

## ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

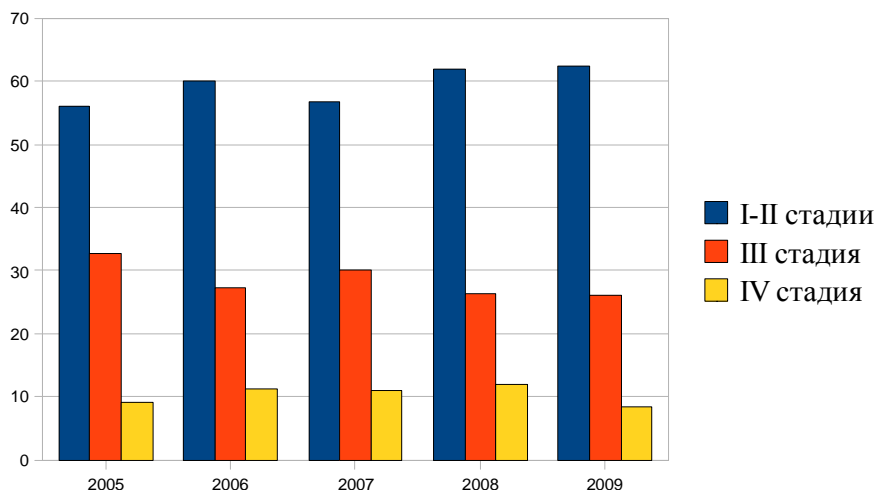
*Е.П. Куликов, С.В. Юханов, А.П. Загадаев, Е.Л. Сашина*

Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

**В статье представлены результаты обследования 27 пациенток с непальпируемыми опухолями молочных желез. Всем пациенткам проводилась тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (ТПАБ) непальпируемых опухолей под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием. Оперативное лечение проведено 11 пациенткам (41%), в 11 случаях (41%) рекомендовано динамическое наблюдение, 5 пациенткам (18%) назначена консервативная терапия. Информативный материал для цитологического исследования получен у 14 пациенток. Таким образом, в 51% случаев удалось получить морфологическую верификацию из непальпируемых опухолей молочной железы.**

**Ключевые слова:** рак молочной железы, непальпируемая опухоль, пункция, маммография, УЗИ молочных желез.

Рак молочной железы (РМЖ) является ведущей онкопатологией у женщин. В последние годы в России отмечается стойкая тенденция к росту заболеваемости раком молочной железы. Темп прироста заболеваемости РМЖ за последние 10 лет составил 2,25. В Рязанской области за последние 5 лет заболеваемость РМЖ выросла с 68,7 на 100000 населения до 76,3 на 100000 [6].



**Рис. 1.** Динамика структуры заболеваемости раком молочной железы в Рязанской области с 2005 по 2009 годы

Анализируя удельный вес пациенток, которым диагноз РМЖ был установлен на 1-2 стадии, следует отметить увеличение количества женщин данной группы с 56%, от общего количества больных РМЖ в 2005 году, до 62, 5% в 2009 году. Как видно на диаграмме, данные изменения связаны в основном со снижением количества пациенток с III стадией заболевания, тогда как число женщин, страдающих раком молочной железы

IV стадии, остается на постоянном уровне. Данная динамика характерна и для общероссийских показателей: удельный вес больных с III-IV стадиями заболевания снизился на 2,6%, с 12,9% в 1998г до 10,3% в 2008г. Подобные изменения связаны с развитием скрининга раннего РМЖ с помощью маммографии и совершенствованием диагностики за счет внедрения ультразвукового исследования (УЗИ) молочных желез и некоторых других дополнительных методов обследования [3].

Рентгеновская маммография является общепризнанным методом скрининга и дифференциальной диагностики РМЖ. В ходе выполнения маммографических скрининговых программ рак молочной железы выявляется в 0,5% случаев, удельный вес доброкачественных непальпируемых изменений различной этиологии составляет 3-11% [8, 9].

