

Кистозные изменения структуры грудной железы в разные возрастные периоды

М.Л. Травина¹, А.Г. Попов², С.А. Попов³, Е.В. Куликова¹

¹ ФГАУ «Национальный Научно-Практический Центр Здоровья Детей» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

² МЦ «МИР СЕМЬИ», Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Статья посвящена проблемам диагностики кистозной патологии грудной железы в разные возрастные периоды, включая детско-подростковый возраст. Проанализированы различные варианты классификаций кистозных изменений. Основным методом выявления жидкостного образования в грудной железе является ультразвуковое исследование, тогда как окончательная верификация возможна после углубленного лабораторного исследования образования (цитологическим, биохимическим и гистологическим методом). Лечебно-диагностическая пункция кистозных образований не влияет на дальнейшее функционирование железистой ткани и может применяться в любом возрасте. Активное санирование кист в детском возрасте обусловлено с высокой вероятностью возникновением воспалительного процесса на фоне имеющейся кистозной полости. Во взрослом возрасте лечебно-диагностические вмешательства имеют диагностический характер и для снижения локального болевого симптома, связанного с перенапряжением кист. Анализ результатов проведен на основании осмотра и лечения 22 381 пациентки в возрасте от 8 до 72 лет, обратившихся на прием в специализированное маммологическое отделение Федерального Государственного Автономного Учреждения «Национальный Научно-Практический Центр Здоровья Детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации за период с 2008 по 2015 г.

Ключевые слова: маммология, киста грудной железы, фиброзно-кистозная мастопатия, УЗИ грудной железы, пункция кисты.

Актуальность диагностики и лечения патологий грудных желез имеет большое значение для своевременного выявления и коррекции дисгормональных нарушений в организме девушек и женщин, а также ранней диагностики рака грудной железы (РГЖ).

Впервые в 1829 г. Соорег [17] описал кистозные изменения грудных желез, а в 1840 г. R. Brodi [18] ввел термин «серозно-кистозная опухоль молочной железы» в связи с наличием жидкостного содержания в образовании.

Фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) по определению ВОЗ (1984) – это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей грудной железы.

ФКМ, по данным различных исследователей, выявляется примерно у 50–60% женщин, как правило, в возрасте от 30 до 50 лет и гораздо реже – у женщин в период постменопаузы [1–3]. В детском и подростковом возрасте при проведении в декретируемых возрастных группах только физикального осмотра частота выявления кистозных образований составляет 3,1% [6]. Однако при проведении инструментального обследования грудной железы у детей и подростков в группе от 8 до 17 лет методом ультразвукового исследования (УЗИ) выявление анэхогенных образований увеличивается до 12,1–19,3% в зависимости от группы пациентов [4, 5].

По литературным данным, частота встречаемости кистозных изменений составляет 6–10% у девочек в пубертатном возрасте [6].

В настоящее время основным классификатором для регистрации патологии является МКБ-10, однако в нынешней редакции отсутствует системный подход к доброкачественным заболеваниям грудной железы, что не позволяет сформировать более точные алгоритмы диагностики, наблюдения и лечения в зависимости от выявленной патологии и конкретно кистозных включений. Для регистрации кистозных проявлений в грудной железе в МКБ-10 представлены следующие коды: N60; N60.0; N60.1; N60.3; N60.4; N64.3; N64.5; N64.8; N60; N60.

Широко распространенное маммографическое исследование не всегда позволяет выявить и дифференцировать структуру патологического образования. Существуют косвенные симптомы наличия образований с жидкостным содержанием в грудной железе, выявляемые при рентгенологическом исследовании, но окончательная верификация возможна только при использовании УЗИ [19]. По результатам УЗИ с учетом различных изменений внутренней структуры целесообразно использовать классификацию кистозных образований, предложенную Бергом в 2003 г. [20].

Для окончательной диагностики кистозного образования необходимо проведение диагностической пункции для забора жидкостного содержимого и проведения лабораторного исследования материала. Цитологическое исследование клеточного материала должно проводиться при любом заборе биоматериала [21]. Возможно проведение биохимического анализа жидкостного содержимого с оценкой соотношения Na и K для исключения кист из апокринового эпителия [12, 13]. При выявлении хронического воспалительного процесса либо рецидива проводят бактериологический посев содержимого с определением чувствительности к антибиотикам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ обследований 22 381 пациентки, обратившихся на прием в специализированное маммологическое отделение ФГАУ НЦЗД МЗ РФ с 2008 по 2015 г. в возрасте от 8 до 72 лет. По результатам инструментальных исследований кистозные образования выявлены в возрасте от 8 до 17 лет у 741 пациентки из общего числа осмотренных детей и подростков (n=6126), что составило 12,1%. Тонкоигольная пункция проведена у 608 пациенток детской группы (82% от выявленных кистозных образований). У пациенток старше 18 лет выявлены кистозные изменения в 7965 (49%) случаях из 16 255 обследованных, тонкоигольную биопсию проводили у 1680 женщин, что составило 21,1% из выявленных кистозных изменений.

