

Прогнозування і рання діагностика патології молочних залоз у жінок з генітальним ендометріозом

Ю.М. Негребецька

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень показали, що наукове завдання підвищення ефективності діагностики і лікування доброякісної патології молочних залоз на тлі генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з урахуванням даних додаткових методів дослідження. Пропонований нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність діагностики і лікування даної поєднаної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, патологія молочних залоз, діагностика, прогнозування.

Серед основної патології репродуктивної системи в умовах сьогодення одне з основних місць посідає ендометріоз [1–5]. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень у репродуктивному періоді, значна частота запальних змін органів малого таза, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [1, 5].

У даний час фіброзно-кістозне ураження молочних залоз є патологією, що досить часто виявляється в жінок репродуктивного віку, а в структурі смертності жінок рак молочних залоз посідає одне з перших місць [2, 3]. Із широкого спектра причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, обтяжений репродуктивний анамнез, медико-соціальні причини та ін. [1–5].

Незважаючи на значне число наукових публікацій по проблемах генітального ендометріозу і фіброзно-кістозного ураження молочних залоз окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично відсутні, а наявні в даному напрямку поодинокі публікації мають фрагментарний характер. Усе вищевикладене свідчить про актуальність наукового завдання, що піднімається.

Метою роботи було підвищення ефективності діагностики і прогнозування патології молочних залоз у жінок з генітальним ендометріозом на підставі вивчення клініко-ехографічних, доплерометричних і ендокринологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і прогностичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено обстеження 50 жінок з генітальним ендометріозом (основна група) і 50 практично здорових жінок (контрольна група) з регулярним менструальним циклом.

Критерієм включення в дослідження була наявність ендометріозу, а критерієм виключення – поєднання ендометріозу з лейоміомою матки, гіперплазією ендометрія і додатковими утвореннями. Дослідження проводилися до лікування ендометріозу на 5–7-й і 21–23-й дні менструального циклу дворазово, потім після лікування в ці ж дні через 1, 3, 6, 9 міс після завершення курсу лікування.

Підбір у групи здійснювали методом порівняних пар. Усі групи рандомізовані за віком і паритетом.

У кожній з включених у дослідження груп використовувалися загальноклінічні, гормональні, ультразвукові, рентгенологічні, ендоскопічні і гістологічні методи дослідження. У всіх жінок в основній групі ендометріоз підтверджений лапароскопічним методом дослідження.

Загальноклінічне обстеження включало:

- анамнез: досліджувалися скарги з боку молочних залоз (біль, виділення, наявність вогнищевих утворень); вивчалися дані про травми, оперативне лікування молочних залоз; акушерський анамнез (кількість пологів, абортів, тривалість лактації); гінекологічний анамнез (захворювання матки і придатків, порушення менструального циклу), дані про наявність соматичних захворювань;

- огляд молочних залоз проводився у вертикальному положенні спочатку з опущеними, потім з підведеними руками. Оцінювали контури і величину залоз, симетричність, стан шкірних покривів, рівні розташування сосків;

- пальпація молочних залоз здійснювалася у вертикальному і горизонтальному положенні жінок при піднятих і опущених руках з послідовним дослідженням усіх квадрантів залози, а також з пальпацією пахвових, надключичних і підключичних лімфатичних вузлів як регіональних зон лімфовідтікання.

Із додаткових методів дослідження були використані ендокринологічні, ехографічні та доплерометричні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що розвиток поєднаної патології характеризувався такими формами генітального ендометріозу:

- ендометріоми – 48%;
- аденоміоз – 44%;
- поєднання внутрішнього і зовнішнього ендометріозу – 12%;

і патології молочних залоз:

- фіброзно-кістозна мастопатія – 64%;
- дифузний фіброаденоматоз – 22%;
- фіброаденома – 12%;
- вогнищевий фіброаденоматоз – 2%.

Сумарна частота екстрагенітальної патології в пацієнток з поєднанням генітального ендометріозу і патології молочних залоз становила 91,6%, а в її структурі переважали захворювання травного тракту (70,3%) і тиреоїдна патологія (40,1%) порівняно з хворобами нирок (16,4%), аліментарним ожирінням (10,5%) і серцево-судинними захворюваннями (6,2%), при цьому рівень різних поєднаних форм становив 51,9%.

