

©Т. Є. Усманова, О. С. Філатов

**ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ДОБРОЯКІСНИМИ ВУЗЛОВИМИ УТВОРЕННЯМИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ***ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгіївського», м. Сімферополь*

ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ДОБРОЯКІСНИМИ ВУЗЛОВИМИ УТВОРЕННЯМИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ. На підставі результатів комплексного клініко-інструментального обстеження 102 пацієнток діагностовано кісти молочних залоз (37,3 %), фіброаденоми (50,9 %), вузлові мастопатії (8,82%), посттравматичні кісти з нагноєнням (1,96 %), внутрішньопротокові папіломи (0,98%). Проліферативна активність і запальний процес в тканинах молочної залози при її доброякісній вузловій патології встановлені у 62,7% хворих. Гінекологічна патологія серед обстежених жінок виявлена в 37,3 % випадках, при цьому при проліферативному варіанті доброякісних вузлових утворень молочної залози – 32,8% випадків, при непроліферативному – в 39,5 % випадків. Дані несприятливого акушерського анамнезу мали місце у 52,6 % хворих. При кістах молочної залози патологія органів малого таза зустрічається в 2 рази частіше в порівнянні з солідними доброякісними вузловими утвореннями.

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. На основании результатов комплексного клинико-инструментального обследования 102 пациенток диагностированы кисты молочных желез (37,3 %), фиброаденомы (50,9 %), узловые мастопатии (8,82 %), посттравматические кисты с нагноением (1,96 %), внутрипротоковые папилломы (0,98 %). Пroliferative activity and inflammatory process in the tissues of the breast when it is benign nodular pathology is established at 62.7 % of patients. Gynecological pathology among the women surveyed identified in 37.3 % of cases, while in proliferative variant of the benign breast tumor 32,8 % of cases, nonproliferative — on 39.5 % of cases. These adverse obstetric history occurred in 52.6 % of patients. In case with cysts of mammary glands pelvic pathology was found in 2 times more compared with solid benign breast tumors.

SALIENT FEATURES OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGICAL STATUS IN PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH BENIGN BREST TUMORS. Based on the results of complex clinical and instrumental examination of 102 patients diagnosed with breast cysts (37.3 %), fibroadenoma (50.9 %), nodal mastopathy (8.82 %), post-traumatic cyst with suppuration (1.96 %), intraductal papilloma (0.98 %). Proliferative activity and inflammation in the tissues of the breast when it is benign nodular pathology is established at 62.7 % of patients. Gynecological pathology among the women surveyed identified in 37.3 % of cases, while in proliferative variant of the benign breast tumor 32,8 % of cases, nonproliferative — on 39.5 % of cases. These adverse obstetric history occurred in 52.6 % of patients. In case with cysts of mammary glands pelvic pathology was found in 2 times more compared with solid benign breast tumors.

**Ключові слова:** доброякісні вузлові утворення молочної залози, гінекологічна патологія, проліферація.

**Ключевые слова:** доброкачественные узловые образования молочной железы, гинекологическая патология, пролиферация.

**Key words:** benign breast tumors, gynecological pathology, proliferation.

**ВСТУП.** В даний час відзначається тенденція до збільшення захворюваності доброякісними захворюваннями молочної залози (МЗ) (Коростильова JL, Петерсон С., Беньовський А., 2004; Летягін В. П., Висоцька Н. В., 2007) [1]. Частота доброякісних вузлових утворень молочних залоз (ДВУМЗ) складає 21 %, тоді як питома вага мастопатії серед всієї жіночої патології досягає 29,4–42,6 % [2]. На думку багатьох авторів, ризик виникнення злоякісних захворювань МЗ у жінок з мастопатією зростає в 3–5 разів, а при вузлових формах мастопатії з явищами проліферації малигізація відбувається в 30–40 разів частіше, ніж при інших патологічних станах МЗ [3,4,5].

На сьогоднішній день не виявлено жодного специфічного фактора ризику розвитку фіброзно-кістозної мастопатії (ФКМ) і ДВУМЗ, які виникають як реакція тканин МЗ на гормональні зміни в організмі жінки на тлі різних патологічних станів [6].

