

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

М.Є. Слабодчиков,
О.О. Заможська,
С.В. Шутов

*ДУ Інститут медичної
радіології ім. С.П. Григор'єва
АМН України, Харків*

Можливості дуктографії в діагностиці внутріпротокових папілом

Capabilities of ductography in diagnosis
of intraductal papillomas

Терміном «патологічна секреція» позначають виділення із соска в період поза вагітністю й лактацією. Високий відсоток невиправданих оперативних утручань з діагностичною метою змушує шукати шляхи підвищення ефективності доопераційної діагностики причин патологічної секреції.

Рентгенологічний метод є одним із провідних при виявленні ранніх форм раку та інших захворювань грудних залоз, які супроводжуються виділеннями з соска. Однак розпізнавання внутріпротокових змін на оглядових рентгенограмах становить значні труднощі. З метою розширення діагностичних можливостей рентгенологічного методу запропоновано штучне контрастування проток — дуктографія (галактографія), яке дозволяє не тільки виявити причину патологічної секреції з точністю 92–96 %, але й визначити локалізацію патологічного процесу, що важливо для подальшого лікування.

Для діагностики захворювань, які призводять до сецернуючої грудної залози, використовують комплекс діагностичних методів, який містить: клінічне обстеження, цитологічне дослідження виділень із соска, оглядову рентгенографію грудних залоз та дуктографію. Клінічне обстеження і оглядова рентгенографія дають можливість оцінити загальний стан грудних залоз, а дуктографія і цитологічне дослідження виділень із соска характеризують процеси, які відбуваються у молочних протоках [1–4].

Усі дослідження жінок із патологічною секрецією із соска проводять у першій фазі менструального циклу, щоб виключити гормональ-

ний вплив на грудні залози. Клінічне обстеження включає збір анамнезу, огляд і пальпацію.

Коли картину захворювання нелегко з'ясувати, патологічну секрецію можна вважати сигналом для подальшого поглибленого обстеження з використанням додаткових методів, які дають об'єктивну характеристику стану молочних проток, зокрема, цитологічного аналізу виділень. Недостатня діагностична надійність клінічних і цитологічних даних у випадках великих пухлин спонукає звертатися до рентгенологічного методу дослідження.

Особливу увагу при аналізі рентгенограм сецернуючої грудної залози слід звертати на навколососкову зону. Ретельне вивчення цієї ділянки дозволяє в деяких випадках виявити тіні великих вивідних проток і невеликі ділянки ущільнення тканини грудної залози. У разі виявлення патологічних осередків, необхідно визначити їх кількість, форму, величину, контури та інтенсивність тіні.

Утім, оглядова рентгенографія не дає чіткого уявлення про мережу молочних проток. З метою розширення діагностичних можливостей рентгенологічного методу використовують штучне контрастування проток.

Дуктографія забезпечує об'єктивну документацію морфологічних змін молочних проток і дозволяє визначити межі оперативного втручання.

За дуктограмами оцінюють характер гілчастості і стан проток, встановлюють рівномірність їх заповнення контрастною речовиною, визначають форму і калібр усіх гілок до можливих патологічних змін у протоках.

Своєрідність рентгенологічної картини грудних залоз і проток за умови їх заповнення контрастною речовиною залежить від особливостей анатомічної будови. У нормі на рентгенограмах молочні протоки не проявляються, за винятком їх субмамілярних колекторних відділів, а також рідкісних випадків, коли секрет містить велику кількість жиру. При контрастуванні найширша частина нормальної протоки (0,2-0,3 см) припадає на навколососкову зону.

Далі протока поступово звужується й поділяється на тонші гілки, які всередині частки утворюють мережу. На галактограмах можна побачити гілки 1-5-го порядків. Найчастіші типи розгалуження — магістральний та розсипний.

