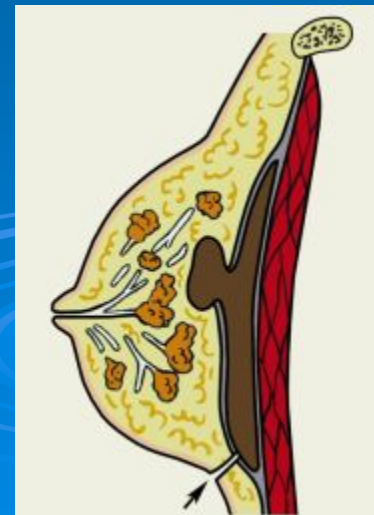


*Омская Государственная Медицинская Академия  
Кафедра Факультетской Хирургии с курсом Урологии*

*Тема: Хирургия молочной железы*

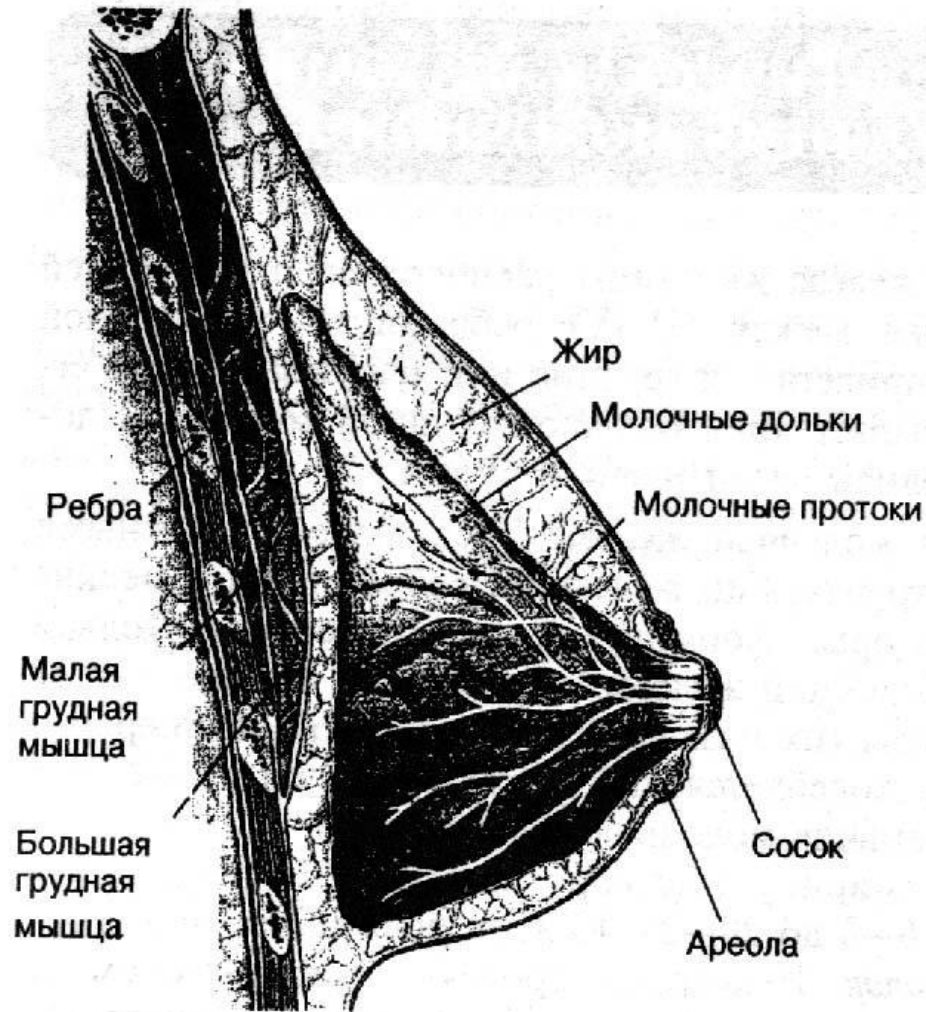
Презентации по хирургии



# Заболевания молочной железы:

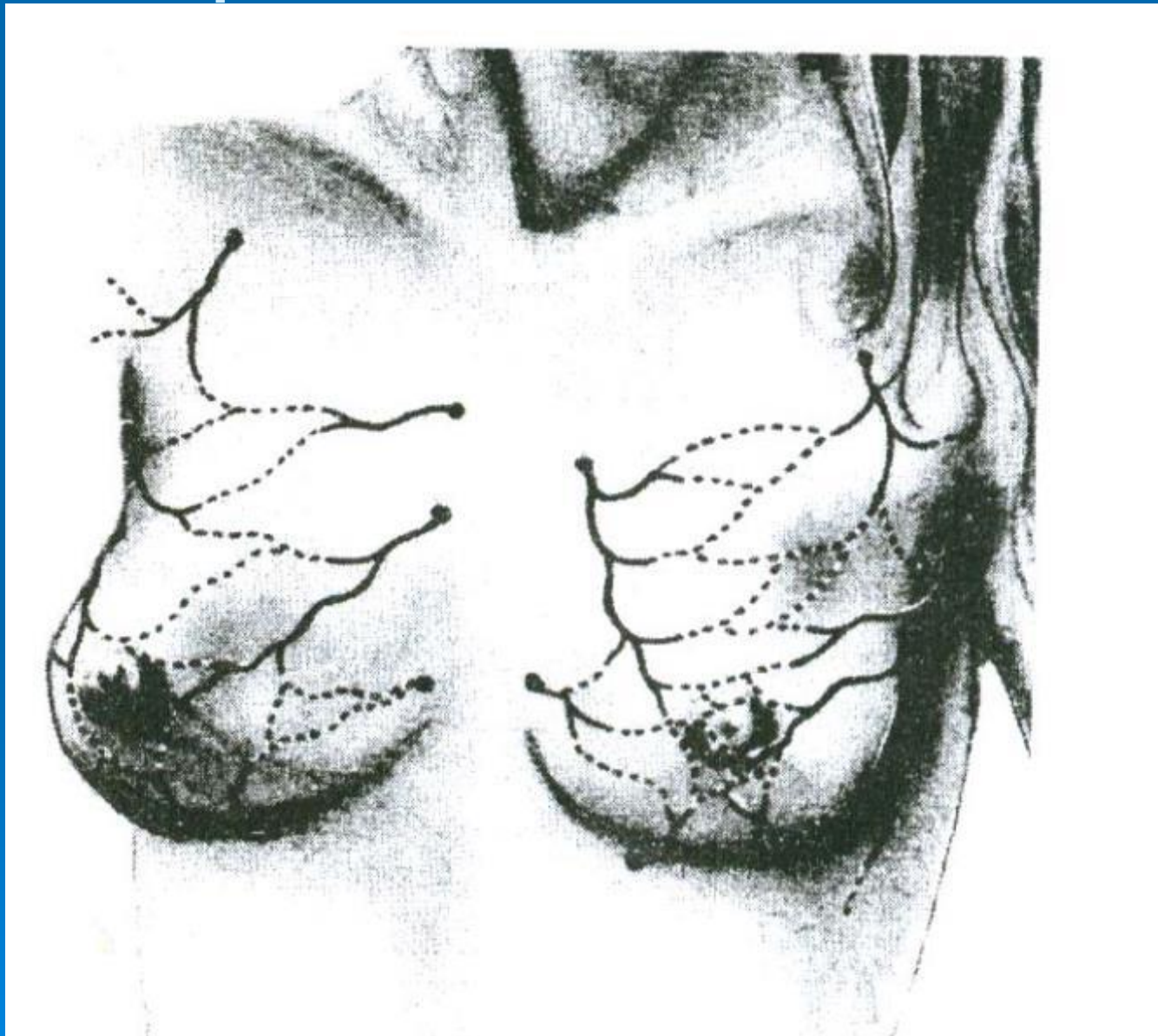
- 1. аномалии развития
- 2. воспалительные заболевания
- 3. дисгормональные дисплазии
- 4. Опухолевые заболевания
- 5. Приобретённые деформации

# Анатомия



Схематическое строение молочной железы

# Кровоснабжение



# Лимфоотток

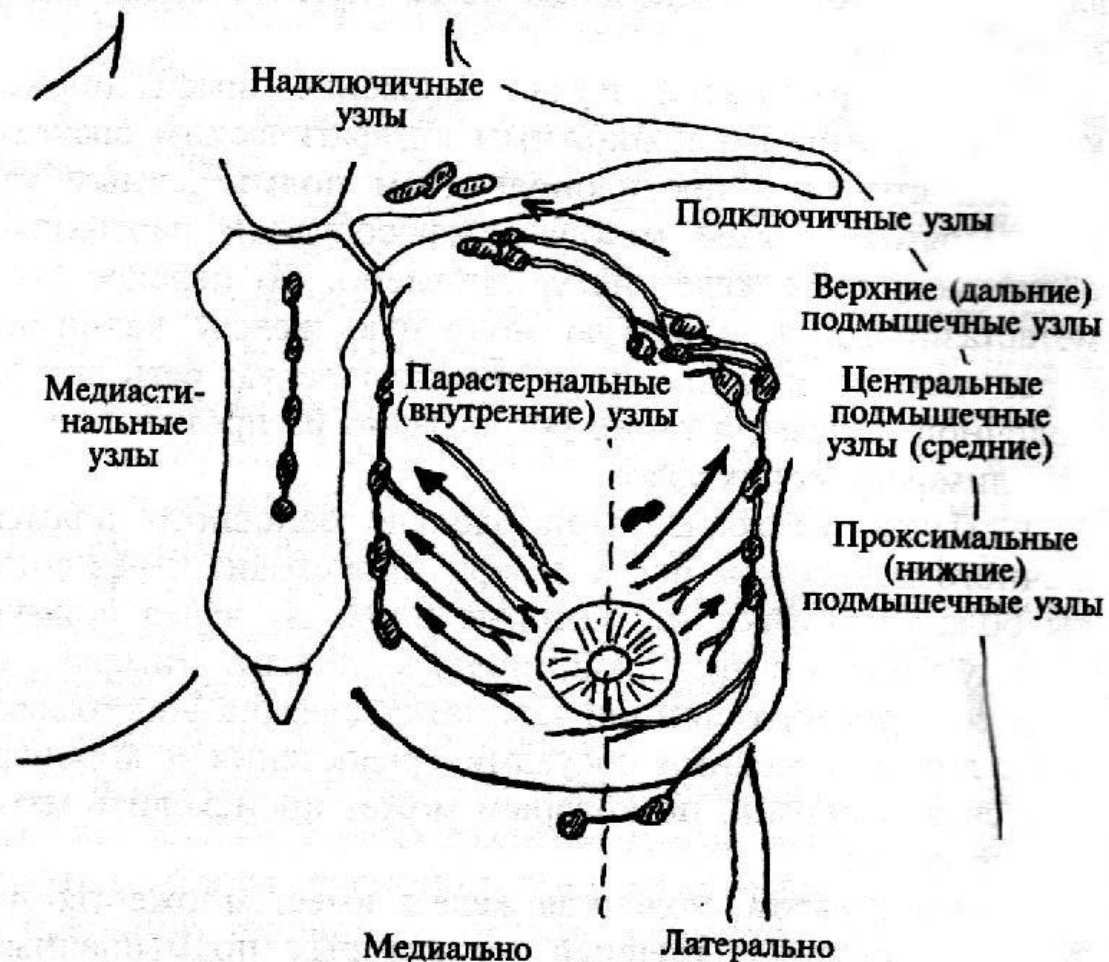


Схема распространения рака молочной железы по лимфатической системе

# Симптоматика:

- -боль
- -изменение формы и консистенции
- -выделения из соска

# Методы исследования:

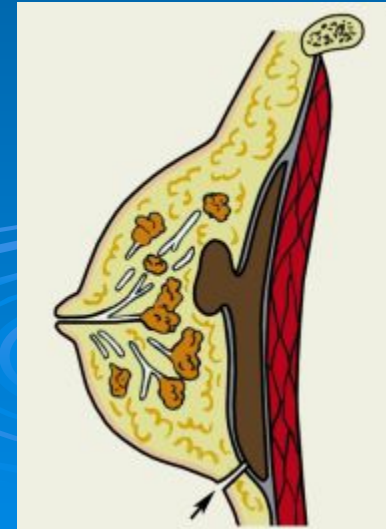
- 1. Клинические
- 2. Рентгенологические
- 3. Ультразвуковые
- 4. Биопсия

# Острый мастит

## Определение:

**Мастит** (mastitis; греч. mastos грудь + -itis; синоним грудница) — воспаление паренхимы и межучочной ткани молочной железы.

У 95% больных возбудителем мастита является патогенный стафилококк, часто (до 80%) не чувствительный к широко применяемым антибиотикам.





# Классификация маститов

## *Генез мастита:*

- Лактационный
- Нелактационный:
  - мастит беременных
  - мастит новорождённых

## *Характер воспалительного процесса*

- Негнойный:
  - серозный
  - инфильтративный
- Гнойный
  - абсцедирующий
  - инфильтративно-абсцедирующий
  - флегмонозный
  - гангренозный

## *Локализация гнойника:*

- Субареолярный
- Подкожный
- Интрамаммарный
- Ретромаммарный

## *Распространенность процесса:*

- Ограниченный (один квадрант железы)
- Диффузный (два-три квадранта железы)
- Тотальный (четыре квадранта железы)



# Этиология и патогенез

Входными воротами возбудителей инфекции чаще всего служат устья млечных протоков, трещины и экскориации сосков.

Реже встречается распространение инфекции гематогенным и лимфогенным путями из эндогенных очагов.

Факторы способствующие возникновению мастита:

- некоторые формы патологии беременности,
- осложнения родов и послеродового периода,
- мастопатия,
- аномалии развития молочных желез,
- сопутствующие заболевания, снижающие иммунологическую реактивность организма.

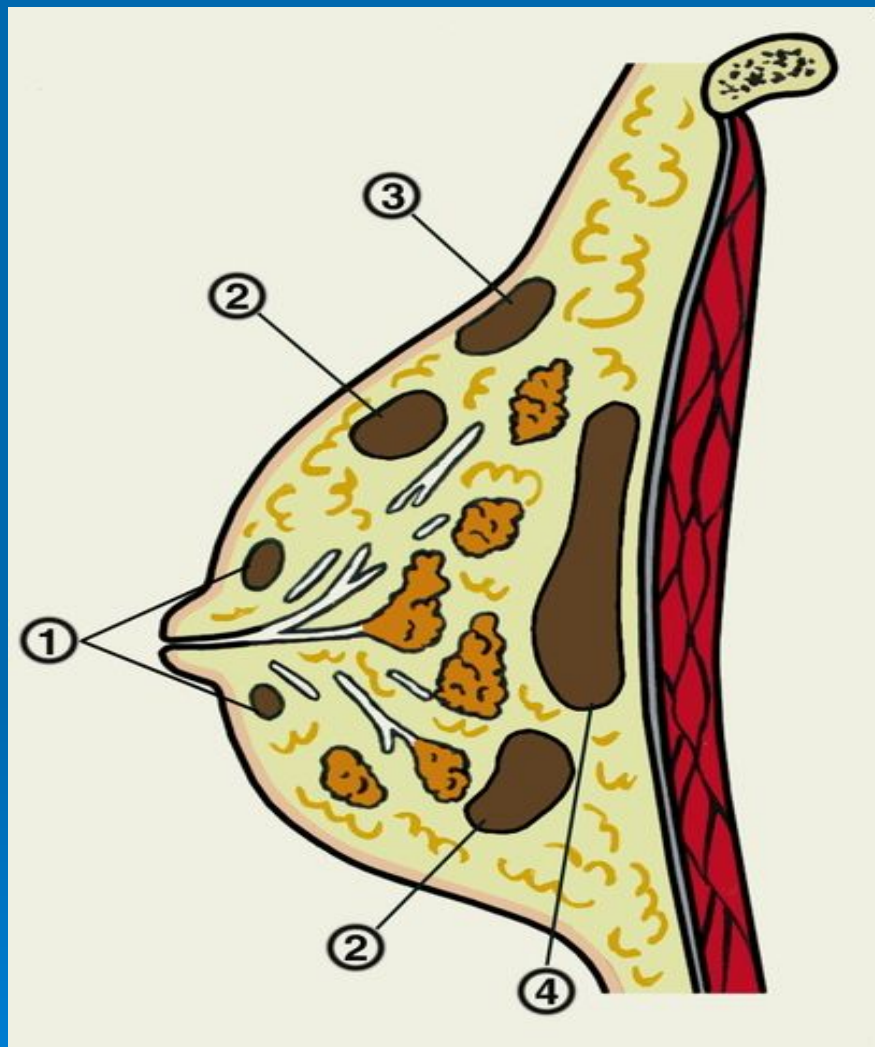
Наиболее часто развитию мастита предшествует **лактостаз**, при котором нарушается венозное кровообращение и лимфоотток в молочной железе и создаются благоприятные условия для размножения микроорганизмов в млечных протоках.

# Острый мастит

Воспалительный процесс в молочной железе может ограничиваться воспалением млечных протоков (галактофорит), которое сопровождается выделением молока с примесью гноя, или воспалением желез околососкового кружка (ареолит, телит).

При прогрессировании заболевания серозное пропитывание сменяется диффузной гнойной инфильтрацией паренхимы молочной железы с мелкими очагами гнойного расплавления, которые в последующем сливаются, образуя абсцессы.

# Схематическое изображение молочной железы на разрезе при гнойном мастите с различной локализацией процесса:



1 — субареолярный мастит; 2 — интрамаммарный мастит;  
3 — подкожный мастит; 4 — ретромаммарный мастит.

# Серозный мастит

## Признаки серозного мастита:

- Нагрубание молочной железы,
- Отек молочной железы, сопровождающиеся повышением температуры тела.
- Потливость,
- Слабость,
- Разбитость,
- Резкие боли в молочной железе.

## При осмотре:

Железа увеличена в размерах, отечна, болезненна при пальпации, с помощью которой определяется инфильтрат без четких контуров. Сцеживание молока болезненно и не приносит облегчения.

Количество лейкоцитов в крови повышается до  $10—12 \times 10^9/л$ , СОЭ увеличена до  $20—30$  мм в 1 ч.

## **Инфильтративный, инфильтративно-гнойный и абсцедирующий мастит**

При неэффективном лечении через 2—3 дня серозный мастит может перейти в инфильтративный, который характеризуется большей выраженностью клинических признаков воспаления и ухудшением общего состояния больной.

Появляется гиперемия кожи железы, при пальпации более четко определяется воспалительный инфильтрат.

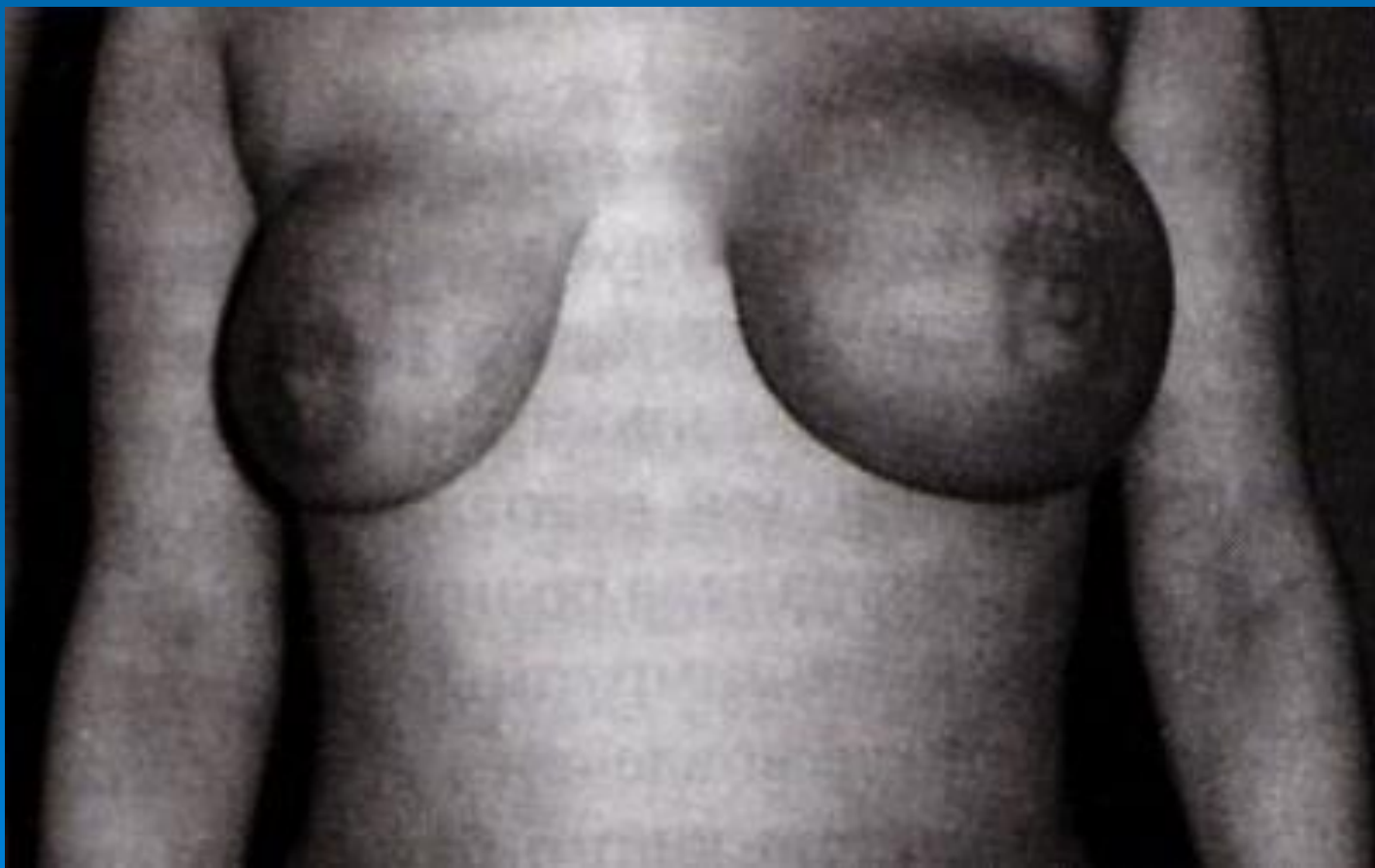
Переход в инфильтративно-гнойный и абсцедирующий мастит сопровождается усилением общих и местных симптомов воспаления, более выраженными признаками интоксикации.

Температура тела постоянно высокая или принимает гектический характер. Гиперемия кожи пораженной железы усиливается, инфильтрат увеличивается в размерах, в одном из его участков появляется флюктуация.

# Вид молочной железы при абсцедирующем мастите.



# Острый гнойный левосторонний лактационный мастит





## Флегмонозный мастит. Гангренозный мастит.

Флегмонозный мастит характеризуется обширным гнойным поражением молочной железы без четких границ со здоровой тканью.

Отмечаются повышение температуры тела до  $40^{\circ}$ , озноб. Молочная железа резко увеличена, покрыта отежной, блестящей, гиперемированной, с синюшным оттенком кожей. Рано возникает регионарный лимфаденит.

