

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ УЗЛОВЫХ МАСТОПАТИЙ

Головко Т.С., Скляр С.Ю., Крахмалева А.С., Францевич К.А., Крахмалева Л.П.
*Национальный институт рака,
г. Киев, Украина*

Синдром узлового образования в грудной железе (ГЖ) — основной клинический признак, пальпируемое уплотнение, с жалобой на которое пациентки чаще всего обращаются в специализированное учреждение. Известно, что чаще всего при пальпируемом узловом образовании диагностируют фиброаденомы (18%), кисты (24,4%), локальную мастопатию (16,5%), липомы (9%), которые относятся к доброкачественным заболеваниям [1]. Наиболее часто выявляемыми злокачественными заболеваниями ГЖ являются различные формы рака, уровень заболеваемости которым за последние 20 лет вырос в Украине в 2,5 раза [2, 3].

Проблема диагностики рака грудной железы (РГЖ) — актуальна. Поэтому вполне обосновано требование онкологической настороженности и повышения знания врачей в данной области. Формированию этих знаний и их популяризации для улучшения качества дифференциальной диагностики заболеваний ГЖ посвящена данная статья.

Материалы и методы исследования

Мы ретроспективно проанализировали архив обследований пациентов в возрасте от 10 до 85 лет, обратившихся в Национальный институт рака с подозрением на объемные образования ГЖ за период с 2000 по 2011 год. Женщинам в возрасте менее 40 лет в первую очередь проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) линейным датчиком с частотой 10-5 МГц и 14-6 МГц, которое в случаях необходимости дополнялось рентгенологическим — маммография в двух стандартных проекциях. Женщинам в возрасте свыше 40 лет проводились как рентгенологическое, так и ультразвуковое исследование.

При неясных ситуациях выполнялись дополнительные маммографические (ММГ) укладки и прицельные снимки с увеличением. Ультразвуковое исследование в В-режиме дополнялось цветным (ЦДК) и энергетическим (ЭДК) доплеровским картированием. В этих же случаях в последние 4 года нами был применен новый метод "визуальной пальпации" — эластография [4].

Соноэластографический модуль позволяет проводить оценку тканевой эластичности в режиме реального времени при помощи мягкого давления, осуществляемого стандартным ультразвуковым датчиком.

Всем больным с подозрением на злокачественные новообразования ГЖ проводилась пункционная биопсия. Пациенты, у которых при цитологическом исследовании была выявлена высокая степень пролиферации ткани ГЖ были прооперированы, а их диагноз верифицирован гистологически. При отсутствии признаков пролиферации, определяемых цитологическим методом или трепан-биопсией, больные наблюдались в динамике. Из всего количества обследованных была выделена группа пациенток с редкими (встречающимися реже 1%) заболеваниями ГЖ. Были проанализированы особенности лучевой диагностики этих заболеваний.

Результаты

Группу наблюдения редких заболеваний ГЖ с клиническим синдромом узловых мастопатий составили заболевания опухолевой природы: доброкачественного происхождения — листовидные опухоли и пограничные листовидные опухоли с явлениями резко выраженной дисплазии окружающих тканей. Редкими опухолями злокачественного происхождения были саркомы грудной железы, лимфомы, метастазы других злокачественных опухолей в ГЖ. В ряде случаев мы наблюдали рак ГЖ у мужчин.

Редкими заболеваниями грудной железы неопухолевой природы с клиническим синдромом узловых мастопатий были: плазмодитарный мастит, паразитарные кисты, туберкулез, инородные тела в ГЖ, сифилис, абсцесс и воспалительный процесс ГЖ.

Листовидная опухоль истинное фиброэпителиальное новообразование, включающее эпителиальный и стромальный компоненты. В литературе насчитывают около 30 названий этой опухоли (гигантская фиброаденома, фибросаркома, филоидная фиброаденома и пр.). Диагностируют листовидную опухоль в любом возрасте, чаще до 40 лет. Заболевание встречается до 5% среди всех опухолей ГЖ. Клинически образование представляет собой быстрорастущий узел, хорошо отграниченный от окружающих тканей, нередко имеющий дольчатое строение со щелевидными или кистозными полостями. Мы наблюдали листовидные опухоли размерами от 0,5 до 25 см.

На основании гистологического исследования выделяют 3 группы так называемой "зрелости ткани" листовидной опухоли. Для доброкачественной

листовидної опухолі характерна чіткість границь, виражена капсула, мінімальна епітеліальна атипія кліток стромы, відсутність митозів, рівномірне розподілення жезел і стромы, відсутність інфільтрації оточуючих тканин.

Для пограничної листовидної опухолі характерна нечіткість контурів, умерена атипія стромы, наявність митозів до 10 в десяти полях зрення, визначена початкова інвазія в оточуючу тканину. Відокремлені частини опухолі можуть бути розсінені як фібросаркоми низької ступеня злоякісності.

Для злоякісної листовидної опухолі характерна виражена атипія стромальних кліток з обилием митозів (більше 10 на десять полів зрення), наявність інфільтрації оточуючих тканин, характерно переобладання стромы над жезелистою тканиною, часто зустрічаються частини гетерогенних сарком інфільтративного росту.

Рентгенологічно листовидна опухоль при невеликих розмірах неотличима від простої фібroadеномы, так як на ранніх стадіях свого розвитку по своїй гістоархітектоніці близька до неї. При розмірах більше трьох сантиметрів вона відрізняється неоднорідністю структури, контури оточують чіткими, рівними, але поліциклічними, що створює враження декількох вузлів, часто спостерігається симптом гіперваскуляризації, можливо включення в структуру дрібної кістки. При УЗІ сонографічна картина відповідає морфологічному субстрату і представляє собою ділянку гіпоехогенної неоднорідної структури нерідко з наявністю порожнин у вигляді анехогенних зон.

Озлоякішлення листовидної фібroadеномы рентгенологічно може обумовити нечіткість контурів опухолі, патологічну перебудову оточуючої тканини у вигляді появи тяжистості по периферії утворення за рахунок обилия і підвищення судин і злоякісної перебудови з'єднаної тканини. Сонографічно в цих випадках визначається утворення неоднорідної гіпоехогенності з нечіткими контурами. Ми вважаємо, що поява ознак малигнізації краще відслідковується при доплеросонографії, що може бути об'яснено за рахунок посилення кровотоку.

Прикладом власного досвіду авторів може бути наступне спостереження.

Пациєнтка С., 1981 г.р. звернулася з скаргами на наявність утворення в лівій грудній жезелі, яке в теченні місяця збільшилося в 2 рази. Клінічно в лівій грудній жезелі в верхньо-зовнішньому квадранті визначалося округлої форми утворення з гладкими контурами, середньої щільності. При ультразвуковому дослідженні лоцировалась солідна овальна опухоль з чіткими рівними контурами, гомогенна з міжвузловим типом васкуляризації (рис. 1).

Рентгенологічно (рис. 2 а, б) в лівій грудній жезелі визначалося багатовузлове інтенсивне утворення з рівними чіткими контурами однорідне, розмір до 3,5 см, при цьому оточуючі тканини були незмінені.

Характерним клінічним прикладом є також історія хвороби пацієнтки Р., 1992 г.р., ко-

торя звернулася в Національний інститут рака зі скаргами на збільшення більше, ніж в 2 рази правої грудної жезели. Розміри жезели збільшувалися протягом 1,5 років. При УЗІ визначалися гіпоехогенні вузли різної форми, достатньо однорідні, анехогенні зони розпаду і судинних сигналів лоцировано не було (рис. 3). При рентгенологічному дослідженні (рис. 4) все поле зрення займав опухольовий вузол, розміри якого перевищували 12 см.

Діагноз листовидної опухолі грудної жезели поставити тільки клінічно не представляється можливим, утвердження "знаємо, коли розрідимо" в даному випадку недопустимо і може завдати шкоди пацієнту. Для планування адекватного протипухольового лікування необхідно проводити диференціальну діагностику з фібroadеномой, саркомою і раком грудної жезели.

Саркома — неепітеліальна злоякісна опухоль, яка зустрічається в 0,6-4,0% всіх випадків новоутворень ГЖ. Морфологічно відрізняються ліпосаркома, ангиосаркома, фібросаркома, хондростеоїдну саркому, ретикулоклітинну саркому, стромальну саркому Берга і др. Клінічна картина при саркомах грудної жезели залежить від її гістологічного будови. В цілому ці опухолі характеризуються досить повільним ростом. Період від перших ознак хвороби до встановлення діагнозу і оперативного лікування іноді складає від 1 місяця до 30 років. В силу свого переважно експансивного росту до моменту виявлення опухольові вузли досягають великих розмірів (іноді більше 10 см). Клінічно, як правило, в ГЖ визначаються безболісні опухолі з досить чіткими, місцями бугристими контурами. Для мезинхімальних сарком часто характерні ознаки запалення шкіри над опухолью або оточуючих тканин. Довгий час ростуть саркоми ГЖ ведуть себе як прості фібroadеномы або листовидні опухолі (не інфільтрують і не фіксують шкіру, не змінюють сосок і ареолу), але при досягненні великих розмірів в 50% випадків спостерігається спаєність опухольового вузла з шкірою, а також розширення кожної венозної мережі.

Характерною особливістю сарком є гематогенне метастазування, лімфатичні вузли, як правило, не уражаються: частіше всього спостерігається місцеве рецидивування, при прогресуванні уражаються легкі і кістки. Прогноз захворювання залежить від поширення опухолі, ступеня її диференціювання. Рентгенологічна картина при саркомах досить типична: візуалізується утворення округлої або овальної форми з досить чіткими, нерідко бугристими контурами, однорідної структури. Однак в залежності від гістологічного будови можуть спостерігатися різні варіанти. Так при остеогенній саркомі можуть відзначатися ділянки осифікації або кістоподібні порожнини навколо опухолі, при УЗІ нерідко фіксується симптом гіперваскуляризації. Диференціальну діагностику необхідно проводити з листовидною опухолью, фібroadеномой і раком ГЖ.

