

## Глава 4

### Хирургические методы лечения доброкачественной дисплазии молочной железы

#### 4.1. ОТ КЛАССИЧЕСКИХ ДО СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

При неэффективности консервативного лечения ДДМЖ возникает необходимость в более радикальном лечении — выполнении хирургического вмешательства (Староконь П.М., Шабаев Р.М., 2019; Шевченко Ю.Л. и др., 2017). За длительное время изучения проблемы определены показания к хирургическому лечению ДДМЖ (рис. 4.1):

- узловые пролиферативные формы ФКБ;
- кисты, размер которых превышает 2,0 см, а также наличие пристеночного компонента в кисте;
- рецидивы кистообразования МЖ после ранее проведенной аспирации содержимого кисты;
- наличие микрокальцинатов по данным ММГ;
- отсутствие положительной динамики на фоне консервативного лечения (Методические рекомендации по профилактике рака молочной железы, 2018; Староконь П.М., Шабаев Р.М., Ходырев С.А. и др., 2022).

Наиболее часто используемым методом хирургического лечения ДДМЖ в настоящее время является секторальная резекция МЖ (Силаева Е.А., Шмидт А.А. и др., 2018; Староконь П.М., Шабаев Р.М., Ходырев С.А. и др., 2022). Данный метод основан на удалении фрагмента железистой ткани МЖ, содержащего одно или несколько новообразований (Шевченко Ю.Л. и др., 2017; Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019).

Недостатками такого метода являются: травматичность, относительно длительный срок пребывания в стационаре (в среднем 5–8 дней), необходимость проведения общей анестезии, возможный риск возникновения послеоперационных осложнений (кровотечение, лимфорея с лимфообразованием, нагноение операционной раны). Отрицательным моментом после секторальной резекции МЖ в отдаленном периоде является нарушение архитектоники протоковой системы МЖ, приводящее к патологии лактации (Хусаинова Т.Н. и др., 2009; Староконь П.М., Шабаев Р.М., Ходырев С.А. и др., 2022). После выполнения резекционных методик нередко наблюдаются эстетические дефекты в виде деформации МЖ, гипертрофических или келлоидных рубцов (рис. 4.2, 4.3). Сам факт наличия рубцов на МЖ, ее деформация, асимметрия могут влиять на психоэмоциональное состояние пациенток (Шабаев Р.М., Староконь П.М., Ходырев С.А. и др., 2021). Кроме того, грубые дефекты, гипертрофические рубцы после резекционных методик на МЖ нередко вызывают определенные сложности у женщин-военнослужащих, связанные с ношением обмундирования, специальных средств и амуниции, при выполнении должностных обязанностей, связанных с физической нагрузкой, и при определенной специфике выполняемых работ (Староконь П.М., Шабаев Р.М., 2019).