В обследование включали: сбор анамнеза и жалоб, физикальный осмотр грудных желез, проведение УЗИ грудных желез (GE Logiq Book XP, Voluson 730, датчик 7,5МГц), у пациенток старше 35 лет в соответствии с приказом № 572N

Таблица 1

Описание типов кистозных образований грудной железы по данным УЗИ с учетом онкологической настроженности (Berg W.A., 2003)

ТИП кисты	Описание	Онкологическая настроженность
I	Простая киста	Низкая
II	Кластерные мини-кисты	Низкая
III	Кисты с тонкими перегородками	Низкая
IV	Сложные кисты (с густым однородным содержимым)	Средняя
V	Кисты с толстой капсулой/толстыми неровными внутрикистозными перегородками/внутрикистозные разрастания	Высокая
VI	Кисты со смешанным тканевым и жидкостным содержимым	Высокая

[14] проводили цифровую маммографию (на аппарате Siemens mammomat inspiration), при необходимости дополнительный метод исследования – МРТ с контрастом (GE Signa 1.5T). Тонкоигольная аспирационная биопсия образований. Жидкостной материал подвергался центрифугированию с последующим нанесением клеточного компонента на покрывное стекло и окраской его по Романовскому–Гимзе. Цитологическое исследование мазка. Биохимический анализ следует проводить при выявлении прозрачной жидкости из кисты для подтверждения нарушения электролитного баланса и выявления апокриновых кист [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При нормальном состоянии грудной железы при всех видах обследования – физикальном осмотре, маммографии, УЗИ – не выявляют нарушений структуры железы, отсутствуют жалобы, при осмотре нет локальных уплотнений и болезненности, выделений; при маммографии – однородность тканей, симметричность; при УЗИ нет признаков отека тканей, не визуализируются протоки (нет секрета в протоке) и не выявляют патологических образований. Любые проявления и изменения в структуре железы являются симптомами наличия ФКМ и другой патологии.

Жалобы на болезненные уплотнения, тяжесть в грудных железах обусловлены наличием отека тканей, которая является следствием нарушения общегормонального фона. Появление выделений из соска грудной железы вне периода лактации связаны с усиленной секрецией протокового эпителия или патологией в протоках.

Существуют различные виды классификаций и систематизаций фиброзно-кистозных изменений грудной железы. При маммографическом исследовании в России принято использовать классификацию Н.И. Рожковой в зависимости от преобладания различных компонентов железы [9, 10]. Выявленные изменения распределяют по следующим группам: преобладание фиброзного, кистозного или железистого компонента и смешанные формы мастопатии. Также выделяют в отдельные группы склерозирующий аденоз и узловые формы ФКМ. На маммографическом исследовании можно определить количество образований, их локализацию, размер, контур. Рентгенологически кистозное включение выявляют в виде участка затемнения округлой или овальной формы с четкими контурами, нередко с ободком просветления вокруг. При многокамерных кистах – полициклические контуры. С учетом невозможности определения внутренней структуры образования необходимо дополнительное проведение УЗИ [19].

При УЗИ выявленные кистозные образования подразделяют на следующие группы: типичные и атипичные кистозные образования, дилатация протоков [11]. В зарубежных странах используют более дифференцированную классификацию кистозных образований по Бергу (табл. 1, рис. 1) [10].

В данной классификации более подробно рассматривается внутренняя структура выявленных кистозных образований и определяются показания не только к цитологическому, но и гистологическому исследованию у групп с типом кист V и VI. Остальные типы кист (I, II, III, IV) имеют низкий риск озлакачествления – 0,3–4% [12, 23].

Имеет смысл разобрать классификацию кист по Бергу более подробно для создания алгоритма обследования и лечения данных пациенток.