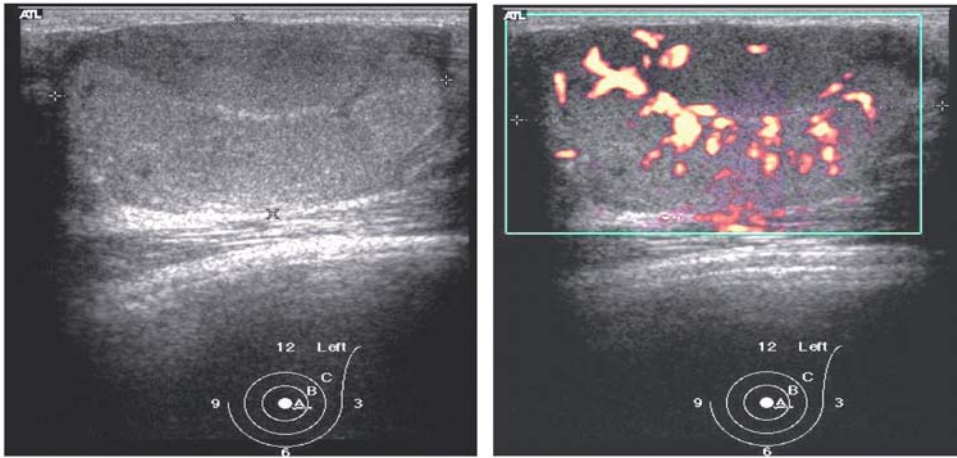


Рис. 1. Эхограмма листовидной опухоли левой грудной железы пациентки С., 1981 г.р.

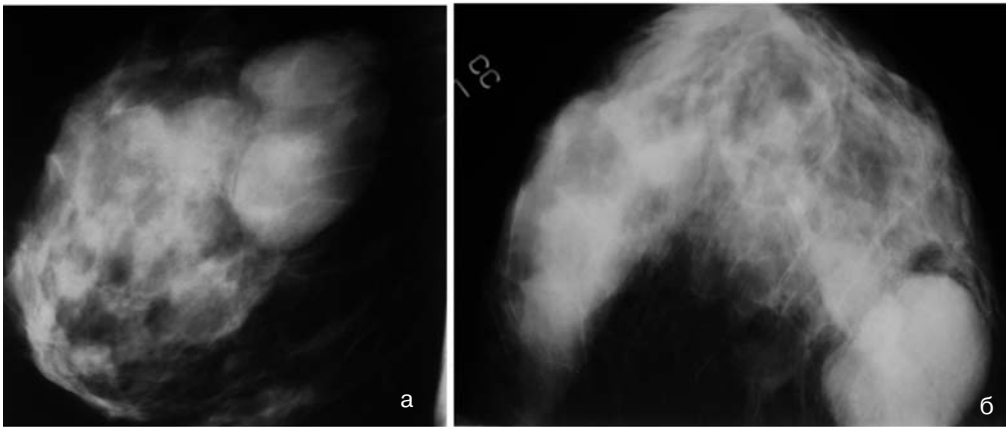


Рис. 2 а, б. Рентгенограммы листовидной фибroadеномы левой грудной железы пациентки С., 1981 г.р

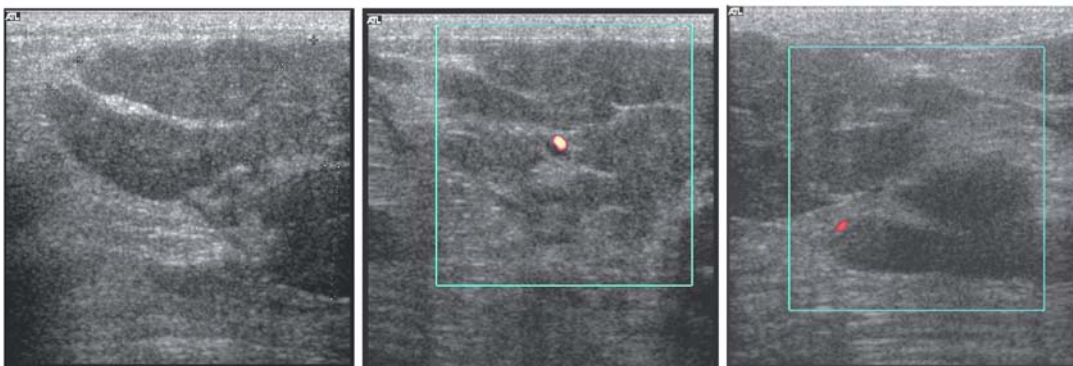


Рис. 3. Эхограмма листовидной опухоли правой грудной железы пациентки Р., 1992 г.р.

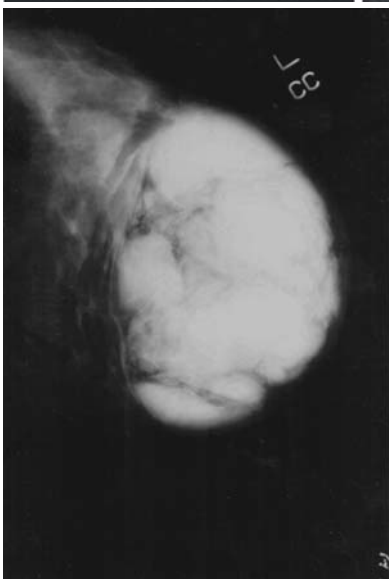


Рис. 4. Рентгенограммы листовидной опухоли правой ГЖ пациентки Р., 1992 г.р

Клиническим примером может быть следующий случай.

Пациентка Н., 1967 г.р. обратилась с жалобами на стремительное увеличение размеров и повышение плотности правой грудной железы. Клинически было выявлено значительное ассиметричное увеличение правой грудной железы, при пальпации на всем протяжении определялось диффузное уплотнение ткани железы, кожа была интактна. Увеличения лимфатических узлов в правой аксиллярной зоне отмечено не было.

На эхограмме визуализировалось солидное с четкими ровными контурами образование округлой формы, достаточно гомогенное, в режиме ЦДК определялось повышение васкуляризации образования и усиление кровотока вокруг него (рис. 5).

На маммограммах (рис. 6) — центрально под соском, занимая половину объема левой грудной железы, определялось округлое, однородное,

интенсивное образование с чёткими относительно ровными контурами, размерами до 8 см, было отмечено усиление фиброзного рисунка по периферии опухоли. Окружающие ткани компримированы.

Фиброзная гистицитома (дерматофибросаркома) развивается в коже грудных желез и инфильтрирует подлежащие ткани. Заболевание преимущественно доброкачественное, но встречаются случаи озлокачествления опухоли. Доброкачественная форма фиброзной гистицитомы мало инфильтрирует кожу, при злокачественной форме инфильтрация подлежащих тканей более выраже-

ческое исследование позволяет проследить глубину поражения подлежащих тканей и планировать объем хирургического иссечения (в пределах здоровых тканей).

Клиническим примером может быть следующий случай:

Пациентка Д., 1957 г.р. обратилась в Национальный институт рака с жалобами на новообразование на коже правой грудной железы. Клинически на поверхности правой грудной железы на границе наружных квадрантов на коже ближе к соску определялось образование дольчатой структуры, располагающееся на ножке. При принятии реше-

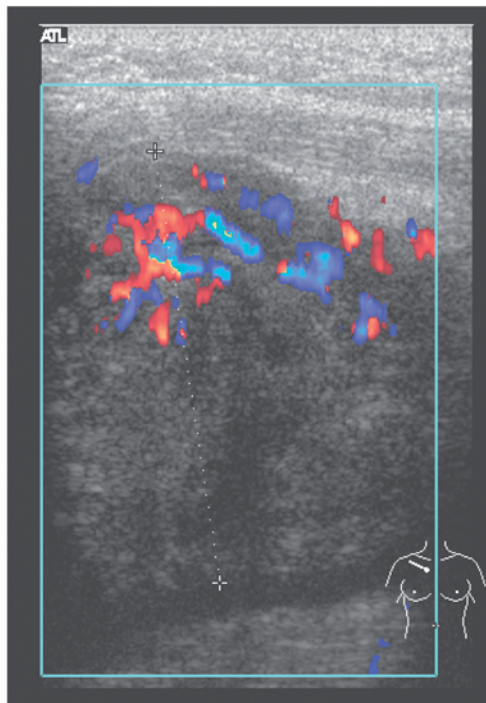
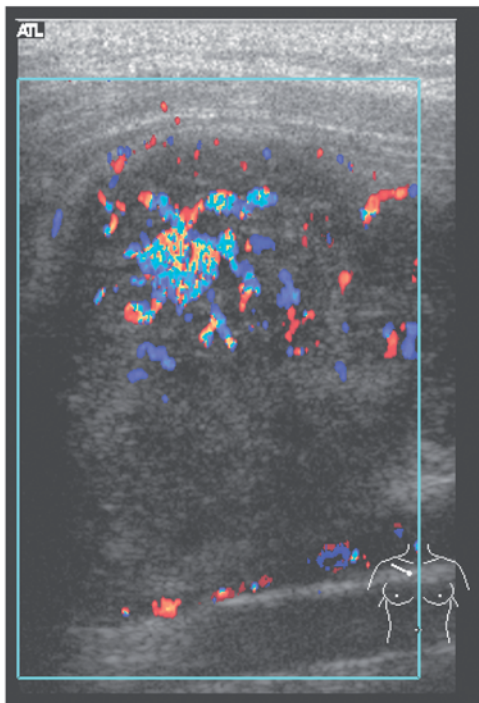


Рис. 5. Эхограмма с ЦДК саркомы правой грудной железы пациентки Н., 1967 г.р.

