

Л.И. Кухарева, В.И. Невожай, В.М. Чудновский

ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

*Владивостокский государственный медицинский университет;
Приморский краевой онкологический диспансер, г. Владивосток*

Резюме

Представлены результаты диагностики и лечения 150 женщин с кистами МЖ в возрасте от 15 до 65 лет. Данные результаты показывают эффективность комплексного обследования, включающего клинические, ультразвуковые, рентгенологические исследования (ММГ), тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) с цитологическим исследованием, что позволяет верифицировать патологию МЖ на поликлиническом этапе и выработать оптимальную тактику лечения. Применение пункционной лазерной термотерапии, как варианта склерозирующего метода лечения кист МЖ, приемлемо и эффективно.

Ключевые слова: молочные железы, кистозные образования, лечение.

L.I. Kuchareva, V.I. Nevouzai, V.M. Chudnovsky

ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSTICS AND SCLEROTIZING THERAPY OF CYST FORMATION OF THE BREASTS

*Vladivostok State Medical University;
Oncological hospital, Vladivostok*

Summary

The diagnostics and treatment results of 150 women with cysts of the breast at the age from 15 to 65 are presented. These results show effectiveness of complex examination including clinical investigation, ultrasound, MMG, aspiration needle biopsy with cytological examination. It allows to verily pathology of the breast at polyclinic stage and work out the optimal treatment tactics. Closed laser thermotherapy, as the option of sclerotizing method of the breast cysts treatment is beneficial and effective.

Key words: breasts, cyst formation, treatment.

В течение последних десятилетий отмечается рост патологии молочных желез как злокачественного, так и доброкачественного характера. В структуре онкологической заболеваемости у женщин рак молочной железы (РМЖ) занимает 1 место и составляет 20,5% по России и 19,9% по Приморскому краю. В структуре смертности женского населения Приморского края в 2005 г. от злокачественных опухолей наибольший удельный вес занимают новообразования МЖ — 18,6% [12]. При этом III-IV стадии РМЖ диагностируются у 40% больных, а умирают в течение первого года со дня постановки диагноза 11,6% больных. РМЖ встречается чаще на фоне доброкачественных заболеваний МЖ. Риск малигнизации при непролиферативной форме мастопатии и умеренной пролиферации составляет 0,86-2,34%, при резко выраженной пролиферации — 31,4% [5]. Поэтому, наряду с ранней диагностикой РМЖ, не меньшее значение имеет своевременное выявление и лечение доброкачественных заболеваний МЖ.

По данным современных исследователей, кисты МЖ выявляются у женщин в 25-60% случаев мастопатии, причем наиболее часто в возрасте 40-50 лет [6, 9, 10]. В среднем частота обнаружения внутрикистозного РМЖ составляет 1,2-1,5% от всех случаев РМЖ [2, 7]. В полости кисты могут развиваться пристеночные разрастания доброкачественного или злокачественного характера. Поэтому дифференциальная диагностика кистозных образований необходима на поликлиническом этапе для определения тактики дальнейшего лечения [1, 4, 8, 11]. На современном этапе развития хирургии одним из основных направлений считается поиск наиболее безопасных методов лечения, разработка и внедрение малоинвазивных методик. Важную роль играет УЗ-контроль при лечении с помощью пункционной биопсии. При использовании УЗ-контроля точность ввода лекарств может достигать почти 100%. Это позволяет применять малоинвазивные хирургические вмешательства, выполняющие одновременно диагностические и лечебные функции.

Целью нашей работы явилось изучение возможностей УЗИ для диагностики и лечения кистозных образований МЖ.

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 150 пациенток с кистозными образованиями МЖ, наблюдавшихся в поликлинике и хирургическом отделении Приморского краевого онкологического диспансера. После клинического обследования в поликлинике врачом-онкологом больным выполнялось УЗИ МЖ и зон регионарного лимфооттока, эндокринных и репродуктивных органов и ММГ. Всем пациенткам под УЗ-контролем осуществлялась тонкоигольная аспирационная биопсия

(ТАБ) кист с цитологическим исследованием пунктата. УЗИ проводилось на аппаратах «Aloka SSD-500 Micrus», «Siemens Pro», «Shimadzu SDU-450» с использованием линейных датчиков с частотой 5-7,5 и 10 МГц и конвексных датчиков с частотой 3,5-5 МГц.

