

УДК 618.19:616-053.7 / .84

А. Г. Корнацька, О. Д. Дубенко,
І. О. Баранецька, М. В. Бражук,
І. О. Біль

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства
та гінекології НАМН України»
(Україна, м.Київ)

СТАН МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ЖІНОК З ПОРУШЕНОЮ РЕПРОДУКТИВНОЮ ФУНКЦІЄЮ НА ТЛІ РАННІХ РЕПРОДУКТИВНИХ ВТРАТ

Ключові слова: молочні залози,
репродуктивні втрати, дисгормональні
захворювання.

Резюме. Ми вивчили клінічні та анамнестичні характеристики і стан молочної залози у жінок з порушенням репродуктивної функції на тлі ранніх репродуктивних втрат. Встановлено, що жінки в цій категорії знаходяться у високому ризику виникнення дисгормональних захворювань молочних залоз, які вимагають подальшого вивчення для диференційованого підходу до лікування порушень репродуктивної функції та профілактики патології молочних залоз.

Вступ

Відомо, що молочні залози (МЗ) належать до репродуктивної системи і є органами – мішенями для стероїдних гормонів, гормонів кори наднирників, щитоподібної залози, гіпофізу, простагландинів та різноманітних факторів росту та інших. Патологічні імпульси, які виникають в результаті порушень в складному ланцюгу гормональних співвідношень, можуть сприяти розвитку як гіпер-, так і гіпопластичних змін, що свідчить про поліетіологічність їх виникнення [1].

Повне диференціювання МЗ – це послідовний процес, який займає декілька років, і в деяких випадках, якщо вагітність не наступила, ніколи не доходить до кінця. Таким чином, настання вагітності, закінчення її пологам та наступна лактація сприяє завершеному диференціюванню часточок [2].

За літературними даними, переривання вагітності в першому й другому триместрах значно підвищує ризик розвитку патології МЗ. При наявності в анамнезі жінок трьох і більше абортів, ризик розвитку мастопатії в 7,2 рази вище, ніж у жінок, що не мали абортів [3]. Переривання вагітності зупиняє пролиферативні процеси в МЗ, гіперплазована залозиста тканина піддається зворотному розвитку, частково заміщається жировою й сполучною тканиною, зменшується її васкуляризація й гідрофільність. Регресивні процеси в МЗ відбуваються не завжди одночасно та рівномірно, що може з'явитися пусковим моментом для формування дифузних або вузлових змін тканини МЗ [4]. Немаловажне значення мають терміни переривання вагітності, гормональний гомеостаз, психосоматичний стан та інше [5]. Штучний аборт у віці 20-24 роки збільшує ризик виникнення рака молочної залози (РМЗ) у 2 рази [6]. До 30 років кожна вагітність захищає жінку від виникнення

РМЗ, тоді як кожна вагітність після цього віку збільшує ризик цього захворювання [7].

Вивчаючи вплив термінів переривання вагітності на стан МЗ, Л. М. Бурдина (1993) виявила, що безпечніше є ранній термін, тому що проліферативні процеси в ці терміни ще не настільки інтенсивні. Переривання вагітності в пізні терміни може призвести до дегенеративних змін МЗ [1]. Хоча когортне дослідження півтора мільйона жінок, виконане датськими вченими, показало, що штучний аборт в цілому не впливає на ризик розвитку РМЗ [5]. За матеріалами численних досліджень можна зробити висновок, що багато чинників репродуктивного анамнезу жінки мають достовірний зв'язок з ризиком розвитку доброякісних захворювань молочних залоз (ДЗМЗ). Однак систематизовані дані про залежність ризику виникнення і розвитку захворювань МЗ від виду та терміну ранніх репродуктивних втрат в доступній літературі незначні та суперечливі.