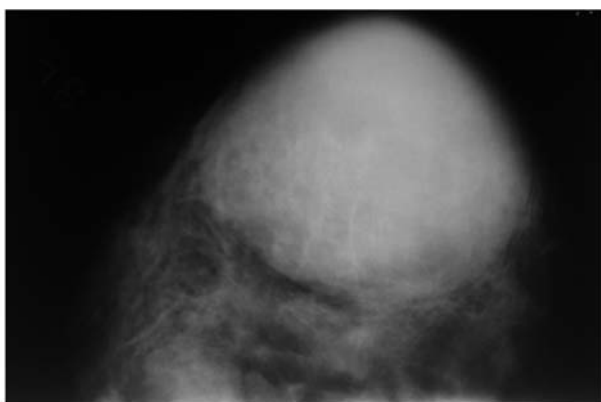


Рис. 6. Рентгенограмма саркомы правой грудной железы пациентки Н., 1967 г.р.

на. Степень злокачественности оценивается по числу митозов: при доброкачественном течении их нет, при злокачественных — отмечается большое количество.

Пигментный невус грудной железы образуется из дериватов кожи и может иметь местно отграниченный или инфильтративный рост. Рентгенологи-

ния о варианте лечения пациентке была назначена маммография для выяснения глубины и обширности изменений под данным образованием.

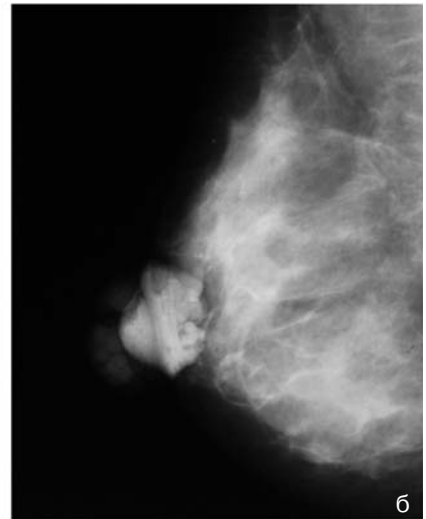
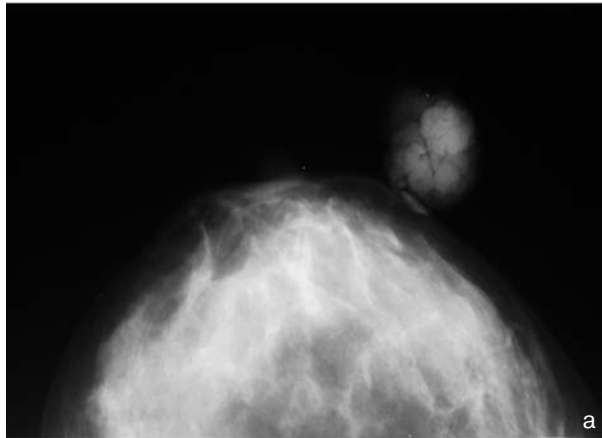
Рентгенологически (рис. 7 а, б) в правой грудной железе определялись явления диффузного фиброаденоматоза. Образование инфильтрировало только кожу не распространяясь на ниже лежащие ткани.

Таким образом, комплексное клинико-рентгенологическое и ультразвуковое исследование в В-режиме с цветным (ЦДК) и энергетическим (ЭДК) доплеровским картированием может дать достоверную информацию при выявлении новообразования ГЖ. Обязательным также является дооперационное цитологическое или морфологическое исследование ткани опухоли.

Рак грудной железы у мужчин редкое заболевание, составляет 0,9-1,7% от общего числа больных раком этой локализации, чаще встречается у лиц старшей возрастной группы (после 60 лет). Для рака ГЖ у мужчин характерна односторонняя локализация. Клинически выявляют опухолевидное образование деревянистой плотности с чёткими контурами, часто связанное с соском. Опухоль быстро прорастает кожу и грудную стенку, рано метаста-

Рис. 7(а, б).

Рентгенограммы невуса кожи правой ГЖ пациентки Д., 1957 г.р. Пациентке было проведено хирургическое лечение.



зирует. Прогностически рак ГЖ у мужчин менее благоприятен чем у женщин. Показатели общей 5-летней и 10-летней выживаемости составляют по данным литературы 66 и 52% соответственно.

Рентгенкартина чаще неспецифическая поскольку контуры опухоли ровные. Звёздчатая форма встречается лишь в 10% случаев, микрокальцинаты — в 30% случаев. Гистологические разновидности РГЖ у мужчин такие же, как у женщин. Для выявления опухоли целесообразно использование комплекса диагностических методов, включающего клинический, рентгенологический и сонографический. Обязательным является проведение пункционной или трепан-биопсии. Дифференциальную диагностику следует проводить с липомами, атеромами, гранулёмами, инородными телами и др.

Клиническим примером может быть следующий случай.

Пациент Р., 1954 г.р. обратился в поликлинику Национального института рака с жалобами на уплотнение в области левого соска. При клиническом осмотре было выявлено образование, расположенное под ареолой, округлой формы с бугристыми контурами, плотной консистенции, неподвижное по отношению к коже ареолы.

Эхографически в левой ГЖ определялось анэхогенное с четкими неровными контурами образование неоднородной структуры за счет плотных вегетаций внутри (рис. 8), в режиме ЦДК слабоваскуляризованное. При обследовании на маммограммах (рис. 9 а,б,в) в левой ГЖ, под соском определялась, интенсивная, неоднородная тень с нечёткими неровными контурами, отмечался симптом гипervasкуляризации. При проведении прицельных снимков с увеличением в прямой проекции определялась группа точечных микрокальцинатов.

Клинико-рентгенсонографически был поставлен диагноз РГЖ у мужчины, который был верифицирован цитологическим методом. Проведено противоопухолевое комбинированное радикальное лечение.

Лимфома — это злокачественная опухоль лимфоидной ткани, которая подобно солидным опухо-

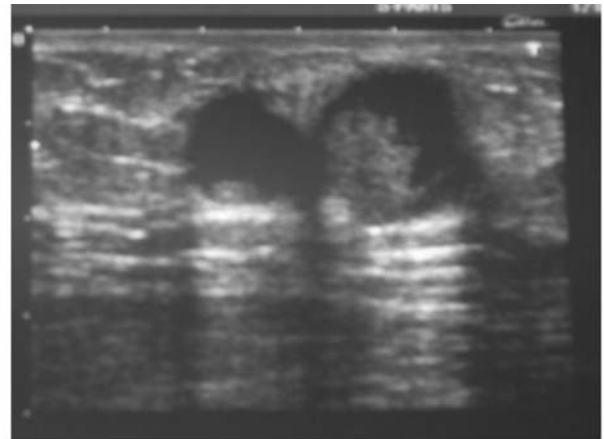


Рис. 8. Эхограмма рака грудной железы у мужчины, пациент Р., 1954 г.р.

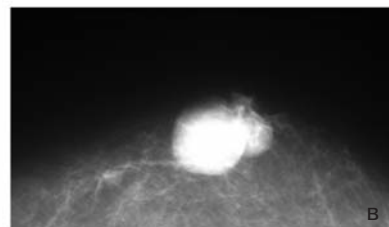
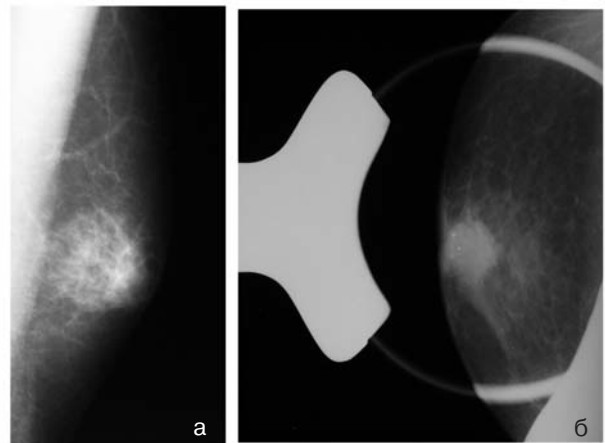


Рис. 9. Рентгенограммы рака грудной железы у мужчины, пациент Р., 1954 г.р. (а — косая проекция, б — прицельный снимок, в — прямая проекция).

лям имеет первичный опухолевый очаг. Частота лимфом среди злокачественных образований грудных желез составляет 0,1-0,17%.

Для этого вида опухоли характерно не только регионарное метастазирование, но и диссеминация по всему организму одновременно с формированием состояния, напоминающего лимфоидные лейкозы. Лимфома является системным заболеванием и требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Несмотря на многообразие клинических проявлений для лимфом характерным является быстрое прогрессирование болезни и неблагоприятный прогноз. В 40% случаев изменения в ГЖ сопровождается признаками воспаления. У 50% больных с клиническими проявлениями болезни определяются пораженные аксиллярные лимфатические узлы (от единичных до конгломератов).

Рентгенологические признаки лимфом разнообразны в зависимости от локализации и распространения в ГЖ. Узловые образования чаще правильной округлой формы с ровными, а порой — с тяжистыми контурами, иногда имеют дольчатое строение с нечёткими очертаниями. В ряде случаев отмечается уплотнение ткани поражённой ГЖ с локализацией от одного квадранта до изменения всей железы. Степень злокачественности лимфом определяется при гистологическом и иммуногистохимическом исследовании опухоли.

Клиническим примером лимфомы ГЖ может быть следующий случай.

Пациентка П., 1973 г.р. обратилась в Национальный институт рака с жалобами на ухудшение общего состояния здоровья: отмечалась постоянная слабость, повышение температуры тела по вечерам до субфебрильных цифр. Одновременно с этим она отметила появление плотности в верхне-наружном квадранте правой грудной железы. При клиническом осмотре было выявлено ассиметричное узловое образование в области верхне-наружного квадранта правой ГЖ, контуры его были бугристыми, консистенция неоднородная. Кожные покровы над опухолью были не изменены.

