

О ДИАГНОСТИКЕ ГАЛАКТОФОРИТА

Р.Ф. Закиров, Б.К. Дружков, Д.М. Красильников, Т.Ф. Жаркова, Л.М. Старцева

Кафедра хирургических болезней №1 (зав. — проф. Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета, Госпиталь ветеранов войны (главрач — Ф.Н. Закиров), санитарно-бактериологическая лаборатория № 2 (зав. — Т.Ф. Жаркова) Центра госсанэпиднадзора г. Казани

Галактофорит — довольно распространенное заболевание, однако редко диагностируется на практике ввиду своей малой изученности. Клинически это заболевание проявляется патологическими выделениями из одного или нескольких протоков молочной железы [2]. Галактофорит обычно диагностируют как секреторную мастопатию, на фоне которой развивается хроническое интрадуктальное воспаление. Эта мысль подтверждается и результатами наблюдений Д.Л. Розина [6]. Согласно данным его исследований, возникновение галактофорита на фоне секреторной мастопатии связано в 30% случаев с ранее развившимся лактационным маститом, а активизация инфекции стимулируется скоплением в молочных протоках секрета, являющегося благоприятной средой для микроорганизмов. Нельзя исключить и возможность проникновения микрофлоры извне при снижении тонуса сфинктеров соска.

Хроническая инфекция может развиваться и на фоне папилломатоза протоков при их обструкции и наличии микробной флоры [4]. Трудности диагностики галактофорита определяются в известной степени отсутствием каких-либо характерных признаков при обычной маммографии и сонографии. Лишь контрастная дуктография способна выявить признаки галактофорита [1].

Таким образом, этиологическая суть галактофорита заключается в инфицировании секрета молочной железы, а морфологическая — в развитии хронической воспалительно-пролиферативной реакции протокового эпителия и перидуктальной клетчатки. Предварительный диагноз складывается из наличия следующих клинических симптомов: более различного характера и патологических выделений из протоков молочной железы. Мы полагаем, что достоверный диагноз галактофорита можно установить только после цитологического и бактериологического исследований секрета молочной железы, а также галактографии.

Настоящая работа основана на анализе результатов комплексного обследования и лечения 120 больных с достоверно установленным галактофоритом с помощью перечисленных выше методов обследования. Цитологическое исследование было проведено 80 больным, бактериальный посев секрета молочных желез — 50, галактография — 57.

Двухкомпонентное исследование выполнено 57 больным, трехкомпонентное — 50 больным с патологической секрецией молочных желез.

Методика цитологического исследования заключается в следующем: первую каплю патологических выделений из протоков соска, обнаруженную при физикальном исследовании молочной железы, удаляют ватным тампоном, затем сосок обрабатывают дважды марлевым тампоном, смоченным 70° спиртом. После легкого массажа молочной железы за пределами соска, повторной компрессией молочной железы и субареолярной зоны выдавливают вторую каплю (порцию) секрета и переносят ее мазком на предметное стекло. После высыхания секрета на стекле мазок фик-

сируют 70° спиртом. Окраску мазка производят по Романовскому — Гимзе или по Сигалу — Хайрутдиновой. Микроскопию выполняют в иммерсионной системе под увеличением 10×90.

Бактериологические исследования проводят по следующей методике. Кожу соска и околососковой области обрабатывают 70° спиртом с удалением первой капли полученного секрета: это необходимо для исключения микрофлоры кожных покровов. Взятые материала осуществляют с соблюдением правил асептики, используют стерильный тампон. Не более чем через час после взятия материал доставляют в лабораторию. Посев материала производят на такие питательные среды, как 5% кровяной агар, сахарный бульон и среда для контроля стерильности.

Питательные среды после посева термостатируют при температуре 37° в течение 18–24 часов. При отсутствии роста в первые сутки посевы оставляют в термостате и ежедневно просматривают.

