



ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Т.Н. Бухарова, Н.В. Кандаева, О.Н. Панина

Медицинская компания ИДК, Самара

NIPPLE DISCHARGE

T.N. Bukharova, N.V. Kandayeva, O.N. Panina

IDK Medical Company, Samara

According to the data available in the literature, as high as 50% of women have benign breast tumors frequently accompanied by nipple discharge. Nipple discharge may be serous, bloody, purulent, and colostric. The most common causes are breast abscess, injury, drugs, prolactinoma, intraductal papilloma, ductal ectasia, intraductal cancer (not more than 10%).

Патологические выделения из молочных желез — один из частых признаков мастопатии. Однако, учитывая, что часто эта проблема может быть обусловлена сочетанием различных факторов, мы предлагаем рассмотреть ее с точки зрения маммолога — онколога и эндокринолога. Патологическим следует считать отделяемое из молочных желез спустя 3 года после последней беременности или у небеременевшей женщины. К патологическим могут быть отнесены серозные и геморрагические выделения из соска [1].

Патологическая секреция обычно выявляется случайно, при сдавлении молочной железы врачом на осмотре либо самой пациенткой. В литературе существует термин — секреторная мастопатия, или сецернирующая молочная железа. При обследовании таких пациенток ни клинически, ни рентгенологически, ни при ультразвуковом исследовании (УЗИ) патологии не выявляется [2].

Существует множество причин, вызывающих выделения из сосков:

- дисгормональные нарушения;
- недостаточность клапанного аппарата протока;
- бактериальная инвазия протокового русла;
- внутрипротоковые папилломы;
- внутрипротоковый рак [3].

Наиболее часто дисгормональные нарушения представлены гиперпролактинемией различного генеза.

По данным литературы, галакторея наблюдается примерно у 70% женщин с гиперпролактинемией. Необходимое условие для развития галактореи — увеличение уровня пролактина на фоне нормального или повышенного уровня эстрогенов

Причины гиперпролактинемии

- Первичная гиперпролактинемия:
 - микропролактинома;
 - макропролактинома.
- Гиперпролактинемия на фоне анатомических дефектов, опухолей и поражений гипофиза.
- Вторичная (симптоматическая): первичный гипотиреоз, синдром Штейна—Левенталья,

печеночная и почечная недостаточность, нервно-рефлекторные и медикаментозные влияния.

Тщательный сбор анамнеза и осмотр позволяют на первом же этапе исключить ряд причин (медикаментозная, травма грудной клетки, опоясывающий лишай).

Поскольку однократное повышение уровня пролактина не может служить основанием для диагноза, мы исследовали пролактин минимум дважды в период с 1-го по 10-й день менструального цикла при отсутствии стрессов и физических нагрузок. Только при стойком повышении уровня пролактина на фоне нормальной функции щитовидной железы проводилось дальнейшее дообследование (осмотр полей зрения, магнитно-резонансная томография гипофиза).

Мы относим к патологическим все выделения, не связанные с лактацией, и считаем, что такие женщины подлежат комплексному обследованию у врачей различных специальностей: маммолога, эндокринолога, гинеколога, онколога.

Материалы и методы

Обследованы 40 женщин в возрасте от 20 до 60 лет с выявленными выделениями из молочных желез.

Проводилось обследование по схеме:

- скрининговый тест на скрытую кровь (с этой целью используются тест-полоски);
- мазок на онкоцитологию;
- бакпосев выделений из молочных желез;
- определение уровня гормонов крови (ТТГ, сТ4, пролактин, эстрадиол, прогестерон);
- УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфатического оттока;
- маммография по показаниям;
- дуктография по показаниям;
- УЗИ органов брюшной полости (печень, почки, яичники) по показаниям.

При выявленных гормональных нарушениях проводилось обследование и лечение у эндокринолога.

В ходе обследования нами были получены следующие результаты.

Изменения гормонального профиля выявлены у 17,5% пациенток: у 5% — микроаденома гипофиза (микропролактинома), у 5% — гипотиреоз, сопровождавшийся симптоматической гиперпролактинемией, у 7,5% — функциональная гиперпролактинемия на фоне синдрома поликистозных яичников.

При УЗИ молочных желез чаще выявлялась диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента.

В 7,5% случаев патологии выявлено не было.

При онкоцитологическом исследовании данных, свидетельствующих об онкопатологии, не получено. В ряде случаев в мазке выявлялись единичные эритроциты, макрофаги, лейкоциты, клетки типа молозивных телец.

При бактериологическом исследовании выявлена стафилококковая инвазия в 65% случаев, из них обильный рост — в 76%, умеренный рост — в 23%, скудный рост — в 1%.

В данном случае в комплексной терапии пациенток использовались антибиотики (с учетом чувствительности), что значительно улучшало течение заболевания.

Резистентность к пенициллину выявлена в 42,3% случаев, к гентамицину — в 4%, к эритромицину — в 23%, к оксациллину — в 11,6%.

Наиболее часто сохраняется чувствительность к ципрофлоксацину, тетрациклину.

У 95% пациенток с выявленными гормональными изменениями диагностирована диффузная мастопатия, сопровождавшаяся в 50% случаев стафилококковой инвазией.

Таким образом, очевидно, что пациентка с наличием выделений из молочных желез нуждается в комплексном и всестороннем обследовании

Выводы

1. Выделения из молочных желез чаще всего обусловлены сочетанной патологией.
2. Эндокринная патология, лежащая в основе выделений из молочных желез, встречается достаточно часто (в нашем исследовании — в 17,5% случаев) и представлена заболеваниями щитовидной железы (гипотиреоз), гипофиза (пролактиномы) и функциональными нарушениями.
3. Бактериальная инвазия выявлена в 65% случаев, что говорит о необходимости включения антибактериальной терапии в схему лечения.
4. Выборка пациентов не позволяет сделать вывод о связи выявленной патологии с возрастом, количеством родов и длительностью лактации.
5. Обследование и лечение пациенток с этой патологией должно проводиться совместно маммологом и эндокринологом.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Дружков Б.К., Закиров Р.Ф., Красильников Д.М. Кровяные и гнойные выделения из молочных желез. Казань; 2006.
2. Хасанов Р.Ш., Гилязутдинов И.А. Мастопатия. Казань, ЗАО Новое издание; 2006.

3. Гизулятинов З.Ш., Михайлова М.К. Онкогинекология. М., МЕДпресс-информ; 2002.
4. Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш. Опухоли гормонозависимых и гормонопродуцирующих органов. М., МЕДпресс-информ; 2004. с. 115—20.

5. Ильин А.Б., Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний молочных желез. С-Пб.; 2005. с. 19—20.
6. Дедов И.И. Болезни органов эндокринной системы. М.; 2000. с. 80—5.



Уважаемые коллеги!

Подписаться на журнал
«ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ»
 на 2008 г. можно в любом отделении связи.

Подписной индекс
 в каталоге «Почта России» — **12286.**