Возраст пациенток составлял от 15 до 65 лет. Чаще кисты диагностировались у женщин в возрасте от 40 до 49 лет — 45,3%. В группе обследованных больных в большинстве случаев (62,7%) выявлялись множественные (две и более) кисты. Характерно, что единичные кисты чаще локализовались в одной молочной железе. В то же время множественные кистозные образования чаще располагались в обеих МЖ (55,6%). Доля больных с односторонним поражением МЖ составляла 44,4% случаев.

Таблица 1

**Результаты сопоставлений ультразвукового
и цитологического заключений с гистологическим
заключением у больных с патологией МЖ**

Гистологическое заключение	Число наблюдений	Ультразвуковое заключение	ТАБ с цитологическим заключением
Рак	6	8	4
Внутрипротоковая папиллома, папилломатоз	11	10	7
Воспаление	14	13	13
Гематома	4	4	4

Таблица 2

**Ближайшие результаты лечения различными
методами пункционной склерозирующей терапии
больных с кистами МЖ (n=115)**

Результаты лечения	Кол-во больных в группах через 1-3 мес.					
	1 группа, n=44		2 группа, n=50		3 группа, n=21	
Ремиссия	35 (79,6%)	38 (86,4%)	41 (82%)	44 (88%)	17 (76,2%)	19 (90,%)
Улучшение	8 (18,2%)	5 (11,4%)	8 (16%)	6 (12%)	4 (23,8%)	2 (9,5%)
Рецидив	1 (2,2%)	1 (2,2%)	1 (2%)	-	-	-

Оценка частоты различных вариантов локализаций кистозных образований показала, что наиболее часто (57%) они находились в верхненаружном квадранте молочной железы. В верхневнутреннем квадранте кисты МЖ были выявлены в 14,9%, нижненаружном — в 12,4%, центральном — в 10,7%, нижневнутреннем — в 5% случаев.

Результаты и обсуждение

Пациенток с жидкостными образованиями МЖ мы разделили на две группы: 1 группа — простые кисты (одиночные и множественные) размерами от 0,8-1,0 до 1,5-2,0 см, 2 группа — многокамерные кисты и одиночные крупные размером от 2,0 см и более и сложные кисты.

В 1 группе кисты представляли собой округлые, правильной формы анэхогенные образования, с четкими ровными контурами (наружными и внутренними), однородной гомогенной структурой, с дистальным усилением. Во 2 — единичные крупные (более 2,0 см) кисты в виде образований округлой, иногда неправильной формы, с нечеткими или неровными контурами, с неравномерно утолщенной стенкой, а также многокамерные кисты без внутриполостных включений и кисты с наличием пристеночных включений, солидных участков.

Из 150 пациенток с жидкостными образованиями простые кисты составили 115 случаев (76,6%), сложные — 35 случаев (23,4%).

Средний размер выявленных кист составил $1,8 \pm 0,9$ см. В 9 из 150 наблюдений (6%) на фоне анэхогенной внутренней структуры кист выявлены пристеночные гиперэхогенные структуры округлой или неправильной формы. Средний размер внутрикистозных разрастаний составил $1,5 \pm 0,4$ см. Средний размер кист с внутрикистозными разрастаниями составил $2,9 \pm 0,6$ см. Множественные кисты обеих МЖ размерами от 0,7 до 2,5 см выявлены в 15 из 150 наблюдений. У двух пациенток, наряду с указанным размером кист, встречались гигантские кисты до 8-15 см в диаметре, в которых определялся изоэхогенный подвижный (при изменении положения тела) осадок с внутрикистозными пристеночными разрастаниями и в 6 случаях — многокамерные кисты с признаками перифокального воспаления. Утолщенная стенка или перегородка может быть выявлена как при раке, так и в случае воспалительной кисты. Наличие внутриполостных пристеночных включений наблюдалось при раке, воспалении и папилломатозе. Но даже наличие тканевого компонента в полости не может быть расценено как достоверный признак злокачественного роста, так как в нашем наблюдении из 2 пациенток, у которых был заподозрен рак, гистологически установлен у одной — папилломатоз, у другой — выраженный воспалительный процесс. Это еще раз подтверждает необходимость пункционной биопсии во всех случаях выявления кист. Следует отметить, что 35 пациенток из 150 непосредственно после обследования были направлены на госпитализацию в связи с отягощенным вариантом заболевания для хирургического лечения.

Из данных табл. 1 видно, что из 6 больных с гистологически верифицированным диагнозом РМЖ цитологический диагноз выставлен у 4 больных из 6 (66,7%). По ультразвуковому заключению РМЖ заподозрен у 8 из

35 прооперированных больных; у 6 — подтвержден, у 2 — ложноположителен (1 — внутрипротоковая папиллома, 1 — киста с выраженным воспалением). Доброкачественные процессы правильно диагностированы у 142 из 150 пациенток. Чувствительность УЗИ составила 94,6%. Неинформативные данные цитологического исследования получены у 7 из 150 больных (4,6% случаев: клетки периферической крови, отсутствие клеточных элементов, клетки кубического эпителия и т.д.). Сопоставление результатов ультразвукового и цитологического заключений показало, что, опираясь только на эхографические критерии в случаях сложных кист, установка точного диагноза иногда вызывает трудности. Сложность дифференцировки патологических процессов доброкачественного характера и рака зависит не только от морфологической структуры, но и от качества УЗ-аппаратуры и квалификации специалиста.

Консервативное лечение, включающее различные варианты склеротерапии, в условиях поликлиники проведено 115 пациенткам с кистами МЖ. 1 группу составили 44 больные (38,2%), которым проводилась простая пункция полости с последующей аспирацией содержимого кисты; 2 группу — 50 больных (43,5%), у которых терапия включала пунктирование полости кисты с последующей аспирацией содержимого и заполнением ее воздухом; 3 группу — 21 больная (18,2%), которой применили пункционную лазерную термотерапию с помощью лазерного скальпеля Alog 01 с длиной волны 01,97 мк/Гц. Результаты лечения оценивались по ощущениям пациенток, уменьшению степени выраженности клинической симптоматики, нормализации ультразвуковой картины. Ближайшие результаты лечения больных с кистами МЖ оценивали на 3 и 7 дн., через 1 мес. и через 3 мес. после начала лечения (пун-

кции). Отдаленные результаты считали положительными в случае отсутствия рецидивов и оценивали через каждые 6 мес. в течение двух лет.

Данные результатов (табл. 2) показывают, что пункционные варианты склерозирующего лечения эффективны и приемлемы в условиях поликлиники.

Ремиссия отмечена к концу года у больных с единичными кистами при простой аспирации в 83,3% случаев, при пневматизации — у 26 больных из 30 (86,6% случаев) и при аспирационной лазерной термотерапии — у 11 из 13 (84,6% случаев).

У пациенток с множественными кистами и с признаками воспаления, независимо от метода склеротерапии, отмечалось снижение результатов лечения от 70% случаев при простой аспирации до 75% случаев при аспирационной лазерной термотерапии (АЛТТ). Надо отметить, что именно при варианте АЛТТ в течение 2 лет не было отмечено рецидивов пролеченных кист, в отличие от других вариантов. Анализируя отдаленные результаты, можно сказать об эффективности АЛТТ как варианта метода склерозирующей терапии кист МЖ.

С целью установления статистической достоверности различий мы использовали критерий согласия Пирсона (критерий χ^2), уровень значимости $p=0,05$. При $X_{набл.} > X_{кр.}$, различия результатов считаются статистически значимыми. В нашем исследовании при $X_{набл.} 5,520 > X_{кр.} 3,841$ различие результатов между группой, в которой проводилось комплексное лечение: сочетание склеротерапии, АЛТТ с коррекцией фоновой патологии и контрольной группой с обычной стандартной схемой, статистически значимы. Следует отметить, что после аспирации содержимого кист мы назначали пациенткам противовоспалительную терапию препаратами растительного происхождения, независимо от наличия признаков воспаления. И это, как показала практика, оправдано. Ни у одной пациентки не было осложнений после ТАБ и в дальнейшем рецидива данной кисты. Основным вариантом метода склерозирования кист МЖ в условиях поликлиники мы считаем пункционную аспирацию содержимого с последующим введением воздуха.

Во-первых, он преследует две цели: диагностическую и лечебную. Во-вторых, она проще, удобнее, экономичнее, безболезненнее и не дает осложнений. Следующим новым склерозирующим лечебным методом мы выбрали АЛТТ. В течение первых 2 мес. у 4 больных отмечались остаточные явления кист с дальнейшим их склерозированием. Эта методика находится в апробации и требует дополнительного изучения. Мы считаем ее методом выбора при множественных кистах МЖ, когда пациентка отказывается от оперативного лечения. По данным М.Д. Михель (2002), применение сульфакрилата вызывало дискомфортные ощущения в момент его введения и возможное формирование в дальнейшем инфильтрата. При этаноловой склеротерапии рецидивы кист отмечены у 9,2% больных и частичные рецидивы — у 40,5% больных (А.З. Гусейнов, А.Н. Коломейцев, В.У. Винокуров, 2004). Сравнивая результаты данных авторов и нашего исследования, можно сделать вывод о применении ЛПТТ как метода склеротерапии с благоприятным результатом лечения доброкачественных кист МЖ.

Заключение

Благодаря развитию медицинских технологий, происходит внедрение новых малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний МЖ. Наши исследования показали приемлемость и эффективность новой методики малоинвазивного склерозирующего лечения (ЛПТТ) у женщин с кистозной патологией МЖ в условиях поликлиники. Анализируя данные диагностики и результатов лечения, можно сделать соответствующие выводы:

1. На поликлиническом этапе рекомендовано комплексное обследование женщин с узловыми образованиями МЖ (осмотр маммолога-онколога, УЗИ, ММГ, ТАБ под УЗ-контролем, цитологическое исследование) для ранней диагностики злокачественной патологии.

2. УЗ-метод является методом выбора дифференциальной диагностики кистозных образований МЖ. Он более достоверен, чем ММГ, но при осложненных кистах не всегда позволяет дифференцировать рак от доброкачественной патологии.

3. ТАБ под УЗ-контролем является обязательным этапом дифференциальной диагностики кистозных образований МЖ. Чувствительность УЗИ в сочетании с ТАБ в нашем исследовании составила 94,6%.

4. Применение пункционно-аспирационного метода лечения в сочетании со склеротерапией в условиях поликлиники эффективно (84,8% случаев) при неосложненных формах кист МЖ.

5. Методом выбора при множественных кистах МЖ, учитывая психологические особенности пациенток и их отказ от хирургического лечения, является пункционная аспирационная лазерная терапия.

Л и т е р а т у р а

1. Ветшев П.С., Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г. и др. // Хирургия. 1998. №7. С. 48-52.
2. Гусейнов А.З., Коломейцев А.Н., Винокуров В.У. // Клиническая медицина. 2004. №9. С. 45-48.
3. Дусмуратов А.М., Юлдашев Н.Ш., Хапизов Х.А. // Ультразвуковая диагностика. 1998. №4. С. 14-19.
4. Заболотский В.С., Заболотская Н.В., Высоцкая И.В. // SonoAce- 9 International. 1999. №4. С. 18-20.
5. Макаренко Н.П. // Рус. мед. журнал. 2005. №13. С. 875-877.
6. Михель М.Д. Кисты молочных желез: диагностика и малоинвазивное хирургическое лечение в условиях поликлиники: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2002. С. 22.
7. Рожкова Н.И. // Медицинская визуализация. 2005. № 3. С. 100-104.
8. Федоров Н.М., Левина Е.С. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2002. №2. С. 292.
9. Халеев Д.В., Халеева Н.Н., Сапожников В.Г. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2002. №2. С. 30-35.
10. Ханафиев Г.Х., Берзин С.А., Мальцева У.Ю. // Мат-лы IV Всерос. съезда онкологов. Ростов н/Д., 2005. С. 410-411.
11. Шулутко А.М., Семиков В.И., Куликов И.О. // Рос. мед. журнал. 2002. №5. С. 23-24.
12. Юдин С.В., Малякова А.А., Багрянцев В.Н. и др. // Тихоокеанский мед. журнал. 2005. №1. С. 92-94.