В последние годы отмечается рост заболеваемости РМЖ среди женщин моложе 40 лет. На этот возраст приходится пик заболеваемости диффузной фиброзно-кистозной мастопатией и имеет место неблагоприятный для маммографии рентгеноплотный фон, происходит “маскировка” объемных образований множеством разнокалиберных затемнений. Именно это обстоятельство повышает диагностическую ценность УЗИ в ранней диагностике РМЖ у женщин до 35-40 летнего возраста. Особые сложности возникают в диагностике и тактике ведения пациенток с непальпируемыми опухолями в молочной железе.

#### **Материалы и методы**

В исследование включено 27 пациенток с различными непальпируемыми опухолями в молочной железе, которые выявлялись при маммографии или при УЗИ молочных желез. Всем пациенткам в плане комплексного обследования выполнялись клинический осмотр, маммография (для женщин старше 35 лет), УЗИ молочных желез. Во всех случаях проводилась ТПАБ непальпируемых опухолей под УЗИ-контролем с последующим цитологическим исследованием. Маммографию выполняли на аналоговом аппарате Маммомат 300 Nova фирмы Siemens, УЗИ молочных желез проводили в реальном масштабе времени на аппарате Siemens Sonoline G60S линейным датчиком с меняющейся частотой, всем пациенткам проводилась ультразвуковая доплеросонография.

Были обследованы женщины в возрасте от 33 до 70 лет. Средний возраст составил 50 лет. Всего произведена ТПАБ 31 образования: у трех пациенток два образования располагались в одной молочной железе и в одном наблюдении по одному образованию в каждой молочной железе. Средний размер непальпируемой опухоли составил по данным маммографии 17 миллиметров, а по данным УЗИ 14 миллиметров. В правой молочной железе опухоли располагались в 11 случаях (41%), в левой в 16 случаях (59%). Наиболее часто непальпируемые опухоли располагались в верхне-наружном квадранте (32% наблюдений), на границе верхних квадрантов в 26% случаев, в верхне-внутреннем квадранте в 16%. Распределение образований по квадрантам представлено в таблице 1.

Таблица 1

***Распределение непальпируемых узловых образований  
молочной железы по квадрантам***

верхне-наружный квадрант	10 (32%)	на границе верхних квадрантов	8 (26%)
верхне-внутренний квадрант	5 (16%)	на границе нижних квадрантов	2 (6,5%)
нижне-внутренний квадрант	2 (6,5%)	на границе внутренних квадрантов	2 (6,5%)
нижне-наружный квадрант	1 (3,25%)	на границе наружных квадрантов	1 (3,25%)

Предварительный диагноз формулировался на основании данных маммографии и УЗИ молочных желез после клинического осмотра с учетом анамнеза, возраста

пациентки. При проведении УЗИ оценивали размеры, локализацию образования, форму, контуры, эхогенность, однородность, наличие или отсутствие патологического кровотока при доплеросонографии. В 60 % случаев (16 наблюдений) был поставлен диагноз фиброаденомы, в 22% (6 наблюдений) кисты молочной железы, в двух случаях узловой мастопатии (7%), в двух случаях заподозрен рак молочной железы (7%), в одном случае (4%) был сформулирован диагноз “локализованная мастопатия”. В случае визуализации эхографических признаков, характерных для кисты, выполнялась аспирация содержимого с последующим цитологическим исследованием. Первичное обследование женщин при сохранной менструальной функции проводилось на 7-14 день менструального цикла.

#### Результаты и их обсуждение

Оперативное лечение проведено 11 пациенткам (41%), в 11 случаях (41%) рекомендовано динамическое наблюдение, 5 пациенткам (18%) назначена консервативная терапия (всего 27 пациенток).

В группе больных, прошедших оперативное лечение, в 5 случаях имели место фиброаденомы, в 3 случаях рак молочной железы, 1 случай листовидной фиброаденомы, в 1 случае склерозирующий аденоз и еще в 1 случае был установлен диагноз хронический мастит.

