

Таблица 4

Показатели индикатора «тяжести заболевания»
у онкоурологических больных в Амурской области

Показатель	Период исследования					Средний показатель
	2007	2008	2009	2010	2011	
Почки	0,38	0,52	0,45	0,39	0,28	0,40
Мочевой пузырь	0,77	0,61	0,43	0,43	0,56	0,56
Предстательная железа	0,45	0,51	0,55	0,76	0,39	0,53

Таким образом, анализ полученных результатов показал необходимость более широкого внедрения в практическое здравоохранение современных методов профилактической работы среди населения Амурской области с использованием новейших достижений в ранней диагностике ЗНО, что улучшит оказание качественной медицинской помощи онкоурологическим больным.

Литература

1. Агеенко А.И. Новая диагностика рака: теория, диагностика, лечение, реабилитация. – М.: Медицина XXI, 2004. – 408 с.
2. Амурская область в цифрах: краткий статистический сборник / Амурстат. – Благовещенск, 2009. – 436 с.
3. Быкова Н.А. Проблемы ранней диагностики онкологических заболеваний // Тюмен. мед. журнал. – 2003. – № 3–4. – С. 49–51.
4. Важеннин А.В. Основа развития онкологической службы – высокие технологии лечения и ранняя диагностика // Онкология: теория и практика. – 2004. – № 2–3. – С. 6–8.
5. Гордиенко В.П. Эпидемиология рака в Амурской области // Онкологической службе Амурской области – 55 лет: сб. науч. трудов. – Благовещенск, 2008. – С. 49–54.
6. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. // Вестник Рос. онкологич. науч. центра им. Н.Н. Блохина. – М., 2007. – Т. 18, № 2 (прил. 1). – 156 с.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. X пересмотр (МКБ-Ю) / ВОЗ. – Женева, 1995. – Т. 1. – 698 с.
8. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2007 г. – М., 2008. – 248 с.

Координаты для связи с авторами: Гордиенко Виктор Петрович – профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой онкологии АГМА, тел.: 8-(4162)-53-90-89, e-mail: 7071ena@amur.ru; Павлов Александр Витальевич – гл. врач Амурского областного онкологического диспансера, тел.: 8-(4162)-51-55-43, e-mail: onko2@amur.ru; Савельева Елена Петровна – зав. орг-метод. отделом Амурского областного онкологического центра, тел.: 8-(4162)-49-10-78.



УДК 618.71–018: 618.19–006: 615.357–001.6

А.А. Снегирев, А.А. Григоренко

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Амурская государственная медицинская академия,
675000, ул. Горького, 95, тел.: 8- (4116) –52–68–28, e-mail: agma@amur.ru, г. Благовещенск

Резюме

Была проведена сравнительная оценка акушерско-гинекологического анамнеза 84 женщин больных раком молочной железы (РМЖ), в возрасте 30–60 лет. В ходе исследования установлено снижение количества беременностей и родов, увеличение числа искусственных аборт, достоверно отличавшихся в группе здоровых женщин. Женщины старшей возрастной группы в анамнезе имели большее число родов, отмечается высокая встречаемость гинекологической патологии с преобладанием случаев миом матки и генитального эндометриоза. У больных РМЖ диагностировано нарушение менструального цикла в репродуктивном возрасте, характеризующегося его удлинением. В части наблюдений выявлена ановуляция, встречающаяся и в молодом возрасте.

Ключевые слова: рак молочной железы, беременность, роды, яичники.

Summary

Was carried out a comparative evaluation of obstetric and gynecological history 84 women with breast cancer (BC) at the age of 30–60 years. The study found reducing the number of pregnancies and births, an increase in the number of induced abortions, which differed significantly in the group of healthy women. Women older age group had a history of a large number of births, there is a high incidence of gynecological pathology with a predominance of cases of uterine fibroids and endometriosis. In patients with breast cancer diagnosed in the menstrual cycle in reproductive age, characterized by its extension. As part of the observations revealed anovulation, and occurring at a young age.

Key words: breast cancer, pregnancy, childbirth, ovaries.

