

В.А. Доровских, Н.А. Сатыр

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ МАСТОПАТИИ И ФАКТОРЫ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ У ЖИТЕЛЬНИЦ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Амурская государственная медицинская академия,
675000, ул. Горького, 95, тел.: 8(4162)-52-62-28

Рак молочной железы в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женщин России стоит на 1 месте, составляя соответственно 20,5 и 16,5% [4].

К предопухолевым заболеваниям молочных желез, прежде всего, относят различные варианты дисплазии молочных желез — мастопатии. По определению ВОЗ (1984), мастопатия — фиброзно-кистозная болезнь с широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочных желез, с формированием ненормальных соотношений эпителиального и соединительно-тканного компонентов и образованием в молочной железе изменений фиброзного, кистозного, пролиферативного характера, которые часто, но не обязательно существуют [4].

Ранее клинические особенности дисгормональных гиперплазий молочных желез и особенности влияния факторов риска различного характера на развитие данной патологии у жительниц Амурской области были комплексно рассмотрены в ходе исследования, проводимого А.Х. Исмаиловым (1984) [2]. В результате его изыскания установлено, что для жительниц Амурской области характерно преобладание локализованных и фиброзных форм гиперплазии, поэтому в меньшем проценте случаев наблюдается наличие патологических выделений из сосков, а также выявлена определенная частота встречаемости экзогенных и эндогенных факторов риска.

Целью настоящей работы являлось выявление и детализация существующих на сегодняшний день изменений в клиническом течении дисгормональных гиперплазий молочных желез у жительниц Амурской области раннего и позднего репродуктивного возраста, а также уточнение особенностей сочетания в данных группах факторов риска различного характера, в сравнении с предыдущими исследованиями.

Материалы и методы

С целью изучения динамики клинических особенностей дисгормональных заболеваний молочных желез в Амурской области через 25 лет, было проведено анкетирование среди женского населения репродуктивного возраста г. Благовещенска и районов Амурской области, охватившее 100 чел., в период с 2008 по 2009 г. Для того, чтобы соблюсти преемственность исследований, разработана анкета, основу которой составил опросник, применявшийся в 1984 г. Наличие и форма дисгормональных изменений в молочных железах подтверждались данными анамнеза, пальпаторного исследования молочных желез, ультразвукового сканирования и рентгеномаммографии, цитологическим исследованием функционального материала.

Резюме

С целью выявления динамики течения дисгормональных заболеваний молочных желез у жительниц Амурской области и их особенностей по сравнению с предыдущими исследованиями, было обследовано 100 женщин репродуктивного возраста. Установлено, что у жительниц Амурской области на сегодняшний день превалирует диффузная фиброзно-кистозная форма мастопатии с преобладанием кистозного компонента, а факторы репродуктивного характера, наличие гинекологической патологии и отягощенной наследственности по онкозаболеваниям являются основными факторами риска развития дисгормональных процессов в молочных железах. Полученные данные позволяют проследить в динамике особенности течения основных предопухолевых заболеваний молочной железы, внести определенные коррективы как в профилактические, диагностические мероприятия, так и в лечебные.

Ключевые слова: дисгормональные гиперплазии молочных желез, мастопатия, факторы риска, репродуктивный возраст.

V.A. Dorovskich, N.A. Satyr

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF DISHORMONAL MASTOPATHY AND THE RISK FACTORS OF ITS DEVELOPMENT IN FEMALES OF THE REPRODUCTIVE AGE IN THE AMUR REGION

Amur state medical academy, Blagoveshchensk

Summary

To identify the dynamics of the dishormonal breast diseases in women of the Amur region and their features compared, with previous studies, 100 women of the reproductive age were examined. Women of the Amur region have a high level of fibrous-cystic diseases of mammary glands with predominance of cystic component, while the reproductive factors, predisposition to gynecological pathology and heredity are the main risk factors of the development of dishormonal processes in mammary glands. The obtained data allow tracing the dynamics of the main features of the course of pretumor breast diseases, making it possible to provide preventive, diagnostic measures and treatment.

Key words: dysghormonal hyperplasia of mammary glands, mastopathy, risk factors, childbearing age.

Таблица 1

Распределение различных форм дисгормональных гиперплазий у женщин раннего и позднего репродуктивного возраста

Форма мастопатии	Возраст				Всего (n=100)	
	19-35 лет (n=50)		36-45 лет (n=50)		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Аденоз молочных желез	18	36	0	6	21	21±2,1
ДФКМ	14	28	26	52	40	40±1,7
ДФМ	2	4	6	12	8	8±0,6
Смешанная форма	3	6	1	2	4	4±0,3
Локализованный фиброаденоматоз:	13	26	14	28	27	27±0,1
- узловая мастопатия	2	4	12	24	14	14±1,4
- фиброаденома	11	22	2	4	13	13±1,3

Примечание. Абс. — абсолютное число, n — число обследованных.

