

УДК 618.19-002.17-006.2-07-08-035

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОБСЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВОЙ ФОРМОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

Канд. мед. наук Л. В. Синявина

Харківський обласний клініческий онкологічний центр

Проведено сопоставлене клініко-інструментальних даних і характеристик морфологічного дослідження у больних очагової формою фіброзно-кістозної мастопатії. Отмечено, что возможно наблюдение больных с данной патологией без хирургического лечения. При этом необходимо расширять показания для проведения инвазивных методов диагностики при отсутствии пальпаторных и наличии инструментальных данных.

Ключевые слова: фіброзно-кістозна мастопатія, очагова форма, морфологическое исследование, лечение.

ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВОГНИЩЕВУ ФОРМУ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ

Канд. мед. наук Л. В. Синявіна

Проведено зіставлення клініко-інструментальних даних і характеристик морфологічного дослідження у хворих на вогнищеву форму фіброзно-кістозної мастопатії. Визначено, що можливе спостереження хворих із цією патологією без хірургічного лікування. У цьому разі необхідно розширювати показання для проведення інвазивних методів діагностики за відсутності пальпаторних і наявності інструментальних даних.

Ключові слова: фіброзно-кістозна мастопатія, вогнищева форма, морфологічне дослідження, лікування.

Интерес к фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) связан общностью определенных сторон патогенеза данного процесса и рака молочной железы (РМЖ) [4, 5, 6, 9]. многими исследователями отмечено, что риск развития РМЖ повышен при гиперплазии (дисплазии) эпителия молочной железы [1, 2]. Выявление пролиферативных процессов в ткани молочной железы, их лечение позволяет обнаружить рак на ранней стадии [4, 8, 10]. Одним из таких предопухолевых состояний является очаговая или узловая форма мастопатии. Узловая форма мастопатии характеризуется наличием одиночного или множественных фокусов уплотнения, расположенных

TACTICAL APPROACHES TO EVALUATION AND TREATMENT OF PATIENTS WITH FOCAL FORMS OF FIBROCYSTIC MASTOPATHY

L. V. Sinyavina

In a comparison of clinical and instrumental data and the characteristics of morphological studies in patients with focal forms of fibrocystic mastopathy. The results obtained suggested that a possible observation of patients with this condition without surgery. It is necessary to expand the indications for invasive diagnostic methods in the absence and presence of palpable instrumental data.

Key words: fibrocystic breast disease, nodular form, morphological study, treatment.

в одной, реже в обеих молочных железах [7]. Узловая мастопатия в первую очередь — понятие клиническое. Истинная природа узлового компонента определяется комплексом современных лучевых и патоморфологических методов исследования. Можно выделить широкий круг заболеваний, скрывающихся под «маской» узловой мастопатии: локальный фиброз — 45%, киста — 22%, фиброаденома — 17%, липома — 10%, РМЖ — 3%, реже — внутрипротоковая папиллома, интрамаммарный лимфатическийузел и т. д. [3, 7, 8]. Морфологическим субстратом узловой мастопатии в половине случаев является локальный фиброз.

Клинически или пальпаторно уплотнения имеют неправильную форму, нечеткие неровные контуры и без резких границ переходят в окружающую ткань.

На маммограммах — это участок локального фиброза неправильной или округлой формы с нечетким контуром неоднородной структуры. Плотность узлового образования сравнима с плотностью окружающих тканей. На сонограмме определяется участок сниженной эхогенности без четких границ, неоднородной структуры с участками повышенной эхогенности в центре.

Цель работы — определение факторов, влияющих на тактику ведения больных очаговой ФКМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Харьковском областном клиническом онкологическом центре обследовано 67 женщин с очаговой формой ФКМ. Всем пациенткам проведено клиническое обследование молочных желез (пальпация), маммография, УЗИ молочных желез, тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) очагового уплотнения. У больных, которым проведено оперативное лечение, проводилось морфологическое исследование удаленного препарата. Проведено сопоставление клинико-инструментальных данных и характеристик морфологического исследования у больных очаговой формой ФКМ.

При статистической обработке результатов исследований использованы традиционные методы статистического анализа. Обработка и графическая интерпретация результатов исследований проведены с применением пакетов прикладных программ Excel, Oriqin, Sigma Plot.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке полученных данных оказалось, что локализованные формы ФКМ чаще возникают в возрасте 40–59 лет, что характерно и для РМЖ, это представляет определенные трудности в дифференциальной диагностике этих заболеваний. У 38% больных диагноз очаговой формы ФКМ был установлен на основании клинического, маммографического и ультразвукового исследований — 1 группа. У 46% женщин очаговым фиброаденоматозом

диагноз подтвержден клинически и при УЗИ молочных желез — 2 группа, у 10% — при отсутствии пальпаторных данных очаговые образования выявлены при УЗИ и маммографии — 3 группа, у 6% — при УЗИ и пальпации молочной железы данных о наличии уплотнений не было, однако диагноз установлен при маммографическом исследовании — 4 группа (табл.).

