

DOI 10.36074/grail-of-science.24.09.2021.71

ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ОБСТЕЖЕННІ

НАУКОВО-ДОСЛІДНА ГРУПА:

Строчка Олена Борисівна

канд. мед. наук, асистент

Дніпровський державний медичний університет, Україна

Маковозова Лідія Олександрівна

лікар УЗД

спеціалізована багатoproфільна лікарня 1, м. Дніпро, Україна

Павленко Тетяна Борисівна

лікар УЗД

спеціалізована багатoproфільна лікарня 1, м. Дніпро, Україна

Спиця Юрій Олександрович

лікар-рентгенолог

КНП «МКЛ» № 6 ДМР, Україна

Анотація. *Рак молочної залози є найбільш поширеним видом раку: в 2020 році було зареєстровано понад 2,2 мільйона випадків цього захворювання. Протягом свого життя на рак молочної залози буде хворіти приблизно кожна дванадцята жінка. Рак молочної залози є головною причиною смерті жінок від онкологічних захворювань. Тому нами була поставлена мета: виявити диференційно-діагностичні особливості патології молочних залоз при ультразвуковому обстеженні у жінок. Після обстеження виявлені ознаки патології, такі як: доброякісні дисплазії молочних залоз, фіброаденоми, фібросклероз молочної залози, одиничні або множинні кісти у структурі молочної залози, мастодинія та рак молочної залози. У роботі була проаналізована морфологічна картина біоптатів молочної залози, після проведення пункційної біопсії.*

Ключові слова: *рак молочної залози, доброякісна дисплазія молочних залоз, ультразвукова діагностика, ультразвукова діагностика, мамограма.*

Рак молочної залози є провідною онкологічною патологією у жінок. На сьогоднішній, день темпи зростання захворюваності від цієї патології, за даними загальносвітової статистики складають 1-2%. Беручи до уваги високу розповсюдженість та смертність від раку молочної залози, необхідна рання діагностика та профілактика цієї патології [3].

У практиці лікаря, не слід недооцінювати роль доброякісної дисплазії молочних залоз. За даними статистики, на амбулаторному прийомі онколога-мамолога до 70% хворих становлять пацієнтки з доброякісною дисплазією молочних залоз [1].

За даними дослідників до 45% пухлин молочної залози пацієнтки виявляють самостійно, при пальпації, в основному це пухлини розміром близько 3 сантиметрів. Слід зазначити, що низький процент виявлення патології на ранніх стадіях часто обумовлений нестатніми знаннями в області клінічної мамології у лікарів первинної ланки.

На прийомі у лікаря важливо проводити огляд і пальпацію молочних залоз. Це основні і доступні методи обстеження, вони виконуються лікарем у вертикальному (з опущеними, а потім піднятими вгору руками) і горизонтальному положенні жінки. При огляді молочної залози враховуються особливості будови: додаткові дольки, зміна форми та об'єму, зміна кольору шкірних покривів, наявність і ступінь вираженості венозного малюнка. Пальпаторно треба обстежити всю залозу послідовно по квадрантам і область субмамарної складки. При вогнцевому ущільненні молочної залози пальпується ділянка часто безболісна, більш щільної консистенції, особливо повинні насторожувати збільшені лімфатичні вузли на стороні ураження. При доброякісній дисплазії молочних залоз визначаються ділянки ущільнень без чітких меж у вигляді тяжів, досить часто зустрічається локальна болючість. Зазначені зміни найбільш виражені в верхнезовнішніх квадрантах, які у функціональному відношенні є більш активними. Мануальне обстеження повинно доповнятися комплексним рентгенологічним, ультразвуковим і іншими видами інструментальних обстежень.

Основним методом об'єктивної оцінки стану молочних залоз у групі жінок після 40 років є мамографія. Мамографія - це рентгенологічний метод обстеження, без застосування контрастних речовин. Основні переваги мамографії, які використовуються при діагностиці захворювань молочних залоз:

- можливість отримати позиційне зображення молочної залози.
- висока інформативність при обстеженні.
- можливість візуалізації непальпованих утворень.
- можливість порівняльного аналізу знімків в динаміці.

Недоліки методу, що обмежують застосування:

- велике дозове навантаження 0,5 мЗв.
- за даними літератури в 1,8-6% має місце рентген негативний рак молочної залози. Іноді альтернативою мамографії може служити ультразвукова діагностика молочних залоз, вона нарощує свій потенціал завдяки вдосконаленню вже наявних нових методик діагностики. Основні переваги ультразвукового дослідження молочних залоз:

- відсутність протипоказань.
- висока роздільна здатність.
- безпека, в плані дозового навантаження на організм.
- можливість візуалізації не пальпованих утворень.
- можливість досліджувати аксілярні, над- і підключичні зони лімфатичного відтоку.

Ультразвукова діагностика (УЗД) є скрінінговим методом обстеження. Найбільш розповсюджена патологія молочних залоз - це доброякісна дисплазія молочних залоз (мастопатія). Це захворювання, що характеризується порушенням співвідношень епітеліального і сполучнотканинного компонентів, широким спектром проліферативних і регресивних змін тканин молочної залози. Проліферативні зміни включають гіперплазію, проліферацію часточок, проток, сполучної тканини, а регресивні процеси – атрофію, фіброз, утворення кіст. Фактично мастопатія – це результат ненормального співвідношення епітеліальної і сполучної тканин у молочних залозах.

Матеріали та методи дослідження

Нами була поставлена мета роботи: виявити диференційно-діагностичні особливості патології молочних залоз при обстеженні пацієнток, які направлені для до обстеження з поліклінік міста, після огляду сімейних лікарів.

Обстежено 534 пацієнтки, жінки від 20 до 65 років, (середній вік $45,4 \pm 2,31$ роки). Для уточнення діагнозу усім було проведено УЗД молочних залоз та 196 пацієнткам мамограма. Обстеження виконувалося на апараті «LogiqP9», з використанням мультичастотного лінійного датчика, що працює в діапазоні 6-15 МГц. УЗД виконували за стандартною методикою з проведенням серошкального дослідження, колірного, енергетичного картування.

Результати дослідження

В результаті ультразвукового дослідження у 324 жінок виявлені ознаки патології, такі як: доброякісна дисплазія молочних залоз (мастопатія), фіброаденоми, фібросклероз молочної залози, одиничні або множинні кісти у структурі молочної залози, мастодінія та рак молочної залози. У таблиці 1 представлені дані, виявлених змін в молочних залозах при ультразвуковому дослідженні (УЗД).

Таблиця 1

Виявлені зміни при УЗД діагностіці молочних залоза

Нозології	Абсолютна кількість (n=324)	%
Доброякісна дисплазія молочних залоз	181	55,9
Фіброаденома	79	24,4
Кісти молочної залози	38	11,7
Фібросклероз молочної залози	14	4,4
Мастодінія	9	2,7
Рак молочної залози	3	0,9

Найбільшу групу склали пацієнтки з доброякісною дисплазією молочних залоз, вони поділились на дві групи: жінки з дифузною мастопатією (118 осіб) та вузловою формою мастопатії (63 осіб).

При обстеженні розрізняли такі форми дифузної мастопатії: з перевагою залістистого компоненту, з перевагою фіброзно-кістозного компоненту, з перевагою кістозного компоненту та змішані. Дифузна мастопатія клінічно проявлялася болючим набуханням грудних залоз, яке посилювалося в передменструальному періоді. При пальпації грудних залоз визначалася груба тяжистість і дрібна зернистість, які були виражені нерівномірно в одній або обох грудних залозах, на УЗД фіброз, при кістозному компоненті виявлялися мікрокісти, лімфатичні вузли були не збільшені.

Вузлувата мастопатія характеризувалася появою постійних вузлів ущільнення в одній або обох грудних залозах. Як правило, шкіра над вузлами вільно рухалася, натяг шкіри був відсутній. На УЗД при виявленні вузлового утворення оцінювалися його розмір, контури, внутрішня структура, однорідність та акустичну щільність, стан регіональних лімфатичних вузлів.

Фіброаденома грудної залози є однією з форм вузлових дисгормональних проліферативів і зустрічається частіше в молодому віці. У грудній залозі виявлявся щільний, округлий, безболісний, пухлиноподібний вузол, що легко рухається. Вузли фіброаденоми мали зазвичай гладку поверхню, чітко відмежовувалися від оточуючих ділянок молочної залози та не мали ознак злиття зі шкірою, регіональні лімфатичні вузли були не збільшені. На УЗД фіброаденома чітко відмежована від оточуючих тканин, має однорідну будову, часто має більш щільний вигляд у порівнянні з тканиною молочних залоз. Часто зустрічалися інволютивні і дистрофічні зміни з утворенням кальцинатів. Для інтраканалікулярних фіброаденом часто характерною була дольчата будова, нечіткі контури, неоднорідна структура вузла.

Кісти мали картину анехогенного рідинного однорідного утворення округлої форми, з чітким, рівним контуром, відсутністю відображення від внутрішнього вмісту, дорсальним посиленням сигналу, кровотік всередині кісти не реєструвався.

При виявленні пухлини пальпаторно виявлявся одиночний вузол у молочній залозі безболісний, щільний, були збільшені лімфатичні вузли на стороні ураження на УЗД специфічними ознаками були: нерівний контур, вертикальна спрямованість, неоднорідна внутрішня структура вузла, збільшені регіональні лімфатичні вузли.

Диференціювати пухлину невеликих розмірів з фіброаденомою, вузловою формою мастопатії або солітарною кістою в більшості випадків неможливо. При великих розмірах можливість правильного діагнозу збільшується, але обов'язково треба проводити пункційну біопсію.

За показаннями у 216 пацієнток була проведена біопсія молочних залоз, у 3 осіб ідентифікували рак молочної залози, фіброаденому 79 пацієнток. При морфологічному дослідженні виявлена непроліферативна форма мастопатії (без проліферації епітелію) у 78 жінок, проліферативна форма (з проліферацією епітелію) у 41 пацієнтки. За даними статистики відносний ризик розвитку раку молочної залози максимальний при проліферативній формі з атипією, таких жінок було 15.

В результаті мамографічного обстеження 196 пацієнток з доброякісною дисплазією молочної залози було проаналізовано співвідношення сполучнотканинного-залізистого компонентів і жирової тканини молочних залоз.

Найбільш часто зустрічалася середнього ступеня вираженості співвідношення і рідше нерізко виражене співвідношення. Ступінь вираженості дисплазії молочних залоз, може визначати ризик розвитку раку у подальшому.

Дані співвідношення сполучнотканинного-залозистого компонента і жирової тканини молочних залоз представлені в таблиці 2.

Співвідношення сполучнотканинного-залозистого компонента і жирової тканини молочних залоз

Співвідношення сполучнотканинного-залозистого компонента і жирової тканини молочних залоз	Абсолютна кількість (n=196)	%
Нерізно виражена - МП ACR-A N1	32	16,3
Средньої ступеню - МП ACR-B P1	104	53,1
Різно виражена- МП >75%-100% ACR-D DY	60	30,6

Найбільш часто доброякісні дисплазії молочних залоз поєднувалися з гіперпластичними процесами в органах репродуктивної системи: гіперплазія ендометрію, аденоміоз, міома матки. Це свідчить про спільність патогенезу хвороб всіх органів репродуктивної системи і обґрунтовує патогенетичну терапію, яка повинна проводитися гінекологом всім без винятку хворим з доброякісними захворюваннями молочних залоз

Важливим завданням на сьогодні є настороженність лікарів первинної ланки у виявленні патології молочних залоз, це знизить захворюваність від мастопатії і смертність від раку молочної залози. Для досягнення цієї мети необхідна зміна пріоритетів на профілактичну спрямованість і відбір жінок в групу ризику з метою виявити онкологічні захворювання на ранній діагностичній стадії.

У практиці лікаря важливо пам'ятати про профілактику раку та доброякісних захворювань молочної залози тому, для жінок слід рекомендувати:

- самообстеження молочних залоз.
- УЗД 1 раз на рік.
- спостереження у маммолога 1 раз в рік.
- мамографія 1 раз в два роки по скрининговій програмі.

Розроблено багато інструментів оцінки ризику раку молочної залози, здатних допомогти жінці оцінити ймовірність розвитку у неї цієї патології. Найбільш вивченою є модель Гейла, доступна на офіційному сайті Національного інституту раку за адресою www.cancer.gov/bcrisktool.

Список використаних джерел:

- [1] Беспалов В.Г., & Травина М.Л. Фиброзно-кистозная болезнь и риск рака молочной железы (обзор литературы). *Опухоли женской репродуктивной системы*. 2015;11(4):58-70. <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2015-11-4-58-70>
- [2] Bepalov V.G., & Travina M.L. Fibrocystic disease and breast cancer risk (a review of literature). *Tumors of female reproductive system*. 2015;11(4):58-70. (In Russ.) <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2015-11-4-58-70>
- [3] DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson B & Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015; 24(10): 1495 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26359465>
- [4] Stoltenberg M, Spence D, Daubman BR, Greaves N, Edwards R, & Bromfield B. The central role of provider training in implementing resource-stratified guidelines for palliative care in low-income and middle-income countries: Lessons from the Jamaica Cancer Care and Research Institute in the Caribbean and Universidad Catolica in Latin America. *Cancer*. 2020; 126 Suppl 10: 2448-57. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32348569>
- [5] Ginsburg O., Yip C., Brooks A., Cabanes A., Caleffi M., & Dunstan Yataco J. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. *Cancer*. 2020; 126 Suppl 10: 2379-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32348566>