Группа обследуемых состояла из коренного и пришлого населения, проживающего в Амурской области не менее 10 лет. Возраст больных колебался от 19 до 45 лет. Женщины были разделены на группы с учетом репродуктивного возраста и дисгормональных изменений в молочных железах. Пациентки составили следующие возрастные группы: 19-35 лет (средний возраст 26,02±0,7 г.) и 36-45 лет (средний возраст 41,02±0,5 г.), что соответствовало разделению на группы раннего и позднего репродуктивного возраста [1]. Клиническая форма мастопатии определялась в соответствии с классификацией Н.И. Рожковой (1993) [3].

Данные представлены как $M \pm m$, где M — средняя арифметическая величина, m — стандартная ошибка среднего значения, n — объем выборки.

Результаты и обсуждение

Результаты нашего исследования во многом согласуются со сведениями, полученными А.Х. Исмаиловым (1984). В частности, по-прежнему среди больных мастопатией преобладает число женщин с высоким уровнем психологической нагрузки: большинство больных служащие и интеллигенция — 55%, рабочие — 17%, студенты и учащиеся — 13%, безработные — 11%, предприниматели — 4%. Городские жители составили 67%, сельские — 33%.

По данным, представленным в табл. 1, в клиническом течении мастопатии отмечались следующие изменения: диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента (ДФКМ), на сегодняшний день она превалирует над фиброзной формой (ДФМ) и составляет 40±1,7% от всех форм дисгормональных заболеваний молочных желез. В ходе исследования установлено, что диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз молочных желез) чаще выявлялась у женщин раннего репродуктивного возраста — 18 чел. (36%), в позднем репродуктивном возрасте — диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента — 26 чел. (52%). Локализованная форма мастопатии отмечена в 27 наблюдениях (27±0,1%) из 100. В структуре локализованных форм мастопатии у женщин раннего репродуктивного возраста преобладали фиброаденомы — 11 чел. (22%), у женщин позднего репродуктивного возраста - узловая мастопатия,

Таблица 2

Факторы риска развития мастопатии у современных женщин репродуктивного возраста (исследования 2008-2009 гг.)

Фактор	Возраст, лет				Всего (n=100)	
	19-35 (n=50)		36-45 (n=50)		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Раннее менархе	11	22	12	24	23	23±0,1
Длительность менструации 5-7 дн.	28	56	26	52	54	54±0,3
Отсутствие родов	24	48	0	0	24	48
Одни роды	17	34	30	60	47	47±1,8
Двое родов	7	14	28	56	35	35±3
Более 2 родов	2	4	8	16	10	10±0,9
Наличие аборт	19	38	38	76	57	57±2,7
Первая беременность, закончившаяся аборт	14	28	8	16	22	22±0,9
Более 3 аборт	5	10	16	32	21	21±1,6
Гинекологические заболевания	28	56	41	82	69	69±1,8
Отягощенный наследственный онкологический анамнез	27	54	29	58	56	56±0,3
Барьерная контрацепция	22	44	17	34	39	39±0,7
Выделения из сосков	11	22	10	20	21	21±0,1
Размер молочных желез:						
- 1	9	18	6	12	15	15±0,4
- 2	29	58	24	48	53	53±0,7
- 3	8	16	13	26	21	21±0,7
- 4	4	8	7	14	11	11±0,4

Примечание. Абс. — абсолютное число, n — число обследованных.

которая выявлена в 12 наблюдениях (24%). Патологические выделения из сосков наблюдались чаще — в 21±0,1% случаев, ранее лишь в 9,2% (табл. 2).

По данным, представленным в табл. 2, видно, что у жительниц Амурской области, при наличии дисгормональной мастопатии на сегодняшний день, в анамнезе чаще отмечалось раннее менархе — 23 чел. (23±0,1%), по данным предыдущих исследований — лишь в 13,3% случаев. По-прежнему превалировала пролонгированная менструация (5-7-дневное менструальное кровотечение) — у 54 чел. (54±0,3%). Имели одни роды 47 чел. (47±1,8%), двое — 35 чел. (35±3,0%), эти показатели ранее составляли 36,2±3,8 и 37,5±3,8% соответственно. Более 2 родов отмечено, как и раньше (9,2%), лишь у 10 чел. (10±0,9%), а их отсутствие — у 24 чел. (48%), это чаще, чем в предыдущих исследованиях (17,1±3,2%), и в основном у женщин раннего репродуктивного возраста. Установлено, что аборты в анамнезе были у большего числа обследованных — 57 чел. (57±2,7%), ранее данный показатель составлял 18,4±3,1%. Более 3 аборт в анамнезе выявлено у 21 чел. (21±1,6%), этот показатель меньше, чем в исследованиях 1984 г. (46,8%).

