

Т.С. Головка, д.м.н., профессор, завідувача відділенням лучової діагностики Національного інституту раку, г. Київ

Мастодинія в практиці онкомаммолога

Етіологія

В останні десятиліття відзначається неуклонний ріст як злоякісних, так і доброякісних захворювань молочних залоз (МЖ), в частині фіброзно-кістозної мастопатії, захворюваності якої становить 60-85%, а в групі жінок, страждаючих гінекологічною патологією, досягає 95%.

Більше ніж столітня історія вивчення причинно-наслідкової зв'язки розвитку дисгормональної дисплазії дозволила виділити ряд причин, провокуючих її виникнення. Сюди відносять тривале психологічне напруження, зміни жіночої репродуктивної сфери, а також гормональний дисбаланс. Остання причина визнається більшістю дослідників.

К найбільш часто реєструваним гормональним порушенням відносять:

- особливості лютеїнової фази (надлишок естрогенів, дефіцит прогестерону/зниження рівня естрогенів, надлишок пролактину);
- збільшена динаміка викирду пролактину, пролактин А і пролактин В;
- дисбаланс гормонів щитовидної залози;
- порушений жировий обмін речовин.

Таким чином, актуальність неоднозначних і далеко не безсумнівних питань патогенезу, діагностики і лікування мастопатії не викликає сумніви. Особливу вагу набуває той факт, що доброякісні захворювання і рак молочної залози (РМЖ) мають багато спільного в етіологічних факторах і патогенетичних механізмах, фактори ризику їх розвитку во многом ідентичні. При цьому деякі проліферативні форми мастопатії, супроводжувані гіперплазією епітелію, розглядаються як маркери підвищеного ризику виникнення РМЖ.

І тут слід згадати, що біль в МЖ, виникаючий при мастопатіях, – це не тільки важкий симптом, але і найбільш часта причина звернення за консультацією до спеціалістів: гінекологів, онкологів, маммологів. Біль в МЖ, за даними провідних спеціалістів, хоча б раз в житті відзначали майже 70% жінок, а близько 11% – відчувають помірно або сильно виражену масталгію не менше 5 днів щомісячно. Необхідно пам'ятати, що в рідких випадках біль в МЖ може слугувати початковим симптомом розвитку РМЖ.

Класифікація і клінічні прояви

Згідно сучасної класифікації, розрізняють циклічну біль в МЖ (2/3 випадків) і нециклічну (1/3 випадків), яка буває і є істинно грудною болем, не пов'язаною безпосередньо з МЖ.

Циклічна біль в МЖ (масталгія) виникає до менопаузи; середній вік її появи – 34 роки. Це найбільш поширений тип болю, який пов'язаний з менструальним циклом, особливо з періодом овуляції. Продовжителість – не менше тижня для кожного циклу. Інтенсивність болю – >4 балів за шкалою.

результатам візуальної аналогової шкали. Така біль стихає після менструації (або менопаузи).

Циклічну біль в МЖ пов'язують з більш гострими проявами предменструального синдрому і підвищеною чутливістю МЖ. Довідателством того, що циклічна масталгія може означати підвищену передиспозицію до виникнення РМЖ, мало. Однак даний ризик підвищується з збільшенням тривалості циклічної масталгії. Крім того, у жінок, що страждають болем в МЖ, відзначають підвищену тривожність, схильність до депресії.

Стан МЖ оцінюється зазвичай з допомогою рентгеновської і ультразвукової маммографії (схема). В разі відхилень, знайдених при фізичному огляді, діагностика може також включати пункцію (при наявності опухольового утворення) і вивчення рівня гормонів (естрогенів, прогестерону, гормонів щитовидної залози).

Необхідно пам'ятати, що при циклічній болю масталгія не завжди допомагає при постановці діагнозу. Ми можемо спостерігати неспецифічні зміни (фіброаденоз), може відсутнювати зв'язок між специфічним видом при радіологічному дослідженні і місцем локалізації болю.

Нециклічна біль в МЖ не збігається з звичайним менструальним циклом, виникає як в перед-, так і в постменопаузальних періодах, нерідко являється односторонньою. Для цього виду болю характерно те, що вона локалізується переважно в субареоллярному або верхньому зовнішньому квадранті, вузлові ущільнення при цьому менш помітні. Нециклічна біль в МЖ ділиться на дві основні групи – істинно грудну біль і біль, не пов'язану безпосередньо з МЖ.