Сьогодні основну роль в етіології і патогенезі дисгормональної гіперплазії МЗ відводять гінекологічним захворюванням [7, 8]. За даними Л. Н. Бурдіної пато-

логічна перебудова МЗ виявлена у 98,7 % хворих репродуктивного віку з нейроендокринними гінекологічними захворюваннями. В основному це гіперпластичні (65,4 %) і гіпопластичні (32,4 %) зміни [9]. М. І. Піддубний досліджував МЗ у хворих міомою матки, виявивши патологічні зміни в МЗ у 82 % пацієнток, які були представлені гіпертрофічними процесами у вигляді дифузної ФКМ (73 %), фіброаденом (ФА) (11,6 %), кіст (11,2 %) [10]. Деякі автори з перенесених і супутніх захворювань виділяють запальні процеси придатків матки, які можуть бути основною причиною порушень функції яєчників [8]. За результатами дослідження Тагієвої Т. Т. при поєднанні вузлової мастопатії (ВМ) з внутрішнім ендометріозом та/або міомою матки частота проліферації достовірно вище, ніж у відсутність гінекологічної патології, і становить відповідно 14,7 і 4 % [3].

Мета дослідження: вивчення особливостей акушерсько-гінекологічного статусу у пацієнток репродуктивного віку при різних формах доброякісної вузлової патології МЗ з урахуванням проліферативної активності і запальних змін в її тканинах.

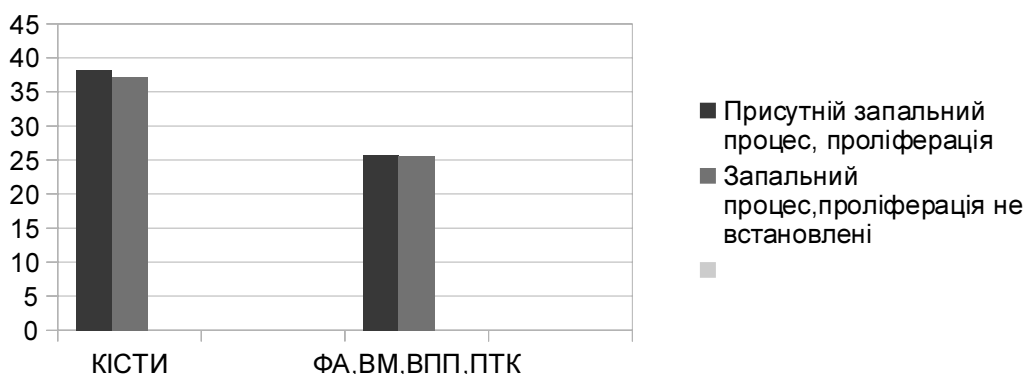
**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** У дослідження включені 102 жінки з ДВУМЗ у віковому діапазоні від 16 до 49 років. Середній вік хворих склав  $31,72 \pm 0,81$  років. Всім хворим проводили фізикальне обстеження (збір скарг та анамнезу захворювання, огляд і пальпація МЗ стоячи і лежачи), інструментальне обстеження (ультразвукове дослідження МЗ та органів малого таза, мамографія), тонкоигольна аспіраційна пункційна біопсія з цитологічним дослідженням, трепан-біопсія з гістологічним і імуногістохімічним дослідженням. Всі дослідження проводилися в 1-й половині менструального циклу.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** За даними клініко-інструментального обстеження 102 жінок репродуктивного віку з ДВУМЗ у 38 хворих (37,3 %) діагностовано кісти МЗ, в 64 випадках (62,8 %) – солідні вузлові утворення, які після гістологічного дослідження трепан-біоптатів та післяопераційного матеріалу верифіковані як ФА – 52 випадки (50,9 %), УМ – 9 випадків (8,82 %), посттравматичні

кісти (ПТК) з нагноєнням – 2 випадку (1,96 %), внутрішньопроктова папілома (ВПП) – 1 випадок (0,98 %).

З 38 хворих з кістами МЖ при проведенні цитологічного дослідження в 20 випадках (19,61 %) виявлено запальний процес. За результатами гістологічного дослідження трепан – біоптатів МЖ проліферативні форми ДУОМЖ виявлені в 44 випадках (68,75 %), непроліферативна – в 20 випадках (31,25 %). Середній вік хворих з кістами МЖ із запаленням склав  $38,2 \pm 0,37$  років, у хворих з кістами МЖ без запалення –  $37,2 \pm 0,42$  років. Середній вік хворих при ДУОМЖ (ФА, УМ, ВПП, ПТК) з явищами проліферації склав  $25,7 \pm 1,34$  року, тоді як при непроліферативних формах –  $25,6 \pm 1,04$  року.

При цьому хворих віком від 15 до 30 років (ранній репродуктивний вік) виявилось 55 жінок (53,9 %), у віці від 31 року до 49 років – 47 жінок (46,1 %). Висока питома вага хворих з ДВУМЗ раннього репродуктивного віку ще раз підкреслює про необхідність дотримання косметичних принципів планованого оперативного втручання (діаграма 1).



Діаграма 1. Вік пацієнтів при проліферативних і непроліферативних формах доброякісних вузлових утворень молочної залози.