В структуре онкологических заболеваний особого внимания заслуживают опухоли репродуктивной системы, в частности, дистормональные гиперплазии молочной железы, рак молочной железы, патология яичников, относящиеся к наиболее частым патологическим процессам у женщин репродуктивного возраста [1, 4].

Несмотря на то, что рак молочной железы чаще встречается в возрасте 55–65 лет, в последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа молодых женщин с данной патологией [3, 8]. Сведения о частоте заболеваемости среди них весьма противоречивы и колеблются от 2,6 до 7,5% [4, 7]. На сегодняшний день доказано, что рак молочной железы протекает у пациенток молодого возраста более злокачественно, чем в старших возрастных группах [5]. Известно, что возраст до 35 лет при раке молочной железы является неблагоприятным признаком прогноза [7].

Увеличение больных раком молочной железы связано с укладом жизни и факторами окружающей среды. Такие «болезни цивилизации», как ановуляция, хроническая гиперэстрогения, эндокринное бесплодие, нарушение жирового и углеводного обменов, могут создать комплекс условий, объясняющих большую частоту гормонозависимых опухолей репродуктивных органов и, в первую очередь, молочной железы [1, 2, 6, 9, 10].

Материалы и методы

В работе использованы данные акушерско-гинекологического анамнеза 84 женщин, больных раком молочной железы. Для анализа использовалась информация амбулаторных карт, историй болезни. В зависимости от возраста больные разделены на 3 возрастные группы: I – от 30 до 40 лет – поздний репродуктивный возраст, $n=25$ ($36,48 \pm 2,83$ лет); II – от 41 до 50 лет – предклимактерический возраст, $n=47$ ($45,7 \pm 2,2$ лет); III – 51–60 лет – климактерический возрастной период, $n=12$ ($52 \pm 1,6$ лет). Средний возраст больных основной группы составил $43,86 \pm 5,76$ г.

Акушерско-гинекологический анамнез включал данные о возрасте менархе, количестве, об исходах беременностей, о количестве родов, наличии и длительности лактации, количестве искусственных и самопроизвольных абортов, перенесенных гинекологических заболеваниях, нарушениях менструального цикла, времени наступления менопаузы. Из сопутствующих гинекологических заболеваний учитывали наличие

миом матки, генитального эндометриоза, гиперпластических процессов эндометрия и воспалительных заболеваний органов малого таза. Отбирались только те больные, у которых имелись инфильтрирующие формы карцином молочной железы.

Группой сравнения послужили 40 женщин в возрасте 29–55 лет ($34,6 \pm 7,52$), критериями включения в группу явилось отсутствие гиперпластических процессов в молочных железах и других органах репродуктивной системы, регулярный менструальный цикл.

Результаты и обсуждение

По сравнению со здоровыми женщинами, больные РМЖ в анамнезе в 1,3 раза реже имели беременности ($67,5\%$ по сравнению с $89,1\%$ у здоровых женщин; $p < 0,01$); в 1,5 раза реже – роды ($48,7\%$ против $73,9\%$; $p < 0,01$); в 2 раза реже первая беременность у них завершилась родами ($24,9\%$ против $50,0\%$; $p < 0,05$). Меньшее количество пациенток с РМЖ имели одни роды ($35,0\%$ против $62,2\%$ в группе контроля; $p < 0,01$). При этом они чаще перенесли более 3 искусственных абортов ($31,0\%$ против $6,5\%$ в группе контроля; $p < 0,001$).

У женщин старшей возрастной группы 51–60 лет отмечено увеличение количества родов (с $27,6\%$ в 30–40 лет до 81% в 41–50 лет). При этом во всех возрастных группах большинство пациенток имели одни роды ($23,0\%$ – в 30–40 лет; $48,2\%$ – в 40–50 лет; $52,4\%$ – в 51–60 лет). Двое и более родов встречались у $4,6\%$ женщин в 30–40 лет; у $22,9\%$ – в 41–50 лет и у $28,6\%$ – в 51–60 лет.