Істинно грудна біль виникає при вагітності, маститах, тромбоемболії поверхневих вен області МЖ – захворювання Мондора (зазвичай внаслідок травми). Істинно грудну біль можуть викликати макрокіста або скоплення невеликих захворювальних кіст, велика об'ємна грудь і розтягнення зв'язок Купера, екстазія млечних протоків, жировий некроз внаслідок травми, запальний РМЖ (рис. 1).

Істинно грудна біль може виникати після хірургічного втручання по приводу мастектомії, реконструкції з допомогою імплантів, косметичної операції по приводу збільшення груді і при травмі МЖ (8-10%). На рисунках 2-3 представлені ехограми, зображення при МРТ і маммографії в ситуації пошкодження імплантів, для якої також характерна істинно грудна біль.

Тут слід підкреслити необхідність ретельного комплексного дослідження, в тому числі і лучового, перед всіма видами хірургічного втручання. Халатність в цьому питанні недопустима і призводить до небажаних наслідків.

При істинно грудній болю також виявляються кальцифікації, розширення протоків і перидуктальний фіброз, супутній екстазія млечних протоків або перидуктальних маститів, кіст, доброякісних опухольових форм маститів, склерозуючого аденома і в рідких випадках – рака (рис. 4, 5).



Рис. 1. Ехограми змін структури залізистої тканини при істинній болю в МЖ

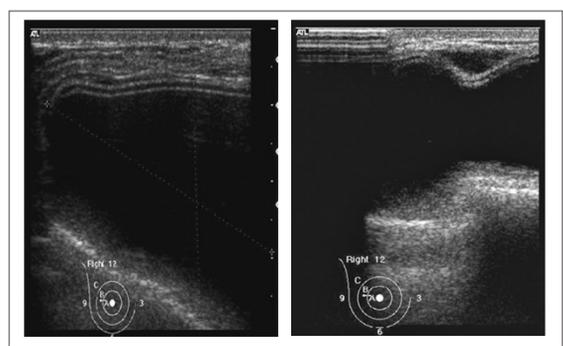


Рис. 2. Зміни ехоструктури МЖ на фоні хірургічних втручання (перерозподіл гелю після пластичної операції)



Т.С. Головка

Біль, не пов'язана з грудною залозою, може бути наслідком скелетно-м'язової болю, остеохондриту (синдрому Титце), болю в боковій грудній стінці, радікулярної болю при шейному артриті. Цей біль може також виникати при переломах ребер, фіброміалгії, травмах грудної стінки. Іноді цей вид болю носить і казуїстичний характер (рис. 6).

Біль, не пов'язана з МЖ, може виявляти захворювання жовчного пузьря, ішемічну хворобу серця, гастроїношлунковий рефлюкс, язву шлунка і дванадцятипалої кишки, перикардити, легочну емболію, а також опоясуючий лишай і серповидноклеточну анемію. Тут також слід пам'ятати про болевих синдромах, викликаних прийомом ліків: гормонів (естрогени, діетиленестрол, кломіфен, гормонзаміщення терапія і т.п.), антидепресантів, антипсихотиків і анксиолітиків (сертралін, венлафаксин, миртазапін, амитриптилін, доксіпін, галоперидол), антигіпертензивних і серцевих препаратів (резерпін, спіронолактон, дігосин), ліків антибактеріального дії (метронідазол, кетоконазол).

Во всіх випадках масталгія може викликати порушення нормальної активності як сексуальної (48% випадків), так і фізичної (37%) і соціальної (12%).

Діагностика

Лікар повинен провести ретельний збір анамнезу пацієнтки з масталгією: з'ясувати зв'язок з менструальним циклом, характер болю (локалізований або розповсюджений, односторонній або двосторонній). Необхідно визначити зв'язок з ней утворення, дослідити виділення з сосків або втягнуті соски, з'ясувати наявність вагітності, ситуацію годування.