Терміни від виявлення ДВУМЗ до проведення хірургічного лікування були в середньому від 1 місяця до 3 років, в середньому склавши  $17,14 \pm 3,21$  місяця. Це говорить про пізню обертаність хворих з ДВУМЗ за медичною допомогою, пов'язаної з канцерофобією.

Вивчаючи соціально-гігієнічну характеристику жінок з ДВУМЗ, встановлено що кожна друга з них у віці до 30 років (53,92 %); статистично значимо ДВУМЗ зустрічаються у службовців і жінок, що займаються розумовою працею, – 55 випадків (53,92 %); у 43 жінок (42,2 %) мали місце часті конфліктні і стресові ситуації; 39 хворих (38,24 %) вказували на відсутність регулярного статевого життя.

Аналіз показників репродуктивного здоров'я хворих з ДВУМЗ показав, що у 99 жінок (97,01 %) збережена менструальна функція, при цьому регулярний менструальний цикл був характерний для 73 хворих (73,74 %), тоді як нерегулярний – в 26 випадках (26,3 %). У 3 випадках (2,94%) виявлено порушення менструального циклу (післяопераційна менопауза). У 38 (37,25 %) хворих протягом життя були аборти, при цьому у половини з цих жінок – 2 і більше абортів. Не було вагітності протягом життя у 48 хворих (47,05 %), прим цьому в 6 випадках (12,5 %) – у жінок старше 30 років, тоді як в 12,5 % випадків (6 хворих) – при-

чиною ненаступаючої вагітності було безпліддя різного генезу. 48 жінок (47,05 %) народжували, при цьому перші пологи у віці старше 30 років – у 6 випадках (12,5 %), у 29 жінок (60,42 %) – «1» пологи, «2 і більше» пологів – у 19 жінок (39,58 %). З 54 жінок (52,94 %), які не народжували, у 7 хворих була вагітність (12,96 %), яка завершилася медичним абортom. Серед обстежених 48 жінок, які народжували, достатня лактація (1 рік і більше) була характерна для 13 жінок (27,08 %), тоді як у 35 випадках (72,92 %) – відзначені короткі терміни лактаційного періоду або його відсутність.

Основними скаргами хворих з ДВУМЗ з'явилися: наявність вузлового утворення в МЗ – 48 випадків (47,1 %), болі в МЗ – 17 випадків (16,6 %), наявність вузлового утворення і болі в МЗ – 32 випадка (31,37 %), виділення із сосків – 1 випадок (0,98 %). При цьому у 5 випадках (4,9 %) хворі не пред'являли скарг, вузлове утворення в МЗ у них було виявлено при проведенні диспансерного обстеження або профілактичного огляду. Серед 49 хворих (48,04 %) зі скаргами на болі в МЗ в 39 випадках (79,6 %) жінки пов'язували їх появу з менструальним циклом, при цьому в 20 випадках (51,28 %) – поява болю в МЗ відзначено за 2 тижні до початку менструації. Безсумнівно, рання поява і виражений харак-

тер мастодинії у пацієнок з ДВУМЗ пов'язаний з наявністю гормонального дисбалансу в організмі жінки.

Структура гінекологічних захворювань серед хворих з ДВУМЗ була наступною: міома матки – 6 випадків (5,9 %), ендометріоз – 4 випадки (3,9 %), кісти яєчників – 9 випадків (8,8 %), аднексит – 9 випадків (8,8 %), ендощервіцит – 1 випадок (0,98 %), ерозія

шийки матки – 4 випадки (3,9 %), безпліддя різного генезу – 6 випадків (5,9 %), спайковий процес в області органів малого тазу – 4 випадки (3,9 %). Ця група хворих з супутньою гінекологічною патологією чи несприятливим акушерсько-гінекологічним анамнезом розцінювалася як оваріальна патогенетична форма захворювання при ДВУМЗ (табл.1).

Таблиця 1. Частота різної гінекологічної патології у хворих з доброякісними вузловими утвореннями молочної залози з урахуванням проліферативних змін и вираженості запального процесу в її тканинах

| Вид гінекологічної патології           | ДУОМЖ (Кісти) із запаленням і проліферацією |       | ДУОМЖ (Кісти) без запалення і проліферації |       | ДУОМЖ (ФА, УМ, ВПП, ПТК) із запаленням і проліферацією |       | ДУОМЖ (ФА, УМ, ВПП, ПТК) без запалення і проліферації |       |
|--|---|-------|--|-------|--|-------|---|-------|
|  | абс.  | %     | абс.                                       | %     | абс.   | %     | абс.  | %     |
| Немає патології                        | 10  | 9,8   | 8  | 7,84  | 33   | 32,35 | 15  | 14,71 |
| Міома матки, поліп ендометрію          | 2   | 1,96  | 3  | 2,94  | 1  | 0,98  | –   | –     |
| Ендометріоз                            | –   | –     | 1  | 0,98  | –  | –     | 3   | 2,94  |
| Кісти яєчників                         | 4   | 3,92  | 2  | 1,96  | 2  | 1,96  | 1   | 0,98  |
| Аднексит                               | 4   | 3,92  | 2  | 1,96  | 1  | 0,98  | 2   | 1,96  |
| Ендощервіцит                           | –   | –     | –  | –     | 1  | 0,98  | –   | –     |
| Ерозія шийки матки                     | –   | –     | 3  | 2,94  | 1  | 0,98  | –   | –     |
| Спайковий процес в органах малого тазу | –   | –     | 1  | 0,98  | 1  | 0,98  | 2   | 1,96  |
| Безпліддя                              | –   | –     | 1  | 0,98  | 2  | 1,96  | 3   | 2,94  |
| Всього хворих                          | 20  | 19,61 | 18   | 17,65 | 44   | 43,14 | 20  | 19,61 |

Таким чином, в нашому дослідженні гінекологічна патологія супроводжувала ДВУМЗ з невисокою частотою (37,3 %), майже у кожній 3-й хворий, тобто на 2,83 випадку доводиться 1 хвора з патологією органів малого тазу. При цьому з усіх випадків з ДВУМЗ із запаленням і проліферативними змінами (N = 64) гінекологічна патологія виявлена у 21 жінки (32,8 %), тобто у кожній 3-ої пацієнтки. При непроліферативних і не асоційованих із запаленням формам ДВУМЗ (N = 38) гінекологічні захворювання діагностовано серед 15 пацієнок (39,48 %), тобто на 2,5 випадку доводиться 1 пацієнтка з вказаною патологією. У 64,71 % випадках (66 хворих) будь-якої патології органів малого тазу не виявлено, але були характерні складові несприятливого акушерського анамнезу – 53 випадки (51,96 %). Крім того, слід зазначити, що гіне-

кологічна патологія частіше зустрічалася в групі хворих з кістами МЗ- 52,6 % випадків, тоді як у пацієнок з солідними ДВУМЗ – в 25 % випадків (табл.1).

**ВИСНОВКИ.** 1. Частота проліферативних и запальних змін при різних формах ДВУМЗ у хворих репродуктивного віку склала 62,7 %.

2. Гінекологічна патологія серед жінок репродуктивного віку з ДВУМЗ склала 37,3 %, при цьому при проліферативних формах ДВУМЗ – 32,8 %, а при непроліферативних формах – 39,48 % відповідно. При кістах МЗ патологія органів малого тазу зустрічається в 2 рази частіше в порівнянні з солідними ДВУМЗ.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** подальше визначення етіопатогенетичних факторів и вивчення особливостей та урівня експресії рецепторів до стероїдних гормонів в тканини МЗ при різних ДВУМЗ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кучкина Л. В. Клинико-эпидемиологические аспекты и метаболические особенности больных раком молочной железы и узловой формой фиброзно-кистозной мастопатии: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 / Кучкина Людмила Петровна; Ростов-на-Дону, 2008. – 145 с.  
2. Зубкин В. И. Патогенез, диагностика, комплексное лечение и профилактика рецидивов доброкачественных дисплазий молочных желез: дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 /

Зубкин Виктор Иванович; "Российский университет дружбы народов". – М., 2004. – 207 с.  
3. Тагиева Т. Т. Доброкачественные узловые образования молочных желез у женщин репродуктивного возраста // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2007. – Т.18. – № 4. – С. 54–58.  
4. Харченко В. П., Рожкова Н. И. Клиническая маммология. – М.: Фирма Стром, 2005. – С. 97–138.

5. Летьягин В. П. Мастопатия // Рус. мед. Журн. – 2000. – № 11. – С. 468–472.

6. Серов В. Н., Тагиева Т. Т., Прилепская В. Н. Диагностика заболеваний молочной железы // Акушерство и гинекология. – 1999. – № 5, – С. 55–57.

7. Прилепская В. Н., Тагиева Т. Т. Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез: возможности негормональной терапии // Медлайн-Экспресс, 2008, – № 5, – С. 10–17.

8. Сидоренко Л. Н. Мастопатия: Психосоматические аспекты. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1991. – 264 с.

9. Бурдина Л.М. Клинико-рентгенологические особенности заболеваний молочных желез у гинекологических больных репродуктивного возраста с нейроэндокринной патологией: Дис...д-ра мед. наук. – М., 1993.

10. Пиддубный М. И. Сочетание миомы матки с дисгормональной патологией молочных желез: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994.

Отримано 19.02.2014