Після введення контрастної речовини виникає зображення системи проток відповідної частки залози. Лікар визначає тип їх розгалуження. При дихотомічному (розсипному) типі кожна протока розділяється на дві таких, що відгалужуються під гострим кутом, а при магістральному основний стовбур послідовно віддає бічні гілки. Необхідно оцінити правильність розгалуження проток, характер їх заповнення, форму, наявність дефектів наповнення (центральных чи крайових), ширину просвіту, можливість виходу контрастної речовини в перипротокову тканину.

У нормі магістральна протока найчастіше розгалужується в 1,5-2,5 см від соска. Діаметр проток у субареолярній зоні становить 0,18—0,60 мм. При з'ясуванні локалізації контрастованої протоки слід ураховувати, що її розташування певною мірою відповідає її вихідному отвору на поверхні соска.

Найчастіше виявляють таку патологію молочних проток, як їх деформація (56,8 %), зокрема — звуження (6,6 %), розширення у вигляді циліндричних чи мішечкуватих дуктоектазій (56,9 %), деформацій з кістозними розширеннями кінцевих відділів проток (36,5 %).

Найбільше зацікавлюють внутріпротокові новоутвори, які найчастіше зумовлюють серозні й кров'янисті виділення з соска: у випадку раку вони спостерігаються в 95 ± 5 %, а при папіломах — у 92 ± 4 %.

Інтрадуктальні (внутріпротокові) папіломи складають до 3 % усіх доброякісних уражень грудної залози. Найчастіше вони трапляються у жінок віком 40-60 років. Діагноз базується на даних клініки, мамографії, дуктографії, сонографії та цитологічного дослідження виділень із соска. Папілома утворюється в просвіті молочної протоки у вигляді м'якої жовтуватої пухлини. На відміну від інтрадуктального раку, папілома частіше локалізується в нижньозовнішньому й нижньовнутрішньому квадрантах.

Мала папілома (до 0,3-0,5 мм) непомітна на мамограмах. При подальшому зростанні вона виявляється як додаткова тінь у субареолярній або навіть у субмамілярній зоні, зрідка з відкладенням вапна.

У тіні заповненої контрастним розчином протоки папілома зумовлює крайовий або центральний дефект наповнення — невеликий, інколи ледве помітний, має нерівні контури. Пухирець повітря, який потрапив до протоки при ін'єкції, на відміну від папіломи, викликає появу просвітлення з гладенькими обрисами (контурами). Він зміщується при подальшому введенні контрастної речовини. Крім дефекту наповнення можуть визначатися й інші зміни проток: їх розширення, незаповнення проксимальних гілок.

Утім, описана картина лише видається простою. Дефекти наповнення можуть бути дуже дрібними. До того ж не завжди вдається контрастувати всю систему часткової протоки. Та навіть при єдиній внутріпротоковій пухлині постає питання про видалення всієї системи у зв'язку з потенційною небезпекою рецидиву. Поширений папіломатоз призводить до деформації протокової системи, варикозних розширень, інколи спричиняє кістозні порожнини.

Пацієнтка С., віком 34 роки, звернулася до клініки зі скаргами на виділення коричневого кольору із соска правої груді. Пацієнтці призначили амбулаторне обстеження. При УЗ-дослідженні було встановлено, що структура грудних залоз відповідає віковій нормі, об'ємна патологія відсутня. Цитологічне дослідження мазка-відбитка виявило клітини кубічного епітелію в стані вираженої проліферації з атипією окремих клітин і підозрою на

малігнізацію. Пацієнтці було виконано оглядову рентгенографію грудних залоз і дуктографію сецернуючої залози. На мамограмах обох грудних залоз у двох проекціях визначилися ознаки фіброзно-жирової трансформації (рис. 1). Ознаки вузлового новоутвору відсутні.