Мы разработали и применяем следующую методику галактографии. После обработки спиртом соска и центральной области молочной железы путем проведения легкого массажа и копрессии субмаммилярной зоны добиваемся появления капельки секрета с целью визуализации устья протока. Затем в выводной проток на глубину лица 2–5 мм вводим хлорвиниловый катетер, большая глубина проникновения может перекрыть ветви протока и его синус. Через катетер вводим 0,5–3 мл водорастворимого контрастного вещества под контролем давления и субъективных ощущений больной и после этого производим маммографию в двух проекциях.

Боли в виде временных покалываний в молочных железах или тупых ноющих, усиливающихся в предменструальном периоде в молочных железах отмечали 60% больных с установленным галактофоритом. Однако в отличие от диффузных мастопатий (мастодиногий) в подавляющем большинстве случаев можно было обнаружить наиболее болезненную точку, которая, как оказалось в последующем, соответствовала по локализации воспаленному очагу. Компрессия этого участка нередко проявлялась выделением патологического секрета на соске. Этот симптом может оказаться полезным в дальнейшем при выполнении консервативного лечения. В значительном числе случаев выделения из соска были спонтанными и обнаруживались самими больными [8, 9]. При попытке сцеживания вне периода лактации и беременности выделения могут быть получены у 40–60% женщин [3, 5]. По внешнему виду и консистенции различают молочный, молозивный, явный, гнойный, серозный, серозно-геморрагический и замазкообразный характер выделений [4].

В приведенной нами таблице представлены характеристики патологических выделений у обследованных больных. Как правило, они были из одного или двух протоков молочной железы на фоне обычных, но обильных выделений из нескольких протоков с обеих сторон (секреторная мастопатия). Гноевидные выделения, чаще одной-двумя каплями, ни в одном случае не сопровож-

Клиническая характеристика патологических выделений из соска

Характер выделений из соска	Количество наблюдений	%
Гноевидные	12	10
Молозивно-гнойные	18	15
Серозно-гнойные	18	15
Серозно-сукровичные	7	5,8
Кровянистые	6	5
Бурые слизевидные	22	18,3
Грязно-зеленые слизевидные	37	30,9
Итого	120	100

дались общей воспалительной реакцией: повышением температуры, гиперемией кожных покровов и т.д. Они не имели запаха, отличались относительно густой слизевидной консистенцией и, как оказалось впоследствии при цитологическом исследовании, не имели характерного полинуклеарного фона. Клетки воспаления встречались лишь в виде небольших скоплений. Молозивно-гнойные выделения обычно имели место в послактационном периоде и, по нашему мнению, носили остаточные проявления лактационного интрадуктального мастита, не приведшего в свое время к развитию абсцесса. Серозно-гнойные выделения характеризовались теми же качествами, как и перечисленные выше, только были более обильными и с большей степенью "разведенности" в серозной жидкости. В большинстве случаев они встречались на фоне молозивных или серозных выделений из соседних протоков молочной железы. Серозно-сукровичные выделения при галактофорите были обычно скудными и густыми, в отличие от обильных выделений при папилломатозе протоков. Однако при цитологическом исследовании, кроме полинуклеаров, в них обнаруживались макрофаги, тучные клетки и молозивные тельца, а при бактериальном посеве — и микробная флора. Следует отметить и особенности кровянистых выделений. При галактофорите они не бывают обильными (1–2 капли темной крови). При цитологическом исследовании преобладают разрушенные эритроциты, в то время как при папилломатозе или протоковом раке — свежие эритроциты, цвет выделений более яркий. Слизевидные выделения грязно-зеленого и бурого цвета являются характерным признаком галактофорита, но протекающего обычно на фоне фиброзно-кистозной патологии молочных желез, и являются результатом разложения гемосидерина в расширенных протоках или дренируемых кистах. Связь цвета с продуктами распада гемоглобина проверена нами путем азоперомовой пробы. Если бурые слизевидные выделения обычно однородны, то зеленые имеют хлопьевидную структуру. Последующие галактофорографические исследования обнаружили множество дуктэктазий.

