

К ВОПРОСУ О ЦЕННОСТИ ДУКТОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЯХ ИЗ СОСКА

Д.В. Пасынков, И.В. Клошкин, И.А. Абросимов, М.Н. Насруллаев

Республиканский онкологический диспансер (главрач — В.В. Поляков) Республики Марий Эл, кафедра общей хирургии (зав. — проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета, кафедра эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии (зав. — проф. А.Н. Чугунов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Частота рака молочной железы (РМЖ), выявляемого при регулярной маммографии, составляет 0,5% [15], частота же РМЖ у женщин с унилатеральными спонтанными (т.е. патологическими) выделениями из одной поры соска варьирует от 4 до 31% [2], составляя у большинства авторов 10–15% [7]. В связи с этим патологические выделения из соска обычно служат показанием к удалению пораженной части протоковой системы. В настоящее время продемонстрирована корреляция между выявлением патологических изменений на дуктограммах и наличием внутрипротоковой патологии, однако попыток определить чувствительность и специфичность вариантов дуктограмм в диагностике РМЖ не производилось. Параллельно дуктографии традиционно проводится цитологический анализ секрета, несмотря на то что его информативность весьма невелика.

В настоящем исследовании приведены данные анализа серии дуктограмм, выполненных в нашей клинике, переоценено значение специфических признаков. Верификация диагноза осуществлялась путем гистологического исследования или негативного двухлетнего наблюдения. В исследование включены и нормальные дуктограммы. С результатами гистологического анализа сравнивали также данные цитологического исследования отделяемого.

С 2002 по 2005 г. 108 женщинам старше 50 лет были проведены 134 дуктографии, при этом показаниями служили патологические выделения из соска. Хирургическое вмешательство заключалось в дуктэктомии или сегментэктомии под контролем дуктографии, без введения проводника или прокрашивания протока. Отрицательным двухлетний период наблюдения оценивался при негативных результатах ежегодного гинекологического обследования, включавшего пальпацию МЖ, и негативных показателях ежегодной маммографии.

В итоговое исследование включали тех пациенток, которым после дуктографии в

течение 2 недель производили операцию, либо у них имел место двухлетний негативный период наблюдения. Все пациентки жаловались на спонтанные выделения из соска в течение как минимум 6 недель. В 125 случаях выделения имели место из одного протока, в 9 — из 2–4 протоков, в 33 — негативный двухлетний период, 101 пациентка была прооперирована. Всем женщинам производились цитологическое исследование отделяемого с последующей оценкой корреляции с данными дуктограмм.

Дуктографию проводили в положении больной лежа на спине с рукой на стороне исследования, заведенной за голову. По наличию капельки отделяемого отыскивался пораженный проток, канюлировавшийся тупой стерильной канюлей. К последней присоединялся туберкулиновый шприц на 1 мл и в проток вводился водорастворимый неионный контраст (ioramidol) до появления болезненности, но не более 1 мл на проток. После удаления канюли выполняли маммографию в краниокаудальной и косой проекциях на аппаратах Philips Mammo-diagnost UC (Германия).

Находки на дуктограммах классифицированы в соответствии с модифицированной схемой Gregl [6]:

1) технически неадекватное исследование; 2) норма; 3) дуктэктазия (диаметр протока — более 2 мм); 4) дефект наполнения; 5) блок наполнения; 6) деформация протока.

В 94 (70,1%) случаях одновременно с дуктографией проводилось эксфолиативное цитологическое исследование. Результаты последних оценивали следующим образом [3, 5]: группа 0 (недостаточный объем материала), 1a (доброкачественные изменения без папилломатозных элементов), 1b (доброкачественные изменения с папилломатозными элементами), 2 (пограничные), 3 (злокачественные).

Цвет выделений был определен у 65 (48,5%) пациенток и имел следующий вид: 1) геморрагические; 2) светлые; 3) желтые, зеленые; 4) белые, молочные.

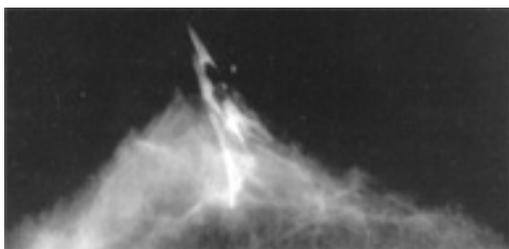


Рис. 1. Дуктограмма в краниокаудальной проекции 62-летней женщины с патологическими выделениями из соска. В расширенном протоке визуализируется дольчатое образование. Гистологический анализ: протоковая папиллома.