Обращает на себя внимание большой процент искусственных абортов у пациенток с РМЖ. Так, если в 30–40 лет они были у $36,8\%$ женщин, то в 41–50 лет – в среднем у 70% обследованных. Более 3 искусственных абортов перенесли $19,7\%$ пациенток в 30–40 лет; $47,0\%$ – в 41–50 лет и $40,5\%$ – в 51–60 лет. Практически у каждой третьей пациентки в 30–40 лет и у каждой второй в 41–50 лет и 51–60 лет исходом первой беременности явился искусственный аборт.

В 30–40 лет гинекологические заболевания наблюдались у $46,7\%$ женщин с РМЖ, в 41–50 лет – у $71,1\%$ и в 51–60 лет – у $88,1\%$.

Более половины женщин основной группы имели гиперпластические процессы в других органах репродуктивной системы. При этом с возрастом увеличивалась частота сочетания РМЖ с миомой матки (с $6,6\%$ в 30–40 лет до $48,5\%$ в группе 51–60 лет), генитальным эндометриозом (с $9,7\%$ в 30–40 лет до $38,7\%$ в группе

51–60 лет), гиперплазией эндометрия (с 3,3% в 30–40 лет до 7,1% в группе 51–60 лет). С возрастом наблюдалось снижение частоты воспалительных заболеваний органов малого таза (с 21,1% в 30–40 лет до 9,5% в группе 51–60 лет).

У больных с РМЖ ановуляция встречалась в 2 раза чаще (74,5%), чем у здоровых женщин (38,6%) ($p < 0,05$). В структуре недостаточности яичников во всех возрастных подгруппах преобладала недостаточность лютеиновой фазы, которая в 41–50 лет диагностирована в 2 раза чаще таковой в 30–40 лет (40,5; 21,7% соответственно; в группе контроля 15,7% в 30–40 лет, 24,3% в 41–50 лет; $p < 0,05$). Предменопаузальные нарушения

у пациенток с РМЖ характеризовались увеличением количества дней межменструального периода.

Таким образом, риск развития РМЖ выше у женщин, имеющих малое число родов и большое число искусственных аборт, а также при наличии первой беременности, закончившейся аборт, высокой частоте ановуляторных циклов и гиперпластических заболеваний матки. В связи с этим женщины, имеющие осложненный акушерско-гинекологический анамнез, подлежат тщательному обследованию и наблюдению для предупреждения опухолевых заболеваний молочных желез.

Литература

1. Берштейн Л.М. Рак гормонзависимых тканей в системе неинфекционных заболеваний человека. – СПб.: Эскулап, 2009. – 180 с.
2. Бухарова Т.Н., Панина О.Н. Профилактика рака молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2007. – № 4. – С. 11–13.
3. Гордиенко В.П. Медико-социальная оценка онкологической ситуации в Амурской области // Дальневост. мед. журнал. – 2010. – № 3. – С. 104–107.
4. Мерабишвили В.М., Старинский В.В. Злокачественные образования в России в 2006 году. – М., 2008.
5. Коновалова В.Н. Заместительная гормонотерапия и риск рака молочной железы у женщин в постменопаузе: анализ некоторых эпидемиологических исследований (обзор литературы) // Российский онкологический журнал. – 2011. – № 2. – С. 53–57.
6. Летагин В.П. Факторы риска развития рака молочной железы // Маммология. – 2006. – № 4. – С. 10–12.
7. Чобанян Н.С. Рак молочной железы у женщин молодого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 42 с.
8. Чумаченко П.А., Панкратова Е.С., Мнихович М.В. К вопросу дисгормональной патологии молочных желез у женщин зрелого и пожилого возраста // П съезд Российского общества патологоанатомов: труды (Москва, 11–14 апреля 2006 г.). – М., 2006. – Т. 2. – С. 372–374.
9. Marchant D.J. Benign breast disease // Obst. Gynec. Clin. North. Amer. – 2002. – Vol. 29. – P. 1–20.
10. Garber J.E. Breast Cancer Screening: A Final Analysis? // C.A. Cancer J. Clin. – 2003. – Vol. 53, № 3. – P. 138–140.

Координаты для связи с авторами: Снегирев Андрей Александрович – аспирант кафедры патологической анатомии АГМА, e-mail: A89246754712@mail.ru, тел.: +7–924–675–47–12; Григоренко Алексей Александрович – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой патологической анатомии АГМА.

