

рической плотностью от +40 до +50 ед. Однако, при СКТ нам было сложно визуализировать границу эндометрия с миометрием, таким образом, применение данного метода исследования нецелесообразно в определении глубины инвазии опухоли в миометрий. Кроме того, при выполнении компьютерной томографии судить о распространении опухолевого процесса на шейку матки возможно только по косвенным признакам (увеличение поперечного размера шейки, сглаженность наружного контура матки в проекции перешейка).

Главным преимуществом СКТ по сравнению с ультразвуковым методом явилась возможность выявления метастатического поражения лимфатических узлов размерами до 10 мм. В ходе исследования визуализированы метастатические лимфоузлы в 7 случаях, что получило морфологическое подтверждение после операции в объеме расширенной экстирпации матки с придатками и лимфодиссекцией.

Таким образом, нами установлено, что СКТ позволяет более точно установить распространенность опухоли за пределы матки, метастазирование в забрюшинные, парааортальные, подвздошные лимфатические узлы, что имеет большое значение для адекватного планирования объема оперативного вмешательства.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАСПОЗНАВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ СВОБОДНЫМ ГЕЛЕМ

Н.М. Федоров, Д.Д. Нохрин, Н.В. Белоусова, А.И. Карпова, А.А. Гайсина

Тюменская ГМА
Тюменский ООД
МСЧ «Нефтяник»

В начале девяностых годов в Российской Федерации, а также в Тюменской области, для увеличения размеров молочных желез достаточно широко использовались операции с инъекционным введением геля интерфала в ретромаммарное пространство. Данная методика увеличивающей гелевой маммопластики в 20-35% случаев приводила к различным осложнениям (Рожкова Н.И., Бурдина И.И., 2007). Одним из самых частых из них являлась миграция геля из ретромаммарного пространства в паренхиму молочных желез с образованием гелеом. Причиной этого являлось повреждение заднего листка расщепленной грудной фасции при введении интерфала в ретромаммарное пространство. Наличие содержащих гель полостей в паренхиме молочных желез приводит в ряде случаев к сложностям в дифференциальной диагностике с различными новообразованиями и кистами органа (Заболотская Н.В., Заболотский В.С., 2005; Фисенко Е.П., 2007).

Цель исследования: определить ультразвуковые критерии при дифференциальной диагностике осложнений гелевой маммопластики и заболеваний молочных желез (МЖ) по материалам Тюменского областного онкологического диспансера (ТООД) и медсанчасти «Нефтяник».

Материалы и методы.

Нами проанализированы результаты обследования 34 женщин, оперированных в ТООД и медсанчасти «Нефтяник» в 2003-2011 гг., в связи с выявленными осложнениями после маммопластики интервалом. Возраст больных - 35-60 лет. Срок после инъекционного введения геля в ретромаммарное пространство до выявления осложнений составил от 9 до 18 лет.

Большинство (n=29; 85,3%) пациенток, обратились за медицинской помощью с жалобами на наличие образований в молочных железах. Всем пациенткам в плане комплексного исследования проведены ультразвуковое и рентгеновское обследование молочных желез. Сонография осуществлялась на аппаратах Sonoline G 50 и Logiq Book XP с использованием линейных датчиков 7,5-12 МГц. Маммография выполнялась на аппаратах Alpha и Lorad Selenia.

Для морфологической верификации диагноза использовались прицельная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ПТАПБ) под контролем ультразвукового метода исследования.

Результаты и обсуждение.

При ультразвуковом исследовании у 10 (29,4%) больных диагностированы единичные, у 24 (70,6%) - множественные очаговые поражения МЖ. Размеры гелеом составили от 0,7 до 4 см. При УЗИ исследовании гелеомы имели вид жидкостно-содержащих образований округлой или овальной формы с четкими ровными контурами, располагавшихся ближе к задней поверхности молочных желез. У 26 (76,5%) пациенток определяли наличие капсулы, у 8 (23,5%) - ободка пониженной эхогенности по периферии гелеом.

Эхогенность образований характеризовалась выраженной вариабельностью. В 12 (35,4%) наблюдениях выявлены гипоэхогенные, в 10 (29,4%) - изоэхогенные, в 6 (17,6%) - анэхогенные и у 6 (17,6%) пациенток установлены гелеомы смешанной эхогенности. В 21 (61,8%) случаях отмечена однородная и в 13 (38,2%) - неоднородная эхоструктура образований. При Уз-ангиографии выявленные образования у 27 (79,4%) больных были аваскулярны, у 7 (20,6%) - определяли умеренный внутриузловой кровоток.