При УЗ обследовании на эхограмме определялось гипоэхогенное с нечеткими ровными контурами образование (рис. 10). Характерным для него были округлые, гипоэхогенные контуры, при обследовании аксиллярной зоны на стороне поражения лоцировались сливающиеся в единые конгломераты пораженные лимфатические узлы (рис. 11). При УЗИ с использованием ЦДК — фиксировалась умеренная васкуляризация очага поражения.

При рентгенологическом обследовании на маммограмме (рис. 12) определялось неоднородное интенсивное образование в верхне-наружном квадранте правой грудной железы. Контуры его были не ровными и не чёткими. Размер составлял

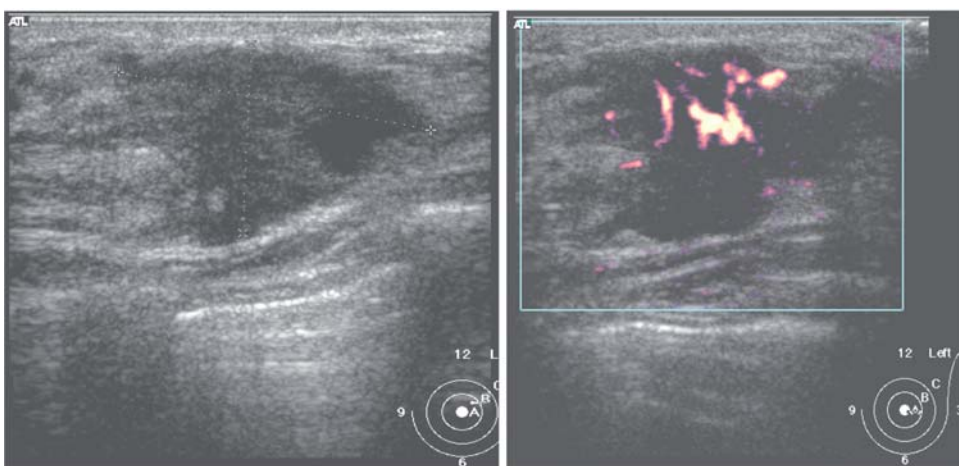


Рис. 10. Эхограмма с ЭДК лимфомы правой грудной железы пациентки П., 1973 г.р

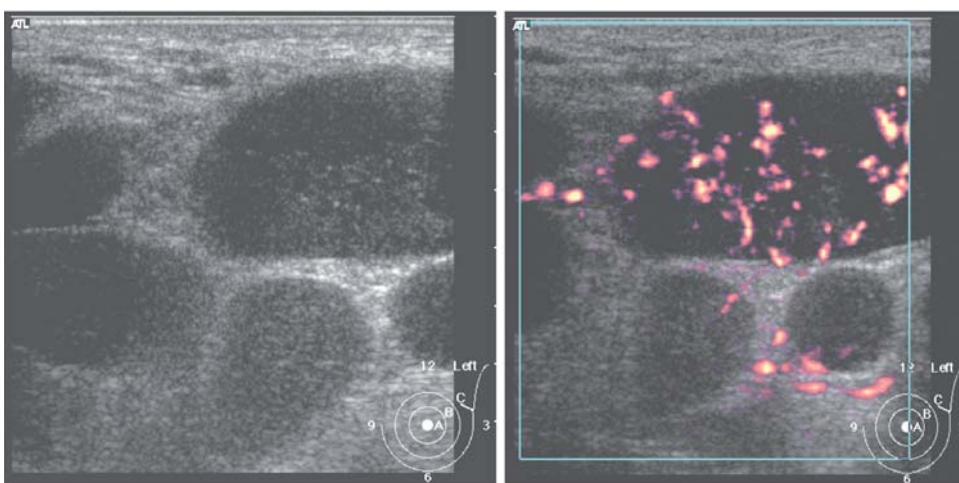


Рис. 11. Эхограмма с ЭДК конгломератов лимфатических узлов правой ГЖ пациентки П., 1973 г.р.

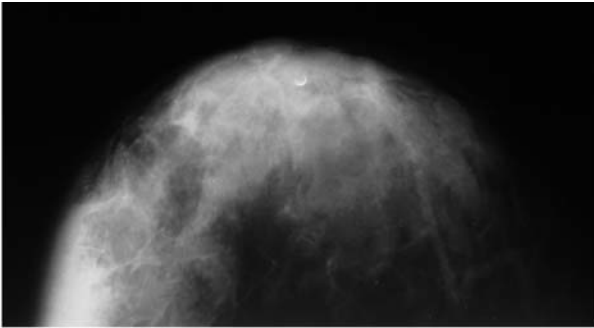


Рис. 12. Рентгенограмма лимфомы правой грудной железы пациентки П., 1973 г.р.

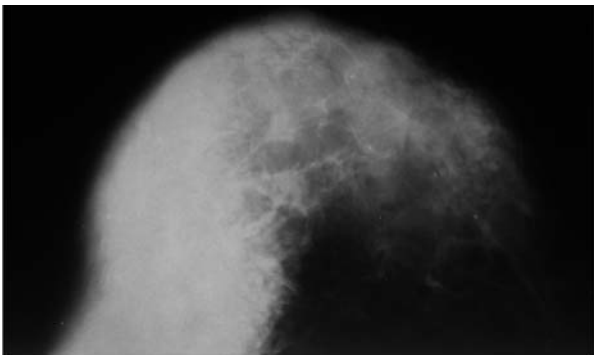


Рис. 13. Рентгенограмма лимфомы правой грудной железы пациентки П., 1973 г.р. через 2,5 года (контрольное исследование)

3,5 см., был зафиксирован симптом гиперваскуляризации.

На протяжении 2,5 лет после установления гистологического и иммуногистохимического диагноза, пациентка получала комплексное лечение по поводу лимфомы правой грудной железы. Однако динамика была отрицательной — при контрольном рентгенологическом исследовании отмечалось нарастание интенсивности и увеличение в размерах до 5 см затемнения в правой грудной железе (рис. 13).

Редкость и разнообразие клинико-рентгенографических проявлений лимфом обуславливают трудности их дифференциальной диагностики, решить которые возможно только на основании комп-

лекса методов с обязательным использованием иммуногистохимического диагноза.

Данные литературы свидетельствуют, о том, что метастазы злокачественных опухолей в грудную железу встречаются крайне редко, чаще всего это происходит вследствие гематогенного распространения злокачественно трансформированной ткани яичников и меланомы. В большинстве случаев, морфоструктура опухолевого образования обнаруживаемого в ГЖ соответствует гистологической картине первичной опухоли.

При рентгенологическом обследовании, как правило, определяются единичные или множественные округлые образования с довольно чёткими, ровными контурами. Наличие косвенных симптомов — расширение диаметра сосудов, гиперваскуляризация, усиление структуры ткани вокруг образования — в большинстве случаев отсутствуют.

Клиническим примером метастатического поражения ГЖ может быть следующий случай.

Пациентка М., 1975 г.р., обратилась с жалобами на наличие множественных уплотнений в обеих грудных железах, проявившихся на протяжении последних 2-3 месяцев. При клиническом осмотре определялось наличие в обеих ГЖ множественных округлых образований, деревянистой плотности с чёткими ровными контурами. При клиническом осмотре из анамнеза выяснено, что полгода назад пациентке была удалена злокачественная меланома кожи волосистой части головы.

При рентгенологическом обследовании (рис. 14 а, б, в) в обеих грудных железах определялись однородные диффузно-множественные округлые образования с чёткими ровными контурами, размерами от 0,5 до 2,0 см в диаметре.

Диагноз был верифицирован после удаления узловых образований в грудных железах, поскольку пункционная биопсия при данной злокачественной нозологической форме не целесообразна и может привести к диссеминации основного процесса.

Одним из редко встречающихся заболеваний ГЖ является плазмоцитарный (перидукальный) мастит. Морфологически понятие плазмоцитарный мастит связывается с эктазией крупных протоков грудной железы при наличии перидукального мастита.

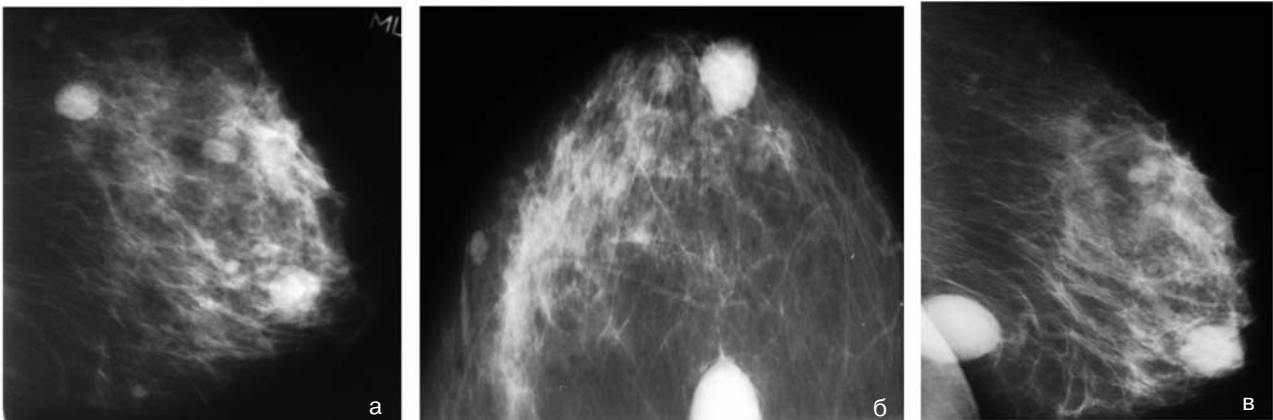


Рис. 14 а, б, в. Рентгенограммы метастазов меланомы в обе грудные железы пациентки Н., 1967 г.р.