Для каждой группы критериев составлена шкала чувствительности, специфичности и точности диагностики РМЖ, объединенная в 4 варианта: 1) доброкачественные при наблюдении; 2) доброкачественные при гистологическом исследовании; 3) папиллома; 4) РМЖ.

Исследовалась корреляция результатов с данными маммографии, эксфолиативной цитологии и цвета выделений. Корреляция рентгенографических находок (дефект заполнения или блок заполнения) с гистологическими находками (папиллома, РМЖ) рассчитывалась по тесту χ^2 .

Нами рассчитана корреляция окончательного диагноза с дуктографическими находками. При дуктографии (рис.1, 2) дефект заполнения был выявлен в 54 (40,3%) случаях, блок заполнения — в 27 (20,1%), деформация протока — у 3 (2,2%) и дуктэктазия — в 11 (8,2%). В 16 (11,9%) случаях адекватного заполнения протоков достигнуть не удалось, в связи с этим исследование было признано технически неадекватным. В 6 из этих 16 случаев пациентка не смогла перенести канюлирование протока, в 8 — проток не был заканюлирован должным образом, а в 2 — была выявлена паравазация оставшегося материала, что не позволило провести детальную характеристику протока.

Нормальная дуктография в 18 случаях коррелировала с негативным периодом двухлетнего наблюдения. Таким образом, нормальная картина дуктограмм для констатации отсутствия патологии протоков имеет чувствительность, равную 78,3%, а специфичность — 92,6% ($p < 0,001$). Признаки внутрипротокового процесса на дуктограммах (дефект и блок заполнения) в 51 наблюдении характеризовались специфичностью до 49,2% и чувствительностью до 86,4% для констатации протоковой папилломы или карциномы ($p < 0,001$). При этом

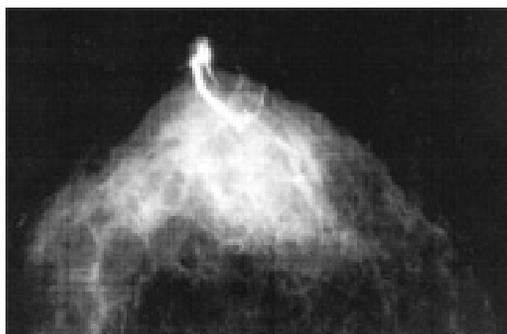


Рис. 2. Дуктограмма в краниокаудальной плоскости 77-летней пациентки с патологическими выделениями из соска, болями в молочных железах, негативными результатами маммографии и отсутствием пальпируемого образования. На глубине 4 см определяется блок заполнения эктазированного протока. Гистологический анализ после сегментэктомии: протоковый РМЖ.

низкая специфичность объяснялась большой частотой (22) ложноположительных заключений, которые мы идентифицировали как перипротоковые фиброзно-кистозные изменения, гистологически подтвержденные в процессе оперативного вмешательства. 73% всех ложноположительных находок были обусловлены фиброзно-кистозными изменениями, тогда как в других гистологических группах (карцинома) частота последних составляла 39,7%.

Было выявлено 18 (13,4%) случаев РМЖ. В 11 из них имелись дефект или блок заполнения при дуктографии, в одном — галактография была технически неадекватной, из оставшихся — нормальная дуктограмма была только в одном случае, однако при маммографии был выявлен РМЖ. Это было единственное наблюдение, когда при маммографии, проводившейся параллельно с дуктографией, обнаружилось подозрительное образование.

Нами получены результаты цитологического исследования и рассчитаны их корреляции с гистологическими находками. Из 13 случаев предполагаемого РМЖ результаты цитологического заключения были доброкачественными в 4, доброкачественными с выявлением папилломатозных образований — в 2, пограничными — в 6, злокачественными — в одном. В 9 случаях материала для диагноза было недостаточно, однако при гистологическом исследовании обнаружались папилломы. Чувствительность и специфичность при диагностике РМЖ составили соответственно 69,2% и 66,6% при 1b-3 типах цитологических результатов, 53,8% и 75,3% — при 2–3-м типе.

Достоверной корреляции между цветом выделений из соска и гистологическими результатами выявлено не было. Геморрагическое отделяемое характеризовалось чувствительностью до 66,7% и специфичностью до 43,4% ($p=0,523$), светлое — чувствительностью до 8,3% и специфичностью до 86,8% ($p=0,643$). Большая частота геморрагических выделений соответствует диагнозу папилломы или карциномы. Частота РМЖ у пациенток с геморрагическими выделениями составляла 21,1%, с выделениями другого цвета — 14,8%.