По эхоскопической картине гелеомы имели сходные признаки с серозными кистами, галактоцеле, папиллярными цистоаденомами и фиброаденомами молочных желез. При пункционной биопсии выявленных образований кроме гелеом у 2 (5,9%) пациенток обнаружены фиброаденомы и у 1 (2,9%) - серозная киста. Данные послеоперационного гистологического исследования совпа-

ли с результатами прицельной тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ у всех 34 больных.

Выводы:

Эхоскопическая картина гелеом после увеличивающейся маммопластики свободным гелем многообразна, что вызывает трудности дифференциальной диагностики с различными новообразованиями молочных желез. С целью дифференциальной диагностики гелеом и опухолей молочных желез необходимо использовать ПТАПБ или аспирационную вакуумную дрель-биопсию под контролем УЗИ.

РОЛЬ И МЕСТО МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Н.М. Федоров, Н.А. Шаназаров, А.А. Сабиров, Д.Д. Нохрин, А.В. Чижик, Д.П. Ефремов, А.И. Карпова

Тюменская ГМА
Тюменский ООД
МСЧ «Нефтяник»

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы (РМЖ) среди женского населения продолжают неуклонно расти. В России РМЖ находится на первом месте среди причин смерти женщин от злокачественных новообразований (ЗНО). С 2003 по 2009 г. прирост стандартизованных показателей заболеваемости составил 13,4% (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2010). Улучшение результатов лечения рака молочной железы невозможно без выявления патологии на ранних стадиях развития. Оптимальным для этого является диагностика и лечение опухоли на доклиническом этапе. Последнее стало возможным благодаря широкому внедрению рентгенологического и ультразвукового скрининга патологии молочных желез (Заболотская Н.В., Заболотский В.С., 2010.; Рожкова Н.И., Меских Е.В., 2005.; Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В., 2010). Однако, теперь перед врачами стоят новые тактические проблемы. Одним из самых важных является вопрос морфологической верификации диагноза при непальпируемых образованиях молочной железы. Открытая хирургическая биопсия, считавшаяся в течение многих лет «золотым стандартом», в случаях непальпируемых очагов поражения, непригодна, т.к. при «слепом» удалении сектора молочной железы наблюдается большой процент ошибок. Кроме того, на один случай выявленного при скрининге рака приходится 25-30 доброкачественных узловых образований, часть из которых не требует оперативного вмешательства.

За последнее десятилетие разработаны эффективные методы чрескожной биопсии. К тако-

вым относятся тонкоигольная аспирационная пункционная и вакуумная дрель-биопсия под контролем ультразвукового исследования (сонография, УЗИ), а также пункционная биопсия под контролем рентгенографии с помощью систем «пистолет-игла» (кор-биопсия) или биопсии со вспомогательным вакуумом. Возможности морфологических способов верификации новообразований молочных желез на предоперационном этапе по данным литературы противоречивы (Малыхина Т.В., 2007; Рожкова Н.И., 2006; Понедельникова Н.В. и др. 2011; Homech N.A. и др., 2005).

Цель исследования: проанализировать результаты морфологической верификации непальпируемых образований молочных желез по материалам Тюменского областного онкологического диспансера (ТООД).

Материалы и методы.

Нами были проанализированы результаты обследования 305 женщин, направленных в ТООД в 2010-2011 гг., в связи с выявленными непальпируемыми новообразованиями молочных желез. Возраст больных составлял от 18 до 70 лет. У 189 (61,8%) пациенток очаговые поражения МЖ выявлены при проведении маммографии, у 116 (38,1%) – сонографии; 95 (81,8%) женщин из последней группы были в возрасте до 40 лет. В онкологическом диспансере всем женщинам проведено УЗИ молочных желез, при котором у 222 (72,8%) пациенток выявлены узловых образования.

Размеры очаговых изменений у 139 (45,6%) больных по данным маммографии и УЗИ составляли от 0,4 до 1 см., у 141 (46,2%) – 1,1-1,5 см и у 25(8,2%) пациенток – 1,6-2 см.

Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) и вакуумная дрель-биопсия с помощью приставки «Mammotom-НН» проводилась под контролем ультразвукового метода исследования на аппаратах SONOLINE G 50 и Logiq Book XR с использованием линейных датчиков 7,5-12 МГц. Пункционная аспирационная биопсия выполнена у 155 (50,8%) пациенток, вакуумная биопсия – 77 (25,2%) из числа 305 обследованных женщин.

Абсолютными показаниями к ПТАПБ являлись небольшие размеры молочных желез у больных, наличие клинических и сонографических признаков характерных для доброкачественных патологических изменений, особенно жидкостного характера, и расположение патологических процессов близко к ретромаммарному пространству или непосредственно под соском. Биопсию со вспомогательным вакуумом под ультразвуковым наведением выполняли у пациенток с высоким риском наличия злокачественной опухоли, а также при, несомненно, доброкачественном характере образований с целью их полного удаления.