Цитологическое исследование секрета было проведено у 57 больных. В препарате обнаружались комплексы макрофагов, тучных клеток, метаплазированных клеток протокового эпителия, иногда свежих, но чаще всего разрушенных эритроцитов, поэтому кровянистые выделения — не исключение, а характерный признак галактофорита.

Бактериологическое исследование при выделении микрофлоры дополняли определением чувствительности к антибиотикам. В подавляющем большинстве случаев обнаруживалась стафилококковая инфекция: эпидермальный стафилококк (у 23), золотистый стафилококк (у 15), кишечная палочка (у 11), гарднерелла (у 1). В тех случа-

ях, когда рост бактериальной флоры обильный, а цитогарма показывает характерные признаки хронического воспаления, можно утверждать, что происхождение галактофорита связано с этой флорой. Спорным остается следующий вопрос: является ли обедненная стафилококковая флора на бактериологическом материале ответственной за происхождение галактофорита. Она может быть получена с кожной поверхности соска [6]. Вместе с тем хорошо известно, что хронические воспалительные процессы любой локализации, вызванные микробной флорой, почти закономерно характеризуются ее обедненностью в патологических выделениях. Примером может быть содержимое натечников туберкулеза костей.

Наиболее активными при галактофорите антибиотиками являлись канамицин, линкомицин, эритромицин. У 3 больных флора оказалась устойчивой ко всем испытанным антибиотикам. Представляет интерес тот факт, что две женщины из них были работницами фармацевтических предприятий, производивших антибиотики, а одна больная в прошлом получила мощную антибиотикотерапию по поводу послеродового сепсиса. Во всех случаях колибациллярной инфекции определялась высокая степень чувствительности к канамицину. Гарднерелла, высеянная у одной больной, оказалась чувствительной к препаратам имидазоловой группы.

Галактофорографическое исследование на следующем этапе диагностики было проведено 57 больным с предположительным диагнозом галактофорита при наличии перечисленных выше признаков. Применение нами для галактографии тонкого хлорвинилового катетера было далеко не случайным. Известно, что рутинный способ с использованием тупой иглы достаточно опасен в силу трудности интубации и фиксации, возможности ранения стенки протока, паренхимы и сосудов молочной железы, а также частоты экстравазатов. Примененный нами катетер эластичен и в то же время упруг, поэтому при его использовании мы практически не имели анатомических повреждений. Неэффективными оказались только 7,4% попыток интубации протока. Они были успешно преодолены путем местной релаксации сфинктерного аппарата соска. Средняя продолжительность катетеризации и инфузии составила 8 минут.

Результаты проведенных клинических наблюдений показали высокую результативность имеющихся в распоряжении клинициста методов диагностики галактофорита. Представленный нами алгоритм исследований позволяет клиницисту применить наиболее эффективный метод лечения интрадуктального воспаления, без которого излечение секреторной мастопатии практически невозможно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухман А.И., Михайловская М.В., Бобров М.Я. // Вестн. рентгенол. и радиол. — 1981. — № 1. — С.73.
2. Голов Л.Б. // Маммология. — 1993. — № 1. — С.10–19.
3. Кукин Н.Н. Диагностика и лечение заболеваний молочных желез. — М., 1972.
4. Мартынюк В.В., Ли А.А., Соболев А.А. // Вестн. хир. — 1990. — № 2. — С. 140–141.
5. Ратнер Л.М. Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы. — Свердловск, 1949.
6. Розин Д.Л. Опухоли молочных протоков. — М., 1989.
7. Рожкова Н.И. // Сов. Мед. — 1980. — № 4. — С. 47–49.
8. McDermott Enda, Boyle Torrence et al. // Irish Med.S — 1987. — Vol. 80. — P. 324–325.
9. Leis Henry Patrick. // Breast Disease Diagn and Treatment. — New York, 1981. — P.111–123.

Поступила 15.02.01.