

Возможные причины возникновения серозных выделений из сосков молочных желез

Г.Х. Ханафиев, С.А. Берзин, У.Ю. Мальцева, А.Е. Мазур

МУ ГКБ № 40; кафедра онкологии Уральской государственной медицинской академии, Екатеринбург

Контакты: Гелюс Харисович Ханафиев hanafievgh@mail.ru

В статье рассмотрены возможные причины возникновения серозных выделений из сосков молочных желез. В исследование вошли 62 пациентки в возрасте от 35 до 60 лет, обратившиеся с жалобами на серозные выделения из сосков молочных желез после длительного безуспешного лечения различными препаратами. У всех обследуемых проведено изучение содержания в крови плацентарного лактогена и состояния матки как возможной причины его появления вне беременности.

Ключевые слова: молочная железа, серозные выделения, плацентарный лактоген

Possible causes of serous nipple discharge

G.Kh. Khanafiyev, S.A. Berzin, U. Yu. Maltseva, A.E. Mazur

State Clinical Hospital Forty; Department of Oncology, Ural State Medical Academy, Yekaterinburg

The paper considers the possible causes of serous nipple discharge. The study enrolled 62 patients aged 35 to 60 years who visited a physician for serous nipple discharge after long-term ineffective treatment with various drugs. The blood level of placental lactogen and the uterus as a possible cause of its nonpregnancy appearance were studied in all the examined.

Key words: breast, serous discharge, placental lactogen

Введение

В настоящее время тактика ведения пациенток при геморрагических, гнойных и молозивных выделениях из сосков молочных желез определена и не представляет сложности. Первые подлежат хирургическому лечению для удаления и гистологической верификации их источника, вторые — адекватной антибактериальной терапии, третьи — лечению антипролактинемическими препаратами, поскольку молозивные выделения из сосков связаны с гиперпролактинемией, развивающейся вне беременности.

Что же касается серозных выделений, то лечение их при отсутствии органических причин представляет сложную задачу, так как причина их возникновения пока точно не установлена. Между тем поиски способов лечения остаются чрезвычайно актуальными, поскольку наличие серозной сецернции молочных желез является не только фактором дискомфорта для пациенток, но и, будучи симптомом неустановленного нарушения гормонального баланса, аутоиммунного процесса или другой причины, может ассоциироваться с риском развития рака молочной железы.

Из источников литературы известны случаи появления серозных выделений из сосков у пациенток с эндометриозом, а также у женщин, перенесших аборт или применяющих в целях контрацепции внутриматочную спираль (ВМС) [1]. Это, несомненно, указывает на наличие у женщин с серозными выделениями из сосков молочных желез каких-либо гормо-

нальных сбоях. Но каких именно? В проведенных нами ранее исследованиях [2, 3] показано отсутствие значимых различий между пациентками с сецернирующими железами и здоровыми в плане содержания в крови стероидных гормонов женщинами. Также нами не обнаружено существенных различий и в содержании у них пролактина, хотя их ожидания, с учетом физиологических механизмов секреции в молочных железах, были вполне логичными.

В связи с тем что одним из аналогов пролактина является плацентарный лактоген (ПЛ), мы решили исследовать его наличие в крови как возможную причину возникновения серозных выделений из сосков.

ПЛ представляет полипептидный (белковый) гормон, известный также как хорионический или плацентарный соматомаммотропин. Считается, что ему принадлежит существенная роль в развитии молочных желез. ПЛ усиливает выработку прогестерона, стимулирует развитие молочных желез, обладает лактогенными свойствами и проявляет иммуносупрессивный эффект, имеющий большое значение для нормального развития беременности. По сравнению с пролактином ПЛ оказывает значительно более слабое действие на молочную железу, но концентрации его во время беременности столь высоки, что он, так же как и пролактин, становится важным компонентом лактогенеза. Секретируется ПЛ автономно, начиная с 5-й недели беременности. Содержание его постепенно нарастает, достигая максимума в позднем периоде беременности

(табл. 1), и резко снижается после родов (это обусловлено тем, что плацента — обычно единственный источник данного гормона) [4, 5].

Цель исследования — изучение у пациенток с серозными выделениями из сосков молочных желез содержания в крови ПЛ (аналог пролактина) и состояния матки как возможной причины его появления вне беременности.

Материалы и методы

В исследуемую группу вошли 62 пациентки в возрасте от 35 до 60 лет, обратившиеся с жалобами на серозные выделения из сосков молочных желез после длительного безуспешного лечения различными препаратами.

После обследования и исключения гиперпролактинемии (в том числе лекарственной), гипотиреоза, беременности, внутрипротоковой папилломы, галактофорита, протокового рака пациентки получали лечение по поводу диффузной мастопатии (гомеопатическое, симптоматическое, блокаторами дофаминовых рецепторов, гестагены, ретромаммарные блокады, лаваж протоков и др.), которое предполагало, но не обеспечило ликвидацию симптома сецернирующих молочных желез.