Целесообразно отметить, что у женщин раннего репродуктивного возраста преобладало число первых беременностей, окончившихся аборт, — 14 чел. (28%). Данный фактор риска у женщин старшего репродуктивного возраста обнаружен у 8 чел. (16%), но в данной группе отмечалось преобладание общего количества аборт — 38 чел. (76%).

Барьерный метод контрацепции в настоящее время используют реже — 39 чел. ($39 \pm 0,7\%$), чем ранее ($68,4\%$), однако он остается ведущим у больных мастопатией. Чаще его применяют женщины раннего репродуктивного возраста — 44% . Внутриматочная спираль установлена у 11 обследованных ($11 \pm 0,1\%$), гормональные контрацептивы принимали 9 чел. ($9 \pm 0,1\%$).

Сочетание гинекологических заболеваний с дисгормональными мастопатиями выявлено у 69 больных ($69 \pm 1,8\%$), по-прежнему данный показатель остается на высоком уровне, как и в предыдущих исследованиях ($56,4 \pm 4,1\%$).

Аденоз молочных желез чаще сочетается с патологическими изменениями шейки матки (полип цервикального канала, эндоцервикоз, эндоцервицит, лейкоплакия) — 19% . Мастопатия с преобладанием кистозного компонента и фиброзная форма с аденомиозом — в $22,5$ и 75% случаев соответственно. При смешанной форме преобладали воспалительные процессы матки и придатков (50%), при узловой — миома матки ($28,6\%$) и аденомиоз ($28,6\%$), при фиброаденоме — кистозные изменения яичников ($53,8\%$).

Как следует из табл. 2, больные мастопатией в настоящее время имеютотягощенный наследственный онкологический анамнез в большем проценте наблюдений ($56 \pm 0,3\%$), чем ранее ($25 \pm 4,1\%$).

Следующей выявленной нами особенностью, отраженной в табл. 2, являлось то, что у большинства обследованных отмечен второй размер молочных желез — 53 чел. ($53 \pm 0,7\%$), тогда как по данным предыдущих исследований, чаще дисгормональными гиперплазиями заболевали женщины, имеющие большой объем молочных желез (>5). В связи с этим важно отметить, вопреки существующему мнению, что осмотру женщин с небольшим объемом молочных желез также необходимо уделять внимание, назначать эхографическое исследование молочных желез, рентгенмаммографию, так как они не защищены от развития пролиферативных процессов.

Выводы

1. На сегодняшний день у жительниц Амурской области в структуре дисгормональных заболеваний молочных желез преобладает диффузная форма мастопатии, локализованные формы встретились лишь в $27 \pm 0,1\%$ случаев. Превалирующей является диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента ($40 \pm 1,7\%$), которая чаще встречалась у женщин позднего репродуктивного возраста (52%).

2. Согласно полученным данным, у современных женщин с дисгормональной мастопатией в Амурской области в большем проценте случаев, по сравнению с данными предыдущих исследований, отмечалось раннее менархе ($23 \pm 0,1\%$), они реже рожают, чаще делают аборт, прерывают первую беременность, имеют небольшой размер молочных желез.

3. По сравнению с ранее проведенными исследованиями, чаще встречалась сопутствующая гинекологическая патология ($69 \pm 1,8\%$), в частности, ее гиперпластические и пролиферативные варианты (миома, эндометриоз), так же как и отягощенный наследственный онкологический анамнез ($56 \pm 0,3\%$).

4. Полученные данные позволяют проследить в динамике особенности течения основных предопухолевых заболеваний молочной железы, сформировать группы риска из пациенток, страдающих мастопатией, и внести определенные коррективы в профилактические, диагностические, а также лечебные мероприятия.

Л и т е р а т у р а

1. Волобуев А.И., Синицын В.А., Малышева В.А. и др. Результаты обследования женщин с сочетанными доброкачественными гиперпластическими процессами молочных желез и половых органов // Акушерство и гинекология. - 2003. - №5. - С. 27-30.

2. Исмаилов А.Х. Эпидемиология и выявление дисгормональных заболеваний и рака молочной железы в Амурской области и регионе БАМа: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1984. - 35 с.

3. Огнерубов Н.А., Тагиева Т.Т. Факторы возникновения и лечения мастопатии // Рак молочной железы [под ред. Н.Е. Кушлинского, С.М. Портного, К.П. Лактионова]. - М.: Изд-во РАМН, 2005. - С. 67-89.

4. Чистяков С.С. Фиброзно-кистозная болезнь и доброкачественные опухоли молочных желез // Клиническая маммология. Современное состояние проблемы [под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С. Чистякова]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 117-143.

Координаты для связи с авторами: Доровских Владимир Анатольевич — засл. деятель науки РФ, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой фармакологии АГМА, ректор АГМА; Сатыр Наталья Анатольевна — аспирант кафедры госпитальной хирургии АГМА, тел.: 8(4162)-37-69-23, e-mail: satblg@mail.ru.