Клиническое течение эктазии крупных протоков вариабельно: болезнь может внезапно появиться и в течении нескольких дней исчезнуть. Но обычно она длится несколько лет. Процесс, как правило, односторонний. Поскольку страдают крупные протоки, узел располагается обычно вблизи соска или ареолы. Уплотненный участок сначала небольшой, но имеет тенденцию к увеличению. При этом впечатления от пальпации ГЖ, как правило, заставляют предполагать наличие злокачественного образования. При надавливании на область ареолы из соска могут появляться выделения различной плотности и цвета. Не более чем в 10% случаев, определяются увеличенные регионарные лимфатические узлы (ЛУ). [5]

При маммографии определяются образование неравномерной плотности с кистовидно расширенными полостями, нередко эти полости имеют вид конусов, вершиной направленных к соску. Могут быть видны кальцификаты неправильной формы [6]. При УЗИ (рис. 15, 16) можно наблюдать субареолярное расширение млечных протоков или перестройку структуры ГЖ, когда плохо визуализируется связочный аппарат и не дифференцируется железистая и жировая ткани.

Наиболее часто высказывается мнение, что плазмодитарный мастит не имеет специфических лучевых признаков ни при маммографии, ни при УЗИ, а только клиническим исследованием исключить РГЖ не представляется возможным [7]. Цитологическое исследование выделений из соска при их наличии определяет белковую бесструктурную массу, иногда с каплями жира и тельцами типа молозивных. Содержание клеточных элементов зависит от степени выраженности сопутствующих воспалительных проявлений. Обычно преобладают лимфоциты, плазмодциты и макрофаги. Основой диагностики плазмодитарного мастита является морфологическое исследование. Клиническим примером собственного опыта авторов может быть следующее наблюдение.

Пациентка Д., 36 лет обратилась в поликлинику Национального института рака с жалобами на уплотнение в правой грудной железе и периодическое (на протяжении двух лет) появления в ней болезненности. Клинически в верхнем наружном квадрате было определено уплотнение без четких контуров и границ, спаянное с окружающими тканями, выделения из соска отсутствовали. Маммографическая картина была сходна с маститом и специфичностью не отличалась. При УЗ исследовании (рис. 17) определяемое уплотнение эхографически не выделялось из окружающих тканей, расширения галактофор зарегистрировано не было, изменений кровотока вокруг образования выявлено не было, что несколько не соответствовало данным имеющейся литературы, описывающим признаки плазмодитарного мастита при лучевой диагностике [8].

Регионарные лимфатические узлы при аксиллографии и УЗИ не визуализировались. При цитологическом исследовании также не было выявлено характерных признаков. Была проведена секторальная резекция ГЖ со срочным гистологическим исследованием, в результате которого и был установлен диагноз плазмодитарного мастита.

В 5 случаях при диагностике опухолевых образований грудных желез нами были зарегистрированы паразитарные кисты. В литературе сообщения об обнаружении этого заболевания в наших широтах уже описывались в 2010 году [9], однако рентгенологические признаки, сопровождающие эту патологию и помогающие установить правильный диагноз указаны не были.

По нашим наблюдениям все пациентки с таким диагнозом предъявляли жалобы на появление небольших (от 1 до 2 см) опухолей в ГЖ, доставляющих постоянный дискомфорт. Клинически объективно в одной из грудных желез пальпировались плотные опухоли (в 4-х случаях не спаянные с окружающими тканями, в одном — опухоль оказалась спаянной с кожей), без четких контуров, иногда с бугристыми контурами, безболезненными при пальпации. Лимфатические узлы во всех случаях оставались интактными. Диагноз паразитарного поражения клинически заподозрить не представлялось возможным. При маммографии в случаях паразитарных кист были зафиксированы уплотнения от 1 до 1,5 см в диаметре с наличием мелких петрификатов, без четких границ. При УЗИ визуализировались анэхогенные, округлые с бугристыми контурами и толстой капсулой образования, внутри которых определялись характерные, двухконтурные гипозоногенные включения (рис. 18).

Особенностью последних было также хорошо заметное в реальном масштабе и времени толчкообразное, не связанное с пульсовой волной, но усиливающиеся при баллотации и компрессии датчиком движение. При цитологическом исследовании опухолевых образований во всех случаях в биопсийных препаратах выявлялись лейкоциты, бесструктурные массы и многоядерные клетки "инородных тел". В одном случае при повторном осмотре через неделю после обследования в проекции раннее пальпируемой опухоли в правой грудной железе образовался свищ (со слов пациентки после самопроизвольно вскрывшейся сутками ранее полости), из которой ею была извлечена белая нить, длиной до 5,0 см. При проведении УЗИ на эхограмме (рис. 19) лоцировался расположенный подкожно гипозоногенный тонкий свищевой ход, выходящий на поверхность кожи, подвижная гиперэхогенная, выявленная раннее структура отсутствовала.

Двум пациенткам с предполагаемым диагнозом паразитарных кист были выполнены оперативные вмешательства — секторальные резекции грудных желез. Интраоперационно при срочном гистологическом исследовании выявлены воспалительные инфильтраты, внутри которых определялись в одном случае подвижная, а во втором неподвижная белая нитевидная структура длиной до 5,0 см. При окончательном гистологическом исследовании в ткани ГЖ определялись воспалительные инфильтраты с очагами кровоизлияний и инородными телами по типу гельминтов.

Мы считаем, что при подозрении на наличие паразитарного поражения методом выбора при лучевом исследовании ГЖ должно быть УЗИ с дополнением цветного и энергетического доплеровского картирования, а также исследование методом "визуальной пальпации" — эластографией. Компрессия

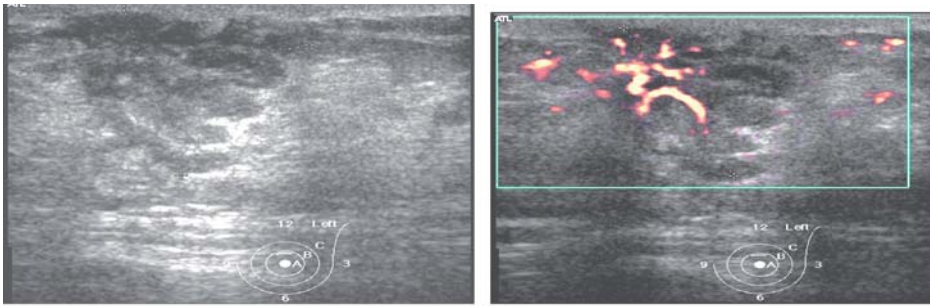


Рис. 15. Эхограмма с ЭДК пациентки С., 46 лет с плазмоцитарным маститом.

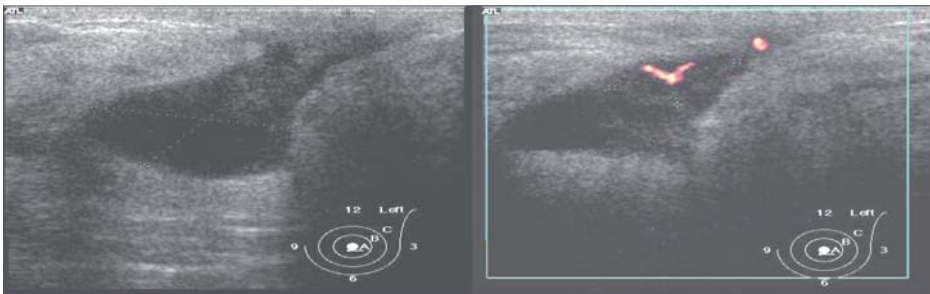


Рис. 16. Эхограмма с ЭДК пациентки С., 42 года с плазмоцитарным маститом.

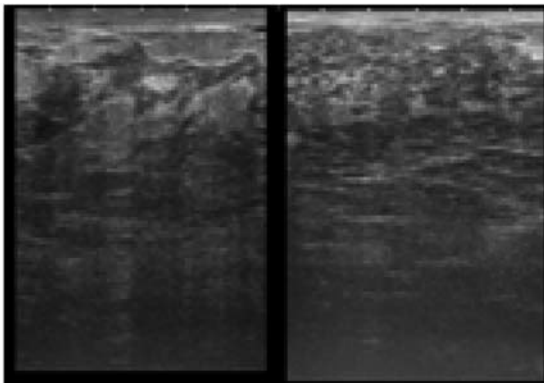


Рис. 17. Эхограмма пациентки Д., 36 лет с плазмоцитарным маститом.

при рентгенологическом исследовании может способствовать разрыву капсулы, ограничивающей паразита и выходом его в окружающие ткани.

Туберкулёз с образованием патологического очага в тканях грудной железы зарегистрирован нами в 3 случаях (согласно данным литературы поражение грудной железы при данном заболевании встречается в 0,1 % случаев) [10]. Клинически при специфическом туберкулезном поражении диагноз заболевания поставить трудно. В грудной железе определяется плотная опухоль с нечеткими, бугристыми контурами, иногда присутствуют признаки воспалительной инфильтрации окружающих тканей и кожи. Нередко отмечается увеличение подмышечных лимфатических узлов, которые остаются эластичными, подвижными и безболезненными при пальпации.

На рентгенограммах поражённой грудной железы выявляются нетипичные изменения: а именно — очаговые обызвествления, участки затемнения неомогенного характера, свойственные воспалительному процессу.