Выделения из сосков достаточно часто встречаются у 3—8% пациенток, консультирующихся по поводу заболеваний МЖ [8, 9]. В большинстве случаев их причиной являются различные доброкачественные состояния. Примерно в 50% случаев выделения обусловлены физиологическими или вторичными процессами, в то время как другая половина — заболеваниями МЖ [9]. Результаты данного исследования свидетельствуют о том, что дуктография при выделениях из соска обладает высокой специфичностью и умеренной чувствительностью в исключении протоковой патологии, тогда как дефект или блок заполнения чувствительны, но неспецифичны как признаки протоковой папилломы или рака. Наиболее важным недостатком дуктографии, выявленным нами, является высокая частота ложноположительных результатов в диагностике протоковой патологии, которые в большинстве случаев связаны с фиброзными процессами (мастопатия, перипротоковый фиброз, склерозирующий аденоз). В нашей клинике хирургическое иссечение пораженного протока производится, как правило, по данным дуктограмм, без введения проводника или прокрашивания протоков. Определенная часть патологии протоков таким образом может быть выявлена во время вмешательства [2]. Кроме того, с помощью дуктографии невозможно дифференцировать внутри- и перипротоковые причины сдавления протока, а некоторые фиброзные процессы визуализируются изогнутыми протоками неравномерного диаметра и внешним сдавлением протоков.

У 14,5% пациентов с патологическими выделениями из соска был обнаружен протоковый рак *in situ* или инвазивные формы, что соответствует данным литературы [14]. Наиболее частой причиной выделений является папиллома (38,7%). При маммографии, проведенной наряду с дуктографией, только в одном случае выявилось подозри-

тельное образование. Такая низкая чувствительность может быть следствием типично малого размера злокачественных образований, визуализированных при дуктографии.

Единичные папилломы расцениваются как доброкачественные, тогда как папилломатоз считается предраковым процессом [1, 11]. Тем не менее частота РМЖ у пациенток с патологическими выделениями из соска достаточно велика, чтобы рекомендовать биопсию области поражения, обычно проводимую после дуктографии, показавшей локальный внутрипротоковый процесс. Кроме того, патологические выделения из соска, наряду с наличием опухолевидного образования, легко обнаруживаются самой пациенткой. В этих случаях показания к последующим диагностическим процедурам (биопсия, оперативное лечение) гораздо шире, и доброкачественная симптоматика не исключает случайной находки РМЖ.

Кровянистые выделения традиционно ассоциируются с РМЖ или локализованной протоковой папилломой. По данным литературы [2, 12], они имели место у 22—55% пациенток, тогда как при РМЖ — у 51%. Водянистые и серозные выделения встречались у 2—33% женщин [13]. Около 11% лактирующих женщин жаловались на кровянистые выделения [9, 12]. В нашем исследовании общая частота геморрагических выделений составила 58%. Кроме того, кровянистые выделения наблюдались у 67% больных РМЖ. Однако эти данные нельзя считать статистически достоверными вследствие небольшого объема выборки (65 случаев).

Эксфолиативное цитологическое исследование только в одном случае РМЖ подтвердило этот диагноз, в 4 из 13 случаев изменения были доброкачественными, что соответствует данным других исследований [8]. Одной из причин может быть частота дифференцированных протоковых карцином, из которых только 30—40% дают злокачественную цитологическую картину [4]. В другом крупном исследовании (225 случаев) только в 2 наблюдениях были обнаружены злокачественные изменения при эксфолиативном цитологическом исследовании [12]. В противоположность дуктографии, цитологический анализ при пограничных или злокачественных образованиях имеет низкую чувствительность и высокую специфичность для постановки диагноза РМЖ. В совокупности с данными дуктографии его полезность увеличивается [16].

