

Маммография в практике гинеколога: кому, когда и зачем

Маммография остается самым доступным и эффективным методом обследования молочной железы и при адекватном проведении и интерпретации данных позволяет выявить все виды пальпируемых и непальпируемых изменений в органе. Оптимальному использованию возможностей маммографии в практике врача-гинеколога в целях ранней диагностики патологии молочной железы и разработки эффективной стратегии наблюдения и лечения пациенток на каждом этапе было посвящено выступление врача лучевой и интервенционной диагностики молочной железы Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Аллы Александровны АНИСИМКОВОЙ.

В настоящее время за раннюю диагностику патологии молочной железы (МЖ) и скрининг рака молочной железы (РМЖ) отвечает врач-гинеколог. Не случайно именно он направляет женщин в возрасте 40 лет и старше независимо от наличия или отсутствия жалоб на скрининговую/диагностическую маммографию (ММГ). Обзорная ММГ стандартно проводится в двух проекциях – прямой СС (краниокаудальной) и косой МЛО (медиолатеральной). Соотношение фиброзно-железистого и жирового компонентов в МЖ обозначается как маммографическая плотность. Для гинеколога важно описать маммографическую плотность МЖ по классификации Американской коллегии радиологов (American College of Radiology, ACR): А – преобладание жировой ткани, железистая ткань составляет менее 25%; В – фиброзно-железистая ткань составляет 25–50%; С – фиброзно-железистая ткань составляет 50–75%; D (4) – фиброзно-железистая ткань превышает 75%. Плотность МЖ с процентным содержанием фиброзно-железистой ткани менее 50% считается низкой. При визуализации фиброзно-железистой ткани более 50% диагностируется высокая плотность МЖ.

Высокая маммографическая плотность снижает чувствительность ММГ до 48%^{1,2}. Для уточнения изменений в МЖ после выполнения ММГ, в том числе непальпируемых образований высокой плотности, могут использоваться такие диагностические методы, как прицельная ММГ с увеличением, цифровой томосинтез, ультразвуковое исследование (УЗИ) МЖ, контрастная ММГ (СЕМ), дуктография сецернирующих протоков, магнитно-резонансная томография (МРТ) молочной железы с контрастом, биопсия под контролем УЗИ/МРТ, а также стереотаксическая биопсия. Кратко охарактеризовав особенности цифрового томосинтеза, в рамках которого выполняется серия снимков МЖ под разным углом с последующей реконструкцией изображения в 0,5–1 мм, А.А. Анисимова проиллюстрировала эффективность его использования на клиническом примере. Пациентка, 46 лет. Проведенная стандартная ММГ выявила высокую плотность МЖ с преобладанием фиброзно-железистой ткани – тип С по АCR. Для уточнения изменений в МЖ пациентке выполнили цифровой томосинтез, который определил наличие узлового образования с лучистым контуром 9 см. По системе BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System)

изменения соответствовали категории 5. Диагноз: инвазивная дольковая карцинома T1 N0 M0.

При обследовании МЖ врач-рентгенолог ориентируется на следующие нормативные документы: Методические рекомендации по выполнению программы популяционного скрининга злокачественных новообразований молочной железы Минздрава России (2019), приказ Минздрава России от 15 марта 2006 г. № 154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи», Клинические рекомендации по доброкачественной дисплазии молочной железы Минздрава России (2024). Согласно этим документам, врач-гинеколог/онколог должен получать результаты ММГ с указанием типа плотности молочной железы по ACR и BI-RADS.

Система BI-RADS предусматривает несколько категорий:

- 0 – невозможно прийти к однозначному выводу на основании результатов визуализации, необходимы дополнительные изображения или данные предыдущего обследования;
- 1 – без патологических изменений;
- 2 – доброкачественные изменения;
- 3 – вероятны доброкачественные изменения, показаны дополнительное исследование и динамический контроль через шесть месяцев;

¹ Kolb T.M., Lichy J., Newhouse J.H. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. Radiology. 2002; 225 (1): 165–175.

² Boyd N.F., Dite G.S., Stone J., et al. Heritability of mammographic density, a risk factor for breast cancer. N. Engl. J. Med. 2002; 347 (12): 886–894.



Научно-практическая конференция «Академия инновационной и персонализированной медицины в акушерстве и гинекологии»

- 4 – изменения, требующие морфологической верификации (4a – вероятность злокачественности – 2–10%, 4b – вероятность злокачественности – 10–50%, 4c – крайне подозрительные изменения, вероятность злокачественности – 50–90%);
- 5 – изменения, имеющие все признаки злокачественности, вероятность злокачественности достигает 95%;
- 6 – морфологически верифицированный РМЖ.

