

Актуальність променевої діагностики дифузної мастопатії

К.А. ФРАНЦЕВИЧ

Резюме. *В статті розглянута необхідність променевої діагностики дифузної мастопатії у жінок-військовослужбовців. Проаналізоване власне мамографічне обстеження 174 амбулаторним пацієнтам. Результати представлені в таблиці. Зроблені такі висновки: значна кількість жінок-військовослужбовців репродуктивного віку страждають дифузними мастопатіями; в зв'язку з тим, що дифузна мастопатія є фоном розвитку раку молочної залози, необхідно при обов'язковому медичному щорічному огляді акцентувати увагу на променевої діагностиці дифузних мастопатій.*

Ключові слова: *дифузна мастопатія (ДМ), жінки-військовослужбовці, обов'язковий медичний огляд.*

За даними ВООЗ, кількість нових випадків рака молочної залози (РМЗ), щорічно діагностованих в різних країнах, в наш час перевищує 1 млн, причому кожні 15 хвилин випадок РМЗ реєструється в середньому у 5 жінок, а одна жінка помирає від цього захворювання (Семиглазов В.Ф. с соавт., 2001; Чиссов В.И. с соавт., 2003; Рожкова Н.И., 2005; Труфанов Г.Е. с соавт., 2009) [1, 2, 3, 8].

В Україні з 1995 року РМЗ посідає перше місце серед усіх зляксісних новоутворень жіночого населення, і щорічно невинно підвищується рівень захворюваності. Так, за останні 20 років частота РМЗ зросла більше ніж удвічі (Зотова А.С., Белик Е.О., 2005; Жабченко І.А., 2009). Кожна жінка, що захворіла на РМЗ, в середньому втрачає 17–18 років життя, що становить 53% від усіх втрат жіночої популяції нашої країни. При цьому пацієнтки із давнім захворюванням становлять 40%, а летальність протягом першого року з дня встановлення діагнозу РМЗ – 12,6%. (Жабченко І.А., 2009) [2]. На жаль, лікування РМЗ навіть на ранніх стадіях захворювання не дає стовідсоткової ефективності – понад 20% жінок помирають внаслідок метастатичних уражень різних органів (Чистяков С.С., 2005; Жабченко І.А., 2009; Parter P., 2008;) [2].

Згідно наказу МОЗ України № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», від 31 грудня 2004 року – профілактика пухлин молочної залози (МЗ) поділяється на первинну та вторинну: первинна – зводиться до попередження тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, зайвої ваги, гіподинамії, стресових ситуацій, надмірного сонячного опромінення; вторинна профілактика полягає у ранньому виявленні доброякісних дизгормональних захворювань МЗ (ДДЗМЗ) та своєчасній корекції гормональних розладів, що є передумовою розвитку пухлин [4, 8].

З першого погляду проблема захворювань МЗ і військо – речі не сумісні. Але з огляду на те, що на сьогодні в Збройних Силах України служать та працюють понад 50 тисяч жінок, з яких майже 18 тисяч – жінки-військовослужбовці в віці від 25 до 55 років, то увага до цього питання цілком виправдана. До того ж серед жіночого контингенту війська не останнє місце серед патологій займає захворювання репродуктивної системи жінки. В зв'язку з тим, що цей контингент підлягає обов'язковому щорічному медичному огляду є можливість при правильній організації клініко-лабораторно – інструментального обстеження та лікування захворювань МЗ, максимально виявити ДДЗМЗ, а саме дифузні мастопатії (ДМ), успішно їх лікувати, попередити утворення проліферативного компоненту та перетворення ДДЗМЗ у злоякісні.

Згідно формулюванню МКБ-10 ВООЗ, мастопатія є комплексом процесів, який названий терміном «доброякісна дисплазія молочної залози» (N.60), що характеризується широким спектром проліферативних та регресивних змін в тканині МЗ з порушенням гармонічного співвідношення епітеліального та сполучно-тканинного компонентів, та має до 30 синонімів терміна: кістозна десквамативна гіперплазія, хронічний кістозний мастит, фіброаденоматоз, папілярний фіброаденоматоз, хвороба Реклю, хвороба Шиммельбуша, аденоз, мезоплазія, мікрокістозний фіброаденоматоз, хвороба Вільямінова, мастодінія, аденофіброз, кістозний склероз, склеро-кістозний мастоз – хвороба Даржента та інші [3, 4, 7, 8]. В Україні найбільш розповсюджений термін «фіброзно-кістозна мастопатія» (ФКМ) та «фіброаденоматоз», термін «дисплазія молочної залози» не отримав широкого розповсюдження із-за подібності з більш вузьким поняттям «дисплазія епітелію». Доброякісна дисплазія займає одне з центральних місць в мамології як потенційне джерело раку молочної залози (РМЗ) [3, 4, 7, 8].