Таблица
Частота совпадения диагноза у пациенток с очаговой формой ФКМ при различных методах исследования

| Группы | УЗИ молочных желез | Маммография | Пальпаторные данные | % |
|--------|--------------------|-------------|---------------------|----|
| 1 | + | + | + | 38 |
| 2 | + | - | + | 46 |
| 3 | + | + | - | 10 |
| 4 | - | + | - | 6 |

Доказано, что выявление предопухолевого состояния молочной железы возможно при исследовании пункта ее ткани. Всем больным 1, 2 и 3 групп произведена пункция очагового уплотнения молочной железы (под контролем УЗИ). При анализе морфологических исследований очаговых уплотнений с помощью ТАБ обнаружено, что в 65% случаев цитология соответствует ткани молочной железы без пролиферации, в 31% — отмечалась пролиферация железистого эпителия, у 4% — резко выраженная пролиферация. Безусловно, цитология очагового уплотнения дает лишь предварительное представление о характере процессов в ткани молочной железы. Мы использовали в работе методику «жидкостной цитологии» в ткани молочной железы на основе опыта ученых РОНЦ [3]. Исследователи на основании полученных результатов определили факторы риска РМЖ относительно пациенток без факторов риска (ОР):

- непролиферативное состояние — риск не повышен ($OP = 0,85$);
- пролиферация без атипии — незначительно повышенный риск ($OP = 1,9$);
- атипическая пролиферация — умеренно повышенный риск ($OP = 4,4$).

При дальнейшей прогрессии развивается рак *in situ*.

Больным очаговой формой ФКМ с пролиферацией железистого эпителия, резко выраженной пролиферацией произведена секторальная резекция. После проведения оперативного лечения оказалось, что морфологически у 54% больных выявлена непролиферативная форма ФКМ, у 22% — пролиферативная ФКМ, у 33% больных на фоне непролиферативной ФКМ выявлены фиброаденомы (пальпаторно не определяемые), у 16% — изолированные фиброаденомы, у 3% — липомы, у 1% — атипическая гиперплазия, у 2% — на фоне пролиферативной ФКМ выявлен *Ca in situ*, у 2% — выявлен РМЖ.

Женщинам, у которых цитологически не была выявлена пролиферация в ткани молочной железы, проведено консервативное лечение в течение 3 мес. При сохранении очагового уплотнения после консервативного лечения

проведена операция в объеме секторальной резекции. При уменьшении размеров очагового уплотнения больные оставлены под диспансерным наблюдением (рис.).

Группа женщин, у которых выявлено образование только по данным маммографического исследования, при отсутствии пальпаторных данных и данных УЗИ, представляла определенные сложности в тактике дальнейшего ведения. Это связано прежде всего с несовершенством цифровой маммографии и ошибками при интерпретации полученных снимков. Эти больные были включены в группу «активного наблюдения» каждый месяц.

ВЫВОДЫ

Анализ полученных результатов показал, что подходит к решению вопроса об



Рис. Тактика обследования и ведения больных с очаговой формой ФКМ

оперативном лечении очаговой формы ФКМ необходимо индивидуально. Предварительная ТАБ очагового уплотнения позволяет уточнить характер патологии, однако выявление пролиферации в эпителии ткани молочной железы не означает «предопуховую перестройку». Доказано, что пролиферативные изменения в ткани молочной железы поддаются лекарственному лечению, возможно наблюдение больных с данной патологией без хирургического лечения. В то же время на фоне пролиферативной ФКМ выявляются очаги неинвазивного рака, атипической гиперплазии, инвазивного РМЖ.

При обследовании и последующем лечении больных с очаговой формой ФКМ необходимо учитывать данные всех дополнительных методов исследования в динамике, расширять показания для проведения инвазивных методов диагностики при отсутствии пальпаторных и наличии инструментальных данных. Работа по выявлению предопуховых состояний в молочной железе, создание базы данных больных с пролиферативными состояниями, их лечение и наблюдение в динамике позволит в *перспективе* выявлять РМЖ в доклинической (или допальпируемой) стадии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. *Андреева Е. Н.* Основные аспекты этиологии и патогенеза фиброзно-кистозной болезни молочной железы / Е. Н. Андреева, Е. В. Леднева // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 6. — С. 79.
2. *Баграмян Э. Р.* Гормоны и маммогенез / Э. Р. Баграмян, Л. М. Бурдина, А. И. Волобуев // Акушерство и гинекология. — 1990. — № 12. — С. 3–6.
3. Выявление предопуховых состояний и возможности химиопрофилактики рака молочной железы в группах высокого риска / А. А. Мещеряков, В. Н. Богатырев, В. В. Брюзгин [и др.] // Вестн. Москов. онколог. общества. — 2006. — № 11. — С. 50–51.
4. *Горюшина О. Г.* Современные взгляды на мастопатию / О. Г. Горюшина // Вестн. новых мед. технологий. — 2002. — № 4. — С. 20–22.
5. Дисгормональные гиперплазии молочной железы (патогенез и лечение) / Под ред. Е. М. Сауманджан. — К.: Наук. думка, 1979. — 160 с.
6. *Левшин В. Ф.* Оценка влияния отдельных факторов на риск развития рака молочной железы / В. Ф. Левшин // Вопр. онкологии. — 1988. — Т. 34. — № 9. — С. 1055–1058.
7. Мастопатии и рак молочной железы / В. М. Дильман // Эндокринологическая онкология: рук. для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — Л.: Медицина, 1983. — С. 203–233.
8. О повышении эффективности диагностики, лечения и профилактики дисфункциональных заболеваний молочных желез / Е. Ф. Кира, О. Н. Скрябин, Ю. В. Цвелев [и др.] // Журн. акушерства и женских болезней. — 2000. — Т. 49. — № 1. — С. 95–100.
9. *Семиглазов В. Ф.* Профилактика и ранняя диагностика рака молочной железы / В. Ф. Семиглазов // Журн. акушерства и женских болезней. — 2000. — Т. 49. — № 2. — С. 7–11.
10. *Dupont W. D.* Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast diseases / W. D. Dupont, D. L. Page // N. Engl. J. Med. — 1985. — Vol. 312. — № 1. — P. 146–151.