

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КИСТ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Андрющенко¹, А.А. Мысник², Л.В. Борсук³

Рассмотрены результаты обследования и лечения 43 женщин с солитарными простыми кистами, выявленными при ультразвуковом исследовании 2705 пациенток с различными заболеваниями молочных желёз. На основании анализа данных эхографии показана необходимость дифференциального подхода к лечению этого заболевания. Обосновываются показания к лечебно-диагностической пункции кистозных образований с одномоментным склерозированием полости 96% этиловым спиртом, что способствует уменьшению количества хирургических вмешательств. Сделан вывод о высокой диагностической ценности клиничко-эхографического обследования молочных желёз, позволяющего выбрать способ хирургического или пункционного лечения кист под контролем ультразвука.

ВВЕДЕНИЕ

По данным ВОЗ, каждый год в мире регистрируется более 650 тысяч новых случаев рака молочной железы (РМЖ), в странах СНГ - свыше 50 тысяч. Заболеваемость РМЖ в Украине за 2003 год составила 56 на 100 тыс. населения и продолжает оставаться самой высокой в структуре всей онкопатологии в нашей стране.

Актуальность проблемы заболеваемости молочной железы способствует выработке новых подходов к диагностике и лечению предраковых состояний. Появление инструментальных методов обследования женского населения обусловило значительное увеличение числа диагностированных очаговых образований молочных желёз и поставило задачу правильной интерпретации данных, полученных с их помощью. Известно, что хирургическая тактика основывается на дифференциальной диагностике доброкачественных заболеваний молочной железы и ранних форм рака [1]. Основной методикой исследования молочных желёз до настоящего времени остаётся бесконтрастная маммография, обладающая высокой диагностической ценностью и в большинстве случаев являющаяся достаточным основанием для постановки диагноза. Однако в последние десятилетия для диагностики различных заболеваний молочных желёз широко применяется ультразвуковое исследование (УЗИ). В связи с отсутствием лучевой нагрузки метод не имеет противопоказаний к использованию в любой возрастной группе, в том числе в период беременности и лактации [2]. Чувствительность УЗИ при ранних формах рака молочной железы превышает чувствительность маммографии у женщин в возрасте 30-39 лет (87,5% и 37,5% соответственно), одинакова в группе 40-49 лет (62,5%), уступает маммографии в возрасте 50-59 лет (56,2% и 76%) и почти одинакова после 60 лет. Несомненно, преимущество УЗИ-исследования при диагностике кист молочных желёз (достоверность 94-100%), при маммографии – около 60%.

Доброкачественные солидные образования и ранний рак молочных желёз подвергаются радикальному лечению по установленным

¹ Канд. мед. наук, доцент, Сумский государственный университет.

² Сумской областной клинический онкодиспансер.

³ Сумской областной клинический онкодиспансер.

стандартам. В то же время тактика лечения кист молочных желёз до настоящего времени остаётся предметом дискуссий. Возможно несколько подходов к решению этой проблемы: медикаментозная патогенетическая терапия, секторальная резекция, в отдельных случаях – мастэктомия, аспирационный метод. Наиболее распространённым способом лечения кист из перечисленных остаётся хирургическое вмешательство. В то же время многие отечественные и зарубежные авторы подчёркивают терапевтическую ценность пункций и аспирации содержимого кисты с различными способами склерозирования кистозной полости. Чрезмерное увлечение оперативным методом лечения приводит к зачастую необоснованному травмированию женщины, грубым косметическим дефектам и неоправданным материальным затратам. Современные медицинские технологии позволяют сочетать диагностические и лечебные процедуры, решать задачи лечения кист молочных желёз неоперативным путём [3-6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью нашей работы явилось практическое внедрение аспирационного метода лечения кист молочной железы и изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения .

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В поликлиническом отделении Сумского обласного диспансера в период с 2003 по 2004 год. нами проведено ультразвуковое исследование молочных желёз 2705 женщинам в возрасте от 18 до 69 лет. Алгоритм обследования женщин включал осмотр онкологом и гинекологом, маммографию в возрасте старше 35 лет, УЗИ молочных желёз с обязательным сканированием подмышечных, подключичных и надключичных лимфоузлов с двух сторон, пункционной биопсии при наличии узлового образования. Если характер очага в молочной железе оставался сомнительным, несмотря на проведенные диагностические мероприятия, прибегали к секторальной резекции с субоперационным гистологическим исследованием. Маммограф «Электроника» 1990 года выпуска технически устарел, в связи с чем качество рентгенограмм оказалось недостаточным. По этой причине УЗИ молочных желёз производилось всем женщинам после маммографии независимо от возраста и характера патологии. Эхографию производили на аппарате «НІТАСНІ ЕВВ- 405» датчиком 7,5 мГц в горизонтальном положении больной в первой фазе менструального цикла (7-14-й день). Пункция и опорожнение кист выполнялись под УЗ - экраном методом «свободной руки» 20 мл шприцем без дополнительных приспособлений для наведения иглы в зону интереса.

