis.