

## СКЛЕРОТЕРАПИЯ КИСТ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Д.В.Халеев  
Тула, Россия

**Введение.** Простые кисты молочных желез, как правило, возникают на фоне диффузной фиброзно-кистозной мастопатии как результат ретенции млечных протоков, происходящей на фоне гормонального дисбаланса либо избыточной экспрессии рецепторов гормонов эпителиальными клетками выстилки млечных протоков. Чаще всего простые кисты выявляются в возрасте от 40 до 50 лет. У женщин старше 60 лет простые кисты молочных желез - редкость. Показано, что диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента не является состоянием, повышающим риск возникновения рака молочной железы. Поэтому тактикой в отношении пациенток с кистами молочных желез, если следовать логике, должно быть наблюдение. На практике же пациентки с кистами молочных желез довольно часто попадают на операционный стол. Нам видятся две основных причины такого положения дел. Во-первых, часто сами хирурги проявляют чрезмерную осторожность, и рекомендуют секторальную резекцию молочной железы, как способ избавиться от имеющегося в молочной железе уплотнения. Подобная агрессивная тактика, на наш взгляд, является наследием времени, когда в руках врача не было надежных инструментальных методов идентификации жидкостных образований и, что не менее важно, изучения содержимого и стенок кисты с целью выявления внутриполостных тканевых разрастаний. Сегодня ультразвуковое исследование молочных желез с успехом решает эти задачи, позволяя дифференцировать жидкостные и солидные образования молочных желез и обнаруживать в кистозной полости папилломы, разрастания злокачественной опухоли либо изменения, подобные им по ультразвуковой картине. Во-вторых, в ряде ситуаций пациентка сама подталкивает хирурга к решительным действиям. Обычно это бывает, когда чувствуется уплотнение и сам факт наличия уплотнения пугает женщину. Ситуация выглядит для пациентки еще трагичнее, если уплотнение достигло крупных размеров за короткие сроки либо присоединившееся воспаление привело к изменению цвета кожных покровов, отеку и выраженной локальной болезненности.

Однако существует метод и он известен не одно десятилетие, позволяющий минимально травмирующим путем избавить женщину от кисты и, следовательно, от уплотнения в молочной железе, которое ее беспокоит. Это склеротерапия. В настоящей работе мы хотим поделиться собственным опытом склеротерапии кист молочных желез под ультразвуковым контролем. При этом основными целями работы мы видим определение показаний к склеротерапии, изложение самой методики склеротерапии под ультразвуковым контролем, возможных осложнений и эффективности данной лечебной манипуляции.

**Материалы и методы исследования.** Исследовались результаты 161 склеротерапии кист молочных желез под ультразвуковым контролем 96 % раствором этилового спирта. Все манипуляции были произведены в отделении лучевой диагностики Тульского областного онкологического диспансера.

Перед склеротерапией проводилось ультразвуковое исследование молочных желез по стандартной методике, а женщинам старше 40 лет – ультразвуковое исследование и маммография. При этом мы стремились получить ответ на вопрос, имеются или отсутствуют какие-либо указания на возможный рак молочной железы, когда наблюдение недопустимо. Склеротерапия выполнялась только в тех случаях, когда имеющиеся кисты имели ультразвуковые признаки простых кист и в

молочных железах отсутствовали изменения, подозрительные на рак или неуточненного характера, требующие дальнейших диагностических действий.

Известно, что строгие медицинские показания к склеротерапии отсутствуют. Мы проводили склеротерапию в следующих случаях:

1. Наличие в молочной железе беспокоящего женщину уплотнения, которое по данным ультразвукового исследования обусловлено простой кистой.

2. Наличие выраженной локальной болезненности в зоне расположения простой кисты и/или клинических признаков воспаления.

Размер кисты при этом не имел для нас определяющего значения.

Для проведения манипуляции пациентка укладывалась таким образом, чтобы обеспечить наиболее удобный доступ к кисте. Обычно этого удавалось достичь в положении лежа на спине либо на боку с руками, заведенными за голову. Пункция кисты производилась иглой диаметром 20-21 G. Длина иглы зависела от расстояния до кисты. Содержимое кисты аспирировалось полностью. Аспирированную жидкость отправляли на цитологическое исследование. Игла не извлекалась, по ней в полость кисты вводился 96 % раствор этилового спирта в объеме вдвое меньшем, чем объем аспирированного содержимого. Через 2 минуты производилась аспирация введенного раствора. Игла извлекалась. На область расположения кисты накладывалась давящая повязка на 12 часов. Контрольное ультразвуковое исследование производилось всем пациенткам через 3 месяца после склеротерапии. Части пациенток проводилось несколько контрольных ультразвуковых исследований. Положительным считался результат, когда киста при контрольном исследовании отсутствовала.

**Результаты исследования.** Нами была произведена 161 склеротерапия кист женщинам в возрасте от 24 лет до 58 лет. Средний возраст пациенток составил  $44,5 \pm 4,1$  года. Из них на контрольное исследование явились 121 женщина (75,2 %). Далее приведены результаты обследования именно этой группы пациенток.

Размеры кист существенно различались – от 1 см до 5 см в диаметре. Средний размер кисты в наибольшем измерении составил  $3,0 \pm 0,9$  см, а в наименьшем –  $1,6 \pm 0,7$  см.

При цитологическом исследовании содержимого кист были получены следующие результаты. В большей части случаев (60,3 %) в жидкости отсутствовали клеточные элементы. Приблизительно в трети случаев (30,4 %) были обнаружены нейтрофильные лейкоциты, небольшое количество макрофагов и лимфоцитов, что было расценено как признаки умеренно выраженного воспаления. В трех случаях (2,5 %) имели место кисты с нагноением. Одна из кист (0,8 %) была с геморрагическим содержимым. У четырех пациенток (3,3 %) в содержимом кист были обнаружены единичные сосочковые структуры из клеток пролиферирующего кубического эпителия либо умеренно выраженная пролиферация клеток внутрикислотной выстилки. В двух случаях (1,7 %) были обнаружены клетки с признаками атипии. У всех пациенток двух последних групп склеротерапия оказалась эффективной. Им проводилось несколько контрольных ультразвуковых исследований с интервалом 3 месяца и маммография с интервалом 6 месяцев на протяжении от года до полутора лет. Эти исследования не выявили каких-либо изменений в зоне расположения склерозированной кисты.

В процессе проведения склеротерапии мы столкнулись с рядом осложнений. Часть из них проявлялась непосредственно во время проведения манипуляции, другие – в течение более длительного времени. Наиболее часто возникали неприятные ощущения в виде жжения или болей в ответ на введение этанола. Это осложнение встретилось у 92,6 % пациенток. Неприятные ощущения были переносимыми и не требовали досрочной аспирации этанола и применения обезболивающих средств. В большинстве таких случаев (93,8 %) боли проходили само-

стоятельно в течение первой минуты после введения этанола. В шести случаях боли сохранялись не более суток после склеротерапии, были слабоинтенсивными и не требовали врачебного вмешательства. И лишь в одном случае интенсивные боли в проекции склерозированной кисты сохранялись на протяжении нескольких дней и потребовали применения анальгетиков. Мы связываем это с попаданием раствора этилового спирта в окружающие кисту ткани, их повреждением с развитием болевого синдрома. В четырех случаях (3,3 %) возникли гематомы в области укола, разрешившиеся самостоятельно в течение 7-14 дней. Иных осложнений при проведении склеротерапии нами отмечено не было.

Эффективность склеротерапии составила 95,0 % и не зависела от размеров кисты. Нами также не было выявлено связи эффективности склеротерапии с характером содержимого кист.

**Обсуждение.** Склеротерапия кист молочных желез известна и применяется достаточно давно. Однако ранее она выполнялась под контролем пальпации, и ее эффективность была не выше 60-75 %. Проведенное нами исследование продемонстрировало высокую эффективность (95 %) склеротерапии. Сходную эффективность приводят и другие исследователи, выполнявшие данную манипуляцию под ультразвуковым контролем. Ультразвуковой контроль дает возможность корректировать положение иглы во время манипуляции, добиваясь удаления всей жидкости из полости кисты. Причина неэффективной склеротерапии видится нам именно в неполном удалении содержимого из полости кисты. Тщательной аспирации содержимого должно уделяться особое внимание и тогда этанол, вводимый в полость кисты, не разбавляется содержимым кисты, его раздражающее действие на стенки кисты выражено максимально, что позволяет добиться облитерации кистозной полости в большинстве случаев. Введение этанола также осуществляется под визуальным контролем. При этом вероятность его попадания в окружающие кисту ткани минимально и, соответственно, сводятся к минимуму связанные с этим осложнения.

Как показывает наш опыт, на эффективность склеротерапии не оказывают влияния размеры кист, их форма, наличие воспаления разной степени выраженности, пролиферация клеток выстилки кисты, в том числе, с образованием сосочковых структур. Наличие в содержимом кисты клеток с признаками атипии диктует необходимость повторных контрольных ультразвуковых исследований с интервалом в 3-6 месяцев и маммографии 1 раз в полгода. В двух подобных случаях, вошедших в наше исследование, наблюдение продолжительностью от года до полутора лет не выявило каких-либо изменений в зоне расположения склерозированной кисты. По нашему мнению, этанол полностью разрушает эпителиальную выстилку простых кист, препятствуя тем самым дальнейшему развитию имеющихся в ней изменений.

Осложнения, возникающие в процессе проведения склеротерапии и в ранние сроки после нее, как правило, не требуют какой-либо терапевтической коррекции. В редких случаях выраженного болевого синдрома необходимо использовать анальгетики.

#### **Выводы:**

1. Склеротерапия кист молочных желез под ультразвуковым контролем, характеризуясь высокой эффективностью, малой травматичностью и отсутствием серьезных осложнений, должна рассматриваться как серьезная альтернатива хирургическому удалению кист.

2. Склеротерапию кист молочных желез необходимо производить только под ультразвуковым контролем, позволяющим добиться полного удаления содержимого кисты, что практически гарантирует успешный исход данной лечебной манипуляции.