К I типу кист относится анэхогенное образование с четкими ровными контурами, преимущественно округлой или овальной формы, без усиления эхогенности окружающих тканей и отсутствием кровотока при режиме ЦДК, с однородным жидким содержимым или неплотной гиперэхоген-

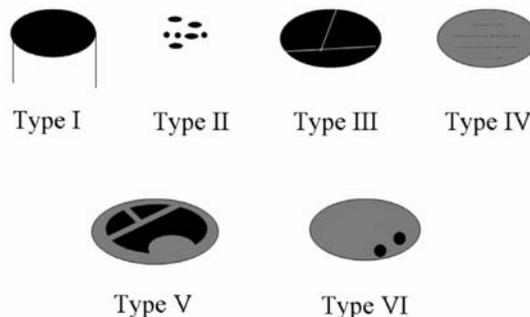


Рис. 1. Схематичное изображение ультразвуковой картины жидкостных образований в грудной железе (Berg W.A., 2003)

ной взвесью, усилением дорзальной тени и симметричными боковыми тенями (фото 1).

При выявлении анэхогенного образования I типа в зависимости от размера кисты и клинических проявлений возможно динамическое наблюдение при диаметре (Ø) менее 1 см и при размерах Ø более 1 см применяют тонкоигольную биопсию. Полученное содержимое направляют на цитологическое исследование, при необходимости – на посев или биохимический анализ.

В дифференциальной диагностике кист I типа необходимо помнить об апокриновой метаплазии, так как ульт-

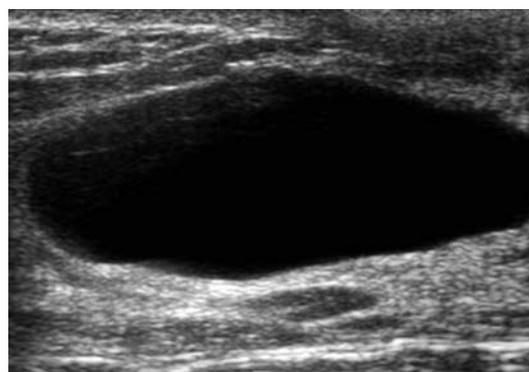


Фото №1. УЗИ-картина кисты I типа

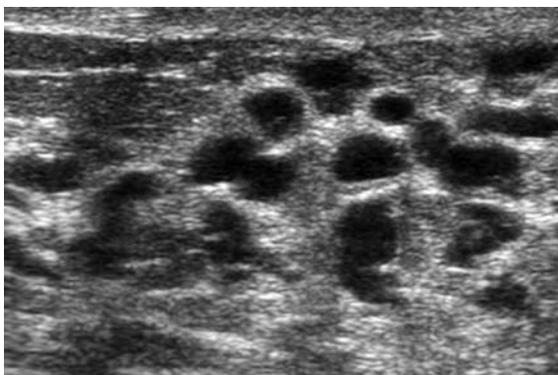


Фото 2. Кластерные кистозные образования, или мини-кисты. Тип II

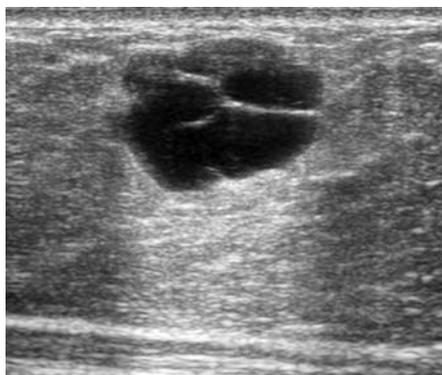


Фото 3. Многокамерное кистозное образование. Тип III



Фото 4. Сложная киста с густым содержимым. Тип IV



Фото 5. Кистозное образование с внутрисполостными разрастаниями. Тип V

развукочная картина такая же, как у простой кисты, а риск значительно выше. При обнаружении прозрачной жидкости в кисте рекомендуется отправить ее на биохимический анализ для определения баланса Na и K. В кистах из апокринового эпителия содержание указанных элементов Na:3:1K обратное от нормы – Na1:3K [7]. При подтверждении апокриновой кисты необходимо проведение МРТ грудных желез с контрастом и при выявлении патологического очага с накоплением контраста – хирургическое лечение. В дальнейшем наблюдение за данными пациентами рекомендуется помимо УЗИ включать регулярное МРТ-исследование.

В практике после пункционного дообследования в I типе простых кист можно выявить масляные кисты, воспалительные кисты, серомы, галактоцеле.

Ко II типу кист относятся локальные скопления мелких кистозных включений (кластерные кисты, или мини-кисты). Окружающая ткань интактна. Тактика такая же, как и при кисте I типа, в зависимости от диаметра патологической зоны – диагностическая пункция. Возможны сообщения между кистами или их изолированность. Это зависит от механизма их образования: расширение протоковой системы или образование солидных кист с капсулой. В зависимости от этого при диагностической пункции возможна полная или частичная санация полостей. Регистрируют атипичные метаплазии, выявленные при лечебно-диагностической пункции (фото 2).

