

Заключение

В случаях с летальным исходом, учитывая тяжесть и обширность поражения органов при туберкулезе у беременных, можно констатировать поздние обращаемость и диагностику заболевания. Отсутствие приверженности к терапии усугубило тяжесть течения инфекции, что непосредственно отражалось на исходе родов. В связи с этим возрастает актуальность профилактики туберкулеза среди населения, особенно на уровне первичного звена лечебных учреждений, со своевременной диагностикой и, при необходимости, прерыванием беременности на ранних стадиях заболевания. В центрах семейной медицины необходимо проводить полноценную диспансеризацию беременных, живущих в новостройках, где сосредоточено наибольшее количество женщин из социально-уязвимых групп, и проявлять особую настороженность в отношении туберкулеза органов дыхания.

References

1. Borisova M.I., Savitskaya N.G. Tuberculosis detection in a birth center // Tuberculosis and socially significant diseases. 2015. No. 1. P. 40–43.
2. Bolbochan O.A., Ishen-kyzy G. Maternal mortality in Kyrgyzstan // Kyrgyzstan Medicine. 2012. No. 4. P. 27–28.
3. Vasilevskiy M.G., Vasilevskaya N.M., Ibraimova D.D. Epidemiology of maternal mortality // Kyrgyzstan Medicine. 2013. No. 1. P. 42–45.
4. Zabiroyov G.I. The effect on the offspring of tuberculous process, the mother bacterial therapy in pregnancy (experimental and clinical data): thesis, PhD. Frunze, 1966. 179 p.
5. Zaykov S.V. Pregnancy and tuberculosis // Medical Aspects of Women's health. 2010. No. 3. P. 5–11.
6. Ibraeva A.A. Reproductive function of women with tuberculosis in Kyrgyzstan: thesis, PhD. Bishkek, 2012. 112 p.
7. Ishenaliyeva Ch.A., Chernova N.E. Analysis of maternal mortality in the country for 1997 // Collection of scientific articles of RI A and P KR. Bishkek, 1998. P. 30–37.
8. Kayukova S.I. Interference of pregnancy, childbirth, postpartum period and pulmonary tuberculosis in women in a metropolis: thesis, PhD. M., 2005. 148 p.
9. Kovganko P.A. Effect of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis on pregnancy, delivery and perinatal outcomes: thesis, MD. M., 2005. 268 p.
10. Maiseenko D.A., Egorova A.T. Active pulmonary tuberculosis and pregnancy: clinical case on medical interruption // RMJ. 2013. No. 14. P. 766.
11. Mambetov K.B. Features of the hormonal profile and the quality of life in women of reproductive age, patients with pulmonary tuberculosis: thesis abstract, PhD. Bishkek, 2013. 28 p.
12. Mordyk A.V., Puzyreva L.V., Valeeva G.A. Interference of tuberculosis and pregnancy: is it possible to overcome the negative trends? // Medical Almanac. 2015. No. 4. P. 72–75.
13. Taimbetova T. Pregnancy and tuberculosis. Taldykorgan, 2011. 5 p.
14. Bergeron K.G., Bonebrake R.G., Gray C.J. Tuberculosis in pregnancy: current recommendations for screening and treatment in USA // Expert. Activ. Infect. Ther. 2004. No. 2 (4). P. 598.
15. Toyota E., Mikoura S., Miyazawa H. Management of tuberculosis in pregnancy and puerperium // Kekkaku. 2002. Vol. 77, No. 11. P. 703–708.

Поступила в редакцию 11.11.2016.

THE ANALYSIS OF THE REPRODUCTIVE HEALTH CONDITION IN PREGNANT WOMEN WITH TUBERCULOSIS IN KYRGYZSTAN

J.M. Nasirdinova, M.S. Musuraliev
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy (92 Akhunbaev St. Bishkek 720020 Kyrgyz Republic)

Objective. The study objective is an analysis of the reproductive health condition in pregnant women with tuberculosis.

