

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРОАДЕНОМОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Канд. мед. наук Л. В. Синявина

Харьковский областной клинический онкологический центр

Проведен анализ клинического обследования больных с фиброаденомой молочной железы, выявлены особенности сонографического и маммографического изображения опухоли. На основании полученных результатов отмечено, что при дифференциальной диагностике фиброаденомы и малых форм рака молочной железы необходимо расширять показания к эксцизионной биопсии и проведению срочного гистологического исследования, особенно при непальпируемых очаговых образованиях.

Ключевые слова: фиброаденома молочной железы, клиническая картина, диагностика, лечение.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ФІБРОАДЕНОМУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Канд. мед. наук Л. В. Синявіна

Проведено аналіз клінічного обстеження хворих на фіброаденому молочної залози, виявлено особливості сонографічного та маммографічного зображення пухлини. На підставі отриманих результатів визначено, що в диференційній діагностиці фіброаденоми і малих форм раку молочної залози необхідно розширяти показання для ексцизійної біопсії та проведення негайного гістологічного дослідження, особливо за непальпованих вогнищевих утворень.

Ключові слова: фіброаденома молочної залози, клінічна картина, діагностика, лікування.

CLINICAL FEATURES, INVESTIGATION AND TREATMENT OF PATIENTS WITH FIBROADENOMA OF THE BREAST

L. V. Sinyavina

In the work was held analysis of the clinical examination of patients with fibroadenoma of the breast, the peculiarities of sonographic and mamographic tumor imaging. Based on the results noted that the differential diagnosis of fibroadenoma and small forms of breast cancer need to expand the indications for excisional biopsy and histology an urgent, especially in non-palpable focal formations.

Keywords: fibroadenoma of the breast, clinical features, diagnosis, treatment.

Фиброаденома — это доброкачественная опухоль, состоящая из пролиферирующих эпителиальных элементов и соединительной ткани [2, 6]. Фиброаденома наиболее часто встречается у женщин моложе 35 лет, пиковый возраст заболевания составляет 20 лет. Клинически фиброаденомы протекают бессимптомно, растут медленно, выявляются самими женщинами при достижении определенных размеров. Большинство фиброаденом менее 2–3 см в диаметре, иногда встречаются гигантские фиброаденомы (более 6 см в диаметре). Отмечается ускорение роста опухоли во время гормональной стимуляции организма женщины (беременность, лактация, прием гормональных препаратов) [3, 4]. В зависимости от гистологического строения фиброаденом выделяют следующие варианты: периканаликулярная, интраканаликулярная, смешанная.

На сонограмме в большинстве случаев фиброаденома выглядит как гипоэхогенное образование округлой или овальной формы, однородной структуры,

с умеренно выраженным дистальным усилением сигнала или его отсутствием, с симметричными боковыми акустическими тенями [1].

На маммограммах фиброаденома представляет собой образование округлой, овальной формы, с четким контуром. Трудности в диагностике возникают при атипичных маммографических проявлениях фиброаденом, которые имитируют рак молочной железы (РМЖ) [5]. Образования имеют неправильную форму, нечеткие границы, включения микрокальцинатов. Проведение дифференциальной диагностики порой бывает затруднительно не только при рентгенологическом, но и при сонографическом исследовании, о чем говорит высокий процент предположительных заключений.

Представляет интерес проблема «озлокачествления» фиброаденом. Многие исследователи считают, что фиброаденомы малигнизируются крайне редко, в 0,5–1,0% случаев [5, 6]. Полагают, что озлокачествление фиброаденомы связано с особенностями ее гистологического строения, и, в частности,

интраканаликулярный вариант ее, переходит в РМЖ в 2–7,5 раз чаще [3].

Цель работы — изучение клинического течения, обследования и лечения пациенток с фибroadеномой молочной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Харьковского областного клинического онкологического центра обследовано и пролечено 68 больных с фибroadеномой молочной железы. Возраст женщин совпадал с приведенными литературными сведениями: 82% — молодые пациентки, в возрасте от 18 до 35 лет, 16% — в возрасте от 40 до 53 лет, 2% — старше 55 лет.

В диагностический комплекс обследования больных с подозрением на фибroadену входило клиническое (пальпаторное), рентгенологическое, ультразвуковое, цитологическое исследование. После оперативного лечения больным проводилось морфологическое исследование опухоли.

При обработке результатов исследований использованы традиционные методы статистического анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При клиническом обследовании у женщин выявлено образование в молочной железе в 66,7% случаев. В половине из них на основании пальпаторных данных дифференциальная диагностика была затруднительна и проводилась между кистой, узловой формой мастопатии и в некоторых случаях — раком.

При рентгенологическом исследовании (показания для проведения в молодом возрасте имеют ограничения) выявлено уплотнение в молочной железе в 97,5% случаев. Разнообразие рентгенологической картины, обусловленное различным гистологическим строением фибroadеномы, затрудняет дифференциальную диагностику, вследствие чего в 30% случаев заключение имело предположительный характер. В 2,5% случаев фибroadеномы выявлены на рентгенограммах лишь после нацеленной пальпации и специальных укладок, что связано с «плотным» окружающим фоном, обусловленным развитой железистой тканью [5, 6, 7].

