

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.А. Максимов, Е.А. Крушинская, Н.В. Вострухин, И.О Бильчинко, А.И. Эльгали, А.В. Асеев

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность

Туберкулез молочной железы - достаточно редкое заболевание в практической маммологии и фтизиатрии. Это форма внелегочного туберкулеза, при которой поражаются грудные железы (может быть как у мужчин, так и у женщин). По сложившемуся мнению, чаще всего, туберкулез молочной железы сочетается с легочным туберкулезом (диссеминированный туберкулез), но может быть и самостоятельной нозологией при гематогенном распространении микобактерий в рамках первичного тубинфицирования. Доля поражения молочных желез, в сравнении с туберкулезом других локализаций, составляет около 0,1%. Чаще всего заболеванием страдают женщины репродуктивного возраста. Литературные сведения о туберкулезе молочной железы достаточно скудные и относятся к 60-70 годам 20 века как отголоски эпидемического неблагополучия по туберкулезу в послевоенные годы.

Цель исследования

Изучить обстоятельства выявления и подходы к лечению больных туберкулезом молочных желез в современных условиях.

Материалы и методы

На протяжении 5 лет (2012-2016 гг.) наблюдали 7 пациенток в возрасте 28-45 лет. В амбулаторных условиях проводили ФЛГ, УЗИ молочных желез и подмышечных лимфоузлов, тонкоигольную аспирационную биопсию, core-биопсию, маммографию, КТ органов грудной клетки, морфологическое и бактериологическое исследование биологического материала по стандартным методикам, [туберкулинодиагностику](#) (Диаскинтест).

Результаты

Ни одна женщина первоначально не обращалась в подразделения онкологического или противотуберкулезного диспансеров. Основной жалобой при первичном обращении было болезненное уплотнение в молочной железе. Время от возникновения первых симптомов до первичного обращения за медицинской помощью не превышало 2 недель. У 5 (71,4%) в анамнезе 3-5 лет назад были роды, лактация около 1 года, лактационного мастита не было ни в одном случае, к моменту развития заболевания лактация была прекращена более 2 лет. Заболевание туберкулезом в прошлом, семейные или бытовые контакты по туберкулезу не были установлены.

При объективном исследовании избыточная масса тела была у 6 (85,7%) женщин, пальпаторное увеличение периферических лимфатических узлов не отмечали. В молочной железе (справа у 3, слева у 4 женщин) ближе к

центральных отделах было выявлено уплотнение без четкой границы размером около 5 см. У всех больных была бледная гиперемия кожи над этим уплотнением, отек кожи типа «лимонной корки» был у 3 (42,6%) человек. При маммографии, которая была проведена у 2 пациенток, железистый треугольник имел повышенную плотность, на этом фоне узловые образования не определялись. С учетом молодого возраста всем больным проведено УЗИ молочных желез. Во время исследования констатировали, что имеется смешанный тип строения с гиперплазией железистой и фиброзной ткани. На этом фоне в «зоне интереса» структуры ткани железы были несколько размыты, во всех случаях отмечено утолщение кожи до 2-4 мм. Обнаружены единичные (6 чел. (85,7%)) гипо-анэхогенные образования с четким контуром, без дополнительных включений (секвестров или пристеночных образований) внутри. У одной женщины эти образования были множественными. Обращает на себя внимание, что у всех пациенток УЗИ-картина жидкостного образования молочной железы имела вид натечника, чаще подкожной локализации, который был связан свищевыми ходами с другими более глубоко расположенными жидкостными образованиями или структурами молочной железы. Учитывая молодой возраст пациенток, наличие УЗИ-признаков жидкостного образования в молочной железе, клинических проявлений воспаления и неэффективности предшествующей терапии антибиотиками широкого спектра действия были сформулированы показания для хирургического лечения у 6 человек, при этом секторальная резекция молочной железы (абсцессэктомия) выполнена в 2 случаях, вскрытие гнойной полости – у 4 человек. В случае выполнения секторальной резекции при гистологическом исследовании было выявлено хроническое гранулематозное воспаление, в одном случае с наличием клеток Пирогова-Лангханса. Эти женщины были направлены в противотуберкулезный диспансер. При посеве гнойного отделяемого (в случае вскрытия гнойной полости) на обычные питательные среды рост флоры отсутствовал. Заживление раны на коже вторичным натяжением проходило в короткие сроки, но через 3-4 недели процесс рецидивировал с образованием свища, ведущего в глубокую гнойную полость со скудным слизисто-гнойным отделяемым. У одной женщины повторные вскрытия гнойных полостей проводились 8 раз.

Обращение в противотуберкулезный диспансер произошло спустя 4-8 месяцев от начала заболевания. При проведении обследования органов грудной клетки признаки поражения легких не были выявлены ни у одной больной. Диаскинтест оказался положительным только в одном случае (14,3%). При бактериоскопии соскоба со стенки гнойной полости или из свищей в одном случае были обнаружены клетки Пирогова-Лангханса, в одном случае исследование отделяемого из свища методом ПЦР позволило однократно выявить ДНК микобактерий, устойчивых к изониазиду и рифампицину. Посевы раневого отделяемого на жидкие питательные среды Bactec не выявили роста микобактерий. Всем больным было проведено лечение по стандартному режиму (рифампицин, этамбутол, пипразинамид, изониазид), в одном случае он был заменен на индивидуальный после получения сведений о лекарственной

резистентности флоры. Местное лечение включало промывание гнойных полостей растворами ферментных препаратов. Через 2 месяца лечения отмечена выраженная местная положительная динамика в уменьшении местных воспалительных изменений. Через 4 месяца у всех больных произошло закрытие свищей, через 6 месяцев изменения в молочных железах не определялись (больная с МЛУ-туберкулезом в настоящее время продолжает лечение по срокам).

Заключение

Таким образом, в третьем тысячелетии туберкулез молочной железы продолжает встречаться у женщин репродуктивного возраста. Внешние проявления болезни соответствовали «холодному» воспалительному процессу в молочной железе: уплотнение, незначительная болезненность, бледная гиперемия кожи, незначительный отек. Явной связи с лактацией не отмечалось. Обращение происходило в лечебные учреждения первичной медицинской помощи, где процесс расценивался как неспецифическое воспаление и проводилась терапия антибиотиками широкого спектра действия и вскрытие «гнойной» полости. Лишь в отношении третьей части больных у врачей возникли мысли об онконастороженности, женщины были направлены в онкологический диспансер, где в результате морфологического исследования (core-биопсия, секторальная резекция молочной железы) заподозрено специфическое воспаление). Обращает на себя внимание специфическая ультразвуковая картина жидкостного образования в молочной железе в виде натечника со свищевыми ходами в более глубокие отделы молочной железы, что соответствует первичной локализации казеозного процесса в стенке млечных протоков с вторичным распространением в паренхиму молочной железы в виде инфильтрата или формирования натечника. В нашем исследовании другие локализации туберкулеза не были установлены, Диаскинтест оказался малоинформативным (положительный лишь в одном случае), ПЦР отделяемого из свища позволила идентифицировать ДНК-микобактерий и определить лекарственную резистентность в одном случае. Только проведение специфической противотуберкулезной химиотерапии с учетом лекарственной чувствительности флоры и местное использование ферментных препаратов позволило добиться излечения больных. Повышение уровня знаний врачей учреждений первичной медицинской помощи о возможности существования туберкулеза молочной железы и клинических признаках заболевания позволят повысить качество маммологической помощи женщинам, сократить сроки постановки диагноза и направление больных на специализированное лечение.