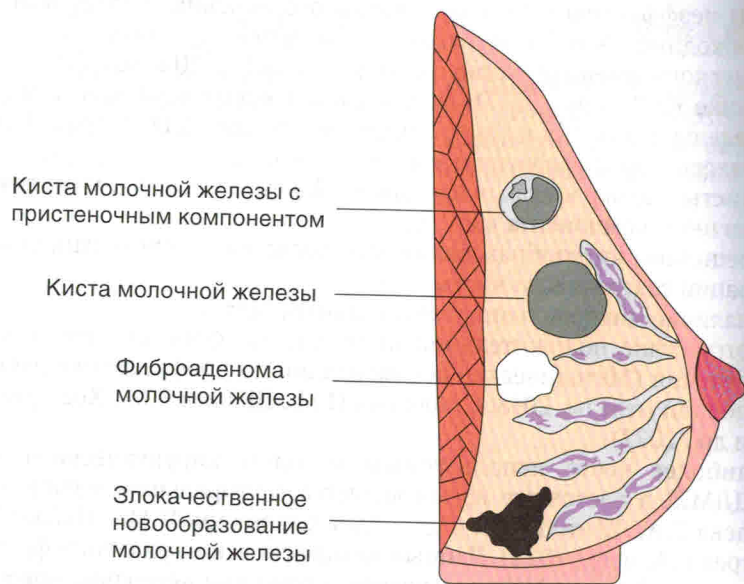


Рис. 4.1. Схематическое изображение патологических состояний молочной железы

На современном этапе развития клинической медицины многие оперативные пособия носят малоинвазивный характер: пункционные методики под УЗ-контролем (рис. 4.4), эндовидеохирургические, внутрисосудистые, внутрисосудистые операции и т.п. (Франк Г.А. и др., 2014; Мурунова Ю.Н., Дарвин В.В., 2017; Азиззода З.А., Курбонов К.М. и др., 2019; Староконь П.М., Шабаев Р.М., 2019). Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в настоящее время отсутствует единая точка зрения на показания к оперативному лечению пациенток с кистами различной локализации. При этом многие клиницисты применяют малоинвазивные методики, к которым относятся чрескожные пункционные вмешательства под УЗ-контролем (Толстиков А.П., Захарова А.В., 2010; Вишневский В.А., Старков Ю.Г. и др., 2010; Глухов А.А., Новомлинский В.В. и др., 2013).

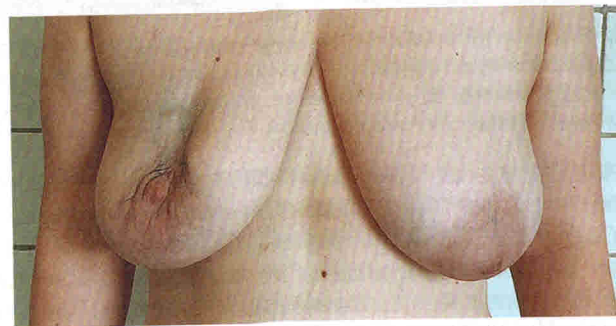


Рис. 4.2. Послеоперационная деформация правой молочной железы

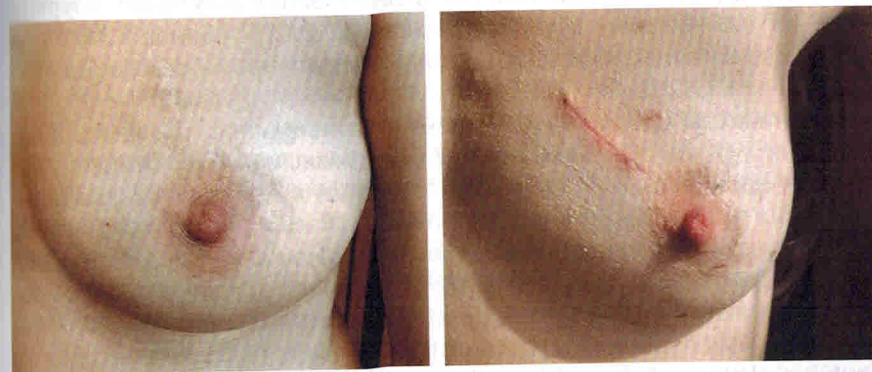
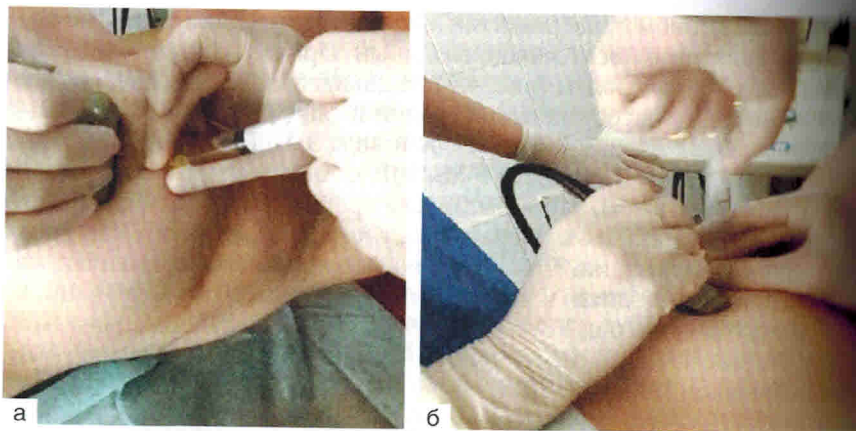


Рис. 4.3. Послеоперационные рубцы левой молочной железы после секторальной резекции



**Рис. 4.4.** Схематическое изображение пункции новообразования молочной железы под ультразвуковой навигацией: а — пункция кисты левой молочной железы с эвакуацией содержимого; б — положение ультразвукового датчика во время пункционной тонкоигольной аспирационной биопсии правой молочной железы

Еще более 100 лет назад Китер А.А. (1858) рекомендовал лечить кисты МЖ пункциями с последующим введением в полость кисты настойки калия йодида (Китер А.А., 1858; Староконь П.М., Шабаев Р.М., 2019). Reclus (1883) предлагал проводить пункции с целью диагностики кист и «плотных опухолей», что являлось не только диагностической, но и терапевтической процедурой (Арабчян М.И., Соловьев В.И. и др., 2018).