III тип кист – это анэхогенное образование, по данным УЗИ-исследования, с тонкими перегородками, многокамерная киста. Капсула ровная, окружающая ткань интактна. Внутрисполостные перегородки могут визуализироваться частично и не превышать толщины стенки 0,5 мм. При режиме ЦДК усиления кровотока не выявляют. В зависимости от

размера возможно динамическое наблюдение или лечебно-диагностическая пункция (фото 3).

IV тип кист – сложные кисты. С четкими контурами при УЗИ, но плотными густыми массами внутри. Иногда визуализируется неоднородность заполнения полости образования с разделением плотного компонента и жидкостного. Кистозные включения часто располагаются вертикально по одной из стенок капсулы. Важно оценить окружающую ткань вокруг образования и целостность капсулы. Иногда визуализируется ровный ободок перифокальной отечности. Усиление кровотока при режиме ЦДК не выявляют. При диагностической тонкоигольной биопсии выявляют жидкость или густое содержимое. В зависимости от плотности внутрикистозного содержимого возможно полное опорожнение образования либо частичное. При густом содержимом и трудности опорожнения используют более толстую иглу (G16–14). Описаны техники введения лекарственного средства в кисту для уменьшения вязкости жидкости и полноценной санации полости, а также снижения риска рецидива за счет склеивания капсулы [13]. На практике встречаются: абсцессы с гнойным содержимым, олеогранулемы – некроз жировой ткани (после операции, травм), «шоколадные» кисты или гематомы, организовавшиеся кисты – как простые, так и галактоцеле (за счет всасывания жидкостного компонента и повышения концентрации белкового содержимого), телеомы. Весь материал необходимо направлять на цитологическое исследование. Плотное густое содержимое по данным цитологического исследования чаще представляет собой бесструктурные массы. При обнаружении бурой или кровянистой жидкости, не связанной с травмой и гематомой, необходимо оставить немного содержимого в кисте для определения локализации образования в случае обнаружения атипии (фото 4).

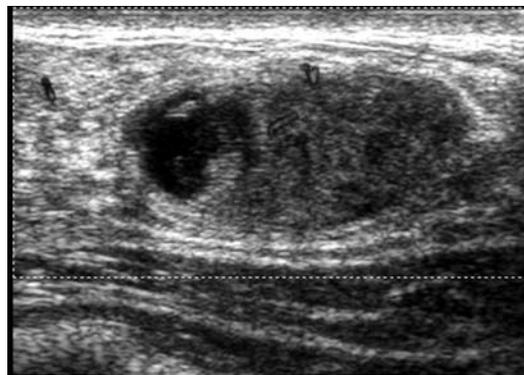
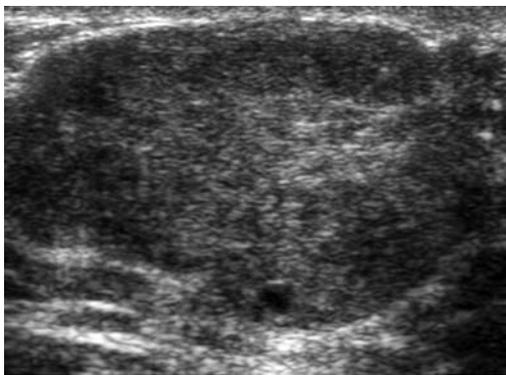


Фото 6. Киста со смешанным тканевым и жидкостным содержимым. Тип VI

V тип кистозных включений имеет высокий риск внутрикистозного разрастания. При УЗИ обращает внимание утолщенная или неравномерная капсула образования ($\geq 0,5$ мм) или плотная неровная перегородка ($\geq 0,5$ мм) между анэхогенными включениями, локальные тканевые кистозные разрастания и пристеночные. Выявляемый при режиме ЦДК усиленный кровоток в данном типе кист увеличивает риск наличия онкологического процесса. Для углубленной диагностики необходимо проведение соге-биопсии подозрительных участков и оперативное лечение. Дифференциальная диагностика необходима между патологическим очагом пролиферации, пострубцовыми изменениями, хроническим воспалительным процессом. При правильной и четкой классификации встречающихся кистозных образований в данной группе риск онкологической настроженности, по данным Берга, до 35% (фото 5) [20].

VI тип кист характеризуется наличием кистозных включений в гипоэхогенном образовании, несимметрично расположенных в узле по данным УЗИ. Необходима верификация, как тонкоигольная, так и соге-биопсия. Дифференциальная диагностика с фибroadеномой, узловоей ФКМ, аденомой, абсцессом (фото 6).