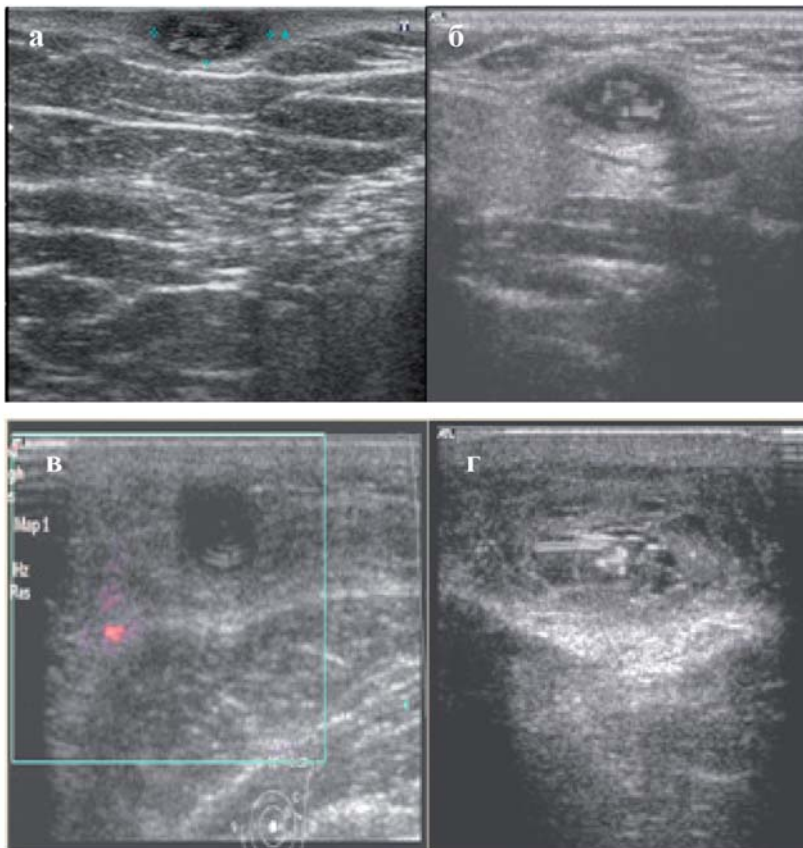


Рис. 18. Эхограммы с ЭДК пациенток В., 36 лет (а), Д., 40 лет (б), У., 47 лет (в), О., 55 лет (г) с паразитарными кистами.

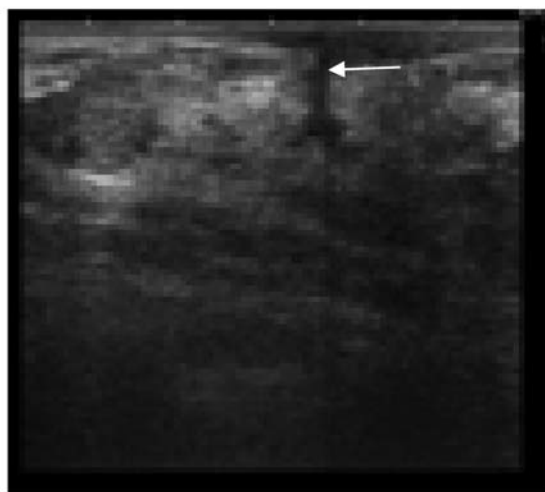


Рис. 19. Ехограма пацієнтки А., 33 г. Свищевой ход в ГЖ после вскрытия полости и извлечения инородного тела (паразитарная киста, стрелкой указан свищевой ход).

Собственный опыт авторов связан со следующим наблюдением.

Пацієнтка Н., 43 года обратилась в поликлинику Национального института рака с жалобами на умеренно болезненное уплотнение в правой ГЖ, которое появилось 6 месяцев назад. Общий статус здоровья характеризовался слабостью и частыми подъемами температуры до субфебрильных значений. При клиническом осмотре врачом-маммологом было выявлено ассиметричное неоднородное тяжистое уплотнение в центральном отделе правой ГЖ, умеренно болезненное при пальпации. В правой подмышечной зоне определялась группа гиперплазированных безболезненных лимфатических узлов. Характерная рентгенологическая картина грудной железы при туберкулезном поражении представлена на рис. 20.

При рентгенологическом исследовании отмечено, что правая грудная железа несколько деформирована за счет выраженного утолщения кожи в области ареолы и уплощения соска. Прозрачность правой грудной железы понижена за счёт затемнения

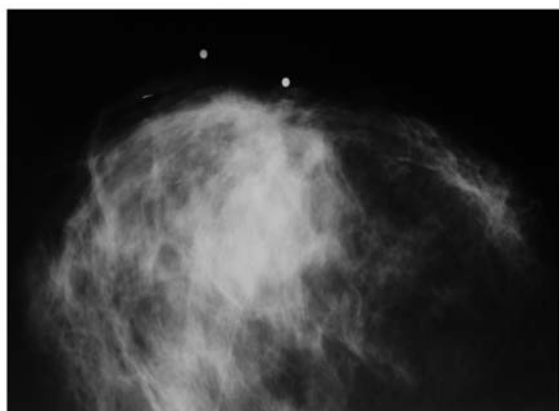


Рис. 20. Рентгенограмма пациентки Н., 43 г. Туберкулезное поражение правой грудной железы (прямая проекция).

без чётких контуров, локализирующегося в центральных и внутренних квадрантах, имеющего неоднородную структуру, переходящую в окружающую ткань. Отмечается симптом умеренно выраженной гипертрофии. При проведении УЗИ на эхограммах отмечалось нарушение обычной структуры и дифференцировки тканей ГЖ, которое не имело четких контуров и границ. В режиме цветного картирования регистрировалось повышение васкуляризации образования [11]. Следует подчеркнуть, что при подозрении на туберкулезное поражение решающее значение в диагностике патологического процесса имеет тщательный сбор анамнеза, а также цитологическое исследование очага поражения (исследование и посев пунктата или биоптата), при котором выявляются микобактерии туберкулеза, клетки Пирогова-Ланганза, ткани туберкулезных гранулём [12]. Туберкулиновая проба часто положительная или резко положительная.

Несмотря на ряд особенностей формирования лучевого изображения туберкулеза с локальным поражением грудных желез решающее значение в диагностике имеет цитологическая диагностика или биопсия и выявление в материале пунктата или биоптата специфических инфекционных изменений.

Инородные тела в грудной железе наблюдались нами в 4 случаях: в одном — обнаружены металлическая игла в правой грудной железе швеи (рис. 21), в 2 — выявлены — иголки кактусов, в 1 — шовный материал, оставшийся после проведенной ранее операции (рис. 22). В случаях поражения ткани ГЖ инородными телами диагноз часто не вызывает сомнений. Клинически часто определяется очаговое уплотнение и инфильтрация окружающей ткани. Анамнестические данные и данные маммографии, УЗИ и гистологического исследования однозначно подтверждают предполагаемый диагноз.

Как клинический пример, можно представить пациентку Р., 46 лет, которая обратилась в поликлинику Национального института рака с жалобами на болезненный участок и покраснение в области наружных квадрантов левой грудной железы. При осмотре врачом-маммологом был выявлен участок покраснения кожи с локальным повышением температуры на границе наружных квадрантов левой грудной железы. С целью дифференциальной диагностики мас-



Рис. 21. Рентгенограмма пациентки Р., 46 лет с металлической иглой в левой грудной железе (прямая проекция).

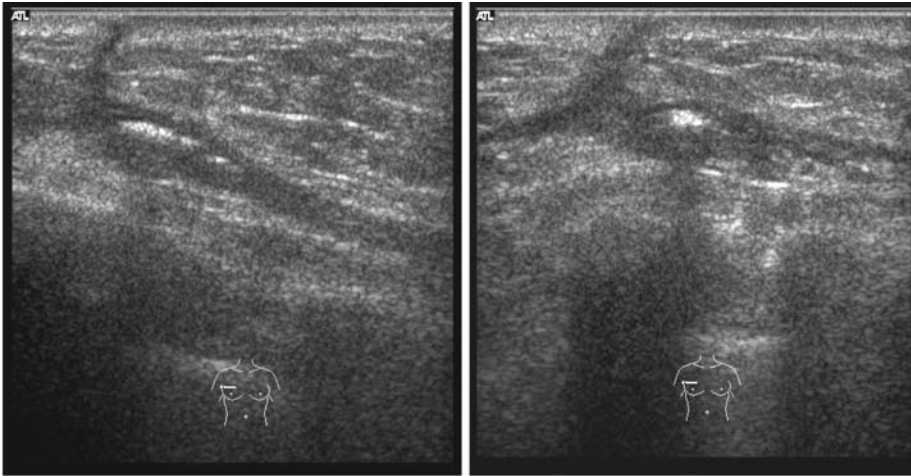


Рис. 22. Эхограммы шовного материала, оставшегося после проведенной ранее операции).

типоподобного рака и рожистого воспаления, пациентка была направлена на маммографическое исследование. На маммограмме в левой ГЖ на границе наружных квадрантов определяется инородный предмет удлинённой формы линейного характера, 3 см в длину. Во время оперативного вмешательства из тканей грудной железы была извлечена металлическая игла.

Таким образом, при диагностическом обследовании пациенток с подозрением на наличие инородных тел в грудной железе эффективными методами исследования являются методы лучевой диагностики — УЗИ и маммография. Выбор метода исследования зависит от возраста пациентки и данных анамнеза.

Сифилис грудной железы встречается довольно редко, обычно пациентки обращаются при возникновении в органе первичного шанкра или вторичной гуммы. Рентгенологически дифференциальную диагностику на стадии гуммы провести сложно. Наличие асимметрии грудных желез, деформации одной из них, иногда гиперемии и отека кожи — клинические признаки патологического процесса. В поздних стадиях характерным является изъязвление кожи, может наблюдаться втяжение соска. Постановке диагноза помогают анамнестические данные и проведение специфических серологических проб [13]. Маммографически в грудной железе определяются образования с изъязвлением на коже, плотной структуры, с чётко отграниченной инфильтрацией подлежащих тканей (рис. 23).