Methods. Conducted the analysis of 45 labor and delivery reports, obstetric and perinatal outcomes in pregnant women with tuberculosis, arrived in Bishkek Perinatal Center from 2005 to 2015.

Results. Pulmonary tuberculosis was diagnosed in 31 (69%), extrapulmonary – 5 (11%) cases, combined forms of the disease were detected in 4 (9%), small and large residual changes – in 5 (11%) patients. Open form of pulmonary tuberculosis recorded in 39% of cases. In 58% of pregnant women the disease was diagnosed for the first time.

Conclusions. Determined the negative influence of tuberculosis on the reproductive function of women and birth outcomes. In family practice centers, it is necessary to conduct a full medical examination of pregnant women living in new buildings, where the largest number of women from socially vulnerable groups and be particularly alert to respiratory tuberculosis.

Keywords: pulmonary tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, birth, perinatal period.

Pacific Medical Journal, 2017, No. 1, p. 56–58.

УДК 618.19-007.17-004-073.7

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.1.58-61

Возможности предоперационной диагностики склерозирующего аденоза молочной железы

Ю.П. Мордвинов¹, В.И. Апанасевич^{2, 3}, Ю.Ю. Болтаев²

¹ Маммологический центр (690021, г. Владивосток, ул. Калинина, 18а), ² Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (690091, г. Владивосток, ул. Уборевича, 30/37), ³ Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Предоперационная диагностика склерозирующего аденоза молочной железы затруднительна, так как заболевание не имеет специфической картины при сонографии и маммографии. Как возможный критерий дифференциального диагноза склерозирующего аденоза и рака молочной железы можно указать наличие пальпируемого образования при от-

Апанасевич Владимир Иосифович – д-р мед. наук, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии ТГМУ; e-mail: oncolog222@gmail.com

существовании патологических находок в ультразвуковом и рентгенологическом исследованиях. Несомненную пользу имеет доплерография при сонографии: отсутствие усиления рисунка сосудистой сети позволяет сделать вывод о доброкачественном характере процесса. При наличии оценки по 4-й категории BI-RADS требуется гистологическая верификация диагноза.

Ключевые слова: сонография, маммография, категории BI-RADS.

Склерозирующий аденоз (СА) молочной железы не имеет специфической клинической, рентгенологической и ультразвуковой картины. Соответственно, у онкологов-маммологов нет возможности ставить предварительный диагноз «склерозирующий аденоз» [2]. Данное заключение может быть основано только на результатах гистологического исследования. Предварительный диагноз, в случае наличия пальпируемого образования, звучит в большинстве случаев как «очаговое образование доброкачественного характера» или «подозрение на злокачественное новообразование». В отечественной практике нередко встречается более обобщающая и наименее специфическая формулировка – «локализованный фиброаденоматоз». Из-за схожести рентгенологических и ультразвуковых признаков СА и злокачественных новообразований молочной железы, пациентам нередко назначается оперативное лечение со срочным или плановым гистологическим исследованием.

Согласно современной классификации ВОЗ [7], СА относится к доброкачественным видам пролиферации эпителия молочной железы. Выделяют склерозирующий, апокриновый и микрогландулярный виды аденоза. Среди всех доброкачественных изменений молочной железы на долю СА приходится около 28% [6]. Связи между этим заболеванием и риском развития рака молочной железы не установлено. Naagensen определял СА как «феномен фазы менструального цикла жизни», предполагая, что эстрогены индуцируют пролиферацию эпителия, что предрасполагает к развитию аденоза и других эпителиальных опухолей [3]. Так же есть данные о том, что пациенты с верифицированным СА имеют удвоенный риск развития рака молочной железы [6].

Клинически СА в большинстве случаев протекает бессимптомно. Возможно наличие пальпаторно определяемого очагового уплотнения. Рентгенологическая картина СА чаще всего характеризуется сгруппированными микрокальцинатами, фокусной асимметрией, локальным повышением плотности железистого рисунка без четких контуров. Данную симптоматику приходится дифференцировать с симптоматикой доброкачественных изменений молочной железы (послеоперационными рубцами, радиальным рубцом, стеатонекрозом) и злокачественными образованиями (карциномой эпителия протоков *in situ*, тубулярной карциномой, инвазивным лобулярным или протоковым раком) [2, 3].

Ультразвуковая картина СА в основном представлена очаговым образованием с нечеткими контурами (хотя в ряде случаев они могут быть и четкими),

неправильной формы. Также она может характеризоваться очагом повышенной эхоплотности с ультразвуковой тенью, сгруппированными кистами и расширенными протоками. В редких случаях удается определить локальные скопления микрокальцинатов. Дифференциальную диагностику следует проводить с доброкачественными рубцовыми изменениями, фиброаденомами, стеатонекрозом и злокачественными новообразованиями [1, 2, 3]. В большинстве случаев СА пациентам по данным маммографии и сонографии присваивается 4-я категория по критериям BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) Американского сообщества радиологии (American College of Radiology) [1].

Гистологически при СА, несмотря на сжатую искаженную картину железистых структур, отмечается сохранность общей тубулярной архитектоники железистых структур с отсутствием атипии. Процесс идентифицируется по сохранению базальной мембраны и обязательному присутствию миоэпителиальных клеток, выявляемых иммуногистохимическим методом [4]. Цитологические особенности склерозирующего аденоза включают в себя наличие доброкачественных протоковых клеток, ацинарных листов, разбросанных отдельных эпителиальных клеток, апокриновой метаплазии, гиалинизированных фрагментов. Цитологически склерозирующий аденоз трудно отличить от других доброкачественных изменений, таких как фиброаденома, аденомиоэпителиома и др. [5].

Материал и методы

Ретроспективному анализу подвергнуты результаты предоперационного обследования 18 пациенток в возрасте 28–51 года, которым в 2011–2015 гг. было проведено оперативное лечение в ООО «Инномед плюс» и в хирургическом отделении Краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи с последующим гистологическим заключением «склерозирующий аденоз». Женщины проходили предоперационное обследование в ООО «Маммологический центр». Сонография молочных желез выполнена в 18, маммография – в 15 случаях (3 пациенткам младше 36 лет проводилась только сонография). Для ультразвукового исследования использовался аппарат Mindray DC-3 с линейным датчиком на 7,5 МГц, для маммографии – GE Senographe 2000D. Описание во всех случаях дополнялось цветовым и энергетическим доплеровским картированием. Результаты оценивались в соответствии с критериями

BI-RADS. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики с вычислением средней величины (M), среднеквадратичного отклонения (δ), ошибка средней арифметической, относительных величин и их ошибок.

Результаты исследования

Жалобы на наличие очагового образования в молочных железах предъявляли 8, жалобы только на болезненные ощущения в молочных железах – шесть женщин. В 4 случаях жалобы отсутствовали (обращение с профилактической целью). При физикальном осмотре у 13 человек определялись очаговые образования, локализовавшиеся преимущественно в наружных квадрантах. У пяти пациенток при пальпации данных о наличии очаговых образований получено не было.

Сонографически в 8 наблюдениях определялись округлые или овальные тени с четкими ровными контурами, диаметром 0,7–2,5 см. Они были расценены как фиброаденомы с присвоением 3-й категории BI-RADS. У трех человек лоцировались анэхогенные, округлые и овальные образования диаметром 0,3–2,8 см, верифицированные как кисты (3-я категория BI-RADS). У трех пациенток определялись участки сниженной эхогенности с нечетким рисунком железистой ткани, не имевшие четких контуров, неправильной формы, 0,9–1,9 см в поперечнике. Данные находки были расценены как «подозрение на злокачественное новообразование» с присвоением 4-й категории BI-RADS. Еще у одной пациентки определялась киста размером 1,8×1,3×1,2 см, внутри которой располагалось пристеночное эхогенное округлое образование размером 1×1×0,5 см, что было расценено как цистаденома с подозрением на злокачественное новообразование – 4-я категория BI-RADS. Только в трех случаях при ультразвуковом исследовании очаговых образований в молочной железе найдено не было – 1–2-я категория BI-RADS (табл. 1).