Статистичні данні свідчать, що цією патологією страждає значна кількість жінок. Захворюваність мастопатією серед жіночого населення складає 30–63%, а в групі жінок, що страждають гінекологічними захворюваннями, досягає 95% [3, 4, 5, 8].

Метою дослідження є висвітлення необхідності впровадження комплексної клініко-лабораторно-променевої діагностики ДМ при щорічному обов'язковому медичному огляді жінок-військовослужбовців.

Матеріали і методи

Проаналізовані результати власного мамографічного обстеження 174 пацієнтам (амбулаторним військовослужбовцям) в віці від 30 до 55 років, за 3 місяці, які були направлені лікарем-гінекологом. В результаті виконання стандартного мамографічного обстеження (знімків МЗ в прямій краніо-каудальній та косій медіо-латеральній проєкціях) була виявлена патологія, що представлена в таблиці 1.

**Патологія МЗ, виявлена в кабінеті мамографії ГВМКЦ «ГВКГ»
протягом 3 місяців**

№ п/п	Патологія МЗ	Кількість пацієнтів (амбулаторні військовослужбовці)	%
1.	Без патологічних змін	14	8,03
2.	Фіброзно-жирова інволюція	29	16,67
3.	Вузлове утворення молочної залози на фоні дифузної фіброзно-кістозної мастопатії	19	10,92
4.	Вузлове утворення молочної залози на фоні фіброзно-жирової інволюції	13	7,47
5.	Листоподібна фіброаденома	3	1,72
6.	Вузлова фіброзно-кістозна мастопатія	12	6,89
7.	Дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою залозистого компонента	10	5,75
8.	Дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою кістозного компонента	23	13,22
9.	Дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою фіброзного компонента	17	9,77
10.	Дифузний фіброаденоматоз	25	14,37
11.	Дизгормональна гіпоплазія залозистого матрикса	1	0,57
12.	Гострий мастит	1	0,57
13.	Новоутворення молочної залози	7	4,05
	Всього амбулаторних військовослужбовців:	174	100

З таблиці видно, що значна кількість пацієнтів – 106 (60,92%) хворі на різні варіанти мастопатій. З них – хворі на вузлову фіброзно-кістозну мастопатію (ФКМ) – 12 (6,89%); на дифузну ФКМ – 94 (54,02%).

Результати та обговорення

Розрізняють багато форм мастопатій, що обумовлює велику кількість їх класифікацій. Разом з тим великій різноманітності варіантів та форм мастопатій не відповідає відносно обмежена кількість діагностичних та лікувальних стереотипів [2, 4, 7, 8].

Ця група захворювань представляє інтерес не тільки в зв'язку з значною частотою, але і тому, що на думку багатьох авторів, є фоном для розвитку РМЗ, ризик розвитку якого на фоні мастопатії зростає в 4–37 разів (Золотаревский В.Б. с соавт., 1983; Рожкова Н.И., 1993; Wolfe G., 1978, Manus K., 1979; Israel J. Et al., 1981; Duffi S.W., 1983) [7, 8].

При дослідженні співвідношення між проліферуючим фіброаденоматозом, внутрішньопротоковим та інфільтративним РМЗ відмічено, що в зоні росту РМЗ постійно зустрічаються елементи проліферуючого

фіброаденоматозу: від проліфератів передракового типу до структур внутрішньопротокової карциноми [7, 8]. Це призвело до висновку, що ранній РМЗ виникає із структур проліферуючого фіброаденоматозу [4, 5, 6, 7, 8]. Дослідження (Э.Л. Нейштадта, 1974) показали, що на фоні проліферуючої мастопатії РМЗ розвивається в 7–14 разів частіше [7, 8]. Однак до теперішнього часу увага на діагностиці та лікуванні різних форм мастопатій не загострена, особливо при щорічному огляді жінок-військовослужбовців.

В МЗ жінки в репродуктивний період часто послідовно відбуваються проліферативні та регресивні зміни в епітеліальних та опорних тканинах. Порушення регуляції цих процесів часто, у 39% жінок (Рожкова Н.И. с соавт., 1993) призводить до дифузних та дифузно-вузлових змін [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8]. Найбільш розповсюдженні ФКМ. Рентгенологі розрізняють декілька форм ДМ, які можна відрізнити на рентгенограмах та при морфологічному дослідженні:

1. дифузна ФКМ з перевагою залозистого компонента (аденоз);
2. дифузна ФКМ з перевагою фіброзного компонента (фіброз);
3. дифузна ФКМ з перевагою кістозного компонента;
4. змішана дифузна ФКМ (дифузний фіброаденоматоз);
5. склерозуючий аденоз [4, 7, 8].

На мамограмі виразність процесу визначають умовно: по співвідношенню сполучно-тканинно-залозистого комплексу та жирового фону:

- при нерізно виразній мастопатії жирова тканина переважає над паренхімою залози;

- при мастопатії середнього ступеня виразності жирова тканина та щільні структури, що формують МЗ знаходяться приблизно в рівних співвідношеннях;

- при виразному ступені мастопатії – більша частина МЗ представлена сполучнотканинними та залозистими структурами, жирової тканини мало. Такий розподіл мастопатій має важливе значення для диференціальної діагностики та вибору оптимального строку повторного обстеження [4, 7, 8].

Мамографічна щільність (МЩ) – це ступінь рентгенологічної щільності МЗ. Висока мамографічна щільність спостерігається при перевазі фіброзної тканини, низька – при жировій інволюції МЗ, проміжна – при тому або іншому ступені візуалізації протокових структур. Оцінка МЩ при інтерпретації мамограм виконується рентгенологом відповідно до класифікації МЩ МЗ (Wolfe J.N., 1987; Byrne C., Schairer C., 1995), згідно з якою розділяють чотири типи мамограм:

N1 – паренхіма представлена повністю або майже повністю жировою тканиною, можуть бути поодинокі фіброзні сполучнотканинні тяжі;

P1 – візуалізуються протокові структури, що займають не більше 25% площі проєкції МЗ;

P2 – протокові структури займають понад 25% площі проєкції МЗ;

DY – надзвичайно щільна (непрозора) паренхіма (дизплазія), що вказує на гіперплазію сполучної тканини [4, 8].

Встановлення МЩ має важливе діагностично-прогностичне значення: ризик розвитку РМЗ у жінок із підвищеною МЩ у 3 рази вищий, ніж у хворих із нормальною МЩ [8].

Дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою залозистого компоненту (аденоз).

Аденоз – стан, пограничний між нормою та патологією в залежності від віку (границя 22–25 років). Спостерігається в 9,7% всіх дифузних мастопатій [7]. Морфологічною основою є гіперплазія залозистих дольок. Клінічно такий стан супроводжується больовими відчуттями, набряком та ущільненням МЗ. При пальпації МЗ щільні, з окремими дифузно розташованими вузлами, нечітко відокремленими від навколишніх тканин. На рентгенограмах при цьому відмічається наявність великої кількості тіней неправильної форми з нечіткими розпливчастими контурами. Кожна тінь відповідає ділянці лобулярної гіперплазії. В сукупності вогнища затемнення дають неоднорідну нерівномірну дифузну тінь, що займає більшу частину МЗ.

Дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою фіброзного компоненту (фіброз).

Клінічна картина та суб'єктивні відчуття не відрізняються від попередньої форми. Рентгенологічна картина також подібна: МЗ інтенсивно затінені, з вузькою смугою просвітлення, яка обумовлена підшкірно-жировою клітковиною. Але, на відміну від аденозу, при фіброзі контури окремих ділянок лобулярної гіперплазії підкреслені, а не розмиті. При гістологічному дослідженні спостерігається фібросклероз, помірні кістозні зміни, в тому числі з циліндро-клітковою гіперплазією та апокринізацією, а також – фокуси звичайної та атипової протокової гіперплазії.

Дифузна фіброзно-кістозна мастопатія з перевагою кістозного компоненту.

При морфологічному дослідженні відмічається перевага фібросклерозу, атрофія дольок, ектазія протоків, численні кісти, перидуктальна хронічна запальна інфільтрація. Клінічна картина подібна до попередніх форм мастопатій. Можуть пальпуватися окремі кісти, розмір яких перевищує 2 см. Вони представлені ущільненнями округлої або овальної форми, еластичної консистенції, які відокремлені від навколишньої тканини. Більші дрібні кісти при пальпуванні можуть не виявлятися внаслідок м'якої консистенції. В цьому випадку допомагають променеві методи дослідження. На рентгенограмах, на фоні строкатого неоднорідного рисунка, що зумовлений смугами жирової, сполучної та залозистої тканини, можуть візуалізуватися округлі, овальні або з стисненням від сусідніх кіст щільні тіні розмірами від 0,3 до 6–8 см. Їх контури чіткі, рівні, з ободком просвітлення, що характеризує експансивний ріст. Однак найбільш інформативним серед існуючих методів є УЗД, при якому відмічається наявність дрібно-кістозного компоненту в вигляді округлих анехогенних утворень з рівними чіткими контурами.

Змішана форма дифузної фіброзно-кістозної мастопатії (дифузний фіброаденоматоз).

Морфологічна картина занадто строката: надлишковий розвиток залозистих дольок, проліферативні та/або атрофічні зміни епітеліального компоненту, склероз внутрішньодолькової та міждолькової сполучної тканини, фіброзно-кістозні зміни. Нерідко зустрічаються вогнища протокової та долькової гіперплазії, в тому числі з атипією. На фоні останньої рак зустрічається в 7–14 раз частіше [1, 3, 6, 7, 8]. Клінічно захворювання проявляється відчуттям болі різкого ступеню виразності, порою навіть при доторканні одягу. При пальпації виявляють або дифузну дрібну зернистість, або дископодібну тістуватість. На рентгенологічному зображенні відмічається порушення нормального структурного рисунку, який представлений чергуванням просвітлень та затемнень округлої, овальної або неправильної форми, які поєднанні з хаотично розташованими щільними фіброзними тяжами.

Нерідко УЗД вносить ясність в картину мастопатії, уточнює перевагу тих або інших структур [4, 8].

Склерозуючий аденоз.

Склерозуючий аденоз може спостерігатися як самостійне, так і в поєднанні з дифузною мастопатією. Виділяють дві форми склерозуючого аденозу: вузлову та дифузну (остання зустрічається в 20–30 раз частіше). Морфологічно цей стан характеризується порушенням співвідношення епітеліального, міоепітеліального та стромального елементів в протоково-долькових одиницях. Рання фаза процесу включає проліферацію епітелію і міоепітелію, а пізня – характеризується розвитком склерозу. В просвіті ацинусів та в стромі поряд з ними можуть спостерігатися кальцинати. Клінічні прояви склерозуючого аденозу залежать від його форми. Рентгенологічна картина дифузної форми подібна до картини звичайної дифузної фіброзно-кістозної мастопатії, але існує характерна особливість: скупчення великої кількості занадто дрібних включень звапнення розмірами від 50 до 600 мікрон, правильної або неправильної форми. При доплеросонографії дифузних доброякісних змін кровотік характеризується рівномірним розподілом артерій у всіх квадрантах, переважають доплерівські криві пілкоподібного типу, простежується тенденція до збільшення загальної кількості артерій та їх діаметру; підвищення максимальних значень лінійного та об'ємного кровотоку з посиленням виразності структурних змін. З посиленням виразності дифузних змін діаметр артерій збільшується від 1,2 до 1,3 мм, максимальна швидкість та об'ємний кровотік зростають з 0,13 до 0,17 м/с.

Рентгенологічні ознаки знайденої патології на власних мамограмах були співставлені з рентгенологічними ознаками клініко-рентгено-сонографічного обстеження пацієнтів в провідних профільних закладах України та Росії.

Висновки

Таким чином з нашого дослідження видно, що серед жінок-військово-службовців при обстеженні МЗ, значна кількість страждає різними формами ДМ, які потребують спостереження розвитку хвороби в динаміці та успішного лікування.

В зв'язку з тим, що ДМ є фоном для розвитку РМЗ, необхідно при обов'язковому медичному щорічному огляді акцентувати увагу на променевої діагностиці ДМ.