Таблица 2

#### Соотношение результатов цитологического и послеоперационного гистологического исследований

№	предварительный диагноз	заключение цитологического исследования	заключение гистологического исследования
1	фиброаденома	рассеянные протоковые клетки	фиброаденома
2	фиброаденома	единичные протоковые клетки в состоянии дистрофии	фиброаденома
3	фиброаденома	кровь	фиброаденома
4	фиброаденома	клетки протокового эпителия	листовидная фиброаденома
5	фиброаденома	клетки протокового эпителия	фиброаденома
6	фиброаденома	жир	фиброаденома
7	Susp.с-г молочной железы	единичные клетки протокового эпителия	с-г молочной железы
8	Susp.с-г молочной железы	жир, кровь	с-г молочной железы
9	Узловая мастопатия	протоковые клетки с признаками умеренной дисплазии	с-г молочной железы
10	Узловая мастопатия	клетки протокового эпителия	склерозирующий аденоз
11	Локализованная мастопатия	единичные клетки протокового эпителия	хронический мастит

Сонографические признаки фиброаденом характеризуются правильной формой (100%), четкими контурами (88%), преимущественно ровными краями (75%), гипозоногенной (88%) неоднородной (94%) внутренней структурой и отсутствием ускоренного (свыше 5 сантиметров в секунду) кровотока (88%). В маммографическом изображении непальпируемые фиброаденомы имеют преимущественно правильную форму (93%), четкие контуры (86%) и ровные края (64%).

Для кист при маммографии характерна правильная форма, четкие ровные контуры. Весьма типична и ультразвуковая картина кист: четкие ровные контуры, анэхогенное однородное содержимое. Значительную помощь в дифференциальной диагностике кист и фиброаденом оказывает метод УЗИ, так как с помощью маммографии отличить данные образования затруднительно.

Сонографически рак молочной железы во всех трех имеющихся наблюдениях

характеризовался неровными краями, гипоехогенной неоднородной структурой, в двух случаях отмечалось ускорение линейной скорости кровотока в области патологического образования. Маммография проводилась двум пациенткам, в обоих случаях заподозрен рак молочной железы (неровные нечеткие контуры). Следует отметить, что ни в одном из 3 случаев рака молочной железы не удалось получить предоперационную верификацию с помощью ТПАБ под контролем УЗИ.

У пациентки с листовидной фибroadеномой образование имело типичные для фибroadеномы ультразвуковые и рентгенологические признаки. Обращает внимание тот факт, что в анамнезе у этой больной была саркома тела матки T1N0M0 в 2009 году, что и побудило прибегнуть к секторальной резекции.

У больной с диагнозом “склерозирующий аденоз” при УЗИ образование имело нечеткие неровные контуры и неоднородную структуру с повышенным кровотоком до 28-30 сантиметров в секунду, при маммографии патологии найдено не было.

В случае с хроническим маститом жалоб больная не предъявляла. При УЗИ в правой молочной железе определялось гипоехогенное образование неправильной формы с неровными нечеткими контурами и неоднородной структурой, 15 миллиметров в диаметре без патологического кровотока. По данным маммографии в обеих молочных железах определялись множественные мелкие (0,5-1,0 сантиметра) округлые образования с ровными четкими контурами средней интенсивности. Рентгенологом было дано заключение “множественные кисты обеих молочных желез”. Заключительный диагноз удалось установить после секторальной резекции.

Из 27 обследованных пациенток с непальпируемыми опухолями информативный материал для цитологического исследования удалось получить у 14. Таким образом, ТПАБ непальпируемых опухолей молочной железы под контролем УЗИ позволяет в 51% случаев получить морфологическую верификацию, что необходимо для определения дальнейшей тактики ведения пациентки.

#### **Выводы**

1. Необходимо проводить ТПАБ всех непальпируемых опухолей молочной железы, выявляемых при маммографии и УЗИ.
2. В случае отсутствия клинических, рентгено-сонографических, а также морфологических данных за злокачественный процесс возможно динамическое наблюдение.
3. Секторальная резекция необходима при наличии маммографических и/или ультразвуковых признаков малигнизации вне зависимости от результатов цитологического заключения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Попова Т. Н. Тактика при непальпируемых доброкачественных новообразованиях молочных желез в амбулаторных условиях / Т.Н. Попова, Л.И. Артеменко // Рос. онкол. журн.-2007.-№4.- С. 37-39.
2. Рожкова Н. И. Высокие инвазивные технологии при комплексном клинико-рентгено-сонографическом обследовании молочной железы / Н.И. Рожкова, С.П. Прокопенко, Л.В. Якобс // Медицинская визуализация.-2000.-№2.- С. 34-37.
3. Рожкова Н.И. Состояние диагностической помощи при заболеваниях молочной железы в Российской Федерации в 2008 году / Н.И. Рожкова; под ред. Н.И. Рожковой. - М., 2009.- 138 с.
4. Сонография и маммография в диагностике рака молочной железы, развившегося на фоне доброкачественных пролиферативных изменений / М.А. Цесарский [и др.] // Бюл. Сибирской медицины.-2002.-№2.- С. 92-99.
5. Трофимова Е. Ю. Ультразвуковая диагностика рака молочной железы / Е.Ю. Трофимова // Рос. онкол. журн.-2002.-№2.- С. 50-54.
6. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов; под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.-М., 2009.- 215 с.
7. Course of mammographic technigue and atlas of mammography and ultrasound / R. Campi [et al.] // ECR.-Vienna, 1999.- P. 564.
8. Vizcaino R. Short-term follow-up results in 795 nonpalpable probably benign lesions

detected at screening mammography / R. Vizcaino, L.A. Gadea, D. Salas // Radiology. -2001.- Vol 219, №2.- P. 475-483.

9. Revisiting the mammographic follow-up of BI-RADS category 3 lesions / X. Varas [et al.] // AJR Am J Roentgenol. -2002.-Vol. 179, №3.- P. 691-695.

#### TREATMENT-DIAGNOSTIC TACTICS AT NON PALPABLE BREAST LESIONS

E.P. Kulicov, S.V. Juhanov, A.P. Zagadaev, E.L. Sashina

**In article results of inspection of 27 patients with non palpable breast leasons are presented. To all patients the fine needle aspiration biopsy (FNAB) non palpable breast lesions under control of ultrasonic with the subsequent cytologic research was spent. Operative treatment is spent to 11 patients (41 %), in 11 cases (41 %) dynamic supervision is recommended, to 5 patients (18 %) conservative therapy is appointed. The informative material for cytologic research is received at 14 patients. Thus in 51 % of cases it was possible to get morphological verification from non palpable breast lesions.**

**Key words:** breast cancer, non palpable tumor, punction, mammography, ultrasonic of breast.

Куликов Евгений Петрович: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсом лучевой диагностики ФПДО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, проректор по лечебной работе, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9.

Юханов Сергей Владимирович: заведующий амбулаторно-поликлиническим отделением ГУЗ Рязанского областного клинического онкологического диспансера, 390011, г. Рязань, ул. Спортивная, д. 13.

Загадаев Алексей Петрович: заочный аспирант кафедры онкологии с курсом лучевой диагностики ФПДО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, врач-онколог амбулаторно-поликлинического отделения ГУЗ Рязанского областного клинического онкологического диспансера, 390011, г. Рязань, ул. Спортивная, д. 13. e-mail: zagadaev.84.ru@mail.ru

Сашина Екатерина Львовна: к.м.н., ассистент кафедры онкологии с курсом лучевой диагностики ФПДО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, врач ультразвуковой диагностики отделения ультразвуковой диагностики ГУЗ Рязанского областного клинического онкологического диспансера, 390011, г. Рязань, ул. Спортивная, д. 13.