При маммографии у 6 человек обнаружены округлые образования с четкими ровными контурами, диаметром 0,3–3 см, расцененные как фиброаденомы или кисты молочных желез – 3-я категория BI-RADS. У двух пациенток определялись локализованные участки железисто-фиброзной ткани с нечеткими

контурами, размерами 1,5–2,0 см – локализованный фиброаденоматоз (3-я категория BI-RADS). В двух случаях были выявлены очаговые образования с тенденцией к конвергенции без четких контуров, до 2–2,5 см в поперечнике, подозрительные на злокачественность – 4-я категория BI-RADS. У одной женщины на участке молочной железы размером около 1,5 см определялись сгруппированные микрокальцинаты – подозрение на злокачественное новообразование (4-я категория BI-RADS), при этом ни пальпаторно, ни сонографически образование не выявлялось (цитологическое исследование не проведено). В четырех наблюдениях данных о наличии очаговых изменений не получено – 1–2-я категория BI-RADS (табл. 2).

Тонкоигольная аспирационная биопсия выполнена 17 пациенткам. Цитологическая картина в 11 случаях (64,7±11,6% наблюдений) была представлена железистоподобными структурами с пролиферацией, в трех случаях (17,65±9,2% наблюдений) – железистоподобными структурами с дистплазией II–III степени и в трех случаях (17,65±9,2% наблюдений) – мозолистыми тельцами и апокриновым эпителием без атипии. При доплеровском картировании ни в одном наблюдении в зоне образований кровотока не выявлено.

Обсуждение полученных данных

Всего по результатам маммографии и сонографии было выявлено пять человек (27,8±10,5% наблюдений) с подозрением на ЗНО. У 11 женщин клинически диагностированы доброкачественные образования и у двух – данных о наличии патологических очагов получено не было (очаговые образования здесь определялись при пальпации). Обращает на себя внимание довольно высокая доля (23,1%) ложноотрицательных результатов при сонографии при наличии пальпируемого образования. Однако при формулировке предоперационного диагноза как «непальпируемое образование» у всех пяти пациенток ведущим методом диагностики оказалась именно сонография (табл. 1). При маммографии число ложноотрицательных заключений также оказалось высоким – 27,3% (табл. 2). Аналогичные цифры получены и при непальпируемых образованиях, впрочем, следует учесть, что эта категория диагнозов верифицирована за счет

Таблица 1

Пальпаторная и сонографическая характеристики
очагов склерозирующего аденоза

Очаги	Кол-во пациентов		Образование при сонографии			
			наличие		отсутствие	
	абс.	%*	абс.	%*	абс.	%*
Пальпируемые	13	72,2±10,5	10	76,9±11,7	3	23,1±11,7
Непальпируемые	5	27,8±10,5	5	100,0	0	0
Всего:	18	100,0	15	83,3±8,8	3	16,7±8,8

* Здесь и в табл. 2 и 3: M±δ.

Таблица 2

Пальпаторная и маммографическая характеристики
очагов склерозирующего аденоза

Очаги	Кол-во пациентов		Образование при маммографии			
			наличие		отсутствие	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пальпируемые	11	73,3±11,4	8	72,7±13,4	3	27,3±13,4
Непальпируемые	4	26,7±11,4	3	75,0±21,6	1	25,0±21,6
Всего:	15	–	11	73,3±11,4	4	26,7±11,4

Таблица 3

Оценка данных сонографии и маммографии
при склерозирующем аденозе в соответствии
с категориями BI-RADS

Категория	Количество наблюдений			
	при сонографии		при маммографии	
	абс.	%	абс.	%
1–2	3	16,7±8,8	4	26,7±11,4
3	11	61,1±11,5	8	53,3±12,9
4	4	22,2±9,8	3	20,0±10,3
Всего:	18	100,0	15	100,0

сонографии, и только у одной пациентки диагноз при непальпируемом очаге был сформулирован на основании только маммографии.