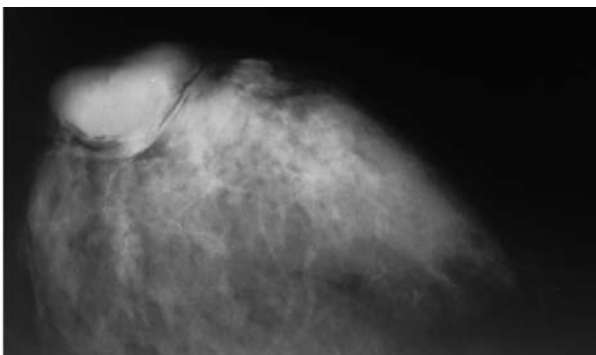


Рис. 23. Рентгенограмма пациентки П., 68 лет с сифилитической гуммой в правой грудной железе (прямая проекция).

Собственный опыт авторов связан со следующим наблюдением.

Пациентка П., 68 лет, обратилась в Национальный институт рака с жалобами на увеличение и покраснение соска, наличие сукровичных выделений из трещин. При клиническом осмотре врач-маммолог отметил увеличение соска в размерах, кожа в области ареолы имела ярко-розовый цвет, отмечены мокнущие изъязвления. При пальпации под соком определялось опухолевое образование, плотное, спаянное с окружающими тканями и кожей. Для уточнения диагноза пациентке была назначена маммография.

На рентгенограмме (рис. 23) опухоль в правой грудной железе, расположена под соском, распространяется на область границы внутренних квадрантов. Определяется отграниченное, однородное образование с ровными чёткими контурами до 3 см в диаметре. В структуре грудной железы преобладает железистый компонент сливного характера. Диагноз подтвержден при исследовании биоптата, пациентка была направлена в специализированное учреждение, где получала специфическую терапию.

Т.о. при подозрении на сифилитическое поражение ткани грудной железы обязательными являются анамнестические данные, маммографическое исследование, тщательное обследование и биохимические серологические пробы.

Абсцесс грудной железы мы наблюдали у 10 пациенток. Это воспалительная псевдоопухоль, развивающаяся в результате неадекватного лечения острого воспалительного заболевания грудной железы. Клинически патологический процесс проявляется размягчением и флюктуацией в месте сформированного абсцесса [14,15]. Рентгенологически выявляется затемнение высокой интенсивности с довольно чёткими, отграниченными контурами, преимущественно округлой формы, внутри которого, при УЗ-исследовании, определяется неоднородное густое содержимое (рис. 24), выполняющее полость с неравномерно утолщёнными на всём протяжении стенками с выраженными сосудистыми сигналами в окружающей ткани грудной железы.

Клинический пример — пациентка Т., 42 года обратилась с жалобами на ухудшение общего состояния здоровья с повышением температуры до 39 градусов, резкую боль и увеличение в объемах правой



Рис. 24.
Рентгенограмма
пациентки Т., 42
г. Абсцесс правой
грудной железы
(косая проекция).

грудной железы. При клиническом осмотре врач-маммолог выявил отёчность и гиперемию кожи ГЖ. В центральном отделе, практически занимая всю площадь органа, пальпировалось плотное болезненное образование с нечеткими неровными контурами. Был отмечен симптом флюктуации. Пациентке было назначено маммографическое исследование.

Правая грудная железа диффузно однородно затемнена за счёт абсцесса занимающего 2/3 объёма грудной железы, оставляя участки просветления расположенные по периферии.

Комплексное маммографическое и УЗ-исследование (с ЦДК и ЭДК) может быть достоверным методом при выявлении абсцесса грудной железы

(рис. 25). В этом же случае информативным методом может быть метод эластографии. Диагноз обязательно должен быть подтвержден данными пункционной биопсии.

Воспалительный процесс (мастит) грудной железы наблюдался нами в 18 случаях. Как правило, это заболевание связано с лактационным периодом у молодых женщин, но может встречаться и в любом возрасте (иногда, как осложнение после перенесенных инфекционных заболеваний). Решающим и наиболее важным отличительным признаком мастита от маститоподобной или отёчно-инфильтративной формы РГЖ является обратное развитие клинических проявлений болезни через 2-4 недели после проведения курса интенсивной противовоспалительной терапии. Окончательный диагноз чаще всего устанавливается при цитологическом исследовании [16, 17], иногда при гистологическом.

Клинический пример — пациентка Р., 45 лет обратилась в поликлинику Национального института рака с жалобами на резкую боль в правой грудной железе, увеличение её в размерах. Пациентка отметила повышение температуры тела до 38,7 градусом. При осмотре врачом-маммологом определено увеличение ГЖ в объеме, кожные покровы красного цвета. При пальпации — грудная железа горячая и резко болезненная, что затрудняло оценку состояния молочной железы. В правой аксиллярной зоне пальпировалась группа болезненных гиперплазированных лимфатических узлов (рис. 26).

Спустя 3 недели (рис. 27) пациентка явилась на контрольный осмотр. При клиническом осмотре

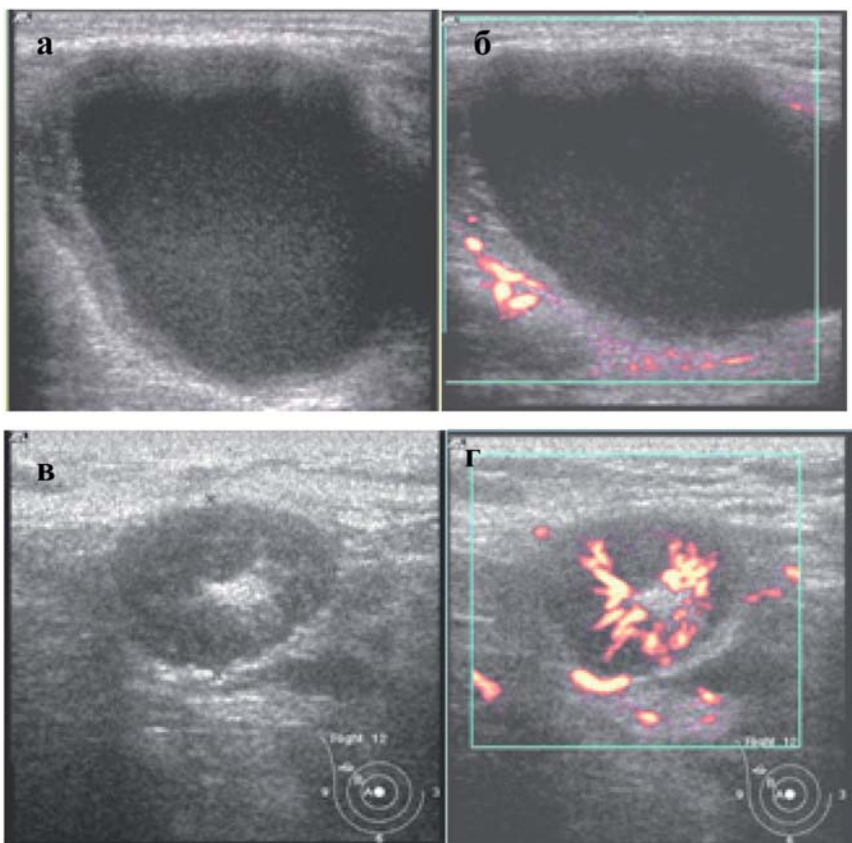


Рис. 25. Эхограмма с ЭДК
пациентки Т., 42 г. Абсцесс
правой грудной железы: видна
хорошо ограниченная полость с
гомогенным анэхогенным со-
держимым, в капсуле, с сосу-
дистыми сигналами по перифе-
рии (а, б) и гиперплазирован-
ный, веерообразно васкуляри-
зованный лимфатический
узел (в, г).

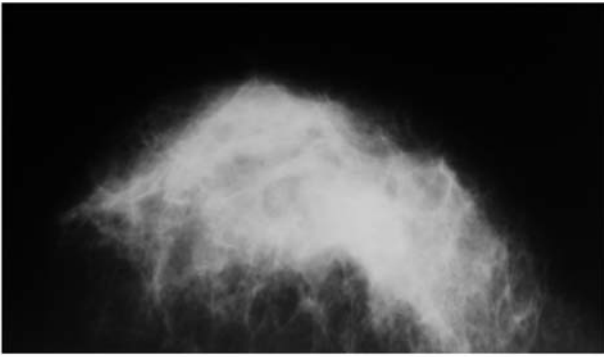


Рис. 26. Рентгенограмма пациентки Т., 45 л. Воспалительный процесс правой грудной железы. На рентгенограмме отмечается диффузное усиление структурного рисунка, выраженная отёчность кожи и подкожно-жирового слоя, усиление васкуляризации всей грудной железы.

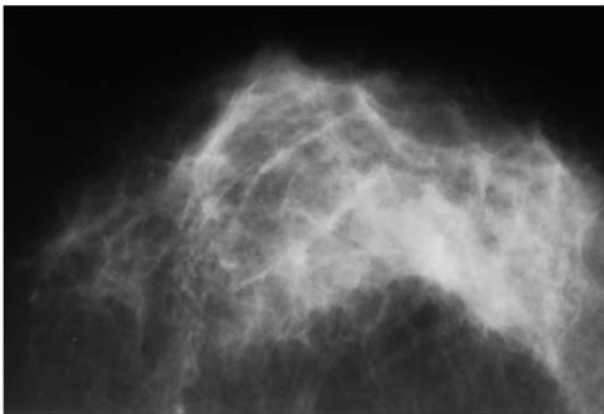


Рис. 27. Рентгенограмма пациентки Т., 45 лет: обратная динамика после проведения курса противовоспалительной терапии.