Таким образом, дуктография может быть методом выбора при обследовании пациенток с патологическими выделениями из соска. При нормальной дуктограмме необходимо проведение маммографии и повторных дуктографий. При выявлении изменений при дуктографии, особенно дефекта или блока заполнения, являющихся неспецифичным, но чувствительным признаком папилломы протока или РМЖ, дальнейшее обследование необходимо даже при негативной маммографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Agnantis N.J., Mahera H., Maounis N., Spandidos D.A. // Eur. J. Gynecol. Oncol. — 1992. — Vol. 13. — P. 309–315.
2. Baker K.S., Davey D.D., Stelling C.B. // Am. J. Roentgenol. — 1994. — Vol. 162. — P. 821–824.
3. Bocking A. // Pathology. — 1998. — Vol. 19. — P. 236–241
4. Dawes L.G., Bowen C., Venta L.A., Morrow M. // Surgery. — 1998. — Vol. 124. — P. 685–691.
5. Fajardo L.L., Jackson V.P., Hunter T.B. // Am. J. Roentgenol. — 1992. — Vol. 158. — P. 1231–1238.
6. Gregel A. Farbatlas der Galactographie. — Stuttgart: Schattauer, 1979.
7. Hieken T.J., Velasco J.M. // Arch. Surg. — 1998. — Vol. 133. — P. 504–508.
8. Ito Y., Tamaki Y., Nakano Y. et al. // Anticancer Res. — 1997. — Vol. 17. — P. 791–794.
9. Jardines L. // Am. Surg. — 1996. — Vol. 62. — P. 119–122.

10. Kramer S.C., Rieber A., Gorich J. et al. // Eur. Radiol. — 2000. — Vol. 10. — P. 1733–1736.
11. Liberman L., Bracero N., Vuolo M.A. et al. // Am. J. Roentgenol. — 1999. — Vol. 172. — P. 331–337.
12. Okazaki A., Hirata K., Okazaki M. et al. // Eur. Radiol. — 1999. — Vol. 9. — P. 583–590.
13. Ouimet-Oliva D., Hebert G. // Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med. — 1974. — Vol. 120. — P. 55–61.
14. Paterok E.M., Rosentahl H., Sabel M. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 1993. — Vol. 50. — P. 227–234.
15. Thurffjell E.L., Lindgren J.A. // Radiology. — 1994. — Vol. 193. — P. 351–357.
16. Van-Zee K.J., Ortega-Perez G., Minnard E., Cohen M.A. // Cancer. — 1998. — Vol. 82. — P. 1874–1880.

Поступила 09.03.06.

EVALUATION OF DUCTOGRAPHY IMPORTANCE IN PATHOLOGICAL SECRETION FROM THE NIPPLES

D.V.Pasynkov, I.V. Klyushkin, I.A. Abrosimov, M.N. Nasrullaev

S u m m a r y

Ductography was performed for the period of 2002–2005 in 108 women with spontaneous secretion from nipples. Ductography is a method of choice in women with pathological secretion from nipples. However negative or doubtful results are indications for MR-ductography, which is a highly specific method to eliminate malignant disorders and therefore to reduce a number of unnecessary surgical treatment.

УДК 576. 8. 097. 29 : 616. 34 — 008. 14/. 15 : 618. 3 — 06

ВЛИЯНИЕ ЭНДОТОКСИНЕМИИ НА ГЕСТАЦИЮ И ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ ЗАПОРАХ БЕРЕМЕННЫХ

С.Ф. Субханкулова, Р.И. Габидуллина, Р.М. Газизов, Н.А. Сафина, А.Ф. Субханкулова

Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. — проф. И.Ф. Фаткуллин) Казанского Государственного медицинского университета, кафедра терапии и семейной медицины (зав. — доц. Р.М. Газизов.) Казанской государственной медицинской академии, лаборатория иммунологии и биохимии (зав. — ст.н.с. О.Д. Зинкевич) Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии МЗ РТ

Запоры являются наиболее частой патологией кишечника (до 50%) во время беременности [5]. Они вызывают чувство дискомфорта, переполненности брюшной полости, боли, связанные со спастическими сокращениями толстой кишки. Увеличение внутрибрюшного давления усугубляет изжогу и повышает АД. Необходимость натуживания при дефекации создает проблемы у женщин с угрозой прерывания беременности. Кроме того, доказано, что у беременных с запорами в процессе родов чаще появляются геморрой и анальные трещины,

что чревато присоединением инфекции, развитием кровотечений и затяжным послеродовым периодом [9].

Гипомоторная дискинезия желчевыводящих протоков (ЖВП) и толстого кишечника, развивающаяся при беременности вследствие гиперсекреции циркулирующего прогестерона [4, 5], приводит к дисбиозу — дефициту нормальной микрофлоры кишечника, обладающей антагонистическим действием на условно-патогенную микрофлору [7]. Грамотрицательная анаэробная флора при своем разрушении выде-