В редких случаях вследствие вовлечения в воспалительный процесс сосудов и их тромбоза развивается гангренозный мастит.

Важную роль играет также аутосенсбилизация организма к органоспецифическим антигенам: молоку, ткани молочной железы. Процесс характеризуется быстрым гнойным расплавлением ткани, распространяется на клетчаточные пространства грудной клетки, сопровождается некрозом кожи и выраженной интоксикацией.

Состояние больных крайне тяжелое: температура тела повышена до  $40—41^{\circ}$ , пульс учащен до  $120—130$  в 1 мин. Наблюдаются лейкоцитоз до  $30 \times 10^9/л$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, в моче определяется белок.

# Осложнения мастита

Мастит может осложняться:

- лимфангитом,
- лимфаденитом,
- сепсисом.

После вскрытия (особенно самопроизвольного) гнойника образуются молочные свищи, которые могут закрыться самостоятельно, но в течение длительного времени.

# Диагностика

Диагноз основывается на данных анамнеза и результатах клинического обследования.

Проводят бактериологическое исследование гноя, молока (из пораженной и здоровой железы), а при высокой температуре тела и ознобе — бактериологическое исследование крови. Электротермометрия кожи и тепловизионное исследование молочных желез позволяют выявить более высокую температуру над очагом поражения (на  $1—2^{\circ}$ ), чем в неизмененных участках. Важную роль играет также ультразвуковое исследование.

# Лечение

Лечение следует начинать при появлении первых признаков заболевания, что позволяет в значительном числе случаев предотвратить развитие гнойного процесса.

Консервативную терапию начинают с тщательного сцеживания молока. Перед сцеживанием выполняют ретромаммарную новокаиновую блокаду 0,25% раствором новокаина (70—80 мл), в который добавляют антибиотики (оксациллин или метициллин) в половинной суточной дозе, вводят внутримышечно 2 мл но-шпы (за 20 мин до сцеживания) и 0,5—1 мл окситоцина (за 1—2 мин), проводят десенсибилизирующую терапию.

При лактостазе после сцеживания боли в молочной железе купируются, пальпируются небольшого размера безболезненные дольки с четкими контурами, нормализуется температура тела.

При серозном и инфильтративном мастите эти мероприятия проводят неоднократно, но не более 3 раз в сутки. Назначают антибиотики (полусинтетические пенициллины, в более тяжелых случаях — линкомицин, гентамицин).

При отсутствии положительной динамики в течение 2 сут. (нормализации температуры тела, уменьшения размеров инфильтрата и болезненности его при пальпации) показано оперативное вмешательство, в сомнительных случаях — пункция инфильтрата толстой иглой.

# Лечение

Для повышения эффективности комплексного лечения подавляют или временно тормозят лактацию препаратами, ингибирующими секрецию пролактина передней долей гипофиза (парлодел). Показаниями для этого служат тяжелое течение воспалительного процесса в молочной железе; рецидивы заболевания; сочетание мастита с тяжелыми заболеваниями других органов и систем (если эти заболевания сами по себе не являлись показанием к подавлению лактации).

Парлодел при послеродовом мастите после купирования лактостаза рекомендуют в следующих дозах: при повышенной лактации и выраженном лактостазе — по 2,5 мг (1 таблетка) 3 раза в день в течение 2—3 дней, затем 2 раза в день в той же дозе в течение еще 12 дней; при нормальной лактации и умеренном лактостазе — по 2,5 мг 2 раза в день в течение 14 дней с постепенным уменьшением объема и частоты сцеживаний.

# Лечение

Грудное вскармливание при послеродовом М. противопоказано в связи с опасностью инфицирования ребенка, повышенной заболеваемостью детей больных матерей, возможностью реинфекции матери, поступлением в организм ребенка антибиотиков и других лекарственных препаратов, неполноценностью молока по качественному составу.

Вопрос о возобновлении грудного, вскармливания после перенесенного мастита (при сохранившейся лактации) решают индивидуально в зависимости от тяжести процесса и результатов бактериологического исследования молока.

# Оперативное лечение

Оперативное вмешательство заключается в широком вскрытии гнойника и его карманов, обследовании его полости, разделении перемычек, тщательном удалении некротизированных тканей, дренировании гнойной полости.

При инфильтративно-гнойном мастите иссекают всю зону инфильтратов в пределах здоровой ткани. Если имеется несколько абсцессов, каждый из них вскрывают отдельным разрезом.

Интрамаммарные гнойники вскрывают радиарными разрезами,

ретромаммарный — нижним полуовальным разрезом, что позволяет избежать пересечения внутридольковых млечных протоков, обеспечивает хорошие условия для оттока гноя и отхождения некротизированных тканей. Лечение ран после вскрытия гнойника проводят с учетом фазы раневого процесса

# Послеоперационный период

В послеоперационном периоде продолжают сцеживание молока с целью предотвращения лактостаза.

При локализованных формах острого мастита иссекают гнойный очаг в пределах здоровых тканей, дренируют полость раны через контрапертуры одним двухпросветным или несколькими однопросветными силиконовыми дренажами и накладывают первичный шов.

В послеоперационном периоде проводят проточно-промывное дренирование раны растворами антисептиков, что позволяет добиться заживления ран в более ранние сроки и с лучшим косметическим и функциональным результатом.