Мета дослідження

Мета дослідження: встановити клініко-анамнестичні особливості та стан МЗ у жінок з порушеною репродуктивною функцією на тлі ранніх репродуктивних втрат.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Обстежено 69 жінок віком від 20 до 45 років з ранніми репродуктивними втратами в анамнезі, які проходили лікування та обстеження у відділенні реабілітації репродуктивної функції. Вони були розподілені на 3 групи по завершенню останньої вагітності: 1 група – жінки з мимовільним викиднем (n=22); 2 група – жінки з вагітністю, що не розвивається (n=26); 3 група – жінки з позаматковою трубною вагітністю (n=21). Дослідження пацієнток

проводилось за розробленою єдиною програмою, яка включала як гінекологічне, так і мамологічне обстеження, з обов'язковим оглядом і мануальним дослідженням МЗ, при якому вивчався ступінь розвитку, форма, розміри, стан шкіряних покривів, соска і регіональних лімфатичних вузлів; визначалась наявність виділень із соска з наступним цитологічним дослідженням. Окрім того, проводилось визначення стану щитоподібної залози. При виявленні патології жінки консультувались мамологом та ендокринологом. Із анамнезу життя пацієнток звертали увагу на сімейний анамнез, наявність порушень менструальної та репродуктивної функцій, гінекологічних захворювань та захворювань МЗ. УЗ обстеження МЗ проводилося з використанням датчика з частотою 7,5 МГц на 5-11 день менструального циклу.

Результати досліджень та їх обговорення

Для вирішення поставленої задачі було обстежено 69 жінок, середній вік яких склав $29,1 \pm 4,1$ роки, від 20 до 45 років, що відповідає активному репродуктивному віку. За віком менархе достовірної різниці між групами не визначено. У 65 жінок (94,2%) був регулярний менструальний цикл; значних порушень в характері менструальної функції не визначено.

У жінок 1 та 3 груп в більшості випадків основним діагнозом був хронічний сальпінгіт – у 12 (57,1%) та 16 (76,2%) випадках, порівняно з жінками 2 групи – 6 (23,1%). Репродуктивні втрати в анамнезі в більшому відсотку зустрічались у жінок 1 групи – 20 випадків (92,9%) та 2 групи – 22 випадки (84,6%). Патологія шийки матки (дисплазія) частіше визначалась у жінок 1 групи 6 (28,6%), порівняно з жінками 3 групи, у яких вона визначалась лише у 1 випадку (4,8%). У табл. 1 представлені дані про завершення першої вагітності у обстежених жінок.

У обстежених жінок 1 групи достовірно частіше перша вагітність закінчилась мимовільним викиднем – 12 випадків (54,6%) та пологами – 5 (23,1%). У 2 групі – вагітність, що не прогресувала, відзначена у 10 жінок (38,5%) та у 7 (26,9%) закінчилась пологами. Слід зазначити, що у 16 жінок (76,2%) 3 групи позаматкова вагітність буда першою. У 5 жінок (19,2%) 2 групи в анамнезі був артифіційний аборт, у 2 (7,7%) він був повторним. У загальній кількості обстежених жінок найчастіше – у 20 (29,0%) серед ускладнень виявилась позаматкова вагітність. У табл. 2 представлені дані про інші вагітності в анамнезі у обстежених жінок.

Таблиця 1

Завершення першої вагітності у обстежених жінок абс. ч. (%)

Завершення першої вагітності	Група обстежених жінок			
	1 (n=22)	2 (n=26)	3 (n=21)	Всього (n=69)
Пологи	5 (23,1)	7 (26,9)	2 (9,5)	14 (20,3)
Мимовільний викидень	12 (54,6)*	2 (7,7)	-	14 (20,3)
Вагітність, що не розвивається	-	10 (38,5)***	1 (4,8)	11 (15,9)
Позаматкова вагітність	2 (7,7)**	2 (7,7)	16 (76,2)	20 (29,0)
Артифіційний аборт	3 (15,4)	5 (19,2)	2 (9,5)	10 (14,5)

Примітка: 1.*- різниця достовірна відносно показників жінок 2 групи ($p < 0,05$);
2.**- різниця достовірна відносно показників жінок 3 групи ($p < 0,05$);
3.***- різниця достовірна відносно показників жінок 3 групи ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Дані про інші вагітності в анамнезі у обстежених жінок абс. ч. (%)

