ФАКТОРИ РИЗИКУ, ПРОФІЛАКТИКА І РАННЯ ДІАГНОСТИКА ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (МАСТОПАТІЇ) У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Сенчук А.Я., Банніков В.І., Майструк Г.П

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця, м.Київ

Рак молочної залози залишається однією з головних причин смерті жінок від ракових захворювань. Щорічно в світі цей діагноз встановлюється 900000, а гине від цієї хвороби 500000 жінок. Україна на сьогоднішній день посідає одне з перших місць за абсолютною кількістю хворих на рак молочної залози. Тільки з 1980 року інтенсивність росту захворюваності раком молочної залози зросла у 2 рази, а смертність за цей період підвищилась на 35%. Це призвело до того, що кожні 35-37 хвилин у наших співвітчизниць діагностується первинний рак молочної залози і щогодинно від цього захворювання вмирає одна жінка [1, 3, 4, 9, 12].

Реальним шляхом до зниження захворюваності і смертності від раку молочної залози є своєчасна профілактика, діагностика і лікування мастопатіи [5, 11, 13].

Мастопатія — це збірна група станів молочної залози, при яких змінюються кількісні співвідношення залозистої, жирової і сполучної тканин. При цьому спостерігається гіперплазія епітелію, посилена продукція секрету, розширення дрібних протоків аж до утворення мікрокіст, гіперплазія та фіброз сполучної тканини, формування великих кіст та вузлових проліфератів [13].

Л. Д. Лінденбратен та співавт. (1997) відзначають, що існує більше 30 різних назв мастопатіи: кістозна мастопатія, кістозна хвороба, кістозний фіброаденоматоз, хронічний кістозний мастит, кістозна десквамаційна гіперплазія,

фіброаденоматоз простий, мікрокістозний фіброаденоматоз, папілярний фіброаденоматоз, істерична пухлина, хвороба Реклю, хвороба Шиммельбуша, хвороба Вельямінова, кістозний склероз, склеро-кістозний мастоз, аденоз, фіброзно-кістозна мастопатія, дисплазія, дисгормональна гіперплазія і т.д. На жаль, дотепер не існує загальноприйнятої класифікації дифузних захворювань молочної залози, що в значній мірі ускладнює не тільки діагностику та лікування, але й взаємопорозуміння та спадкоємність фахівців. Але як і раніше має місце епідемія мастопатій, точніше епідемія діагнозів "мастопатія".

Відмінною рисою молочної залози є складність чіткої диференціації фізіологічних і патологічних змін, а також різних типів доброякісної дифузної патології. Це обумовлено тим, що нормальна архітектоніка молочної залози характеризується великою варіабельністю не тільки в різних жінок, але в однієї жінки, залежно від віку, стану репродуктивної системи і навіть періоду менструального циклу. Доступність молочних залоз для обстеження і хибна простота діагностики, часто спричиняє невірну інтепретацію результатів клінічного дослідження, що найчастіше веде як до гіпо-, так і гіпердіагностики. У результаті пацієнтці часто наноситися важка психологічна травма, коли об'єктивні підстави для занепокоєння відсутні. Ще більш непоправна шкода виникає при пропуску онкологічної патології [6].

Молочна залоза належить до органів репродуктивної системи і є органом-мішенню для стероїдних гормонів яєчників, кори надниркових залоз, пептидних гормонів гіпофізу, щитовидної залози, а також різних біологічно активних з'єднань. Визначений ритм функціонування репродуктивної системи жінки обумовлює циклічність змін у тканинах молочної залози [2, 3].

Серед причин, що призводять до порушень циклічних процесів в молочній залозі і ведуть до розвитку дисгормональної патології, слід виділити наступні: ендокринні та обмінні захворювання, захворювання нервової системи, зниження функціональної активності репродуктивної системи і недостатню її реалізацію, широке і безконтрольне застосування гормональної контрацепції [14].

В останні роки в літературі опубліковані дані, які свідчать про безпосередній зв'язок гінекологічної патології з захворюваннями молочної залози. Так, за даними І. С. Сидорової та співавт. (1995), доброякісні захворювання молочної залози виявляються у 57%-74% жінок, що мають гінекологічну патологію.

Все вищезазначене спонукало нас до вивчення впливу гінекологічних захворювань на виникнення патології молочних залоз. Це, на нашу думку, може сприяти вирішенню питань пошуку можливих пускових механізмів розвитку патологічного процесу, визначенню груп ризику і розробці комплексних заходів для профілактики і ранньої діагностики захворювань молочної залози.

Мета дослідження. Метою роботи є з'ясування чинників ризику розвитку доброякісних захворювань молочної залози (мастопатій) у гінекологічних хворих, а також вивчення ефективності комплексного обстеження молочних залоз у профілактиці і ранній діагностиці доброякісних захворювань молочної залози (мастопатій).

Матеріал і методи дослідження. Під нашим наглядом перебувало 95 жінок, які з різних приводів проходили курс лікування в гінекологічному відділенні — хронічний аднексит в стадії загострення, порушення менструальної функції, фіброміома матки, гіперпластичні процеси ендометрію, ендометріоз та ін.

Комплексне обстеження молочної залози (КОМЗ) містило збір анамнезу, пальпацію молочних залоз і регіонарних лімфовузлів, ультразвукове сканування молочних залоз (апарат «*Biomedika*» з використанням датчика 7,5 МГц). Кожна жінка була навчена самообстеженню молочних залоз за допомогою розробленого нами листка-рекомендації. При виявленні змін у молочних залозах жінка направлялася на мамографічне обстеження з наступною консультацією онколога. Дані про кожну пацієнтку вводилися в пам'ять ЕОМ у спеціально розроблену таблицю, виготовлену на основі Microsoft Excel. У проведеному дослідженні брали участь лікарі, що спеціально закінчили курси інструкторів навчання медичного персоналу методиці проведення клінічного обстеження молочних залоз у рамках проекту *USAID-PATH* «Допомога Україні в області раку молочної залози 1997-2000» [7].

Результати дослідження та їх обговорення. Всі обстежені нами гінекологічні хворі (95 жінок) мали вік від 20 до 67 років. Після КОМЗ вони були розподілені на дві групи. До І групи ввійшли 58 (61,1%) жінок, у яких патології молочних залоз не виявлено. До ІІ групи — 37 (38,9%) пацієнток з патологічними змінами в одній або двох молочних залозах.

Середній вік жінок у І групі становив 36,3±5,6 років, у ІІ групі — 39,2±6,3 років. У порівнянні ці показники в групах достовірно не відрізнялись ($p>0,05$).

В групі пацієнток без патології молочної залози народжували 36 (62,0%) жінок, а в групі з патологією молочної залози — 25 (67,6%) жінок ($p>0,05$).

Аналіз гінекологічної патології показав значну ($p<0,05$) частоту наявності хронічного аднекситу у пацієнток ІІ групи — у 23 (62,2%), порівняно з І групою— 14 (24,1%). Що свідчить про те, що наявність хронічного аднекситу і його часте загос-

трення є несприятливим фактором для розвитку патології молочної залози.

Наявність фіброміоми матки відзначено нами у 12 (20,7%) пацієнток без патології молочної залози (I група) і у 18 (48,6%) пацієнток (II група) з патологією молочної залози. Достовірна різниця в показниках дозволяє нам також віднести фіброміому матки до факторів підвищеного ризику виникнення захворювань молочної залози.

Фактором високого ризику патології молочної залози слід вважати також порушення менструальної функції. Це базується на наших даних обстеження гінекологічних хворих. У групі жінок з патологією молочної залози (II група) цей діагноз був встановлений у 23 (62,2%) пацієнток, а в I групі тільки у 21 (36,2%) жінок ($p<0,05$).

Морфологічним підтвердженням ролі гормональних порушень в організмі жінки для виникнення захворювань молочної залози є гіперпластичні процеси ендометрію, які, за даними патологічних досліджень матеріалу з порожнини матки, відзначені нами у 13 (22,4%) жінок I групи і у 17 (45,9%) жінок II групи ($p<0,05$).

Отримані нами дані збігаються з думкою І.С. Сидорової (1996), про роль яєчникових гормонів у формуванні патології молочних залоз, що особливо чітко простежується в хворих, що страждають гіперпластичними захворюваннями геніталій. Саме в цієї групи жінок розвиваються найбільш виражені патологічні зміни в молочних залозах. Частота поєднання і ступінь тяжкості патології молочних залоз у хворих із гіперпластичними процесами геніталій залежить від менструальної функції тією мірою, якою сама менструальна функція пов'язана з рівнем синтезу естрадіолу і прогестерону в яєчниках і нормальним функціонуванням прямих і зворотних зв'язків у системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники.

Окремого обговорення заслуговує той факт, що з 37 пацієнток II групи вперше відхилення в стані молочних залоз самостійно помітило 27 (72,9%) жінок і тільки у 4 (1,8%) жінок патологія молочної залози була діагностована під час профілактичних оглядів у жіночій консультації. Наші дані збігаються з дослідженнями В.Ф.Семіглазова (1993), за якими до 90% випадків пухлини молочної залози жінки виявляють самостійно, і свідчать про необхідність навчання жінок прийомам самообстеження, а також про необхідність підвищення ефективності профоглядів.

При застосуванні КОМЗ в гінекологічному стаціонарі вперше захворювання молочної залози виявлені у 6 (16,2%)жінок. Це свідчить про високу ефективність і необхідність широкого впровадження в клінічну практику методів комплексного обстеження молочної залози у гінекологічних хворих.

Висновки. 1. До групи ризику щодо виникнення патології молочної залози слід відносити жінок, що страждають наступною гінекологічною патологією: хронічний аднексит, порушення менструальної функції, доброякісні пухлини матки, гіперпластичні процеси ендометрію. 2. Ранньому виявленню і подальшому своєчасному лікуванню захворювань молочної залози сприяє широке навчання жінок прийомам і методам самообстеження молочної залози, підвищення ефективності профоглядів і широке застосування в клінічну практику КОМЗ. 3. КОМЗ повинно включати збір анамнезу, клінічне обстеження молочних залоз і регіональних лімфатичних вузлів, обов'язкове навчання жінки методиці самообстеження і ультразвукове сканування молочних залоз. 4. Вважаємо за необхідне у жінок з групи ризику щодо виникнення патології молочної залози у віці до 40 років один раз на рік проводити КОМЗ і за показаннями їх мамографічне дослідження. У віці після 40 років щорічно проводити КОМЗ і мамографію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антонова Л.В., Титченко Л.И., Габуния М.С. Ультразвуковая характеристика доброкачественных заболеваний молочных желез у гинекологических больных // Акуш. и гинек. — М.: Медицина, 1996.—№6.—с. 35-38.
2. Волков Н.А. Патология лактации и мастопатия. — Новосибирск, 1996.—200с.
3. Габуния М.С., Братик А.В., Олимпиева С.П. Факторы риска развития доброкачественных заболеваний молочной железы на фоне гинекологических заболеваний // Маммология. — М.: Кабур, 1998.—№2.—с. 21-26.
4. Денисов Л.В., Коптяева И.В., Лактионов К.П. Диагностика и лечение ранних форм рака молочной железы // Российский оноклогический журнал. — М.: Медицина, 1996. — № 3. — с. 23-26.
5. Левшин В.Ф., Федичкина Т.П., Дрожжачих В.Г., Слепченко Н.И., Белова Е.В. Исследование возможностей внедрения и эффективности различных видов маммологического скринига // Маммология. — М.: Кабур, 1997 — № 4, с. 25-31.
6. Линденбратен Л. Д., Бурдина Л. М., Пинхосевич Е.Г. Маммография. (Учебный атлас). — М.: Видар, 1997. — 128 с.
7. Проект USAID-PATH "Допомога Україні в області раку молочної залози" / Семінар з питань клінічного обстеження молочних залоз. — Київ — Чернігів, 11-14 листопада 1997. Учбові матеріали.
8. Семиглазов В.Ф. Профилактика опухолей молочной железы. — СПб: Знание, 1993. — 48 с.
9. Сидорова И.С., Пиддубный М.И., Макаров И.О. Ультразвуковая характеристика состояния молочных желез у гинекологических больных // — Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1995. — №2. — с. 46-48.
10. Ю.Сидорова И. С., Пиддубный М.И., Хасханова Л.Х., Полубенцев Д.Ю. Состояние молочных желез по данным

ультразвукового сканирования у больных с эндометроидными кистами яичников // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1997. — № 4. — с. 40-

11. П.Сметник В. П. Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. СПб:СОТИС, 1995. — 224с.
12. Трофимова Е.Ю. Ультразвуковая диагностика рака молочной железы // Российский онкологический журнал. — М.: Медицина, 1997.—№6.—с. 26-29.
13. Хасханова Л.Х., Пиддубный М.И., Гуриев Т.Д. Мастопатия и гинекологические заболевания // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 1998.—№ 1.—с. 57-61.
14. Чичигин А.А. Контрацепция при диффузных доброкачественных заболеваниях молочной железы // Маммология. — М.: Кабур, 1997. —№ 1.—С.3-8.

РЕЗЮМЕ

Факторы риска, профилактика и ранняя диагностика доброкачественных заболеваний молочной железы (мастопатии) у гинекологических больных

Сенчук А.Я., Банников В.И., Майструк Г.П.

Проведено комплексное обследование молочных желез (КОМЖ) у 95 гинекологических больных. КОМЖ включало сбор анамнеза, пальпацию молочных желез и региональных лимфатических узлов, ультразвуковое сканирование молочных желез. Факторами риска возникновения заболеваний молочной железы предложено считать наличие у женщин хронического аднексита, нарушений менструальной функции, доброкачественных опухолей матки, гиперпластических процессов эндометрия.

SUMMARY

The factors of risk, prophylaxis and early diagnostics of gynaecological patients benign diseases

Senchuk A., Bannikov V., Maistruk G.

A complex inspection of lactiferous glands was carried out from 95 gynaecological patients. It has included the collection of anamnesis, palpation of lactiferous glands and regional lymphatic glands, ultrasonic investigation of lactiferous glands.

It was suggested to consider that risk's factors of the beginnings of lactiferous glands deasises are the presence of chronical adnexitis, menstrual disorders, benign uterus's tumour, hyperplastic active conditions of endometry.