Література

1. Труфанов Г.Е. МРТ в маммологии / Г.Е. Труфанов, С.В. Серебрякова, Е.А. Юхно. – СПб., ЭЛБИ – СПб, 2009. – 201 с., илл.
2. Жабченко І.А. Вагітність та фіброзно-кістозна хвороба молочних залоз / І.А. Жабченко // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 10 (27). – С. 42–43.
3. Высоцкая И.В. Дисгормональные дисплазии молочных желёз / И.В. Высоцкая, В.П. Летагин, Е.А. Ким // Маммология. – 2006. – № 2. – С. 9–11.
4. Лучевая диагностика неопухольных заболеваний грудной железы: учеб. пособ. / Р.Я. Абдуллаев, Т.С. Головки, В.В. Грабарь [и др.]. – Харьков: Нове слово, 2009. – 96 с.
5. Громова А.М. Особенности гинекологического обследования больных с заболеваниями молочных желёз / А.М. Громова, А.Л. Громова // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 6. – С. 39–40.
6. Татарчук Т.Ф. Дисгормональные заболевания молочных желёз в практике гинеколога-эндокринолога / Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко, Н.В. Рось // Эндокринная гинекология. – К., 2003. – С. 147–181.
7. Рожкова Н.И. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы / Н.И. Рожкова; под ред. А.С. Павлова. – М.: Медицина, 1993. – 224 с.
8. Смоланка І.І. Сучасний погляд на проблему діагностики і лікування раку молочної залози / І.І. Смоланка, С.Ю. Скляр // Жіночий лікар. – 2008. – № 5. – С. 8.

Актуальность лучевой диагностики диффузных мастопатий у женщин-военнослужащих

К.А. ФРАНЦЕВИЧ

Резюме. *В статье рассмотрена необходимость лучевой диагностики диффузной мастопатии у женщин-военнослужащих. Проанализировано собственное маммографическое исследование 174 амбулаторным пациентам. Результаты представлены в таблице. Сделаны такие выводы: большинство женщин репродуктивного возраста, в том числе, женщины-военнослужащие болеют диффузными мастопатиями; в связи с тем, что мастопатия является фоном развития рака молочной железы, необходимо при обязательном медицинском ежегодном осмотре акцентировать внимание на лучевой диагностике диффузных мастопатий.*

Ключевые слова: *диффузная мастопатия (ДМ), женщины-военнослужащие, обязательный медицинский осмотр.*

Actuality radial diagnostic of diffuse mastopathy for military woman

K.A. FRANTSEVYCH

Summary. *In this article looked of necessity radial diagnostic of diffuse mastopathy for military womans. I analysed my mammographic diagnostic of 174 out patients. This results present in table. Analisis of results determined this conclusions: the majority of military womans in genital ago are illing of diffuse mastopathy; the diffuse mastopathy is background fore is necessity in accent of radial diagnostic of diffuse mastopathy in period of obligatory medical inspection.*

Key words: *diffuse mastopathy (DM), military womans, obligatory medical inspection.*

УДК 617-001 :616-073.75

Можливості сучасних методів променевої діагностики у виявленні осифікованої гематоми при травмах нижніх кінцівок

В.І. ЧОБАН, Г.В. ЦВІГУН, Ю.О. ЯРМОЛЮК,
Р.Г. КРАСІЛЬНИКОВ, О.І. ГРЕЧАНИК, Д.П. НІКОЛЮК

Резюме. *Встановлено, що сцинтиграфічні, ультрозвукові, магнітно-резонансні, рентгенологічні зображення гематоми різні в залежності від часу та ускладнень. Проаналізовані зміни ускладнень (осифікація гематоми) в початковому періоді, періодах незрілого та зрілого осифікату. Встановлені часові параметри виявлення раннього ускладнення (осифікація) при використанні різних методів променевої діагностики.*

Ключові слова: *осифікована гематома, остеосцинтиграфія, радіофармпрепарат.*

Поширення травматизму виводить проблему медичної допомоги пацієнтам з травматичними пошкодженнями м'яких тканин в одну з найбільш актуальних та складних проблем в системі охорони здоров'я. Часто травм зазнають військовослужбовці. В структурі всіх пошкоджень післятравматичні гематоми складають 1,07%, з них 47% складають гематоми стегна [1, 2]. Відомо, що мікроскопічно вже на 4 добу після травми в регенераті визначаються кісткові балки а у нелікованих хворих з гематомами нижніх кінцівок в 68% випадків вже через 3 тижні після травми спостерігаються ознаки осифікації [3, 4].

Існує низка факторів, що сприяють утворенню ускладнень – це пізні звернення пацієнтів за медичною допомогою, неповноцінне обстеження та неадекватне лікування. В літературних джерелах зустрічається значна кількість публікацій, пов'язаних з позаскелетним остеогенезом [5, 6, 7, 15, 16]. За даними літератури, 60–75% гетеротопічних осифікацій є післятравматичні, з них 45% в