При оценке соответствия данных маммографии и сонографии при склерозирующем аденозе оказалось, что 3-я категория BI-RADS, соответствующая доброкачественному новообразованию, была определена более чем в половине наблюдений. Четвертая категория была присвоена практически каждой пятой пациентке. Ложноположительный результат встречался примерно с одинаковой частотой как при маммографии, так и при сонографии (табл. 3).

Заключение

Диагностика склерозирующего аденоза крайне трудна, так как заболевание не имеет специфических диагностических критериев, маскируясь или под злокачественное новообразование или не проявляя себя при классических методах визуализации (сонография, маммография). Учитывая результаты проведенного исследования, мы рекомендуем обязательное доплеровское картирование очагов в молочной железе, как один из важных критериев дифференциальной диагностики склерозирующего аденоза и злокачественных новообразований. При оценке образования по 4-й категории BI-RADS все усилия необходимо направить на получение гистологической характеристики патологического процесса.

References

1. American College of Radiology. Breast imaging reporting and data system atlas. 5th ed. Reston, VA: American College of Radiology, 2013. BI-RADS: ultrasound, 2nd ed.

2. Cucci E., Santoro A., Gesù C. [et al.]. Sclerosing adenosis of the breast: report of two cases and review of the literature // Polish Journal of Radiology. 2015. Vol. 80. P. 122–127.
3. Gunhan-Bilgen I., Memis A., Ustun E.E. [et al.]. Sclerosing adenosis: mammographic and ultrasonographic findings with clinical and histopathological correlation // Eur. J. Radiol. 2002. Vol. 44, No. 3. P. 232–238.
4. Myong J.H., Choi B.G., Kim S.H. [et al.]. Imaging features of complex sclerosing lesions of the breast // Ultrasonography. 2014. Vol. 33, No. 1. P. 58–64.
5. Sreedharanunni S., Das A., Veenu S. [et al.]. Nodular sclerosing adenosis of breast: a diagnostic pitfall in fine needle aspiration cytology // Journal of Cytology. 2013. Vol. 30, No. 1. P. 49–51.
6. Visscher D.W., Nassar A., Degnim A.C. [et al.]. Sclerosing adenosis and risk of breast cancer // Breast Cancer Res. Treat. 2014. Vol. 144, No. 1. P. 205–212.
7. WHO classification of the breast. IARC/World health organization of tumors / Likhani S.R., Ellis I.O., Schnitt S.J. [et al.]. Lyon, France: WHO Press, 2012. 432 p.

Поступила в редакцию 04.07.2016.

FEATURES OF PREOPERATIVE DIAGNOSIS OF THE BREAST SCLEROSING ADENOSIS

Yu.P. Mordvinov¹, V.I. Apanasevich^{2,3}, Yu.Yu. Boltaev²

Breast Care Centre (18a Kalinina St. Vladivostok 690021 Russian Federation), Regional Clinical Centre of Specialized Types of Medical Care (30/37 Uboevicha St. Vladivostok 690091 Russian Federation), Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Objective. The clinical, sonographic and mammographic symptoms in breast sclerosing adenosis were analyzed.

Methods. The study included 18 patients 28–51 years with histologically confirmed diagnosis of 'sclerosing adenosis'. In addition to sonography and mammography used Doppler and clinical evaluation process for BI-RADS categories.

Results. Under the 3rd BI-RADS category has got most determined preoperatively entities: 53.3% for mammography and 61.1% for sonography. BI-RADS category 4 has been assigned to each of the fifth observation. The absence of any pathological changes in mammography was noted in 4 patients, while sonography – in 3 patients. Doppler contouring showed no amplification of the vasculature in all cases.

Conclusions. As a possible criterion for differential diagnosis of sclerosing adenosis and breast cancer it can be indicated the presence of palpable formation in the absence of pathological findings on ultrasound and X-ray studies. Doppler sonography has certain advantages: the absence of the gain pattern of the vasculature leads to the conclusion benign nature of the process. With the grade of the 4th BI-RADS category it is necessary to conduct the histologic diagnosis verification.

Keywords: sonography, mammography, BI-RADS categories.