Кількість вагітностей в анамнезі	Група обстежених жінок			
	1 n=22	2 n=26	3 n=21	Всього n=69
лише 1 вагітність	6 (28,6)	7 (26,9)*	15 (71,4)	28 (40,6)
більше 1 вагітності	18 (81,8)	19 (73,1)*	6 (28,6)	43 (62,3)
більше 1 мимовільного викидня	11 (50,0)	-	-	11 (15,9)
більше 1 вагітності, що не розвивається	-	9 (34,6)*	1 (4,8)	10 (14,5)
більше 1 позаматкової вагітності	-	2 (7,7)	2 (9,5)	4 (5,8)
більше 1 артифіційного аборт	-	2 (7,7)	-	2 (2,9)

Примітка: 1.*- різниця достовірна відносно показників жінок 3 групи ($p < 0,05$).

У першій групі переважали жінки, які мали в анамнезі більше 1 вагітності – 18 ос. (81,8%), яка в 11 випадках (50,0%) закінчилася мимовільними викиднями, у 9 випадках (34,6%) жінок мали повторну завмерлу вагітність. У 15 жінок (71,4%) 3 групи була єдина трубна вагітність і тільки 2 з них (9,5%) мали повторну позаматкову вагітність ($p_{2,3} < 0,05$).

В результаті проведеного дослідження ми намагалися визначити залежність стану МЗ від терміну останньої вагітності (дані представлені в табл. 3).

При співставленні термінів, які пройшли після останньої вагітності зі станом МЗ встановлено, що у жінок, у яких пройшло більше 1 року після останньої вагітності, у 56,3% випадках мали місце ДЗМЗ; у яких пройшов 1 рік – у 25,0%, у яких обстежували МЗ під час госпіталізації з приводу репродуктивної втрати – у 18,8% випадків визначалась мастопатія. ДЗМЗ у всіх обстежених жінок визначались у 22 випадків (31,9%). Відсоток ДЗМЗ по групам хворих майже не відрізнявся і становив в 1 групі – 8 випадків (36,4%), у 2 групі – 9 випадків (34,6%), у 3 групі – відповідно 5 випадків (23,8%). Галакторея у обстежених жінок визначалась у 5 випадках (7,3%).

Головним клінічним проявом ДЗМЗ був біль або больові відчуття в МЗ, які посилювались за декілька днів до менструації і припинялись або зменшувались після її закінчення. Біль мав різну інтенсивність і характер. У частини з них болі іррадіювали в пахвову впадину, плече, лопатку. Одним з проявів захворювання був синдром передменструальної напруги, який виражався в нагубанні МЗ, збільшенні кровонаповнення, появі ущільнень у молочних залозах в лютеїнову

фазу менструального циклу. Відповідно у 1 групі він зустрічався у 9 випадках (40,9%), у 2 групі – у 8 випадках (30,8%), у 3 групі – у 10 випадках (47,6%).

Обстежені жінки, які при поступленні мали вагітність, що не розвивається, самовільні викидні та позаматкову вагітність, у 35,0% випадках мали помірні болі, в 65,0% – незначні, але їх зникнення в більшості випадків свідчило про відсутність прогресування вагітності. Виділення з сосків зустрічались у 5 жінок (7,3%). Вони були серозними (75,0%) або молочними (25,0%). У 18 жінок (81,8%) при обстеженні виявлялися дифузні форми ДЗМЗ. Вузлова патологія була верифікована у 4 жінок (18,2%), та була представлена кістами, фіброаденомами та ліпомами.

Таким чином, на основі проведеного аналізу генеративної функції обстежених жінок характерним для пацієнток с ДЗМЗ є наступні особливості: ранні репродуктивні втрати в анамнезі 55 випадків (79,7%); співвідношення пологів і абортів (1:2); жінки з не реалізованою вагітністю (позаматкових вагітностей – 20 випадків (29,0%), мимовільних викиднів – 14 випадків (20,3%), вагітності, що не розвивалися – 11 випадків (15,9%), абортів – 10 випадків (14,5%).