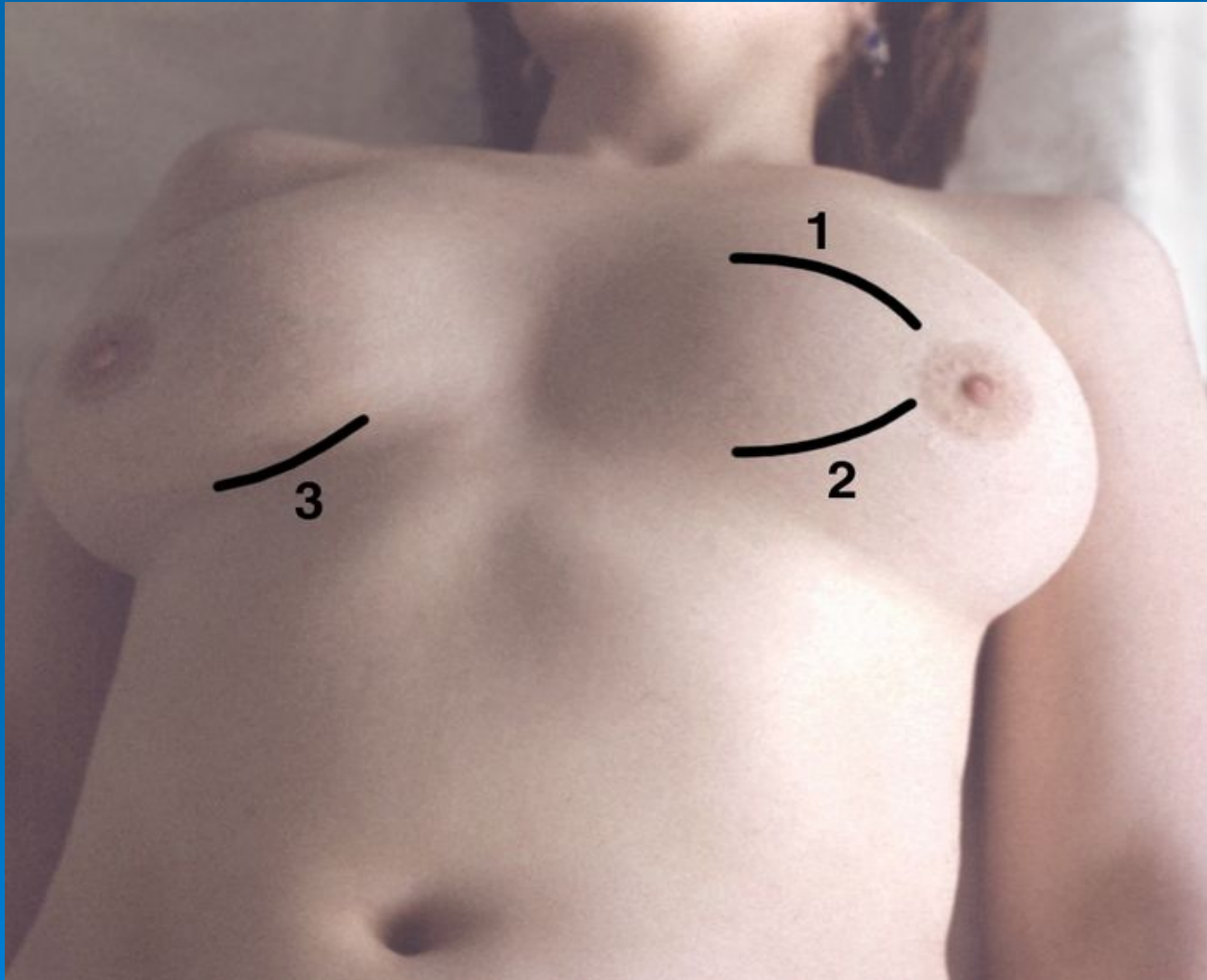


# Послеоперационный период

Показаны адекватная антибиотикотерапия, дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия, назначение витаминов и препаратов, повышающих иммунологическую реактивность организма больной, местное УФ-облучение, ультразвуковая и УВЧ-терапия.

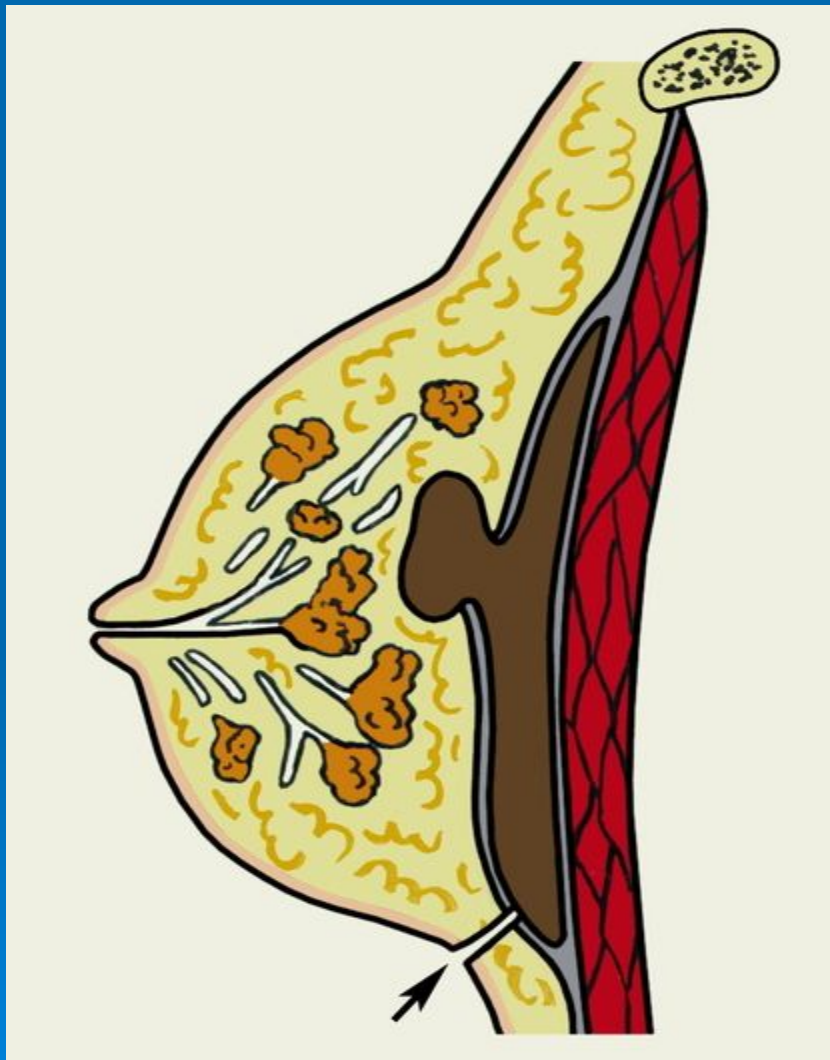
Прогноз при своевременно начатом лечении благоприятный.

# Схематическое изображение разрезов при гнойном мастите



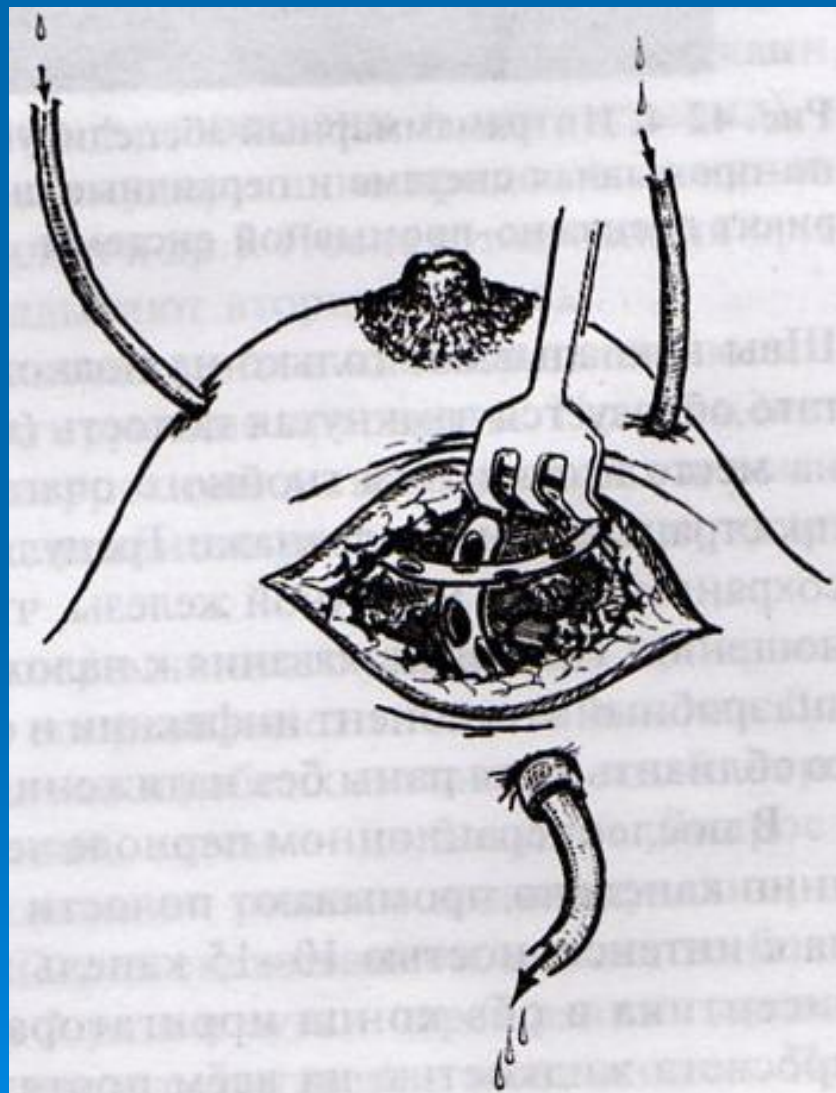
1 — радиарные разрезы; 2,3 — нижний полуовальный разрез

# Схематическое изображение оперативного доступа из нижнего полуовального разреза при ретромаммарном мастите



стрелкой показано направление вскрытия абсцесса

# Дренажно-промывная система



# Профилактика мастита

Профилактика мастита начинается с периода беременности. В женской консультации наряду с рекомендациями, касающимися рационального питания беременных, физических упражнений, ухода за молочными железами, обучения женщин правилам и технике грудного вскармливания, существенное внимание уделяют выявлению беременных группы высокого риска развития послеродового мастита (мастит в анамнезе, гнойная инфекция различной локализации, перенесенная ранее или при данной беременности, мастопатия, аномалия развития молочных желез, анатомические особенности соска, осложнения беременности, экстрагенитальная патология).

Фиброзно-кистозная болезнь- это комплекс процессов, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочных желёз с формированием ненормальных соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов и образованием в молочной железе изменений фиброзного, кистозного и пролиферативного характера

### Эстрадиол:

дифференцировка, пролиферация и развитие эпителия протоков молочной железы, стимулирует васкуляризацию и гидратацию соединительной ткани

### Прогестерон:

тормозит пролиферацию, уменьшает отёк

### Пролактин:

прямое стимулирующее влияние на развитие пролиферативных процессов

# Причины, приводящие к ФКБ:

1. Стрессовые ситуации
2. Факторы сексуального характера
3. Факторы репродуктивного характера
4. Гинекологические заболевания
5. Эндокринные нарушения
6. Патологические процессы в печени и желчных путях
7. Наследственная предрасположенность



# Классификация дисгормональных дисплазий:

## 1. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия

-с преобладанием железистого компонента (аденоз)

-с преобладанием фиброзного компонента

-с преобладанием кистозного компонента

-смешанная

## 2. Узловая фиброзно-кистозная мастопатия

## Клиника ФКБ:

- боль
- болезненность
- наличие уплотнений в молочной железе
- психоэмоциональные нарушения

# Лечение ФКБ:

1. Устранение причин, провоцирующих и поддерживающих заболевание
2. Гармонизация нейро-эндокринной системы
3. Устранение дисбаланса гормонов в тканях молочной железы
4. Удаление оперативным путём очагов пролиферации в молочных железах

## Направления эстетической маммопластики:

1. Увеличивающая маммопластика
2. Редукционная маммопластика
3. Операции при опущении молочных  
жёлёз (мастопексии)
4. Вмешательства при деформациях  
сосково-ареолярного комплекса

# Развитие методов увеличения молочных желёз

1. Введение в ткани полужидких материалов и собственной жировой ткани
2. Аллопластика трупной жировой тканью
3. Пересадка участков тканей пациента
4. Метод А.А. Вишневого
5. Имплантация синтетических эндопротезов

# Показания к увеличению молочных желёз

1. Врождённая микромастия
2. Послеродовая инволюция молочных желёз
3. Значительное похудание пациентки
4. Приобретённая деформация
5. Врождённая асимметрия

# Противопоказания к увеличивающей маммопластике

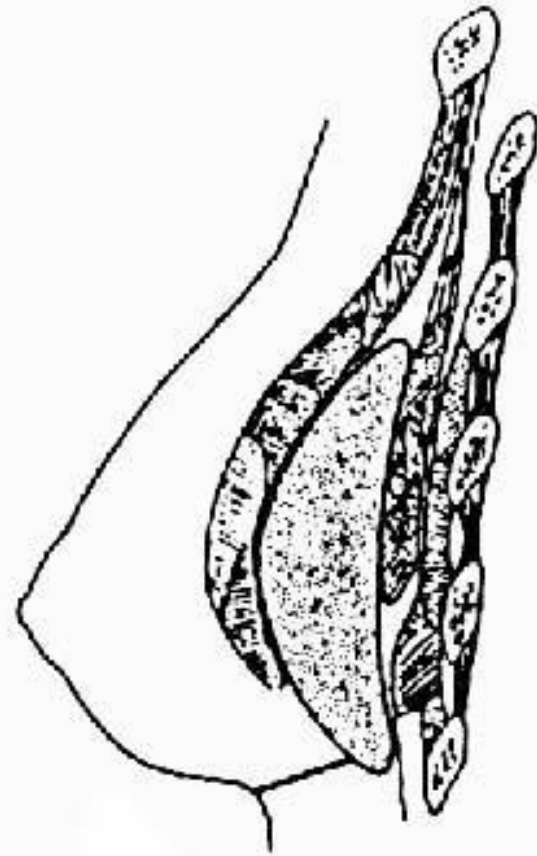
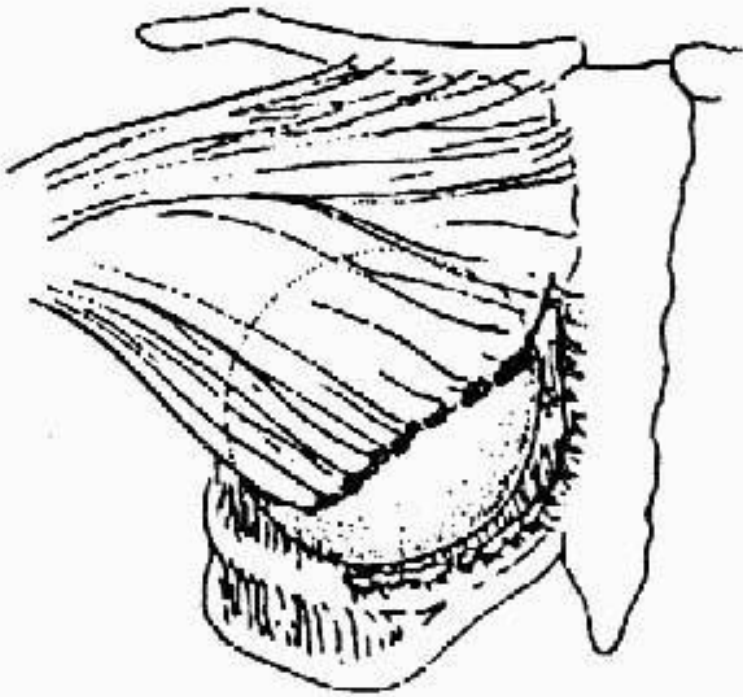
1. Общие: нарушение свёртывающей системы крови, хронические инфекции...
2. Местные: воспалительные и дисгормональные заболевания молочных желёз
3. Психологические: ожидание сверхрезультата

## Виды имплантатов:

1. Оболочка: силикон, полиуретан
2. Характер поверхности: гладкая, текстурированная
3. Наполнитель: силиконовый гель, физраствор
4. Форма: сферическая, анатомическая

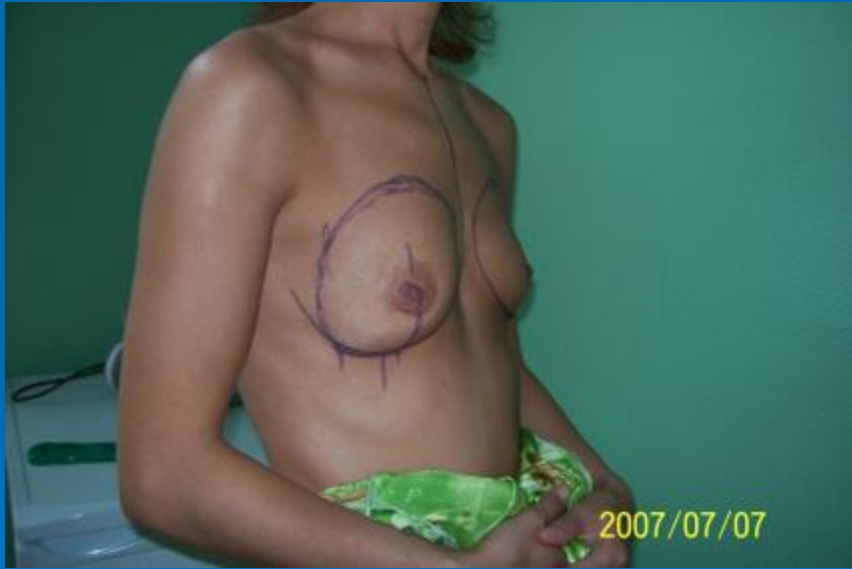


# Техника операции



# результаты







# Гипертрофии молочных желёз:

- 1. По происхождению:
  - -ювенильная
  - -гипертрофия при эндокринных нарушениях
  - -при беременности
  - -при ожирении
- 2. По структуре:
  - -с преимущественным увеличением жировой ткани
  - -с увеличением железистой ткани
- 3. С птозом и без птоза железы
- 4. Односторонняя и 2-сторонняя
- 5. По степени: незначительная (избыток до 200 г), средняя, большая, гигантомастия (избыток свыше 1200 г)