Фибroadенома и киста представлены на маммограмме как округлой формы образования с четкими плавными контурами, но решающую роль играют данные УЗИ. Сонографическое исследование дает заключение о жидкостном содержимом образования (киста) или тканевом (фибroadенома, рак). Первичным рентгенологическим признаком малого РМЖ является наличие очаговой тени и микрокальцинаты в ней (не всегда). Четче тень опухоли визуализировалась у женщин старшей возрастной группы на фоне инволюции. Тень малого

РМЖ имела неправильную форму — звездчатую или амебовидную форму с неровными нечеткими контурами с характерной радиальной лучистостью. Однако некоторые формы ограниченно растущего узлового рака (медулярный, слизистый) в рентген-изображении также дают округлую, овальную форму с четкими, но полициклическими контурами [5, 7]. В подобных случаях затруднена дифференциация рака, доброкачественных новообразований и ограниченно растущих сарком. Одним из наиболее достоверных и ранних признаков является микрообызвествление (напоминают песчинки). Чем их больше и чем они мельче, тем больше вероятность РМЖ. В то же время морфологами отмечается, что длительно существующие фибroadеномы претерпевают гиалиновую дегенерацию с последующим кальцинозом [7]. Дополнительно к клиническим данным при маммографии выявляются непальпируемые фибroadеномы. В нашем исследовании это 33,3% от всех фибroadеном, как правило, встречаются у женщин «старшей» возрастной группы. Это может подтверждать давность их возникновения и нахождения в ткани молочной железы в течение времени морфологических преобразований.

На сонограмме фибroadенома представляла собой тканевое образование с четкими, ровными или бугристыми контурами, правильной овальной или неправильной формы с преобладанием горизонтальной оси. Дифференциация между контуром фибroadеномы и окружающей ткани всегда четкая. Внутренняя структура преимущественно однородная или с линейными (по типу фиброзных) включениями. При цветном доплеровском картировании кровотоков в структуре не регистрируется, в окружающих тканях без усиления кровотока. В 50% случаев фибroadенома имела дольчатое строение, неоднородную эхогенность, наличие жидкостных полостей и кальцинатов.

При цитологическом исследовании пунктата пальпируемой фибroadеномы диагноз подтверждается в 40–80% случаев [3]. В цитологическом материале клеток обычно мало, определяются клетки крови, фиброциты, фибробласты, клетки с голыми ядрами. Клеточная пролиферация была невыраженной, иногда резко выраженной, но это не имеет прогностического значения. Точность цитологической диагностики не зависит от гистологического строения опухоли [3]. Основным методом лечения фибroadеномы молочной железы является хирургический — 60 женщинам с фибroadеномой (88%) проведено оперативное лечение: у 75% — произведена энуклеация опухоли, у 25% — секторальная резекция молочной железы, 7% женщин воздержались от операции (множественный характер образований, малые размеры опухоли). При гистологическом исследовании выявлено,

что у 60 % женщин в возрасте до 35 лет преобладают периканаликулярные фиброаденомы, у 67 % женщин старше 40 лет — интраканаликулярные фиброаденомы. У 3,3 % прооперированных больных с непальпируемыми фиброаденомами при морфологическом исследовании на фоне фиброаденомы выявлены участки *Ca in situ*, у 5 % больных на фоне фиброаденомы — участки инвазивного РМЖ.

Возникают сложности и в интерпретации морфологической картины в случаях пролиферации эпителиального компонента опухоли в интраканаликулярной фиброаденоме или метаплазии эпителия при дистрофических изменениях в периканаликулярной фиброаденоме. У 3,3 % случаев были ошибки в диагностике: после проведения операции в макропрепарате найдены участки непролиферативной фиброзно-кистозной мастопатии, фиброаденомы не обнаружены.

ВЫВОДЫ

1. При дифференциальной диагностике доброкачественных образований молочной железы

и малых форм РМЖ следует проводить комплексное обследование, включающее клиническое (пальпаторное), рентгенологическое, ультразвуковое и цитологическое исследование.

2. При анализе морфологического материала отмечено, что у 60 % женщин в возрасте до 35 лет преобладают периканаликулярные фиброаденомы, у 67 % женщин старше 40 лет — интраканаликулярные фиброаденомы.

3. При маммографии в 33,3 % случаев выявляются непальпируемые фиброаденомы.

4. Необходимо расширять показания при сомнительном диагнозе к эксцизионной биопсии и проведении срочного гистологического исследования.

Больных с выявленными узловыми образованиями малых размеров, при невозможности установления диагноза при использовании стандартных методов обследования, необходимо выделять в группу диспансерного наблюдения. Это позволит в перспективе проводить контроль за изменением очаговых образований, выявлять рак молочной железы на ранних стадиях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Антонова Л. В. Ультразвуковая характеристика доброкачественных заболеваний молочных желез у гинекологических больных / Л. В. Антонова, Л. И. Титченко, М. С. Бабуния // Акуш. и гинекол. — 1996. — № 6. — С. 35–38.
2. Дильман В. М. Мастопатии и рак молочной железы / В. М. Дильман // Эндокринологическая онкология: рук-во для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — Л.: Медицина, 1983. — С. 203–233.
3. Доросевич А. Е. Фиброаденома молочной железы: морфологические особенности. Морфогенез. Прогноз / А. Е. Доросевич, О. А. Голубев // Арх. патологии. — 1991. — Т. 53, № 5. — С. 74–77.
4. Кириллов В. С. Клинико-морфологическая характеристика узловой формы фиброзно-кистозной мастопатии / В. С. Кириллов, Э. И. Даниленко, В. В. Литвинов // Маммология. — 1995. — № 2. — С. 20–25.
5. Рожкова Н. И. Последние достижения в диагностике заболеваний молочной железы / Н. И. Рожкова // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1995. — № 1. — С. 49–50.
6. Современная классификация и особенности клинико-рентгеносонопатоморфологических проявлений различных форм мастопатий / С. Б. Запирова, А. М. Берщанская, Н. Л. Чазова, Н. И. Рожкова // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2009. — № 1 (2). — С. 10–15.
7. Шипуло М. Г. Лучевые методы в диагностике узловых образований молочных желез / М. Г. Шипуло, И. М. Островская, И. В. Лисаченко // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1992. — № 1. — С. 58.