Зарубежные исследования подтверждают эффективность процедуры ПТАБ, отвечающей современным требованиям онкохирургии (рис. 4.5) (Абунагимов В.М., 2016; Азиззода З.А., Курбонов К.М. и др., 2019), в диагностике и лечении патологических новообразований МЖ (Мурунова Ю.Н., Дарвин В.В., 2017).

Клиницисты многие годы применяют пункционные методы для лечения кист различной локализации. Неоднозначное отношение к данной методике связано с точностью пункции и полноценностью опорожнения кисты. Кроме того, опорожненная киста часто может снова наполняться жидким содержимым, вырабатываемым самими стенками образования. С целью достижения деструкции стенок кисты, их склероза и рубцевания используются различные химические вещества. Длительное время применялся метод склерозирования кист 96% раствором этанола. Необходимо отметить, что данный метод имеет ряд недостатков, препятствующих его широкому внедрению (Толстикова А.П., Захарова А.В., 2010; Вишневский В.А., Старков Ю.Г. и др., 2010; Глухов А.А., Новомлинский В.В. и др., 2013).

Прежде всего это относительно высокая токсичность препарата и деструктивное действие на протоки МЖ. Отмечен локальный выраженный болевой синдром при склеротерапии 96% раствором этанола. После проведения методики могут формироваться остаточные полости. При использовании 96% раствора этанола в качестве склерозанта отмечено дубильное воздействие его на стенку кисты, что препятствует обратной резорбции жидкости из остаточной полости и не способствует облитерации стенок кисты. Данное обстоятельство является главной причиной рецидива заболевания (Зотов А.С., Белик Е.О., 2005; Староконь П.М., Шабаев Р.М., Ходырев С.А. и др., 2022).

В клинической практике использовались и другие склерозанты, причем каждый из них имел свои преимущества и недостатки, что не позволяло их применять широко (Толстикова А.П., Захарова А.В., 2010; Вишневский В.А., Старков Ю.Г. и др., 2010; Глухов А.А., Новомлинский В.В. и др., 2013).

Определенные надежды возлагают на хирургический клей «Сульфакрилат», выпускающийся отечественной промышленностью. Способ малоинвазивного хирургического лечения кист МЖ включает пункцию кисты МЖ под УЗ-контролем, аспирацию содержимого кисты, введение в полость кисты хирургического клея «Сульфакрилат». После накопления препарата происходит склерозирование кисты МЖ. Рассасывание клея полностью происходит к 30–45-му дню после введения (Харченко В.Н., Рожкова Н.И. и др., 1998).

Озонотерапия — один из способов склерозирования кист МЖ с внутрикостозным введением озонкислородной смеси (40–80 мкг/мл) под УЗ-контролем. При использовании данного способа происходит облитерация стенок кисты. Озон обладает антивирусным, антибактериальным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием.

Озонотерапия — один из способов склерозирования кист МЖ с внутрикостозным введением озонкислородной смеси (40–80 мкг/мл) под УЗ-контролем. При использовании данного способа происходит облитерация стенок кисты. Озон обладает антивирусным, антибактериальным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием.



**Рис. 4.5.** Пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия кисты левой молочной железы под ультразвуковой навигацией

Озонотерапия особо эффективна при наличии воспалительных процессов в кисте МЖ. Однако данную методику необходимо проводить в условиях операционного блока под УЗ-контролем. Далеко не каждое лечебное учреждение может обеспечить проведение озонотерапии в связи со сложностями закупки, доставки, хранения этой огнеопасной и дорогостоящей смеси (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018).

Эффективность малоинвазивных методик может быть повышена прежде всего путем точного визуального контроля за всеми этапами лечебной манипуляции (Мурунова Ю.Н., Дарвин В.В., 2017). Это стало возможным с внедрением ультразвуковых методов контроля, которые позволяют с высокой точностью произвести пункцию кисты, аспирацию ее содержимого, точное введение склерозирующего вещества как по топографии кистозного образования, так и по объему (Иванов В.А., 2008; Азиззода З.А., Курбонов К.М. и др., 2019).