врач-маммолог отметил значительное улучшение за счёт уменьшения отёка и нормализации окраски кожи. Болезненность практически не отмечалась. Для исключения скрытого течения заболевания и получения полной картины состояния грудной железы было назначено контрольное маммографическое исследование.

На рентгенограмме отмечалась обратная динамика после проведения курса противовоспалительной терапии: нормализация структурного рисунка, исчезновение отека и подкожно-жирового слоя.

Т.о. ведущими в постановке диагноза диффузного воспалительного процесса грудной железы является комплексное обследование и динамическое наблюдение за пациенткой.

Выводы

С учетом постоянного роста заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями грудной железы вполне обоснованным яв-

ляется требование онкологической настороженности и повышения качества знаний у специалистов в данной области.

Специалист, производящий первое обследование пациентки, с учетом всех применяемых диагностических методов должен рассматривать каждое узловое образование как явление, требующее дифференциальной диагностики для исключения злокачественного процесса.

Диагностические мероприятия, проводимые в комплексе (с применением современных методов исследования, с учетом данных соноэластографии и изучения васкуляризации патологических процессов в грудной железе) значительно повышают точность дифференциальной диагностики и до минимума исключают процент диагностических ошибок.

Литература

1. Харченко В.П. Маммология. Национальное руководство / В.П. Харченко, Н.И. Рожкова // М.: "ГЭОТАР-Медиа". — 2009. — С. 126-179.
2. Федоренко З.П. Рак в Україні / З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак // Бюл. Национального канцер-реестру. — Київ. — 2009. — №10. — 70 с.
3. Бухарин Д.Г. Комплексная лучевая диагностика непальпируемого рака молочной железы // Д.Г. Бухарин, С.А. Величко, И.Г. Фролова, С.В. Лунева // Диагностическая и интервенционная радиология. — Т. 5., № 2. — 2011. — С. 82.
4. Постнова Н.А. Возможности эластографии сдвиговой волны в дифференциальной диагностике заболеваний молочной железы / Н.А. Постнова, А.Ю. Васильев, Б.И. Зыкин, Е.С. Павлинова, Н.Л. Крылова, С.В. Цуранова // Диагностическая и интервенционная радиология. — Т. 5., № 2. — 2011. — С. 324-325.
5. An Jia-ze, Yi Jun, Yang Hua Xibei guofang yixue zazhi // Med. J. Nat. Def. Forces Northwest China. 2004. 25, № 6. С. 436-437. Кит.: рез. Англ. — ISSN 1007-8622. CN.
6. Харченко В.П., Рожкова Н.И. Клиническая маммология. 2005. с.97-139.
7. Shousha S., Backhouse Ch., Dawson P. et al. Mammary duct ectasia and pituitary adenomas // Am. J. Surg. Pathol., 1988. Vol. 12. P. 130-133.
8. Харченко В.П., Рожкова Н.И. Маммология. Национальное руководство//М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009.с.126-179.
9. Головацкий А.Ф., Мякиньюв В.Б., Нагаев Е.А. и др. Случай из клинической практики. Случай *Dirofilaria repens* молочной железы // Радіологічний вісник. 2010. № 1(34). С. 36-37.
10. Харченко В.П., Рожкова Н.И. Маммология. Национальное руководство//М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. — 324 с.
11. Фисенко Е.П. Изменения кровотока как критерий диагностики рака молочной железы // Ангиология и сосудистая хирургия. 2009. Т. 15. № 1. С. 33-38
12. Семилгазов В.В., Крживицкий П.И. Лучевая диагностика минимального рака молочной железы // Вопросы онкологии. 2001. Т. 47. № 1. С. 99-102
13. Труфанов Г.Е. Руководство по лучевой диагностике заболеваний молочных желез/ 2009 с . 157-192.
14. Трофимова Т.П., Шарова Л.Е., Цукович И.Э. и др. Лучевая диагностика заболеваний молочной железы. Учебное пособие // СПб: МАПО, 2000. С. 41.
15. Нейштадт Э.Л. Патология молочной железы//СПб., Фоллиант. 2003. С. 156-169.
16. Ветшев Л.С. Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных узловых образований и рака молочной железы // Хирургия. — 1997. № 6. С. 25-27.
17. Cohen MA, Sferlazza SJ. Role of sonography in evaluation of

radial scars of the breast 2000 с 1005-10045.

РЕЗЮМЕ. Удосконалення методів діагностики раку грудної залози — актуальне питання клінічної онкології. Стаття присвячена поліпшенню якості диференційної діагностики захворювань грудної залози.

Ретроспективно проаналізовано архів обстежень пацієнток, що звернулися в Національний інститут раку з підозрою на рак грудної залози за період 2000-2011 рр., яким виконувалися стандартні дослідження. Виділена група пацієнток з рідкісними захворюваннями грудних залоз, проаналізовані особливості їх променевої діагностики.

Фахівець, який проводить перше обстеження пацієнтки, з урахуванням усіх використаних діагностичних методів повинен розглядати кожне вузлове утворення як явище, що вимагає диференційної діагностики для виключення злоякісного процесу.

Ключові слова: захворювання грудної залози, рак грудної за-

лози, маммографія, комплексне ультразвукове дослідження.

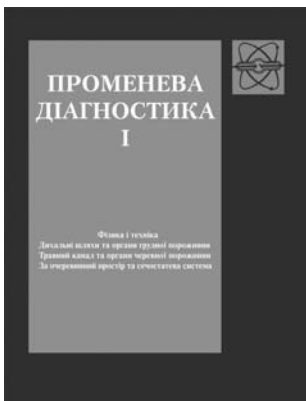
SUMMARY. An improvement of methods of breast cancer diagnosis is the most urgent problem of clinical oncology. The article is devoted to the improvement of quality of differential diagnosis of breast diseases.

The archive of examinations of patients who appealed to the National cancer institute with suspicion on breast cancer within 2000-2011 and got standard researches was retrospectively analyzed. The group of patients with rare breast diseases was distinguished, the specific features of their radiology diagnostics were analyzed.

Physician inspecting the patient at the first time, in consideration of all applied diagnostic methods, must examine every node formation as symptom that requires differential diagnosis so to exclude a malignant process.

Key words: breast diseases, breast cancer, mammography, complex ultrasound investigation.

НОВІ КНИГИ



Променева діагностика: [В 2 т.] / Коваль Г.Ю., Мечев Д.С., Сиваченко Т.П. та ін. / За ред. Г.Ю. Коваль. — К.: Медицина України, 2009. — Т.І. — 832 с.: іл. ISBN 978-966-8796-13-5

Пропонований двотомний підручник з променевої діагностики на сьогодні не має аналогів у вітчизняній літературі та літературі країн СНД. У двотомнику викладено фізичні основи методів променевої діагностики, основні відомості з променевої анатомії та семіотики відповідно до способу діагностичної візуалізації (рентгенологічного, комп'ютерно-томографічного, магнітно-резонансного, ультразвукового, радіонуклідного). Висвітлено диференціально-діагностичні ознаки захворювань за органами і системами з алгоритмом променевих досліджень. Визначено дози променевого іонізуючого навантаження на організм, способи захисту від його дії та показання для застосування альтернативних неіонізуючих методів променевої діагностики.

Підручник суттєво допрацьовано та доповнено порівняно з першим виданням (1998 р). Розширені відомості з УЗ-, КТ- та МРТ-діагностики захворювань серцево-судинної системи та інших органів і систем. Створено розділ з інтервенційної радіології. Необхідність цього перевидання зумовлена швидким розвитком нових технологій та основних методів променевої діагностики. Значно розширений та покращений ілюстративний матеріал.

Двотомник базується на узагальненні сучасних досягнень, висвітлених у літературі, та результатах багаторічного досвіду роботи колективу кафедри радіології (1999-2007) Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО). Він закладає підвалини в формуванні фахівця-радіолога, оснащеного інтегральними знаннями у всіх галузях променевої діагностики: рентгенології, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, ультразвукової і радіонуклідної діагностики. Отримані знання допоможуть вибрати оптимальний алгоритм дослідження і, відповідно, прискорити і покращити діагностику. Підручник сприятиме стандартизації української термінології в усіх галузях променевої діагностики.

Для радіологів — фахівців з рентгенології, комп'ютерної томографії, радіонуклідної, магнітно-резонансної та ультразвукової діагностики, а також терапевтів, фізіотерапевтів, хірургів, ортопедів-травматологів, урологів, акушерів-гінекологів та інших.

Авторський колектив I тому: Коваль Г.Ю. д.м.н. професор, Мечев Д.С. д.м.н. професор, Сиваченко Т.П. д.м.н. професор, Загородська М. М. д.м.н. професор, Антонова Р.А. к.м.н. доцент, Виноградов С.Ю. к.м.н. доцент, Гладка Л.Ю. к.м.н. доцент, Гончар О.А. д.м.н. професор, Грабовецький С.А., Гудим-Левкович В.В. к.м.н. доцент, Коваленко Ю.М. к.т.н., Карева О.О. к.м.н. доцент, Кригін Ю.А. к.м.н. доцент, Літвінова Г.С. к.м.н. доцент, Мірошніченко С.І. д.т.н. професор, Пойда З.С. к.м.н. доцент, Остапенко Т.А. к.м.н. доцент, Романенко В.А. к.м.н. доцент, Топчий Т.В. д.м.н. професор, Яцик В.І. к.м.н. доцент.

Автори та упорядники атласів: Іванков О.П., к.м.н., Рогожин В.О., д.м.н.

Рецензенти: Ю.Т. Кіношенко д.м.н., професор, М.С. Каменецький д.м.н., професор, О.П. Шармазанова д.м.н., професор, М.І. Стузак д.м.н., професор, М.М. Ткаченко д.м.н., професор.

Редактори: Л.Ф. Петрова, Т.І. Чорниш

Замовити книги можна за телефоном: +38044 587-55-70, +38044 503-04-39