Данная классификация дает возможность более внимательно относиться к полученным при УЗИ симптомам, что позволит выявить группу риска и определить тактику ведения пациенток, но в нее не включена группа пациенток с дилатацией или эктазией протоков. Диагностируют естественную физиологическую эктазию протоков в период беременности и лактации. Она может индивидуально выявляться во второй фазе цикла. Но при патологическом расширении протоков происходит нарушение процессов физиологической резорбции секрета протоковым эпителием и скопление жидкости внутри протоков. Именно наличие жидкостного компонента дает возможность увидеть проток при УЗИ. Патологической эктазия протоков считается с расширения его ≥ 4 мм. Симметричная картина с двух сторон расширения протоковой системы является анатомической особенностью, а не патологией, тогда как с одной стороны – может быть из-за снижения тонуса в протоке при наличии внутрипротоковых разрастаний.

Ранее в литературе встречалось мнение, что эктазия свойственна женщинам после 50 лет [11], однако в период активного формирования и роста железистой ткани грудной железы в пубертатный период первичный рост происходит за счет развития протоковой системы, чем обусловлено наличие псевдокистозных расширений по типу эктазий протоков под сосково-ареолярной зоной [24]. Усиленная секреция протокового эпителия не соответствует скорости резорбции из-за дисбаланса гормонального фона и может приводить к образованию псевдокистозных расширений. При нормализации гормонального фона данные кистозные расширения

протоков могут самостоятельно разрешаться [14], однако при выявлении кистозных расширений более 1 см рекомендуется их санирование методом тонкоигольной аспирации в связи с высокой вероятностью инфицирования. Данные диспансерного наблюдения за этой подростковой группой свидетельствуют, что при аспирации кист под ультразвуковым контролем рецидивы крайне редки. Тонкоигольная биопсия не мешает активному росту железы и не оставляет рубцовых изменений [15].

Для статистической регистрации выявленной патологии грудной железы в любом возрасте используют МКБ-10 (табл. 2).

Однако из представленной выборки по доброкачественным патологиям грудной железы видно, что имеющиеся коды не дают возможности распределения пациентов по целевым группам диспансерного наблюдения. А в связи с этим нельзя говорить о едином алгоритме диагностики и лечения по кодам МКБ-10. Междисциплинарный подход к проблемам маммологии также снижает качество диагностики, лечения и дальнейшего наблюдения.

Основной причиной появления кистозных изменений железистой ткани являются дисгормональные процессы с усилением секреторной активности тканей грудной железы и снижением резорбционных процессов. Данная особенность характерна для всех возрастных групп пациенток [16]. Комплексная терапия может включать: диетотерапию, биоактивные препараты, фитопрепараты, витаминные комплексы, седативные препараты. При диетотерапии исключение некоторых продуктов поможет снизить отечность тканей грудной железы и нормализовать гормональные нарушения. Доказано, что употребление метилксантинов (они в большом количестве находятся в кофе, черном чае, шоколаде и какао) провоцирует разрастание соединительной ткани и накопление жидкости в кистах, а снижение употребления данных продуктов уменьшает выраженную симптоматику данной патологии. Введение в рацион растительной клетчатки и как можно больше воды (до 1,5–2 л в день) улучшает самочувствие женщины. Активно рекомендуются препараты и витамины, влияющие на психоэмоциональное состояние женщины. Успокоительные препараты (вначале отдав предпочтение легким препаратам растительного происхождения – настойке пустырника, валерианы и т.д.) и витамины группы B₆ в комплексе с Mg способствуют уменьшению стрессорности и снижению гормонального дисбаланса. Витамины A и E хорошо зарекомендовали себя в лечении кист и мастопатии грудной железы. Мочегонные препараты назначают коротким курсом на несколько дней, они в основном направлены на уменьшение жалоб пациенток. Антиэстрогеновые препараты или оральная контрацепция, в зависимости от анамнеза пациентки, для достижения терапевтического эффекта могут быть назначены длительным курсом от 6 мес. К

Выборка кодов и комментариев доброкачественной патологии грудной железы по МКБ-10

МКБ-10	Диагноз	Комментарии по МКБ
N60	Доброкачественная дисплазия молочной железы	Включена: фиброзно-кистозная мастопатия
N60.0	Солитарная киста молочной железы	Киста молочной железы
N60.1	Диффузная кистозная мастопатия	Кистозная молочная железа Исключена: с пролиферацией эпителия (N60.3)
N60.2	Фиброаденоз молочной железы	Исключена: фиброаденома молочной железы (D24)
N60.3	Фибросклероз молочной железы	Кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия
N60.4	Эктазия протоков молочной железы	
N60.8	Другие доброкачественные дисплазии молочной железы	
N60.9	Доброкачественная дисплазия молочной железы неуточненная	
N61	Воспалительные болезни молочной железы	
N62	Гипертрофия молочной железы	Гинекомастия. Гипертрофия молочной железы: БДУ*, массивная пубертатная
N63	Образование в молочной железе неуточненное	Узелок (узелки) в молочной железе. БДУ*
N64.0	Трещина и свищ соска	
N64.1	Жировой некроз молочной железы	Жировой некроз (сегментарный) молочной железы
N64.2	Атрофия молочной железы	
N64.3	Галакторея, не связанная с деторождением	
N64.4	Мастодиния	
N64.5	Другие признаки и симптомы со стороны молочной железы	Индурация молочной железы. Выделения из соска. Втянутый сосок
N64.8	Другие уточненные болезни молочной железы	Галактоцеле. Субинволюция молочной железы (постлактационная)
N64.9	Болезнь молочной железы неуточненная	
O91.0	Инфекции соска, связанные с деторождением	Абсцесс соска: во время беременности, в послеродовой период
O91.1	Абсцесс молочной железы, связанный с деторождением	Абсцесс молочной железы (гнойный мастит; гестационный или субареолярный абсцесс; послеродовой)
O91.2	Негнойный мастит, связанный с деторождением	Лимфангит молочной железы. Мастит (интерстициальный; гестационный; паренхиматозный) послеродовой. БДУ*
O92.0	Втянутый сосок	
O92.1	Трещина соска, связанная с деторождением	Фиссура соска во время беременности или в послеродовой период
O92.2	Другие и неуточненные изменения молочной железы, связанные с деторождением	
O92.3	Агалактия	Первичная агалактия
O92.4	Гипоагалактия	
O92.5	Слабая [подавленная] лактация	Агалактия (первичная, вторичная). По медицинским показаниям
O92.6	Галакторея	Исключена: галакторея, не связанная с деторождением (N64.3)
O92.7	Другие и неуточненные нарушения лактации. Галактоцеле в послеродовой период	
Q83.0	Отсутствие молочной железы и соска	
Q83.1	Добавочная молочная железа	Множественные молочные железы
Q83.2	Отсутствие соска	
Q83.3	Добавочный сосок	Множественные соски
Q83.8	Другие врожденные аномалии молочной железы	Гипоплазия молочной железы
Q83.9	Врожденная аномалия молочной железы неуточненная	
D24	Доброкачественное новообразование молочной железы	Пример врачебного протокола с установленным пациентке на приеме диагнозом D24: Есть жалобы на кровянистые выделения из правой молочной железы. Наблюдается онкологом на предмет фиброаденомы правой молочной железы. Состояние удовлетворительное, молочные железы D=S. Симметричные, округлой формы. Кожных симптомов нет. Ареолы и соски без особенностей. При надавливании на соски отделяемое кровянистого цвета из правого соска. Взят мазок-отпечаток на 1 стекло, материал отправлен на исследование. Плотность железистой ткани с умеренно выраженной зернистостью, чувствительность средняя. Объемные образования и зоны локального уплотнения пальпаторно не определяются. Периферические лимфоузлы не определяются.
D17.9	Доброкачественное новообразование жировой ткани неуточненной локализации	Липома. БДУ*

Примечание. * – БДУ – без дополнительного уточнения.

комплексным препаратам работающим в нескольких направлениях можно отнести препарат Мастодинон®. Спектр его фармакологических действий сводится не только к ликвидации гиперпролактинемии, но также к нормализации эстроген-прогестеронового равновесия, нивелированию воздействия хронического стресса. При применении данного препарата отмечают улучшение структуры железистой ткани со снижением активности пролиферативных и секреторных процессов в железистой ткани грудной железы, что проявляется в уменьшении плотности и отечности тканей, а также в уменьшении напряжения в кистозных включениях. Регуляция менструального цикла, снижение эмоциональной нагрузки и контроль за пролактином опосредовано приводят к уменьшению пролиферации и отечности тканей. Применение Мастодинона в дозе 30 капель (1 таблетка) 2 раза в день в течение 3–6 мес стабилизирует и контролирует внутриклеточную гиперпролактинемия (вне периода беременности и лактации), что снижает риски возникновения РГЖ. Важно отметить достижение целевых значений пролактина при помощи доказательной фитотерапии при отсутствии опухолей гипофиза. При аденоме гипофиза и значениях пролактина более 1000 мМЕ/л используют синтетические ингибиторы секреции пролактина. Местные гестагены достоверно улучшают качество жизни пациенток и способствуют уменьшению морфологических образований в тканях грудной железы, однако ввиду того, что они имеют местный эффект, их применение целесообразно комбинировать со сред-

ствами системного действия. Подбор терапии проводят индивидуально с учетом всех анамнестических и патогенетических факторов.

ВЫВОДЫ

Для верификации кистозных включений грудной железы необходимо ультразвуковое дообследование.

Кистозные включения более 1 см подвергают лечебно-диагностической тонкоигольной пункции с обязательным цитологическим исследованием полученного материала, при необходимости – биохимическое и микробиологическое исследование.

МКБ-10 не отражает структурной особенности выявленной кистозной патологии грудной железы для определения форм с повышенной онконастороженностью.

На данный момент наиболее приближенной к работе клинициста является классификация кист по Бергу для формирования групп онкологической настороженности.

Кистозные образования у подростков связаны с особенностью роста грудной железы и представляют локальную эктазию протоков.

Лечебно-диагностическая тонкоигольная пункция кистозных образований не приводит к нарушению структур железы.

Для стабилизации секреторно-резорбционных процессов может быть использован фитониринговый препарат Мастодинон®.

Кистозні зміни структури грудної залози у різні вікові періоди

М.Л. Травіна, О.Г. Попов, С.О. Попов, О.В. Кулікова

Стаття присвячена проблемам діагностики кистозної патології грудної залози у різні вікові періоди, включаючи дитячо-підлітковий вік. Проаналізовано різні варіанти класифікацій кистозних змін. Основним методом виявлення рідинного утворення у грудній залозі є ультразвукове дослідження, тоді як остаточна верифікація можлива після поглибленого лабораторного дослідження утворення (цитологічним, біохімічним і гістологічним методами). Лікувально-діагностична пункция кистозних утворень не впливає на подальше функціонування залозистої тканини і може застосовуватися в будь-якому віці. Активне санування кіст у дитячому віці зумовлено високою ймовірністю виникнення запального процесу на тлі наявної кистозної порожнини. У дорослому віці лікувально-діагностичні втручання мають діагностичний характер і для нівелювання локального болювого симптому, пов'язаного з перенапруженням кіст. Аналіз результатів проведено на підставі огляду та лікування 22 381 пацієнтки у віці від 8 до 72 років, які звернулися на прийом до спеціалізованого мамологічного відділення Федеральної Державної Автономної Установи «Національний Науково-Практичний Центр Здоров'я Дітей» МОЗ РФ за період з 2008 до 2015 р.

Ключові слова: мамологія, кіста грудної залози, фіброзно-кістозна мастопатія, УЗД грудної залози, пункция кісти.

Cystic changes in the mammary gland structure in different age periods

M.L. Travina, A.G. Popov, S.A. Popov, E.V. Kulikova

The article is devoted to problems of diagnosis of cystic disease of breast at different ages including children and teens. Analyzed various options for classification of cystic changes. The main method of detecting liquid formation is breast ultrasound, then, as a final verification is possible after thorough laboratory studies education (cytological, biochemical and histological method). Therapeutic and diagnostic puncture cysts do not affect the continued operation of the glandular tissue and can be used at any age. Active sonirovanie cysts in children due to the high probability of occurrence of inflammation on the available background cystic cavity. In the adult diagnostic and treatment interventions have a diagnostic character and for reducing local pain symptoms associated with overexertion cysts. Analysis of the results carried out on the basis of examination and treatment of 22 381 patients aged 8 to 72 years, who applied to receive a specialized mammography department of the Federal State Autonomous Institution «National Health Research and Practical Center for Children» of the Ministry of Health of the Russian Federation for the period from 2008 to 2015.

Key words: mammalogy, breast cysts, fibrocystic breast disease, breast ultrasound, puncture the cyst.

