

ния в стационаре (до назначения аминазина) спал беспокойно, громко разговаривал во сне. Внимание рассеянное, быстро устает, появляется сонливость.

Сба большие получали общеукрепляющее лечение, глюкозу с магниезией, эфедрин как симпатомиметическое средство (для стимуляции адренергических элементов ретикулярной формации), димедрол и андаксин для углубления ночного сна, аминазин для снятия гипногагических галлюцинаций, милипромин для предотвращения приступов сонливости днем. Оба выписаны со значительным улучшением.

УДК 618.19

### Я. Г. Эпштейн (Ставрополь). Лечение мастопатий

Основным клиническим признаком мастопатии, нередко предшествующей развитию рака, являются диффузные изменения — уплотнение всей железы или части ее.

Под нашим наблюдением было 200 больных. У 33% в молочных железах имелись узлы или кисты, у 5,5% была диагностирована болезнь Минца, которую справедливо относят к разновидности мастопатии.

При лечении больных мастопатией следует прежде всего устранить воспалительные заболевания придатков матки, после чего явления мастопатии могут значительно уменьшиться или исчезнуть. Важно учитывать, что существенное прерывание беременности, нарушения половой жизни (длительные перерывы, некоторые мероприятия по предупреждению зачатия и др.) также могут оказывать влияние на развитие мастопатии. Излечение нередко наблюдается после родов и кормления ребенка.

У более молодых женщин при болях и незначительных изменениях в молочной железе мы начинали лечение с ретромаммарной новокаиновой блокады по А. В. Вишневному, которая во многих случаях давала хорошие результаты. Иногда курс лечения (3 блокады в межменструальный период по 100—150 мл 0,25% раствора новокаина с промежутками в 6—7 дней) приходилось через полгода, год и позже повторять. При отсутствии стойкого эффекта мы переходили к гормонотерапии.

Мужской половой гормон следует назначать тем женщинам, у которых наблюдается нормальное или даже повышенное количество эстрогенов (гиперэстренизм), что можно довольно легко определить по характеру эпителия в вагинальных мазках, эстрогены же — тем, у которых преобладает активность андрогенов; при этом нельзя забывать, что и после менопаузы количество эстрогенов может быть повышенным.

Мы применяли гормонотерапию у 65 больных различного возраста. При этом мы руководствовались состоянием вагинального отделяемого. Тестостерон-пропионат мы вводили внутримышечно 3 раза в неделю по 25 мг. У всех больных боли исчезали полностью или значительно уменьшались. Молочные железы приобретали более мягкую консистенцию. У 8 больных через год пришлось повторить курс лечения, из них у 4 дважды — через год и два. У этих женщин гиперэстренизм был особенно выражен.

Операция при мастопатии производится только при наличии четко отграниченного плотного узла или отграниченного уплотнения кистозного характера. Но если уплотнение занимает всю железу или ее значительную часть, показаний к операции нет. Такое уплотнение, нередко превращающееся в «диск», не внушает подозрений. Однако эти больные должны оставаться под наблюдением и в ряде случаев получать леченные гормонами.

При лечении пожилых и старых женщин операция показана и при более разлитом, но все же ограниченном уплотнении.

Известно, что болезнь Минца («кровоточащая молочная железа») характеризуется выделением из соска серозно-кровянистой или чисто кровянистой жидкости без прощупываемой опухоли. Однократное появление кровянистого выделения из соска или его повторение на протяжении короткого времени еще не позволяет говорить о болезни Минца. Если систематическое тщательное наблюдение в течение 1—3 месяцев установит постоянство этого симптома (при отсутствии опухоли), можно уверенно говорить о болезни Минца. У более пожилых женщин следует сократить срок наблюдения, особенно если больные обращаются к врачу не в первые дни истечения из соска.

Когда диагноз болезни Минца установлен, когда тщательным многократным исследованием выяснено, из какого участка железы выделяется жидкость, следует произвести частичное (секторальное) иссечение железы.

В) всех случаях производят «экспрессное» и обычное гистологическое исследование препарата. Нередко трудно отличить мастопатию от рака (I стадии). При известном опыте можно при осмотре и ощупывании удаленного участка железы почти безошибочно поставить «макроскопический диагноз» (Л. М. Ратнер). Однако никак нельзя пренебрегать гистологическим исследованием. Это побуждает нас рекомендовать воздержаться от операции по поводу мастопатии, если у хирурга нет возможности произвести на месте квалифицированное гистологическое исследование удаленного участка железы.

Время от времени все перенесшие операцию должны показываться врачу. Во многих случаях им необходимо проводить гормонотерапию.