Кистозные образования молочных желёз по результатам УЗИ диагностированы у 245 женщин (9,05% от количества обследованных). Из них 131 (53,46%) - простые солитарные кисты, 81 (33,06%) – множественные, 33 (13,46%) - атипичные.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 43 случаях произведена пункция кисты с аспирацией содержимого и склерозированием полости 96% этиловым спиртом. Такому лечению подвергались исключительно простые солитарные кисты от 1,0 до 4,0 см в диаметре. Клинические признаки типичной пальпируемой кисты - это плотноэластической консистенции, правильной округлой формы с гладкой границей образование, подвижное, иногда болезненное. На сканограммах простые кисты визуализировались как округлые или овальные образования анэхогенной структуры с чётким контуром,

гомогенные, хорошо отграниченные от окружающих тканей, дающие симметричные «латеральные тени». Для кист характерно усиление ультразвуковой волны при прохождении задней стенки (эффект заднего усиления), изменение переднезаднего размера при надавливании УЗ-датчиком. Под контролем ультразвука содержимое образований аспирировали и подвергали срочному цитологическому исследованию. Полость кисты частично заполнялась 96% этиловым спиртом в объёме приблизительно равном 1/10 объёма эвакуированного аспирата. В последующем больным назначалась медикаментозная терапия в зависимости от формы мастопатии, возраста и характера сопутствующей патологии.

Ряд диагностических критериев служит противопоказанием для аспирационного лечения кистозных образований и является основанием для отбора больных на оперативное вмешательство. Эксцизия (секторальная резекция) кисты с интраоперационной гистодиагностикой проводится во всех случаях выявления внутрикистозных гиперэхогенных структур округлой или неправильной формы, пролиферации эпителия выстилки кисты и атипии клеток по данным цитологического исследования, рецидивов заболевания после проведенной аспирации и склерозирования, а также при вязком, инфицированном или геморрагическом содержимом кистозной полости. Пункция и аспирация не производились у женщин с поликистозом молочных желёз. Особой осторожности в выборе лечебной тактики требует наличие атипичных кистозных полостей, которые могут образоваться при распаде злокачественной опухоли. В этом случае на фоне новообразования наблюдаются гидрофильные участки, напоминающие кисту неправильной формы по типу многокамерной. Наличие деструкции окружающей ткани помогает дифференцировать рак от кисты. Многокамерные, длительно существующие кисты с перифокальным воспалением и (или) инфицированным содержимым, неравномерным утолщением стенки до 0,5-0,8 см нами подвергались хирургическому лечению в объёме секторальной резекции в связи с вероятностью недиагностированной малигнизации. В то же время многие авторы сообщают об успешном аспирационном лечении у этой группы пациенток.

Чувствительность УЗИ молочных желёз при выявлении кист приближается к 100%. Информативность цитологического материала повышается до 85% при пункции под контролем УЗИ. При цитологическом исследовании пунктатов 43 больных, которым было произведено одномоментное склерозирование кист, предраковая пролиферация эпителия обнаружена не была. Динамическое наблюдение больных через 1-1,5 месяца после лечебно-диагностической пункции показало, что лечебный эффект достигнут во всех случаях. Кисты от 3,0 до 4,0 см в диаметре полностью не подвергаются склерозированию. В таких ситуациях требовалась дополнительная пункция. При дальнейшем наблюдении указанной группы больных в течение 2 лет склерозирующая терапия не понадобилась. УЗИ-контроль состояния молочных желёз после склеротерапии кист мы считаем обязательным через 1,5, 3 и 6 месяцев после аспирации не только для оценки результатов лечения, но и по соображениям онкологической настороженности. В нашей практике случаев развития рака из пролеченной кисты не отмечено. За указанный период времени рецидивов кист не выявлено.

ВЫВОДЫ

1 Клинико-эхографическое обследование больных очаговыми образованиями молочных желёз с пункционной биопсией под УЗ-

датчиком позволяет проводить дифференциальную диагностику кист практически в 100% случаев.