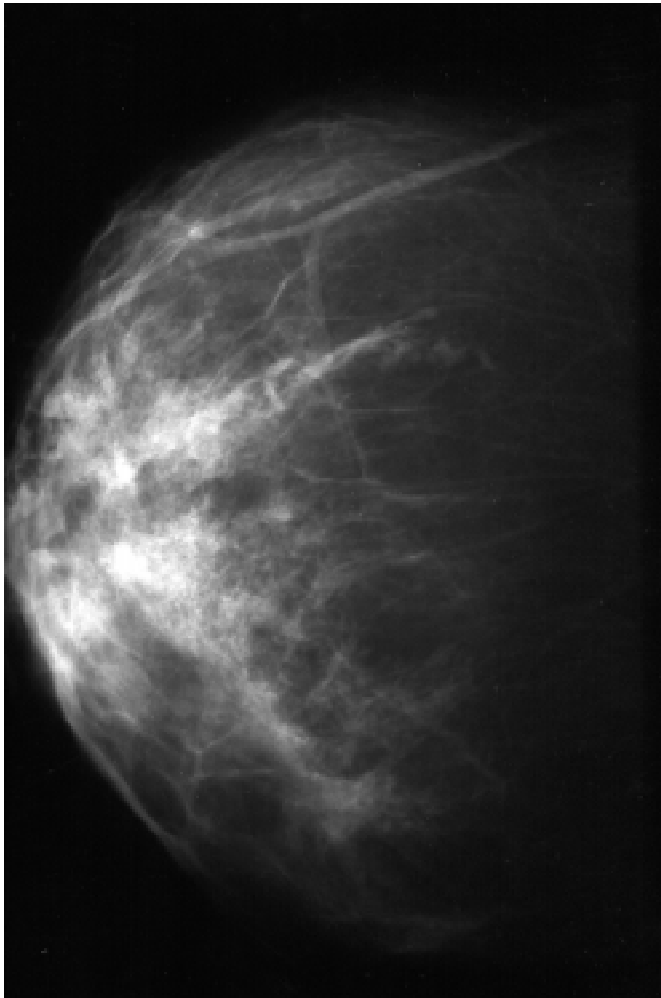


Рис.1. Оглядова мамограма з ознаками фіброзно-жирової трансформації

Fig. 1. Survey mammography demonstrating the signs of fibrous fatty transformation

На дуктограмах сецернуючої грудної залози (рис. 2) у центральному відділі простежувалася мережа рівномірно контрастованих, різко розширених і деформованих проток за типом циліндричних і мішечкуватих дуктоектазій із наявністю множинних дефектів наповнення від 0,1 до 0,5 мм у кожному з них за рахунок внутріпротокових розростань, можливо, злоякісної природи (рис. 3).

Пацієнтці виконано секторальну резекцію правої грудної залози з інтраопераційною експрес-діагностикою, якою підтверджено

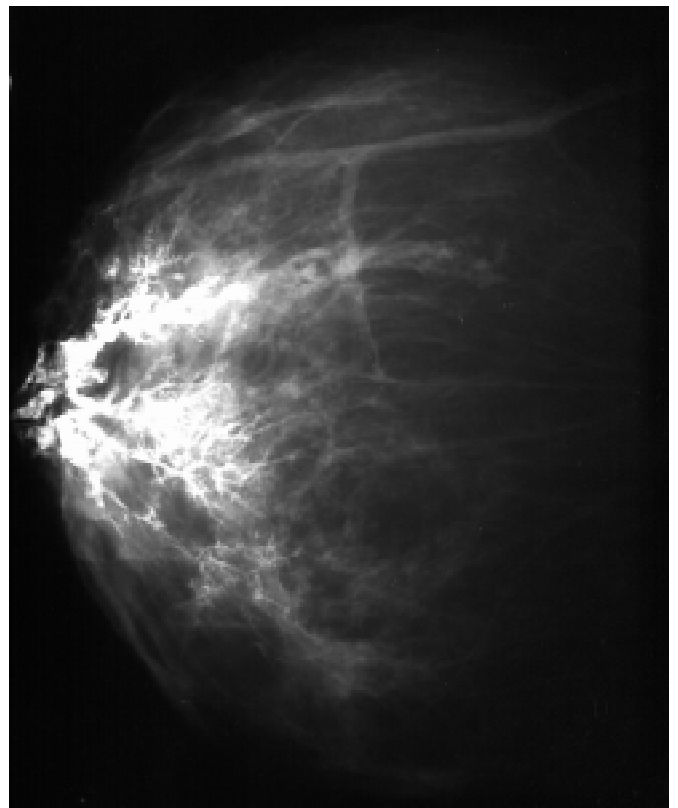


Рис. 2. Множинні дефекти наповнення у контрастованих протоках

Fig. 2. Multiple filling defects in the contrasted ducts

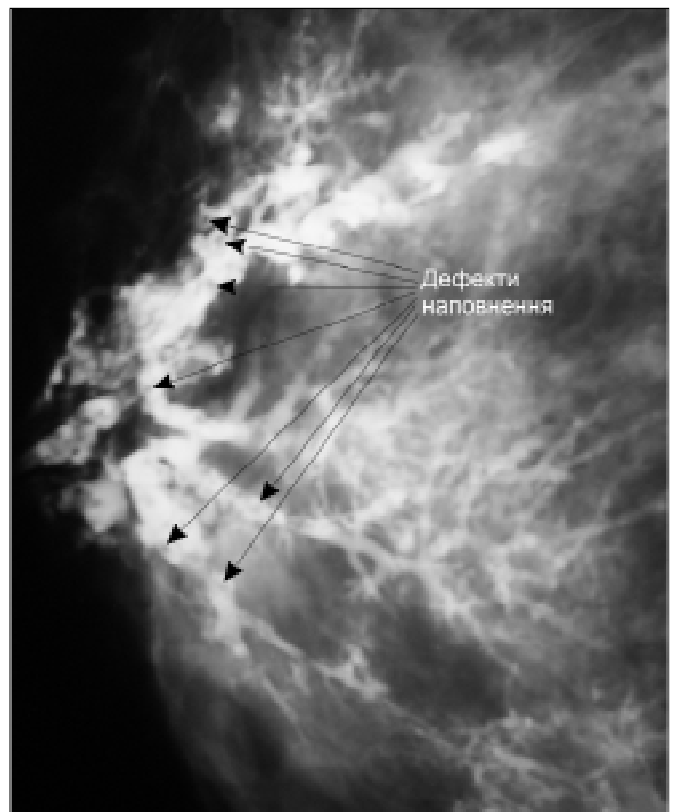


Рис. 3. Збільшений фрагмент субареолярної зони
Fig. 3. An enlarged fragment of the subareolar zone

злякисність процесу. Операцію було розширено до радикальної мастектомії.

На підставі патоморфологічного висновку у хворої діагностовано інфільтративний протоковий рак T1N0M0.

Після операції хвору виписано зі стаціонару в задовільному стані.

Можливості дуктографії у виявленні внутріпротокових новоутворів у ранній стадії випереджають методи їх пошуку при хірургічних утручаннях.

Література

1. Харченко В.П., Рожкова Н.И. Лучевая диагностика заболеваний молочной железы, лечение и реабилитация. — Вып. 3 // Лучевая синдромная диагностика заболеваний молочной железы. — М.: Медицина, 2000.
2. Линденбратен Л.Д., Бурдина Л.М., Пинхосевич Е.Г. Маммография (учебный атлас). — М.: Видар, 1997. — 128 с.
3. Молочная железа: рак и предраковые состояния / Под ред. В.И.Тарутинова. — К., 2006. — 415 с.
4. Teaching Atlas of Mammography // Laszlo Tabar and Peter B. Dean; with the contribution of Tibor Tot. — 3 rev.ed. — Stuttgart, New York: Thieme, 2001.

Надходження до редакції 15.02.2007.

Прийнято 26.06.2008.

Адреса для листування:

Слабодчиков Микола Єгорович,
ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМНУ,
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна