

ОШИБОЧНЫЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ В ТРАДИЦИОННОЙ МАММОГРАФИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РАННИХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Губарь Л. М.¹, Маркевич Н. Б.², Богатыревич И. Ч.², Толкач Т. Г.²

¹ Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

Актуальность. Errare humanum est – людям свойственно ошибаться. Однако врачебная специальность накладывает особую ответственность, ошибки в которой приобретают социальное, моральное и нравственное значение. В структуре онкологической заболеваемости женского населения рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место [2]. Залогом высокого качества медицинских услуг является профессиональная компетентность врачей, а специальность врача-рентгенолога связана с радиационной безопасностью населения, что накладывает особую от других профессий ответственность.

Маммография – «золотой стандарт», старейший и надёжный метод диагностики РМЖ (за исключением рентгенонегативных форм) [1]. Доклиническая диагностика РМЖ на стадии формирования микрокальцинатов «злокачественного типа» ограничена разрешающей способностью метода УЗИ и МРТ [4], что не позволяет эффективно использовать их при скрининге, в отличие от маммографии. Непальпируемый, ранний РМЖ занимает особое положение, т. к. он основан на клинически скрытом заболевании и выявляется лишь при маммографии [5]. Характерных для пальпируемого рака рентген-признаков, как несоответствие рентгенологически и пальпаторно определенных размеров, изменение расстояния от опухоли до соска при его оттягивании, уменьшение ретромаммарного пространства, изменения кожи и соска, дорожка к ним от опухоли, деформация сосудов при начальных формах РМЖ, нет. Патогномоничными признаками для непальпируемого РМЖ являются: нечеткость, лучистость контуров узла со скоплениями микрокальцинатов (на площади 1 см² не менее 8-10), рост в динамике [3].

Цель. Проанализировать возможные ошибки в диагностике ранних форм РМЖ методом маммографии.

Материалы и методы исследования: анализ научно-методической литературы, практические наблюдения, проведение бесед со специалистами лучевой диагностики. Маммография проводи-

лась на аппаратах «Giotto» и «MELODY-B» производства фирмы «VSM» со стереотаксической приставкой BYM-3D для проведения малоинвазивных хирургических вмешательств.

Результаты и их обсуждение. За 2014-2015 гг. нами обследованы 13548 женщин в возрасте 50-69 лет. У 336 пациенток (2,5%) на маммограммах были обнаружены непальпируемые образования, не визуализируемые при УЗИ, требующие морфологической верификации путём прицельной игловой биопсии ткани молочной железы под рентгеновским контролем. У 101 пациентки (30%) получен фиброз, у 84 (25%) – гиперплазия эпителия, 21 (6,2%) – пролиферация эпителия, у 19 (5,6%) – полиморфизм ядер, у 4 (1,2%) – внутрипротоковые папилломы. Клетки рака получены у 109 пациенток (32 %). Из них у 73 (67%) – инвазивный протоковый рак (10 – активность G1, 58 – G2, 5 – G3), у 35 (32%) – инвазивный дольковый рак (32 – активность G2, 3 – G3), у 1 (1,0%) – рак in situ. Средний возраст женщин составил 53 года. Случаи рака распределились по стадиям: 0 стадия – 1 (1,0%), I стадия – 55 (50,3%), II стадия – 40 (36,7%) и III стадия – 13 (12%). Всем пациенткам установлены локализационные иглы и выполнены органосохраняющие операции.

Существуют два типа ошибочных заключений: ложноположительные, когда при исследовании выявляется патология, которой на самом деле нет; и ложноотрицательные, когда пренебрегаются или не обнаруживаются патологические изменения. *Ложноотрицательные результаты:* на маммограммах опухоль выявляется только в том случае, если ее размеры превышают величину, когда ее может обнаружить рентгенолог. Данная величина зависит от опыта и концентрации лучевого диагноста, а также от объективных факторов, таких как качество маммограмм и условий их изучения (яркость специального негатоскопа, освещенность помещения и т. д.). При выявлении поражения его необходимо трактовать: является оно доброкачественным (например, фиброаденома, киста) или злокачественным. Ретроспективный анализ случаев рака установил, что в 2% диагноз мог быть установлен при более осторожном рассмотрении рентгенограмм. Это явление не является уникальным и присуще не только специалистам лучевой диагностики. До 50% инфарктов миокарда просматриваются даже в университетских клиниках. К сожалению, и опытнейший диагност не может избежать ложноотрицательных заключений. *Ложноположительные результаты:* установление их также сопряжено с определенным риском для пациента. Например, если наличие микрокальцинатов на маммограмме трактуется как признак РМЖ,

производится биопсия, что является стрессом для пациентки. Так как потенциальный риск летального исхода при РМЖ остается высоким, а дифференциальная диагностика обызвествлений и лучистого характера уплотнений сложна, то ложноположительные результаты – это та цена, которую мы вынуждены платить за высокий процент ранней диагностики РМЖ. На сегодняшний день только каждая четвертая биопсия подтверждает диагноз РМЖ.

Врачебная ошибка часто может являться следствием нарушения медицинской этики и деонтологии, связанная с равнодушием. К безразличию можно отнести нелогичное, поверхностное осмысление информации, содержащейся в анамнезе, лабораторных анализах, предшествующих маммографии. Неумело, поверхностно собранный анамнез, неграмотный взгляд на результаты лабораторных и функциональных исследований ведет к возникновению врачебных ошибок. Мы знаем, что, например, рентгеновская картина РМЖ и рубцовой ткани после перенесенного мастита может быть очень сходна. Несовершенство медицинских знаний – основа врачебных ошибок. Свойство, которое должно быть у рентгенолога – это умение «смотреть и видеть», т. к. «глаз не видит того, чего не знает мозг». Иногда на врачей, особенно начинающих, оказывают влияние ошибочные диагнозы, поставленные ранее другими врачами.

Существуют и объективные причины совершения ошибок, например, недостаточное лечебно-диагностическое обеспечение. Обеспеченность современными лучевыми аппаратами дает возможность изначально грамотно воспринимать и осмысливать диагностическую информацию. Атипичное развитие болезни, анормальные анатомические особенности пациента также могут привести к ошибочному заключению. В последнее время все чаще говорят об «эмоциональном выгорании», усталости как причины врачебных ошибок. Синдром профессиональной дезадаптации (СПД) рассматривается как ответная реакция на длительные профессиональные стрессы, включающая эмоциональное истощение (чувство опустошенности и усталости, вызванное работой), деперсонализацию (циничное отношение к пациентам), репродукцию профессиональных достижений (возникновение у работников чувства некомпетентности в профессиональной сфере или неудовлетворенности результатами своей работы). Дезадаптация потенциально заложена в любую профессиональную деятельность, связанную с общением между людьми. Однако особое значение данная проблема приобретает у медицинских работников.

Выводы. Исследование проблемы врачебных диагностических ошибок при маммографии представляет собой не только теоретический интерес, но дает основу, опираясь на обсуждаемые вопросы, предупреждать возможные ошибки на практике. Полностью избежать врачебных ошибок невозможно, но следует стремиться их минимизировать.

1. Для своевременной диагностики ранних форм РМЖ необходимо проводить ежегодные профилактические обследования всем женщинам, начиная с 50-летнего возраста, а женщинам с семейным (наследственным) РМЖ и генетическими дефектами, способствующими развитию этого рака – на 10 лет раньше возраста заболевшей родственницы.

2. Значительно снизить число как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов можно, используя «двойное прочтение» маммограмм, несмотря на то, что это дорогостоящая практика.

3. Только прицельная игловая биопсия является безопасным и экономически эффективным способом достоверной верификации непальпируемых образований молочных желез.

4. Чрескожная пункционная внутритканевая маркировка непальпируемых образований молочных желез и групп микрокальцинатов позволяет произвести у пациенток органосохраняющие операции – секторальные резекции молочных желез.

5. Повышение авторитета и престижа медицинского образования даст стимул к дальнейшему самосовершенствованию, что будет способствовать профилактике СПД, а значит предупреждать возможные ошибки на практике.

Литература

1. Кац, Д. С. Секреты рентгенологии / Д. С. Кац, К. Р. Мас, С. А. Гроскин. – М. – СПб: Изд-во БИНОМ – Изд-во Диалект, 2003. – 704 с.

2. Маммология: национальное руководство / под ред. В. П. Харченко, Н. И. Рожковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 328 с.

3. Остман, Й. В. Основы лучевой диагностики. От изображения к диагнозу: пер. с англ. / Й. В. Остманн, К. Уальд, Дж. Кроссин. – М.: Мед. лит., 2012. – 368 с.

4. Руководство по онкологии. В 2 т. Т. 1 / под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. – Минск: Беларус. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2015. – 680 с.: ил.

5. Руководство по онкологии. В 2 т. Т. II. В 2 кн. Кн. 1 / под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. – Минск: Беларус. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2016. – 632 с.: ил.