# Уменьшающая маммопластика

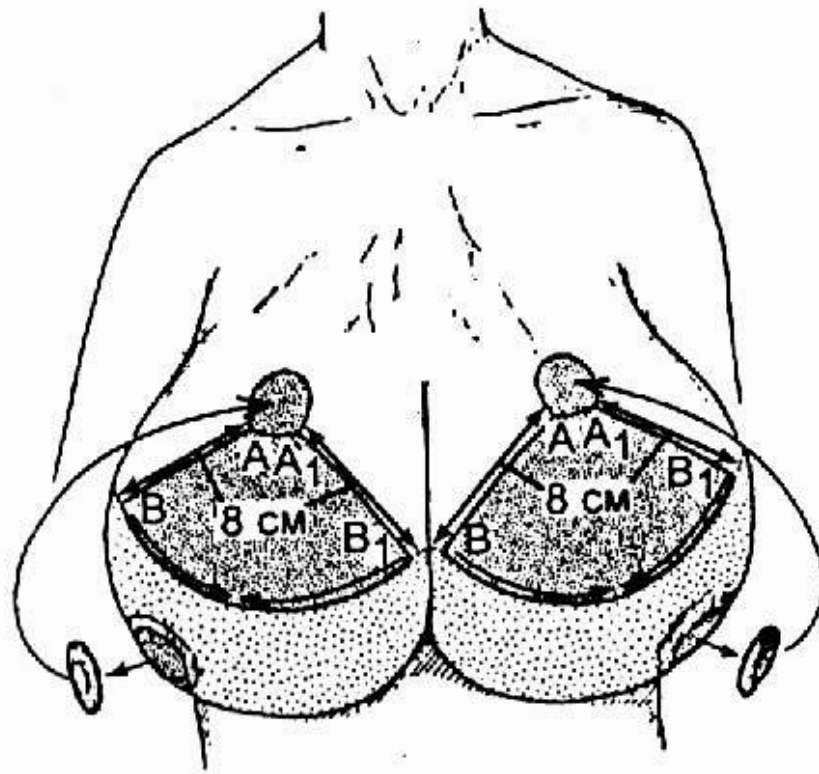
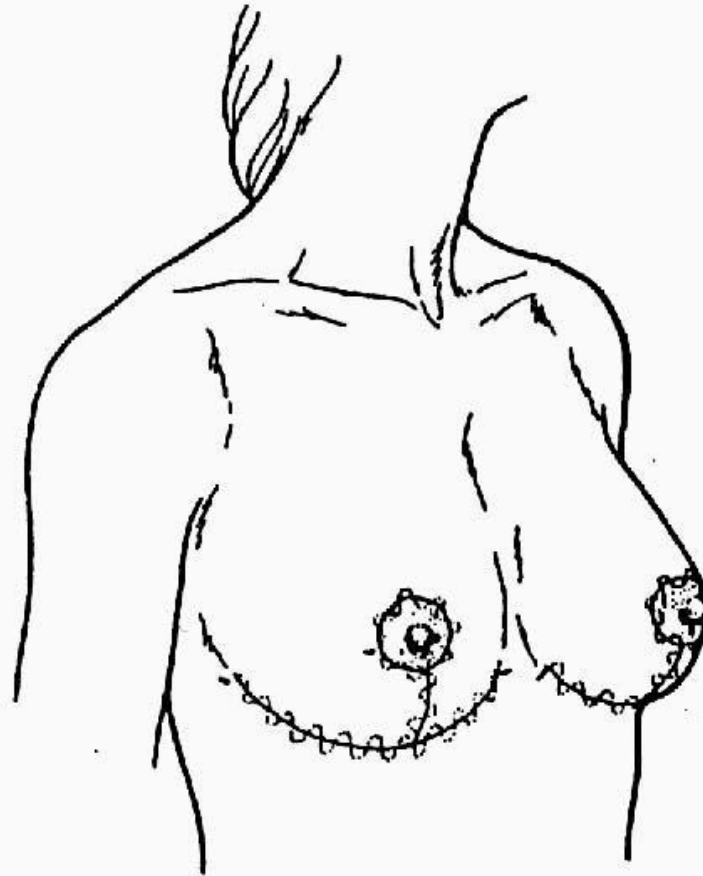


Схема предоперационной разметки при редуцирующей маммопластике у пациенток с гигантомастией.

AB и A<sub>1</sub>B<sub>1</sub> — границы резекции тканей молочной железы.

# Железа после вертикальной уменьшающей маммопластики

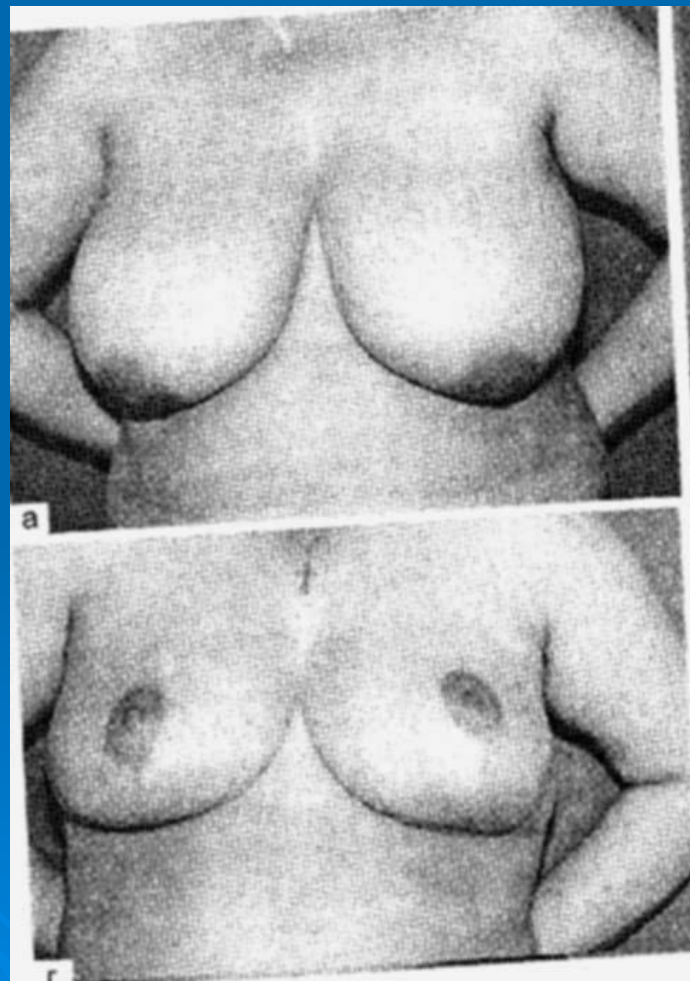
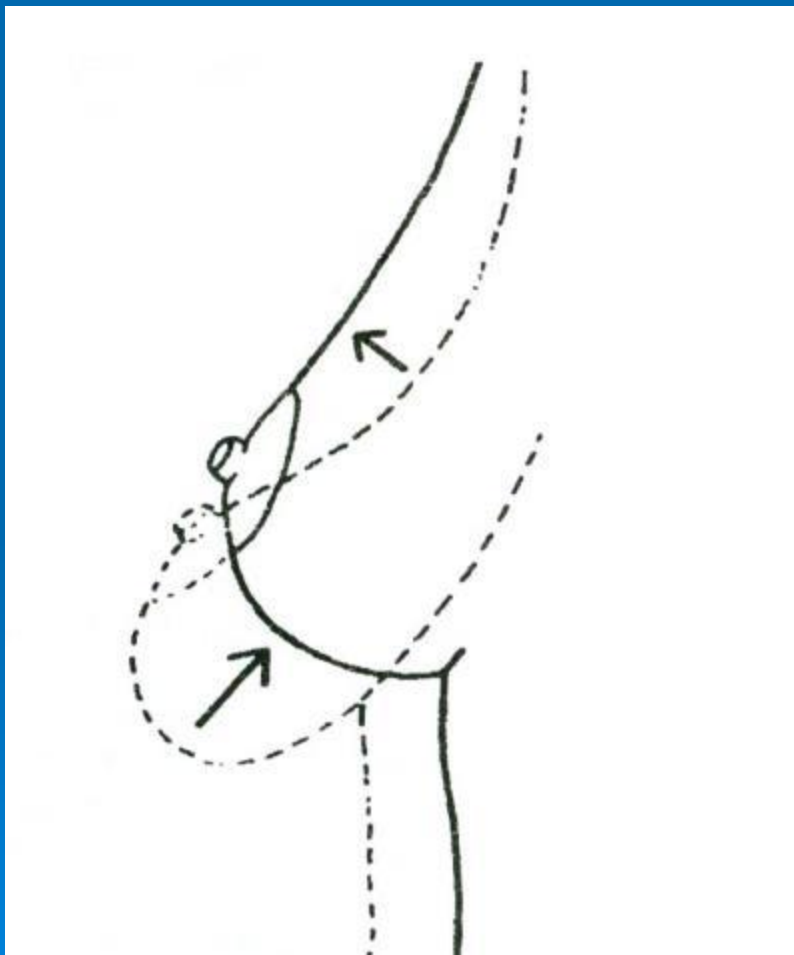