На предмет поиска ПЛ у обследуемых пациенток исследовали кровь из локтевой вены: утром, натощак на аппарате MULTISCANLABSISTEM (Финляндия) по стандартным наборам реактивов DPG (Германия). Для оценки состояния матки, помимо рутинного клинического обследования, пациентки подвергались ультразвуковому исследованию малого таза, гистероскопии с цито- и гистологическим исследованием получаемого при этом материала.

Результаты

Как видно из табл. 2, в крови у пациенток с серозными выделениями из сосков молочных желез был обнаружен ПЛ, причем в количествах, соответствующих ранним срокам беременности, каковой в действительности у них не было. Это является единственным достоверным отличием их гормонального статуса от статуса женщин с нормальными молочными железами.

Чем же могло быть вызвано появление ПЛ в крови у пациенток вне состояния беременности? Можно предположить, что его продуцентом является пролиферирующий эндометрий. Проведенное нами обследование гениталий и сбор анамнеза у пациенток продемонстрировали (см. табл. 2), что у 18 (29%) из 62 женщин имелась фибромиома матки, у 13 (19,1%) — гиперплазия эндометрия или полипоз, еще у 13 (19,1%) — эндометриоз. Шесть (8,8%) пациенток незадолго до обследования (в течение ≤ 6 мес) перенесли медицинский аборт, а в 12 случаях появление серозных выделений совпало с установкой с целью контрацеп-

ции ВМС (влияние которых на выброс гипофизарного пролактина описано в литературе).

Дальнейшее наблюдение за этими пациентками показало, что лечение патологий эндометрия (в нескольких случаях верифицированных на начальной стадии при отсутствии клинических проявлений) под контролем гинеколога (диагностические гистероскопии, удаление полипов эндометрия, лечение эндометриоза и т. д.) в большинстве случаев позволило ликвидировать серозные выделения из молочных желез.

Следовательно, одним из компонентов патогенеза серозной сецернции молочных желез (возможно, даже ведущим) является присутствие в крови ПЛ вне

Таблица 1. Показатели содержания в крови ПЛ при различных сроках беременности

Срок беременности, нед	Содержание ПЛ в крови, мг/л
10–14	0,05–1,7
14–18	0,3–3,5
18–22	0,9–5,0
22–26	1,3–6,7
26–30	2,0–8,5
30–34	3,2–10,1
34–38	4,0–11,2
38–42	4,4–11,7

Таблица 2. Содержание ПЛ в крови и состояние матки у больных с серозными выделениями из сосков молочных желез

Показатель	Число больных	
	1-я группа (n = 27)	2-я группа (n = 35)
Возраст, лет	30–45	46–60
ПЛ крови, мг/л	0,044–0,59	0,01–0,068
Миома матки	8	10
Гиперплазия эндометрия (полипоз)	6	7
Эндометриоз	5	8
Аборт	3	3
ВМС	5	7

беременности. Причиной его появления могут быть пролиферативные процессы эндометрия. Клиническими же их проявлениями являются фибромиомы матки, полипы эндометрия, эндометриоз, состояния после перенесенных аборт, установка ВМС.

Выводы

1. При наличии серозных выделений из сосков молочных желез в условиях нормальных показателей цитологии и микрофлоры протоков целесообразны

исследование содержания ПЛ в крови, а также оценка состояния эндометрия как возможного его источника.

2. При обнаружении патологии эндометрия от успешного ее лечения можно ожидать прекращения серозной секреции молочных желез.

3. Выявленное при серозной секреции молочных желез наличие в крови ПЛ может являться признаком начальной (субклинической) стадии патологии эндометрия, а также оценкой степени эффективности проводимого лечения.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гинекология — национальное руководство. Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. М.: Гэотар-Медиа, 2009.
2. Ханафиев Г.Х., Берзин С.А., Мальцева У.Ю. Гормональный состав секрета секретирующих молочных желез. Сборник научных трудов «Актуальные во-

просы акушерства и гинекологии». Киров, 2008.
3. Ханафиев Г.Х., Берзин С.А., Демидов С.М., Бушуева Т.В. Кистозная болезнь молочных желез. Монография. Екатеринбург, 2002.
4. Афанасьева Н.В., Стрижаков А.Н. Исходы беременности и родов при фето-

плацентарной недостаточности различной степени тяжести. Вop гинекол акуш перинатол 2004;3(2):7–13.
5. Handwerger S., Freemark M. The roles of placental growth hormone and placental lactogen in the regulation of human fetal growth and development. J Pediatr Endocrinol Metab 2000;13(4):343–56.