
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ МИНЦА

Ассистент В. М. ВЕЛИЧЕНКО

Из клиники госпитальной хирургии (научный руководитель —
профессор И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института

Реклю в 1828 г. описал кистозные изменения в молочных железах, указав, что в ряде случаев при этом наблюдаются кровянистые выделения. Сущность патологического процесса и лечебных мероприятий при этой болезни впервые показал В. М. Минц, выступивший с докладом на X съезде российских хирургов в 1910 г. В. А. Оппель справедливо назвал это заболевание болезнью Минца.

На протяжении 1953—1956 гг. мы наблюдали 5 женщин, у которых имели место кровянистые выделения из молочных желез. Больные находятся под наблюдением от одного года до трех лет. Наличие эритроцитов в отделяемом молочных желез подтверждено лабораторными исследованиями.

Приводятся некоторые данные из историй болезни трех больных.

1. К., 34 лет, в августе 1953 года впервые заметила выделение темно-бурого цвета из соска левой молочной железы. В прошлом ничем не болела. Месячные начались с 15 лет. Замужем с 22 лет. В 1947 г. и 1950 г. — нормальные роды, в 1949, 1951, 1952 и 1955 гг. — аборт. Видимые слизистые и кожные покровы несколько бледны. Молочные железы развиты удовлетворительно. Из одного молочного протока, соответствующего дольке наружно-верхнего квадранта левой молочной железы, при надавливании на железу выделяются капли темно-бурого цвета.

2 ноября произведена маммография молочной железы с применением 40-проц. раствора сергозина. На рентгенограмме видны участки кистозного расширения молочных ходов и ацинусов и небольшие дефекты наполнения (папилломы).

Через год произведено секторальное иссечение левой молочной железы и удален участок ткани молочной железы, имевший кистозные расширения. Спустя два месяца после операции больная заметила капельки темно-бурых выделений из одного молочного протока правой молочной железы. Маммографией правой молочной железы установлено небольшое расширение ацинусов, дефектов наполнения нет. После маммографии кровянистые выделения прекратились.

Осмотр в 1956 году: общее состояние удовлетворительное, из правой молочной железы выделений нет, из левой имеются выделения, но без примеси крови (из одного протока — белого, из двух — желтого цвета).

2. У С., 32 лет в декабре 1951 г., спустя 6 месяцев после родов и кормления ребенка, в левой молочной железе начался мастит. Принимала таблетки пенициллина. Явления острого воспаления были купированы, но в толще молочной железы остался небольшой участок уплотнения. Боли больную не беспокоили, размеры уплотнения оставались стабильными. 26 ноября 1952 г. ребенок ножкой ударил левую молочную железу, через несколько дней после травмы мать заметила «ржавые» выделения из соска этой молочной железы.

Больная хорошего питания. Обе молочные железы хорошо развиты, по внешнему виду ничем не отличаются друг от друга. При пальпации в наружно-верхнем квадранте левой железы определяется болезненное уплотнение, без четких границ, местами тяжесть. При надавливании на этот участок из одного молочного хода появлялись выделения буроватого цвета, а из другого (рядом расположенного) — выделения в виде разбавленного молока.

В декабре 1952 г. больной назначен метилтестостерон (ежедневно по 2 таблетки). С мая 1953 г. месячные наступали раньше времени, в июне наблюдалось маточное кровотечение, после чего метилтестостерон отменен. В ноябре произведена маммография раствором 20-проц. сергозина. На рентгенограмме ясно виден участок расширенного молочного хода и дефект наполнения.

В апреле 1954 года: патологической секреции нет, уплотнение, определяющееся в левой молочной железе, уменьшилось в размерах, при пальпации этот участок болезнен. Месячные наступают своевременно, небольшие.

В 1955 г. больная принимала метилтестостерон (по 2 таблетки в течение 10 дней в межменструальном периоде) в течение первых шести месяцев. На протяжении всего 1955 г. и 10 месяцев 1956 г. чувствовала себя хорошо. Патологической секреции не наблюдается. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется едва ощутимое уплотнение.

3. Ш., 38 лет, в апреле 1954 г. впервые обнаружила кровянистое отделяемое из обеих молочных желез. Около года лечилась у терапевта по поводу язвенной болезни желудка.

В прошлом имела 4 беременности, из коих 2 первых закончились нормальными родами, две — абортми. Месячные протекают нормально. Гинекологические заболевания исключены. Молочные железы развиты хорошо. При пальпации в обеих молочных железах, больше в наружно-верхних квадрантах, определяются небольшие ясно ограниченные участки уплотнения. При надавливании на молочные железы из молочных ходов, соответствующих верхне-наружным квадрантам молочных желез, появлялось несколько капелек бурого цвета выделений.

Произведена маммография обеих молочных желез 20-проц. раствором сергозина. На рентгенограмме правой молочной железы определяются несколько расширенные молочные каналы; на рентгенограмме левой молочной железы — расширенный молочный проток и мелкие дефекты наполнения.

Через два дня после маммографии, с лечебной целью, в каждый канал с патологической секрецией введено 2—3 мл спирта с новокаином (в пропорции 1 к 3). В течение всего 1954 г. патологической секреции не наблюдалось, однако участки уплотнения пальпировались. В течение первых трех месяцев 1955 г. больная получала метилтестостерон (по 2 таблетки в день в течение 10 дней, в межменструальном периоде). После гормонотерапии участки уплотнения в молочных железах заметно уменьшились в размерах.

Наши наблюдения дают возможность высказать некоторые замечания.

В начальном периоде болезни Минца отмечается болезненность молочных желез при пальпации, особенно во время месячных, имеет место патологическая секреция без крови, определяются участки уплотнения в толще молочной железы. Кровянистые выделения появляются позже.

Во всех случаях патологическая секреция (кровотечение из молочной железы) возникала на фоне мастодении или кистозной мастопатии. При болезни Минца, как и при мастодении, оказывалась эффективной гормонотерапия (метилтестостерон).

Мы наблюдали прекращение кровянистых выделений из молочных желез после маммографии, от введения в молочные протоки 20—40-проц. раствора сергозина. У больной Ш. положительный эффект получился после введения в проток спирта с новокаином. Как в одном, так и в другом случае в основе положительного эффекта, по-видимому, лежит прижигание и склерозирование мелких папилломатозных образований.

Мы не можем согласиться с мнением тех авторов, которые предлагают при болезни Минца применять ту же лечебную тактику, что и при злокачественных новообразованиях. Однако папилломатоз, лежащий в основе болезни Минца, следует считать предопухолевым состоянием, на фоне которого со временем может развиваться рак. Поэтому в случаях длительного и упорного течения болезни Минца показано экономное оперативное вмешательство.

Ценным диагностическим методом является маммография. Для болезни Минца мы считаем типичным наличие на рентгенограмме расширенных молочных ходов или кистозных образований, а также мелких дефектов наполнения по месту образовавшихся папиллом. При злокачественных опухолях имеется обрыв молочного хода. В сомнительных случаях показано секторальное иссечение участков молочной железы со срочной биопсией.