Окончательная форма молочной железы после  
завершения редуционной маммопластики.





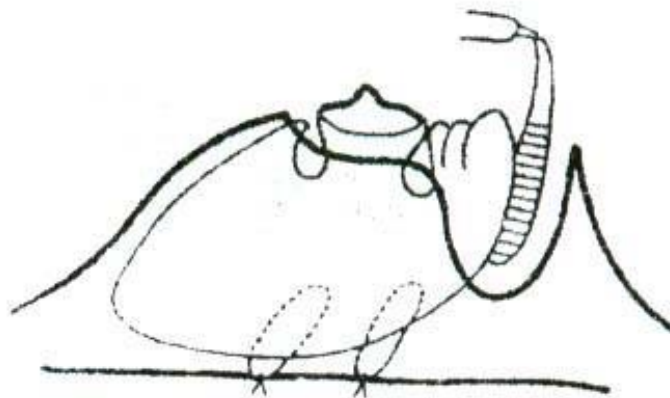
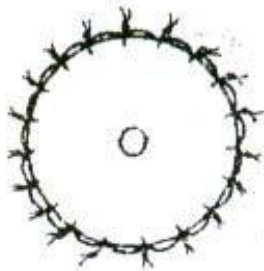
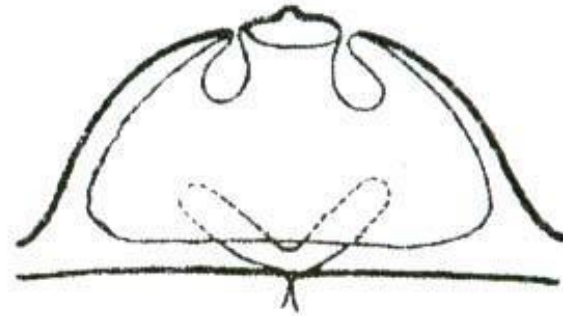
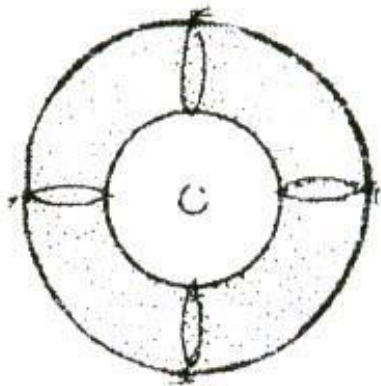
# Подтяжка (мастопексия)



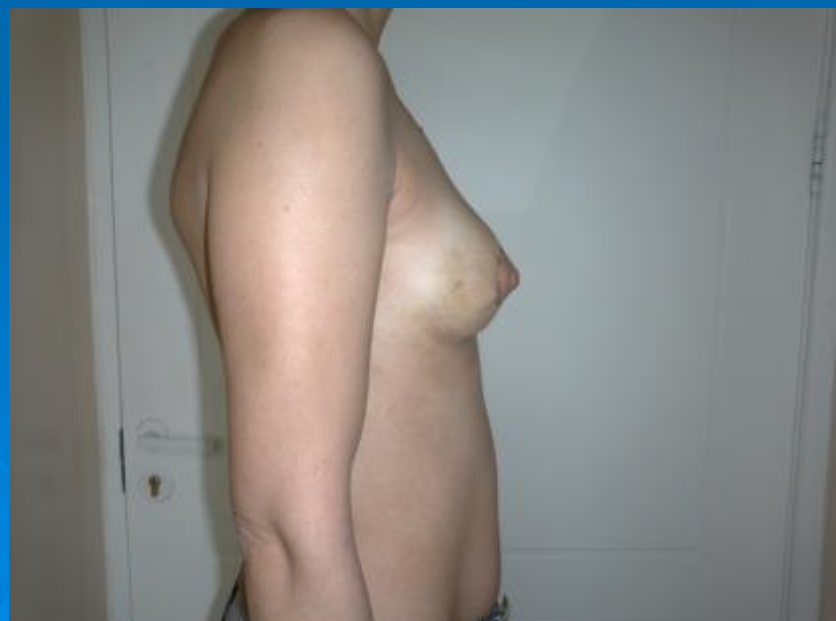
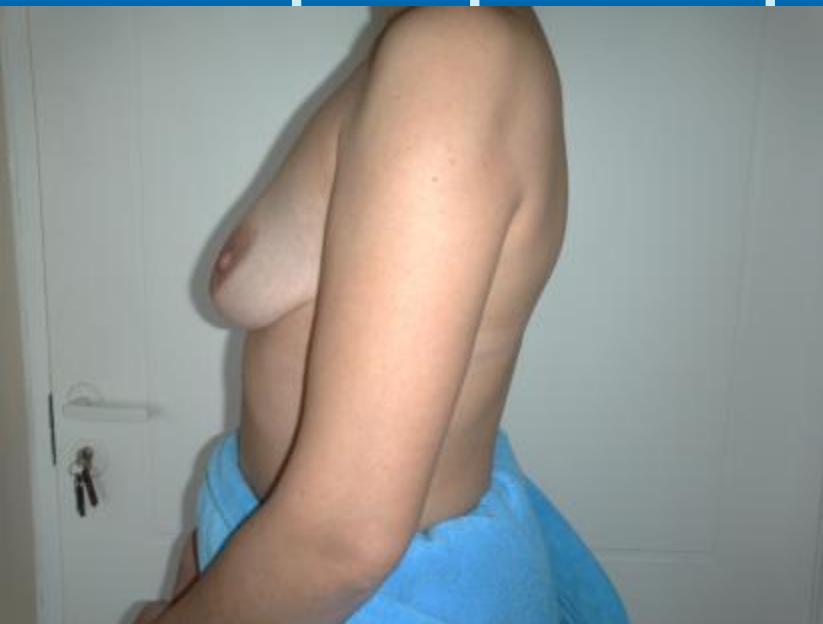
# Вертикальная маммопластика



# Схема периареолярной маммопластики по Хиндереру



# Периареолярная маммопластика



# Восстановление молочной железы ТРАМ-лоскутом