Поєднання генітального ендометріозу і патології молочних залоз є однією з причин високого рівня невиношування (24,3%) і порушень репродуктивної функції (90,7%) з переважанням вторинного безпліддя (52,6%) порівняно з пер-

винним (38,1%) при середній його тривалості $5,67 \pm 0,54$ року.

Основними клінічними проявами поєднаної патології геніталій і молочних залоз є масталгія (82,3%); альгодисменорея (76,4%); галакторея (38,3%) і постійний тазовий біль (24,2%), частота яких пов'язана з фазою менструального циклу і зростає в кінці лютеїнової фази.

Дисгормональні зміни у пацієнок з генітальним ендометріозом і патологією молочних залоз характеризувалися наявністю гіперестрогенії в I фазу менструального циклу, підвищенням рівня ФСГ впродовж усього циклу і гіперпролактинемією у 8,6% спостережень.

За оцінкою особливостей кровотоку в молочних залозах у жінок з генітальним ендометріозом встановлено, що, незважаючи на наявність проліферативних змін структури, спостерігаються дегенеративні зміни судинної мережі, що виражаються зниженням показників кровотоку (Ri) у вогнищах ураження молочних залоз.

Найбільш інформативними маркерами розвитку і прогресу патологічного процесу в молочних залозах за наявності генітального ендометріозу є:

- концентрація естрадіолу в плазмі крові;
- величина індексу резистентності;
- кількість кістозних порожнин у залозах і їх максимальний розмір.

Ефективність запропонованого прогностичного правила становить 78,6%.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати:

- з метою прогнозування розвитку патології молочних залоз у пацієнок з генітальним ендометріозом необхідно використовувати діагностичний індекс S, що вираховується за формулою:

$$S = 0,1 * X1 + 0,001 * X2 + 0,56 * X3 + 0,4 * X4 - 4,24,$$

- де X1 – величина індексу резистентності;
- X2 – концентрація естрадіолу в плазмі крові, пг/мл;
- X3 – кількість кіст в молочних залозах;
- X4 – максимальний розмір кісти, мм;

якщо діагностичний індекс $S < 0$, діагностують низьку вірогідність виникнення патології молочних залоз;

якщо діагностичний індекс $0 < S < 5$, діагностують середній ступінь імовірності виникнення патології молочних залоз;

якщо діагностичний індекс $S > 5$, судять про високий ризик виникнення патології молочних залоз;

- тактика ведення пацієнок з поєднанням генітального ендометріозу і патологією молочних залоз за відсутності показань до оперативного лікування полягає в лікуванні супутньої екстрагенітальної патології, використанні направленої гормональної корекції з урахуванням даних ендокринологічного статусу і метаболічної терапії під контролем результатів біохімічних досліджень.

ВИСНОВКИ

Як показали результати проведених досліджень, наукове завдання підвищення ефективності діагностики і лікування доброякісної патології молочних залоз на тлі генітального ендометріозу є досить актуальним і вимагає індивідуалізованого комплексного підходу з урахуванням даних додаткових методів дослідження. Пропонований нами алгоритм дозволяє підвищити ефективність діагностики і лікування даної поєднаної патології і знизити захворюваність жінок репродуктивного віку.

Прогнозирование и ранняя диагностика патологии молочных желез у женщин с генитальным эндометриозом

Ю.М. Негребецкая

Результаты проведенных исследований показали, что научная задача повышения эффективности диагностики и лечения доброкачественной патологии молочных желез на фоне генитального эндометриоза является достаточно актуальной и требует индивидуализированного комплексного подхода с учетом данных дополнительных методов исследования. Предлагаемый алгоритм позволяет повысить эффективность диагностики и лечения данной сочетанной патологии и снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, патология молочных желез, диагностика, прогнозирование.

Forecasting and early diagnostics of a pathology of mammary glands at women with genital endometriosis.

J.M. Negrebetskaja

Results of the spent researches have shown, that the scientific problem of increase of efficiency of diagnostics and treatment of a good-quality pathology of mammary glands against genital endometriosis is enough actual and demands the individualised complex campaign with the account data additional methods of research. The offered algorithm allows to raise efficiency of diagnostics and treatment given complex pathologies and to lower disease of women of reproductive age.

Key words: genital endometriosis, a pathology of mammary glands, diagnostics, forecasting.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей. / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 317 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей. / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2007. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – 2-е изд., испр. и доп. – Л.: Медицина, 2000. – 235 с.
5. Вдовиченко Ю.П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко // Репродуктивное здоровье женщин. – 2005. – № 3 (23). – С. 72–76.