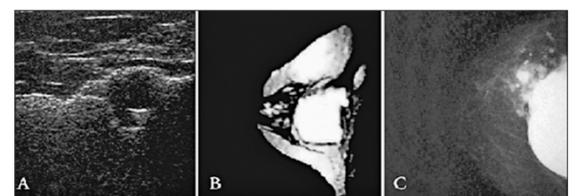


Рис. 3. Ехограма (А), МРТ (В), маммограма (С) при пошкодженні імплантів

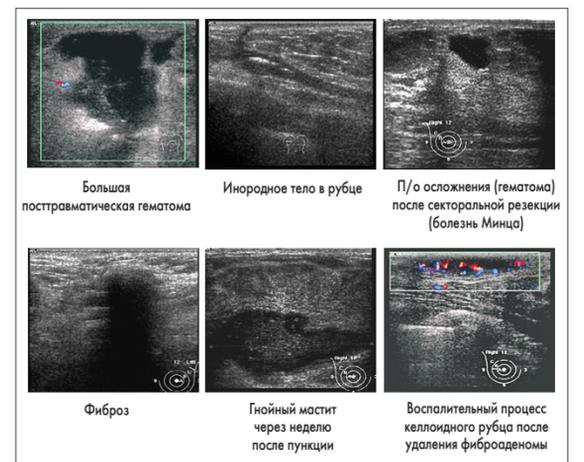


Рис. 4. Ехограми при істинній грудній болю

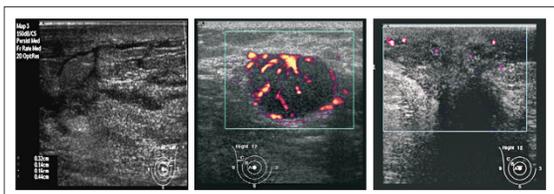


Рис. 5. Эхограммы отечно-инфильтративной формы РМЖ с поражением лимфатического узла

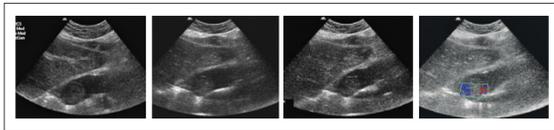


Рис. 6. Боль, не связанная с МЖ. Эхограммы шаровидного тромба в правом желудочке сердца. Находка при контрольном осмотре печени через 2 года после мастэктомии, а затем лечения лимфостазом левой руки

грудью, наличие предшествующих травм, оценить взаимосвязь с деятельностью или питанием, а также влияние наследственности.

При физическом осмотре необходимо проверить изменения кожи (симметричность и контур груди, расположение сосков, корочки или язвы на сосках, шрамы, стянутость кожи, образование углублений, отек или эритема, изменения цвета кожи), состояние подмышечных, надключичных и подключичных лимфатических узлов. Необходимо также обозначить и описать форму и размер груди, проверить выделения из сосков, определить локализованные очаги чувствительности и связать их с областью боли, на которую жалуется женщина, и иными полученными данными.

Маммографию мы рекомендуем проводить в случае отклонений, обнаруженных при физическом осмотре, женщинам старше 35 лет, которым ранее не делали маммографию и при очаговой боли. В других случаях мы рекомендуем провести исследование с помощью ультразвуковой эхографии. Здесь следует помнить, что риск РМЖ после негативных данных клинических и лучевых исследований МЖ очень низкий – менее 1%.

С болью в МЖ могут быть связаны и такие заболевания, как ареолярный абсцесс (пальпаторно – это болезненное образование на периферии ареолы), воспаление сальных желез Монтгомери, острый абсцесс МЖ. При этом характерны локальная боль, чувствительность, эритема, «лимонная корка» и местное повышение температуры, связанные с узлом; возможны недомогание, лихорадка, озноб.

Боль в МЖ вызывают и такие достаточно редкие заболевания, как плазмочитарный мастит, сифилис, туберкулез, рак соска (болезнь Педжета), различные формы фиброзных заболеваний.

Связанной с болью в МЖ проблемой может быть жировой некроз – плотное образование неправильной формы, часто спаянное с окружающими тканями (характерны локальная боль, чувствительность, симптомы стянутости кожи, втянутость сосков), – который чаще всего возникает вследствие травмы. Необходимо помнить, что жировой некроз часто тяжело отличить от рака.

При боли в МЖ, вызванной эктазией млечных протоков, пациентки жалуются на ее жгучий характер, иногда зуд. Предыстория этой боли может включать один или более случаев воспаления, сопровождающегося повышенной чувствительностью, эритемой, лихорадкой, которые развивались и внезапно стихали в период от 7 до 10 дней. Характерны расширение субареолярных протоков, зуд и эритема вокруг соска, густые, клейкие выделения из соска черноватого или зеленого цвета, подмышечная лимфаденопатия (рис. 7, 8).