Висновки

Жінки з порушеною репродуктивною функцією на тлі ранніх репродуктивних втрат становлять групу високого ризику по виникненню дисгормональних захворювань молочних залоз, що вимагає подальшого вивчення з метою диференційованого підходу до лікування репродуктивних порушень та профілактики мамологічної патології та є перспективною подальших досліджень.

Таблиця 3

Розподіл обстежених жінок за терміном, який пройшов після останньої вагітності, абс. ч. (%)

Група хворих	n	Термін, який пройшов після останню вагітності		
		на момент обстеження	до 1 року	1 рік і більше
1	22	8 (36,4)	4 (18,2)	10 (45,5)
2	26	14 (53,9)	6 (23,1)	6 (23,1)
3	21	10 (47,6)	4 (19,1)	7 (33,3)
Всього	69	32 (46,4)	14 (20,3)	23 (33,3)

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурдина Л. М. Мастодинон и его роль в лечении доброкачественных заболеваний молочных желез // Л. М. Бурдина, И. И. Бурдина – Маммология. 1998. – № 4. – С. 28-57.
2. Russo I. H. IV Europ congress on menopause / I. H. Russo, J. J. Russo Eds. – M. Birkhauser, N. Rosenbaum. – Vienna: ESKA, 1998. – 133-142 p.
3. Сметник В. П. Половые гормоны и молочная железа / В. П. Сметник. – Гинекология. – 2000, 2 (5). – 133-136 с.
4. Алиева С. К. Клиническое значение фактора роста эндотелия сосудов при раке молочной железы: дисс. канд. мед. наук / Светлана Константиновна Алиева. – М. – 2003. с
5. Хамитова Г. В. Комплексное обследование и патогенетическая терапия больных с дисгормональными заболеваниями молочных желез. – Дис. ... канд. мед. наук / Г. В. Хамитова – Казань, 1997.

6. Харченко В. П. Клиническая маммология / В. П. Харченко, Н. И. Рожкова. – (Тематический сборник). – 2005. – 28 с.
7. Корнацька А. Г. Ідентифікація чинників ризику розвитку доброякісної патології у жінок з безплідністю. // А. Г. Корнацька, О. Д. Дубенко, І. О. Баранецька – Медико-соціальні проблеми сім'ї. – Т. 14, № 4, 2009. – С. 79-83.

**СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ
ФУНКЦИИ НА ФОНЕ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ
ПОТЕРЬ**

*А. Г. Корнацкая, О. Д. Дубенко, И. О. Баранецкая,
М. В. Бражук, И. О. Биль*

**«Институт педиатрии, акушерства и гинекологии,
НАМН Украины»
(Украина, Киев)**

Резюме. Мы изучили клинические и анамнестические характеристики и состояние молочной железы у женщин с нарушением репродуктивной функции на фоне ранних репродуктивных потерь. Установлено, что женщины в этой категории находятся в высоком риске возникновения дисгормональных заболеваний молочных желез, которые требуют дальнейшего изучения для дифференцированного подхода к лечению нарушений репродуктивной функции и профилактики патологии молочных желез.

Ключевые слова: молочные железы, репродуктивные потери, дисгормональные заболевания.

**THE STATE OF THE MAMMARY GLANDS IN
WOMEN WITH IMPAIRED REPRODUCTIVE
FUNCTION IN THE BACKGROUND OF THE EARLY
REPRODUCTIVE LOSSES**

*A. G. Kornatskaya, O. D. Dubenko, I. O. Baranetskij,
M. V. Brazhuk, I. O. Bill*

**«Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology,
a NAMS of Ukraine»
(Ukraine, Kiev)**

Summary. We studied clinical and anamnestic characteristics and condition of the breast in women with impaired reproductive function in the background of the early reproductive losses. Found that women in this category are at high risk for the emergence of dishormonal breast diseases, which require further study for a differential approach to the treatment of reproductive disorders and prevention of Breast Pathology.

Key words. Mammary glands, reproductive losses, dishormonal disease.

Рецензент: Професор кафедри акушерства і гінекології
факультету післядипломної освіти
Буковинського державного медичного університету
д. мед. н. Каліновська І. В.