При результатах BI-RADS 1 и 2 пациентки находятся под наблюдением акушера-гинеколога, при остальных категориях (0, 3, 4 и 5) требуется консультация врача-онколога для исключения или верификации диагноза и определения дальнейшей тактики ведения. Пациентки с признаками BI-RADS 6 проходят лечение и наблюдаются врачом-онкологом. Таким образом, данные ММГ по системе BI-RADS определяют изменения в МЖ как доброкачественные, злокачественные или требующие дополнительной диагностики с четкой регламентированной тактикой ведения больных.

А.А. Анисимкова акцентировала внимание коллег на алгоритме обследования и наблюдения по результатам ММГ. Пациенткам без изменений в МЖ с BI-RADS 1–2 и ACR A–B показана ММГ один раз в два года, а с ACR C–D – дополнительное обследование МЖ с помощью УЗИ или томосинтеза. В отсутствие изменений в МЖ такие пациентки обязаны проходить ММГ один раз в год. При наличии изменений и узловых образований им потребуются консультация онколога. Пациенткам с диффузной мастопатией, BI-RADS 1–2 и ACR A–B при наличии жалоб назначается консервативная терапия и ММГ один раз в год, при ACR C–D – УЗИ или томосинтез МЖ, по результатам которого в отсутствие изменений назначается ММГ один раз в год, при наличии изменений –

консультация онколога. Пациенткам с узловым образованием или подозрением на него при BI-RADS 0, 3, 4a и выше показаны консультация онколога и дообследование. Высокая маммографическая плотность считается фактором риска развития РМЖ, пролиферативной мастопатии и предраковых изменений в ткани МЖ. В ходе клинических наблюдений установлено, что длительное лечение микронизированным прогестероном снижает маммографическую плотность³. Пациенткам с мастопатией назначали монотерапию трансдермальным микронизированным прогестероном (Прожестожель®) в виде накожных аппликаций один раз в день ежедневно по 2,5 г на каждую железу в течение трех месяцев. Пациентки проходили три курса по три месяца с месячным перерывом между курсами. До начала лечения и через год после трех курсов терапии пациенткам выполняли стандартную ММГ в двух проекциях. Результаты показали, что Прожестожель® значительно снижает маммографическую плотность у женщин разного возраста с различными формами мастопатии через год лечения.

Установлено, что Прожестожель® (1%-ный трансдермальный микронизированный прогестерон):

- снижает число эстрогеновых рецепторов;
- активизирует ферменты, обеспечивающие переход эстрадиола в менее активные формы;
- регулирует локальный уровень эстрогенов в ткани МЖ, ограничивая их пролиферативное действие;
- блокирует рецепторы пролактина в тканях МЖ;
- тормозит циклическую секрецию гонадотропинов;
- оказывает натрийдиуретический эффект, предотвращая задержку жидкости в тканях МЖ;
- уменьшает проницаемость капилляров, степень отека ткани МЖ и интенсивность масталгии.

Эффективность Прожестожеля в снижении маммографической плотности эксперт подтвердила еще на одном клиническом примере.

Пациентка с жалобами со стороны МЖ в июне 2023 г. прошла стандартную скрининговую ММГ в Национальном медицинском исследовательском центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова. ММГ показала наличие маммографической плотности типа C по ACR. Пациентка прошла три курса монотерапии Прожестожелем по три месяца с месячным перерывом между курсами. Выполненная в июле 2024 г. ММГ продемонстрировала благоприятный результат: через год лечения Прожестожелем интенсивность фиброзно-железистого компонента значительно снизилась до маммографической плотности типа B.

В клинических рекомендациях по доброкачественной дисплазии молочной железы Минздрава России (2024) сказано, что клинические исследования трансдермального пути введения микронизированного прогестерона показали уменьшение напряжения и болезненности МЖ, регрессию кист по данным УЗИ и ММГ, снижение маммографической плотности.

Прожестожель® – 1%-ный трансдермальный прогестерон, выпускается в виде геля и применяется для патогенетической терапии диффузной фиброзно-кистозной мастопатии и мастодинии. Прожестожель® восстанавливает нормальный баланс эстрогенов и прогестерона в МЖ.

В заключение А.А. Анисимкова подчеркнула, что одной из важнейших задач врача-диагноста, а также гинеколога и онколога является информирование пациенток о типе плотности МЖ и необходимости проведения дополнительных методов визуализации для дальнейшего скрининга/диагностики. ☺

³ Беспалов В.Г., Негусторов Ю.Ф. Маммографическая плотность как критерий эффективности лечения мастопатии и снижения риска рака молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2017; 13 (2): 33–41.