При связанных с болью в МЖ маститах возможна сильная односторонняя боль, особенно если воспаление возникает близко к поверхности кожи; обычно отмечается покраснение и повышение температуры кожи груди в районе воспаления, могут присутствовать «лимонная корка», появляться уплотнения, симптомы стянутости кожи и общие симптомы (лихорадка, недомогание, озноб, слабость).

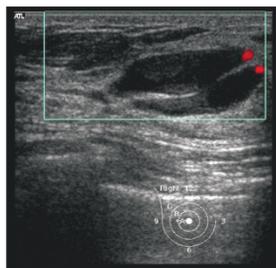


Рис. 7. Эхограмма расширенных млечных протоков при боли в МЖ

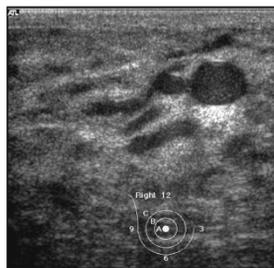


Рис. 8. Эхограмма млечных протоков с кистоподобным расширением по их ходу при боли в МЖ

Боль в МЖ может быть вызвана атеромами (в том числе инфицированными), воспалением сальных желез Монтгомери (характерны маленький, хорошо очерченный узел, локализованная эритема, уплотнение), быстрорастущими кистами (характерны локализованная боль, хорошо пальпируемый узел) и внутрипротоковыми папилломами (характерны серозные или кровянистые выделения из соска).

Необходимо подчеркнуть, что у женщин в постклимактерическом периоде боль в МЖ вследствие доброкачественной опухоли встречается редко.

При дифференциальной диагностике боли в МЖ особое внимание необходимо уделять возрастному аспекту.

Так, у пациенток до 12 лет боль может быть вызвана костохондритом – синдромом Титце (характерна острая боль в грудной клетке, обостряющаяся при глубоком дыхании и давлении), употреблением нестероидных противовоспалительных препаратов, связанных с патологиями – ревматоидным артритом, псориазом, спондилитом. У этой же категории лиц боль в МЖ может быть вызвана началом полового развития (телархе).

У пациенток в возрастном диапазоне от 12 до 18 лет боль в МЖ также может быть вызвана костохондритом, началом полового созревания (характерны асимметричные МЖ, подростковая гипертрофия желез), гинекомастией, фиброаденомами, кистозно-фиброзной мастопатией.

В возрастном периоде от 18 до 45 лет боль в МЖ может быть вызвана физиологическими отклонениями от нормального состояния, может быть не связана с МЖ, может возникать при остром предменструальном синдроме, кистозно-фиброзной мастопатии, воспалениях, маститах, абсцессах, после травмы, при фиброаденомах и, наконец, при раке.

В возрасте 45-65 лет боль в МЖ чаще вызывается кистозно-фиброзной мастопатией, РМЖ, предменструальным синдромом, синдромом предменопаузы, расстройствами менструального цикла, ановуляторными циклами, гормонозаместительной терапией. Может также наблюдаться боль, не связанная с МЖ.

После 65 лет боль могут вызывать прежде всего РМЖ, инволютивные изменения основных (магистральных) млечных протоков, ишемические изменения, гормонозаместительная терапия, травмы и боль, не связанная с грудными железами.

Врач, к которому обратилась страдающая масталгией пациентка, должен первым делом исключить рак, затем исключить инфекцию и убедить в своей правоте пациентку. Следует быть настойчивым в общении с пациенткой и постараться избежать частых и ненужных исследований, если РМЖ не обнаружен.

Таким образом, боль в МЖ не должна становиться удобным диагнозом для проведения частых рентгенографий, томографий и иных исследований подобного рода. Необходимо терпеливо объяснять результаты своих исследований, не запугивая женщин. При сомнениях пациенток их нужно направлять на дальнейшее обследование к специалистам по МЖ.

Фиброзно-кистозная мастопатия

Рассмотрим наиболее часто встречающуюся проблему – фиброзно-кистозную мастопатию и связанную с ней масталгию. Для боли этого вида характерны плотные, подвижные узлы (кисты), которые хорошо прощупываются, а также признаки и симптомы предменструального синдрома (набухание, головная боль, тошнота, спазматическая боль в животе).