2. Лечебно-диагностическая пункция кисты молочной железы с одномоментным склерозированием полости 96% этиловым спиртом, выполненная с учётом противопоказаний, является эффективной и безопасной альтернативой оперативному лечению.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Применение современных технологий в диагностике и лечении кист молочной железы позволит не только проводить лечение амбулаторно, но и добиться хороших эстетических результатов лечения.

SUMMARY

Results of inspection and treatment of 43 women with simple solitary cysts 2705 patients revealed at ultrasonic research with various diseases of breast are considered. On the basis of the analysis of echography necessity of the differential approach to treatment of this disease is shown. It is drawn a conclusion of high diagnostic value echography inspections of breast, allowing to choose a way of surgical or puncture treatment of cysts under the control of ultrasound.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зотов А.С., Белик Е.О., Чешук В.Е. Мастопатия и рак молочной железы. – Киев, 2002.
2. Зоннерланд Г.М. Ультразвуковое исследование молочной железы // Маммология. - 1995. - №1. – С. 12-21.
3. Прокопенко С.П. Инвазивная рентгенодиагностика в диагностике и лечении доброкачественных заболеваний молочной железы // Вопросы онкологии. - 2000. - Т.46, №6. – С. 693-698.
4. Ветшев П.С., Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г. Диагностика и лечение кист молочных желёз // Хирургия. – 1998. -№ 7. – С. 7-11.
5. Островская И.Н., Ефимова О.Ю. Пневмокистография // Советская медицина. – 1987. - № 2. – С. 32-35.
6. Линденбратен Л.Д., Щерогцова И.Г. Лечебно-диагностический комплекс при крупных кистах молочных желёз // Медицинская радиология. - 1982. - Т.27, №4. –С. 36-41.

Поступила в редакцию 31 января 2007 г.

**ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ
ЗАЛЕЖНО ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ БУДОВИ ТІЛА У СІЛЬСЬКИХ ДІТЕЙ
ШКІЛЬНОГО ВІКУ РІЗНОЇ СТАТІ МЕТОДОМ ПОКРОКОВОГО
ДИСКРИМІНАНТНОГО АНАЛІЗУ**

Т.Л. Процюк¹

Розроблені на основі покрокового дискримінантного аналізу математичні моделі дозволяють з високим ступенем вірогідності передбачити ризик виникнення бронхіальної астми у сільських дітей за допомогою антропометричних показників.

ВСТУП

Бронхіальна астма посідає одне із провідних місць серед алергічних захворювань органів дихання. Зростання її частоти серед дитячого населення, ранній початок, тяжкість перебігу пояснюють зацікавлення проблемою вікової еволюції бронхіальної астми, взаємозв'язку «дитячої» і «дорослої» астми. Близько 4,8 млн маленьких пацієнтів страждають на це захворювання і щороку мають більше 100 млн днів обмеженої активності. Саме серед дітей та підлітків зберігаються високі показники госпіталізації та смертності. Тому питання ранньої діагностики, профілактики, ефективності лікування та підвищення якості життя хворих бронхіальною астмою є актуальними для більшості країн світу, у тому числі і для України [Чучалин А.Г., Черняк Б.А., 1998; Недельська С.М. і співавт., 2002]. Питанням прогнозування розвитку бронхіальної астми присвячені поодинокі публікації у вітчизняній та зарубіжній літературі. Також у літературі є дані про конституціональну обумовленість бронхіальної астми. Конституціональний підхід відіграє суттєву роль при вивченні особливостей біологічної організації людини. Значну роль відіграють виявлені біохімічні, морфологічні маркери спадкової схильності на доклінічному етапі захворювання або порушення та відхилення у темпах нормального онтогенезу, які розглядаються як фактори ризику та передвісники деяких захворювань. Серед морфофункціональних показників що визначають тип конституції у дітей пре- та пубертатного етапів онтогенезу провідна роль належить масі тіла, розмірам грудної клітки, жировому та кістковому компонентам, периметрам усіх частин тіла. Важливість отриманих даних для виявлення дітей, схильних до розвитку бронхіальної астми, змушує до пошуку критеріїв формування груп підвищеного ризику розвитку захворювання з метою проведення первинної специфічної профілактики.

Метою дослідження є розроблення на основі покрокового дискримінантного аналізу математичних моделей, які б дозволили з високим ступенем вірогідності передбачити ризик виникнення бронхіальної астми у сільських дітей молодшого шкільного віку, за допомогою доступних у практичній медицині антропометричних показників та особливостей будови тіла.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно з метою дослідження було обстежено 195 сільських дітей віком від 7-12 років, що проживають на території Подільського регіону. Основну групу склали 115 хворих на бронхіальну астму дітей. Серед них

¹ Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова