

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛУЧЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ ПОДМЫШЕЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ

Искандер Рамзиевич Чувашаев², Ренат Фазылович Акберов¹

¹Кафедра лучевой диагностики (зав. — проф. М.К. Михайлов) Казанской государственной академии последипломного образования, ²Республиканская клиническая больница № 2
(главврач — канд. мед. наук Р.Г. Аббасов) МЗ РТ, г. Казань

Реферат

Установлена высокая диагностическая эффективность УЗИ, рентгеномаммографии в сочетании с МРТ и динамическим контрастным усилением в постановке точного диагноза, определении частоты поражения, верификации воспалительной инфильтрации и метастатического поражения лимфоузлов.

Ключевые слова: молочные железы, мастопатии, опухоли, диагностика УЗИ, МРТ, маммография.

Мастопатия по гистологической классификации ВОЗ (1984) определяется как фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) с широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочных желез (МЖ) с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов. Самой распространенной формой мастопатии является фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ), которая при наличии заболеваний половых органов составляет 61,6% [2, 8, 9], она встречается у 60% женщин и у 80% при наличии гинекологических заболеваний. Различают диффузную форму фиброзно-кистозной мастопатии (ДФКМ) с преобладанием железистого или кистозного компонента, а также смешанные и узловые формы — аденомы, фибroadеномы. Риск заболевания раком молочной железы (РМЖ) при мастопатии увеличивается в 4–37 раз, особенно у больных с выраженными пролиферативными изменениями при узловой форме мастопатии [3]. Одним из реальных путей снижения заболеваемости РМЖ является своевременное выявление дисгормональных заболеваний молочных желез и заболеваний половых органов с проведением патогенетически обоснованной терапии [11].

В последние годы РМЖ занимает первое ранговое место среди злокачественных опухолей у женщин. Показатель заболевае-

мости РМЖ у женщин до 30 лет составляет 28,5 на 100 тысяч женского населения. Высокий (40%) показатель запущенности РМЖ (III–IV стадии) — ведущий критерий качества диагностики, отсюда высокие показатели смертности: летальность в первый год с момента установления диагноза равна 11,5% [12]. На современном этапе клинической онкологии проблема состоит не столько в усовершенствовании методов лечения РМЖ, сколько в оптимизации лучевых методов исследования и раннего распознавания патологического очага в МЖ, его дооперационной верификации, определении распространенности опухолевого процесса [5]. Чем обширнее степень лимфогенной инвазии к моменту лечения, тем меньше продолжительность жизни больных [10]. Основная причина смерти больных РМЖ — метастазирование. РМЖ дает 70% метастазов в кости [6], а также является вторым по частоте источником метастазов в ЦНС [1].

Целью исследования являлось изучение диагностической эффективности комплексного лучевого исследования (УЗИ, УЗИ с ЦДК, рентгеномаммография, МРТ, МРТ с КУ) при заболеваниях молочных желез, сопровождающихся лимфаденопатией подмышечных лимфоузлов (ЛУ). По данным отдельных сообщений исследуются возможности нового метода в диагностике и дифференциальной диагностике новообразований МЖ — УЗИ-эластографии [4].

Нами проведен анализ результатов комплексного лучевого и морфологического исследования 1550 женщин в возрасте от 25 до 69 лет (средний возраст — 54,0±6,0 лет) с ДФКМ, доброкачественными и злокачественными опухолями молочных желез. Основную группу составили 280

(18,3%) женщин с заболеваниями МЖ, сопровождающимися увеличением подмышечных ЛУ, подтвержденными данными рентгеномаммографии, УЗИ, МРТ с КУ, биоптатов МЖ и лимфатических узлов. Статистический анализ проводили с помощью программ Statistica 6.0.

Больные основной группы были разделены на три подгруппы: 105 женщин с различными формами ДФКМ и увеличенными подмышечными ЛУ составили 1-ю подгруппу, 120 с доброкачественными узловыми образованиями МЖ и увеличенными ЛУ аксиллярной группы — 2-ю, 47 с РМЖ и увеличенными подмышечными ЛУ — 3-ю. У 70,5% женщин репродуктивного возраста с нейроэндокринными гинекологическими заболеваниями (эндометриоз, миома, полипы, гиперплазии эндометрия, поликистоз яичников, гипер- и гипогонадотропная аменорея) выявлена патологическая перестройка молочных желез, т.е. ФКМ.

ДФКМ с преобладанием фиброзного компонента диагностирована у 420 (28,1%) из 1550 женщин. Из них 95% были в возрасте старше 40 лет. У 50 (11,9%) женщин были увеличены подмышечные ЛУ. Кортиково-мозговая дифференциация ЛУ выявлена при УЗИ у 8 из 34 женщин (23,5%; $p < 0,005$). Жировое перерождение подмышечных ЛУ обнаружено при МРТ у 25 (73,5%; $p < 0,005$) женщин. Увеличение размеров ЛУ более 1 см достоверно диагностировано у 21 из 34 женщин (61,8%) при рентгеномаммографии, двустороннее поражение подмышечных ЛУ — у 18 из 34 (52,9%). При МРТ с КУ МЖ и увеличенными ЛУ аксиллярной группы накопление контрастного препарата в тканях МЖ ЛУ не выявлено. Этим женщинам проводились УЗИ и рентгеномаммография один раз в год. При цитологическом исследовании ЛУ с корково-медуллярной дифференциацией констатирована доброкачественная гиперплазия ($p < 0,005$).

ДФКМ с преобладанием кистозного компонента наблюдалась у 480 (31,6%) женщин. Из них 12,7% были в возрасте до 40 лет, 87,2% — старше 40 лет. У 105 (21,8%) женщин этой группы диагностировано увеличение подмышечных ЛУ, 39 из них проводилось комплексное лучевое исследование МЖ и ЛУ. Кортиково-медуллярная дифференциация увеличенных

подмышечных ЛУ была установлена при УЗИ у 17 из 39 женщин (43,6%), её отсутствие — у 12 (30,8%) при МРТ, двустороннее увеличение подмышечных ЛУ — у 36 (92,2%) также при МРТ.

ДФКМ с преобладанием железистого компонента была диагностирована нами у 145 (9,2%) женщин из 1550 больных, из них в возрасте до 40 лет было 80 человек, старше 40 лет — 65. В этой группе увеличение ЛУ аксиллярной группы установлено у 40 (27,5%) женщин. Кортиково-медуллярная дифференциация ЛУ имела место у 26 (76,5%) женщин. Жировая дегенерация ЛУ обнаружилась с помощью МРТ у 20,6% женщин старше 40 лет, двустороннее поражение подмышечных ЛУ — у 94,0%.

Диффузно-узловая форма мастопатии наблюдалась у 90 (4,3%) женщин: у 12,2% в возрасте 40 лет, у 87,8% старше 40 лет. Увеличение подмышечных ЛУ установлено у 32 (35,5%) женщин.

Кортиково-медуллярная дифференциация ЛУ имела место у 13 (41,9%) женщин, её отсутствие при МРТ — у 14 (45,1%), жировое перерождение — у 4 (12,8%), двустороннее увеличение ЛУ аксиллярной группы также при МРТ — у 24 (76,2%). Цитологическое исследование пунктатов ЛУ показало скопления в них лимфоидных клеток различной зрелости. Диспансерное наблюдение этих женщин с комплексным лучевым исследованием проводилось 2 раза в год.

С кистозными образованиями под нашим наблюдением находились 60 (3,8%) женщин из 1550 обследованных. Из них 15 были в возрасте до 40 лет, 45 — старше 40 лет. У 32 из 60 (53,2%) женщин этой группы были увеличены подмышечные ЛУ. Кортиково-медуллярная дифференциация в ЛУ установлена в 17,8% наблюдений, жировое перерождение — в 25,0%. Для больных с кистами МЖ наиболее характерным было отсутствие корково-медуллярной дифференциации увеличенных подмышечных ЛУ (в 57,0%). Увеличение размеров ЛУ более 1 см было отмечено в 85,6% случаев, с двух сторон — в 78,4%. В ЛУ с отсутствием корково-медуллярной дифференциации при цитологическом исследовании выявлялись скопления нейтрофильных лейкоцитов.