Одним из механизмов кистозной мастопатии является дисбаланс соотношения гормонов в сторону снижения уровня прогестерона и относительного или абсолютного повышения – эстрогенов в тканях МЖ. Это способствует пролиферации соединительнотканного и эпителиального компонентов МЖ, что при наличии персистирующей секреции в альвеолах приводит к обструкции протоков и с течением времени – к формированию кистозных полостей, что часто коррелирует с возрастом пациентки (от 30 лет).

С первыми признаками мастопатии сталкивается почти каждая женщина. Это напряжение и слегка болезненные ощущения в груди (масталгия) перед менструацией, что связано с задержкой жидкости, обусловленной гормоном прогестероном, количество которого возрастает именно в этот период. Если грудь периодически тянет и ноет, нужно проконсультироваться со специалистом. При дальнейшем развитии мастопатии боль становится более интенсивной, а мелкие уплотнения начинают увеличиваться в размерах. Эту форму мастопатии специалисты именуют диффузной. И если вовремя обратить внимание на ноющую грудь и сопутствующие симптомы, то лечение не займет много времени и не потребует больших усилий.

Лечение

Поскольку лучевая диагностика предполагает компрессию исследуемой железы, мы считаем целесообразным преимущественное использование перед обследованием Прожестожеля (прогестерон натуральный микронизированный в форме геля для наружного применения) в качестве препарата, вызывающего уменьшение отека, напряжения и боли (рис. 9). Пациентки при этом чувствуют себя более комфортно, исследование получается более качественным и информативным. Здесь следует подчеркнуть необходимость тщательного комплексного исследования, в том числе лучевого, перед всеми видами хирургического вмешательства.



Рис. 9. Преимущества назначения Прожестожеля при осмотре и диагностике МЖ

Чтобы повысить качество проводимых диагностических исследований, мы рекомендуем назначать именно Прожестожель, так как накожные аппликации прогестерона ограничивают влияние эстрогенов на ткань МЖ, снижая проницаемость капилляров, и предупреждают тем самым развитие отека МЖ. Эстрогены вызывают пролиферацию протоков альвеолярного эпителия, тогда как прогестерон противодействует этим процессам, обеспечивает дифференцировку эпителия и прекращение митотической активности. Кроме того, прогестерон стимулирует продукцию 17-гидроксистероиддегидрогеназы и эстронсульфотрансферазы, которые окисляют эстрадиол в эстрон и эстронон сульфат – менее активные метаболиты эстрогенов. Назначение прогестерона местно в виде геля позволяет восполнить дефицит его непосредственно в тканях МЖ и приводит к деградации мелких кист за счет улучшения дренажной функции (рис. 10). Одним из основных преимуществ Прожестожеля является способность купировать масталгию за счет снижения отека тканей МЖ уже в первые сутки терапии.

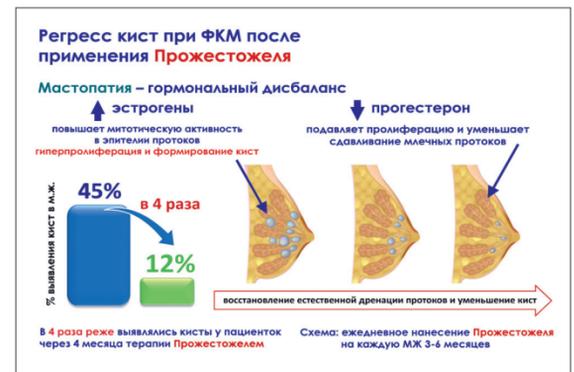


Рис. 10. Действие прогестерона на ткани МЖ

С одной стороны, мы видим быстрый клинический эффект уже в течение первых дней терапии в виде субъективных ощущений женщины, которые значительно повышают качество жизни (уменьшение или полное исчезновение болезненности, чувства тяжести и дискомфорта в области МЖ). С другой стороны, снижение болевого синдрома позволяет маммологу более тщательно произвести осмотр МЖ, врачу-рентгенологу качественно провести маммографию, что бывает трудно при выраженном болевом синдроме.

Большое преимущество Прожестожеля в том, что он действует непосредственно в ткани МЖ и не оказывает системного влияния.

Заключение

И последний момент, на котором нам бы хотелось сделать особый акцент, – это улучшение медицинской визуализации состояния МЖ (данных ультразвуковой и рентгеновской маммографии). Последнее достигается уменьшением отечности ткани МЖ и, таким образом, повышается разрешающая способность лучевых методов и соответственно – их диагностическая эффективность: чувствительность, специфичность и точность.