Применяется способ лечения кист МЖ, согласно которому склерозант вводят по катетеру, проведенному в сосок МЖ сквозь млечный синус и далее в долевого проток и полость кисты (Зубкин В.И., Радзинский В.Е. и др., 2002). Данный метод не получил широкого распространения в клинической практике, так как при введении катетера через протоки МЖ происходит травматизация, воспаление стенок и в последующем облитерация протоков. В дальнейшем у кормящей матери могут возникнуть проблемы с оттоком молока, лактостаз, который может осложниться лактационным маститом. Соответственно, данный способ категорически не подходит молодым женщинам, которые планируют беременность (Долгих Р.Н., Староконь П.М. и др., 2018).

Кроме того, применение склерозирующих веществ, в том числе 96% раствора этанола или «Сульфакрилата», требует осторожности, поскольку их действие не столь однозначно. Кроме выраженных болевых ощущений, их применение инициирует ряд эффектов на тканевом и клеточном уровне, что требует дополнительного изучения. Вышеуказанные методики не используются для лечения многокамерных и рецидивирующих кист МЖ. В связи с этим единственным способом их лечения является выполнение секторальной резекции МЖ (Шабаев Р.М., Староконь П.М., 2017).

В настоящее время перспективным малоинвазивным методом хирургического лечения ФКБ является введение в полость кистозных образований под УЗ-контролем 1% раствора натрия тетрадецилсульфата, который обладает выраженным склерозирующим действием и широко применяется в флебологии при лечении различных форм варикозной болезни (Левчук А.Л., Староконь П.М., Ходырев С.А. и др., 2022; Савельев В.С. и др., 2013). Объем вводимого раствора препарата сос-

тавляет от 0,25 до 1,0 мл. За один сеанс склерозируют не более 6 кист. Объем кист и их локализация определяются с помощью УЗИ, что позволяет повысить эффективность склерозирования (Шабаев Р.М., Староконь П.М. Способ хирургического лечения кист молочной железы. Патент № 2017136931, 2018). Необходимо отметить, что применение данного склерозанта весьма перспективно, обработанные препаратом кисты хорошо склеиваются, образуется прочный и эластичный рубец, а рецидивов кист МЖ после применения методики мы не наблюдали.

В клинической практике все шире применяются медицинские лазеры (Левчук А.Л., Староконь П.М., Ходырев С.А. и др., 2021). Их внедрение позволило решить целый ряд задач: снизить травматичность оперативных вмешательств, уменьшить риск интраоперационных кровотечений, повысить общие результаты лечения, снизить частоту инфекционных осложнений и т.д. (Староконь П.М., Ходырев С.А. и др., 2018). Лазеры нашли свое применение при лечении ФКБ (Peek M.C.L., Muneer Ahmed M. et al., 2016). Так, разработан способ термотерапии кист МЖ с использованием лазера. Данный метод хирургического лечения основан на воздействии лазерного излучения на кисту МЖ (биологическую ткань) (Ануфриева С.С., 2007). При отсутствии признаков злокачественного роста под УЗ-контролем в кисту (образование) полипозиционно вводят ряд игл-проводников размером 14G. Число игл равно количеству зон лазерного воздействия. После расположения игл-проводников производят поэтапное (через канал каждой иглы) воздействие на стенку кисты высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 805 нм в непрерывном режиме мощностью 1,5–2,0 Вт в течение 5–10 мин. Подведение лазерного излучения осуществляют с помощью гибкого кварцевого световода диаметром 600 мкм. При выполнении лазерной термотерапии после извлечения световода из канала последней иглы-проводника создают дозированную компрессию тканей МЖ на 2 ч путем наложения давящей повязки (Ануфриева С.С., 2007).

Необходимо отметить, что на современном этапе развития клинической медицины применение малоинвазивных хирургических технологий лечения ФКБ приобретает все более широкое распространение (Староконь П.М., Шабаев Р.М., 2019). Прежде всего это стало возможным с развитием внутритканевой навигации и контроля выполнения технологии (Левчук А.Л., Староконь П.М., Ходырев С.А. и др., 2021). Широкое применение в клинике современных УЗ-аппаратов, их мобильность, высокая точность навигации выполняемых технологий позволяют эффективно внедрять малоинвазивные методы хирургического лечения ФКБ (Иванов В.А., 2008; Peek M.C.L., Muneer Ahmed M. et al., 2016; Азиззода З.А., Курбонов К.М. и др., 2019). Проведенные