Фиброаденома МЖ диагностирована у 101 (6,5%) пациентки, из них 22,2% были

в возрасте до 40 лет, 77,6% — старше 40. Подмышечные ЛУ были увеличены у 42 (30,7%) женщин. Корково-медуллярную дифференциацию увеличенных ЛУ установили при УЗИ у 10 (23,8%) женщин ($p < 0,005$), её отсутствие — у 20 (47,2%), жировое перерождение — у 7 (16,6%). Увеличенные ЛУ имели отчетливые контуры в 86,4% наблюдений; двустороннее увеличение подмышечных ЛУ установлено в 58,2%. При МРТ с КУ накопление контрастного вещества в фиброаденоме и увеличенных подмышечных ЛУ было выявлено у 5 (13,5%) женщин, при этом динамика контрастирования и вымывания была замедленной, что согласуется с данным М.Н. Насруллаева [7], V. Brinek и др. [13]. МРТ с диагностическим контрастированием является высокочувствительным методом дифференциальной диагностики ДФКМ, фиброаденомы и РМЖ, что согласуется с данными S.H. Heywang Kobrunner [14].

Липомы МЖ были у 17 (3,0%) женщин из 1550 обследованных: у 3 в возрасте до 40 лет, у 14 — старше 40 лет. Увеличение ЛУ аксиллярной группы установлено у 16 (55,3%) женщин, корково-медуллярная дифференциация увеличенных ЛУ — у 8 (33,3%), жировая дегенерация — у 12 (50,0%). Увеличение размеров ЛУ более 1 см имело место у 18 (75%) женщин, с двух сторон — у 20 (83,3%).

РМЖ диагностирован нами у 100 (6,4%) из 1550 обследованных женщин с ФМК. В возрасте до 40 лет было 5 женщин, старше 40 лет — 95. Подмышечные ЛУ были поражены у 45 (45%) больных РМЖ. I стадия РМЖ с наличием «сторожевого» подмышечного лимфоузла диагностирована у 12 женщин, II с увеличением ЛУ — у 28 и III — у 5. Узловая форма РМЖ выявлена нами у 85 (85%) женщин, диффузная отечно-инфильтративная — у 5, внутрипротоковая — у 10 (10%). РМЖ чаще (48%) локализовался в верхненаружном квадранте МЖ. Корково-медуллярная дифференциация увеличенных ЛУ установлена лишь у 5 больных (11,6%), жировая дегенерация ЛУ — у 3 (5,2%). Из 43 женщин увеличенные подмышечные ЛУ не имели корково-медуллярную дифференциацию у 37 (95,1%) больных с РМЖ, были более 2 см в 51,2% случаев, увеличены с двух сторон в 86,0%.

При МРТ с динамическим контрастированием МЖ и ЛУ накопление контрастного вещества наблюдалось лишь в ЛУ с отсутствием корково-медуллярной дифференциации. Морфологический анализ этих ЛУ выявил метастатическое поражение у 27 женщин, накопление контрастного вещества, воспалительные изменения и признаки метастатического поражения — у 10. МРТ с КУ оказалось высокоинформативным методом диагностики ЛУ с воспалительной инфильтрацией и метастатическим поражением, однако при этом специфических МРТ признаков нами не установлено. Поэтому при отсутствии у больных с ФКМ ЛУ при пальпации, а также патологических образований в МЖ по данным УЗИ и рентгеномаммографии необходима морфологическая верификация «сторожевого» лимфоузла. Интенсивное накопление контрастного вещества, большие размеры, отсутствие корково-медуллярной дифференциации, слияние лимфоузлов в конгломерате более характерны для метастатического поражения с наличием воспалительной инфильтрации в ЛУ.

Таким образом, наиболее информативным в верификации корково-медуллярной дифференциации увеличенных подмышечных ЛУ является УЗИ, а при отсутствии её увеличенных ЛУ — МРТ. Ультразвуковые технологии в сочетании с рентгеномаммографией, МРТ с динамическим контрастированием в 96,0% случаев позволяют диагностировать различные формы мастопатии, доброкачественные и злокачественные опухоли молочных желез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева О.Д. Применение магнитно-резонансной томографии для диагностики распространенности рака молочной железы и контроля за качеством лечения метастазов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 2006.
2. Гилязутдинов И.А. Диагностика и лечение гормонально-зависимых заболеваний молочных желез. Лечение рака и предраковых заболеваний молочных желез. — Казань, 2005. — С. 81-87.
3. Демидов С.М. Лечение предопухолевых заболеваний молочных желез. Лечение рака и предраковых заболеваний молочных желез. — Казань, 2005. — С. 100-105.
4. Запирова С.Б., Хохлова Е.А. Ультразвуковая эластография в дифференциальной диагностике образований молочных желез. / Актуальные вопросы лучевой диагностики и онкологии. — М., 2008.

5. Михайлов М.К., Насруллаев М.Н. Современная лучевая диагностика и оценка распространенности рака молочной железы. / Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии: Матер. 2-й Всероссийск. конф. — М., 2003. — С. 94–95.

6. Модников О.П., Родионов В.В. Мастопатия: электронное учебное пособие. — Ульяновск, 2004.

7. Насруллаев М.Н. Комплексное лучевое исследование в диагностике и оценке распространенности опухолей молочной железы: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — Казань, 1999. — 43 с.

8. Семиглазов В.Ф., Семиглазова В.Р. Мастопатия — угроза малигнизации // Terra Medica. — 2005. — № 2. — С. 52–56.

9. Серебрякова С.В., Труфанов Г.Е., Фокин В.А. и др. Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике заболеваний молочных желез. / Материалы VII Всероссийского форума «Радиология-2006». — М., 2006. — С. 221–222.

10. Харченко В.П., Рожкова Н.И. Интервенционные методики исследования при заболеваниях молочной железы // Вестн. рентгенол. и радиол. — 1999. — № 3. — С. 26–30.

11. Хасанов Р.Ш., Гилязутдинов И.А. Мастопатия: Руководство для врачей. — Казань, 2006. — 210 с.

12. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Т.В. Зло-

качественные новообразования в России (заболеваемость и смертность). — М., 2004.

13. Brinek V., Frisch K.V., Korabiowska M. The variability of fibroadenoma in contrast-enhanced dynamic MR mammigraphy // Am. J. Roentgen. — 1997. — Vol. 173. — P. 1331–1336.

14. Heywang-Kobrunner S.H. Contrast-enhanced MRI — of the breast / Springer- Berlin — Heidelberg — New York, 1995. — 348 p.

Поступила 25.12.08.

THE DIAGNOSTIC EFFICACY OF COMPLEX RADIOLOGICAL EXAMINATION OF MAMMARY GLANDS IN DISORDERS ACCOMPANIED BY AXILLARY LYMPHADENOPATHY

I.R. Chuvashae, R.F. Akberov

Summary

Established was a high diagnostic efficiency of ultrasound, X-ray mammography in combination with magnetic resonance imaging and a dynamic contrast enhancement in the setting of accurate diagnosis, determining the disease rate, verification of inflammatory infiltration and metastatic lesions of the lymphatic nodes.

Keywords: breasts; mastopathy; tumors; ultrasound diagnostics; MRI; mammography.

УДК 616.329-007.271-089.844-06:616.34-072.1

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОКОЛОНОПЛАСТИКИ

Юрий Владимирович Чикинев^{1,2}, Евгений Александрович Дробязгин^{1,2},
Инесса Викторовна Симакова^{1,2}, Ирина Евгеньевна Судовых²

¹ Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета (зав. — проф. Ю.В. Чикинев)
Института хирургии Новосибирского государственного медицинского университета,

² Областная клиническая больница (главврач — докт. мед. наук С. С. Павленко), г. Новосибирск,
e-mail: evgenyidrob@inbox.ru, ness-24@yandex.ru

Реферат

Обследованы 65 пациентов после эзофагоколонопластики по поводу доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода. Показано, что в клиническом статусе пациентов чаще развиваются астенический синдром, дискинезия и гипотония трансплантата. Эндоскопические вмешательства выполнялись преимущественно при рубцовом сужении анастомозов искусственного пищевода. В отдельных случаях в связи с рецидивированием стеноза эзофагоколоноанастомоза были проведены неоднократные курсы инструментального расширения соустья.

Ключевые слова: искусственный пищевод, колоноэзофагопластика, пластика пищевода, болезни искусственного пищевода.

Лечение доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода остается одной из основных проблем хирургии пищевода. В ряде случаев консервативные мероприятия не имеют эффекта, что диктует необходимость выполнения пластики

последнего [3, 4, 6, 9, 13]. Основная масса пациентов, перенесших эзофагопластику, — лица трудоспособного возраста. Поэтому основным критерием эффективности оперативного вмешательства являются отдаленные функциональные результаты [1, 2, 4, 6]. По данным различных авторов, патологические состояния, возникающие после эзофагопластики, могут превышать 50% [8, 10]. Развитие послеоперационных патологических состояний объединяет их в группу болезней искусственного пищевода.

Отдаленные результаты эзофагопластики свидетельствуют о том, что больные с искусственным пищеводом нуждаются в диспансерном наблюдении в течение всей жизни. Это обусловлено возможностью с течением времени развития в трансплантате патологических процессов, типичных для органа, из которого он