Сведения об авторах

Травина Марина Львовна – рентгеновое отделение отдела лучевой диагностики «Национального Научно-Практического Центра Здоровья Детей» Минздрава России, 119991, Россия, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1. E-mail: totmarina@yandex.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3774-27210>

Попов Александр Геннадьевич – медицинский центр «Мир семья», 196626, г. Санкт-Петербург, п. Шушары, ул. Первомайская, 26; тел.: +7(812) 645-27-74. E-mail: info@flmed.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-002-2183-8414>

Попов Сергей Александрович – кафедра онкологии, детской онкологии и лучевой терапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, Российская Федерация, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2; тел.: +7 (812) 295-10-72. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9060-9992>

Куликова Елена Валерьевна – рентгеновое отделение отдела лучевой диагностики «Национального Научно-Практического Центра Здоровья Детей» Минздрава России, 119991, Россия, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1; тел.: 8 (495) 967-14-20. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5141-0304>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурдина Л.М. Особенности состояния молочных желез и гормонального статуса у больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями внутренних половых органов // Маммология. – 1993. – № 1. 4–11 с. 3.
2. Летягин В.П., Высоцкая Н.В., Легков А.А. и соавт. Лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний молочных желез. – М.: Рондо, 1997. – 287 с.
3. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. – Л.: Медицина, 1991. – 264 с.
4. Травина М.Л., Винерская И.В., Попов А.Г. Распространенность болезней молочной железы у девочек г. Москвы // Российский педиатрический журнал. 2016; 19 (5): 298–302.
5. Weinstein S.P. et al. Spectrum of US Findings in Pediatric and Adolescent Patients with Palpable Breast Masses 1 //Radiographics. – 2000. – Т. 20, № 6. – С. 1613–1621.
6. Окулов А.Б., Адамян Л.В., Бровин Д.Н., Богданова Е.А. Молочные железы и их заболевания у детей. – М.: МИА, 2010. – 160 с.
7. Травина М.Л., Попов А.Г. Заболевания молочной железы в практике врачей акушеров-гинекологов //Здоровье женщины. – 2016. – № 2. – С. 42–48.
8. Приказ Минздрава России N 572н (ред. от 17.01.2014) от 01 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
9. Рожкова Н.И., Власов П.В. Тактика комплексного обследования женщин с синдромом диффузных изменений в молочной железе //Методические рекомендации. – 1985.
10. Рожкова Н.И. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы //Медицина. – 1993. – Т. 1.
11. Заболотская Н.В., Заболотский В.С. Комплексное ультразвуковое исследование молочных желез //Sono Ace International (русская версия). – 2000. – Т. 6. – С. 86–91.
12. Гусейнов А.З., Истомин Д.А. Очаговые образования молочной железы: нозологические формы, диагностика и лечение. Руководство для врачей. – Тула: Изд-во «Тульский государственный университет», 2011. – 142 с.
13. Травина М.Л. и др. Воспалительные процессы молочных желез в детском и подростковом возрасте //Фарматека. – 2016. – № 12 (325). – С. 61-63.
14. Товстановская В.А., Виховская В.Н., Сахарова И.А. Новое слово в негормональной терапии фиброзно-кистозной мастопатии //Редакционная коллегия. – 2006. – С. 38.
15. Травина М.Л., Попов А.Г. Клиническая маммология – есть ли проблемы в педиатрии //Фарматека. – 2016. – Т. 8, № 321. – С. 72–5.
16. Беспалов В.Г., Травина М.Л. Доброкачественные заболевания молочных желез Фиброзно-кистозная болезнь и риск рака молочной железы (обзор литературы) //Опухоли женской репродуктивной системы. – 2015; 11: 1. – Т. 12.
17. Cooper S.A. Illustrations of the Diseases of the Breast; by Sir Astley Cooper... In Two Parts... – S. McDowall..., and sold by Longman, Rees, Orme, Brown, & Green, 1829.
18. Brodie B. Brodie's tumor (London Medical Gazette, 1840, 25:808-814). Reprinted in Medical Classics, 1948, 2:941–954.
19. Bassett LW. Imaging of breast masses. Radiol Clin North Am 2000.
20. Berg W.A., Campassi C.I., Ioffe O.B. Cystic lesions of the breast: sonographic-pathologic correlation 1 //Radiology. – 2003. – Т. 227. – № 1. – С. 183–191.
21. Logrono R. et al. Fine Needle Aspiration Cytology of Fibrous Dysplasia //Acta cytologica. – 1998. – Т. 42. – № 5. – С. 1172–1176.
22. Šimířková M. et al. Biochemical analysis of breast cyst fluid as a possible predictor of breast carcinoma development //Neoplasma. – 1993. – Т. 41, № 5. – С. 245–252.
23. Chang Y.W. et al. Sonographic differentiation of benign and malignant cystic lesions of the breast //Journal of ultrasound in medicine. – 2007. – Т. 26, № 1. – P. 47–53.
24. García C.J. et al. Breast US in Children and Adolescents 1 //Radiographics. – 2000. – Т. 20, № 6. – P. 1605–1612.

Статья поступила в редакцию 27.01.17