

АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хикматова Н.И.

Жумаева Д.Р.

Бухарский Государственный медицинский институт по имени Абу Али ибн Сино

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10153287>

По данным различных авторов одной из наиболее распространенных заболеваний молочных желез является фиброзно-кистозная болезнь или как её часто называют мастопатия [1]. Фиброзно-кистозная болезнь принадлежит не только к наиболее частым, но и к весьма не однородным в клинических, рентгенологических, гистологических проявлениях заболеваний. Такая мозаичность обусловлена многофакторной природой заболевания. В его формировании ведущую роль играют разнообразные гормональные расстройства, стрессы, а также нарушение репродуктивной функции, с возрастом возрастает частота мастопатий.

По данным ряда авторов частота встречаемости мастопатией резко возрастает среди женщин, страдающих заболеваниями женских половых органов [2,3].

На общность мастопатий и ряда гинекологических заболеваний указывают многие авторы, которые единодушны в том, что патологически изменение уровней гипофизарных гормонов воздействуют на молочные железы посредством нарушения стероидогенеза в яичниках, являющегося ведущим фактором патогенеза диффузных изменений молочных желез [3].

По данным Л.М. Бурдиной [1,2] группа наиболее высокого риска развития мастопатии наблюдалась у пациенток с гиперпластическими процессами внутренних половых органов (эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия или их сочетание). Независимо от назологической формы основного заболевания частота патологии молочных желез у этой группы пациенток чрезвычайно высока и колеблется от 68-92%.

Целью исследования явилась изучение частоты гинекологической патологии у пациенток с мастопатией в позднего репродуктивного периода.

Материалом исследования служили 42 пациенток, обратившиеся с различными жалобами к гинекологу в Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии. Возраст пациенток колебался от 35-47 лет, в среднем составил $39 \pm 1,1$ лет.

Все пациентки осмотрены маммологом и терапевтом. Проведены клинико-лабораторные исследования, гинекологический осмотр, анализ выделений из цервикального канала, PAP мазок, кольпоскопия, УЗИ гениталий, молочных желез (при необходимости маммография), УЗИ щитовидной железы, печени и почек, пальпация молочной и щитовидной желез. По показаниям было выполнено диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

У 27 (65,0%) пациенток диагностированы различные заболевания молочных желез (по данным УЗИ, маммографии и после консультации маммолога). Группу контроля составили 15 (35,7%) пациенток без мастопатии. У 12 (28,6%) диагностирована диффузная форма мастопатии, у 21 (50,8%) фиброзно-кистозная мастопатия, и у 9 (21,4%) узловая форма мастопатии.

При изучении анамнеза обследуемых женщин уделяли внимание перенесенным заболеваниям.

При изучение возраста менархе 21,4% пациенток с мастопатиями менархе наступили до 11 лет . В группе контроля только лишь у 5 женщин (25%) менструации наступили в возрасте старше 12 лет.

В группе контроля у подавляющего большинства пациенток – 15 (70%) менструации наступили в этом периоде жизни, тогда как у 55 (76,9%) возраст менархе пришелся на 12 лет и более.

Изучение гинекологического анамнеза показало, что наиболее частым перенесенным гинекологическими заболеваниями явились различные нарушения менструальной функции – 29 (69%) против 2 (10%) в контрольной группе. Наиболее часто на нарушения менструальной функции в прошлом указывали пациентки с фиброзно-кистозной мастопатией – 15 (71,4%). На воспаление матки и придатков в анамнезе указали в 1,6 раза больше пациенток с мастопатиями – 19 (45,2%) по сравнению с 6 (30%) в контроле. Кисты яичников и миомы матки отмечали 16 (38,1%) пациенток с мастопатиями против 2 (10%) в контроле. Наиболее часто указали на данные патологического состояния в анамнезе – 5 (55,6%) с узловой формы мастопатии. Каждая 10-я пациентка – 4(9,5%) в группе с мастопатиями отмечали первичное бесплодие в анамнезе. В группе контроля аналогичное состояние не отмечалось.

Одним из факторов риска развитие патологии молочной железы рассматривается выполнение больше 3-х медицинских абортотв.

Наши данные показали, что количество медицинских прерываний беременности отмечено в 1,3 раза больше в группе пациенток с мастопатиями по сравнению с контролем-19 (45,2%) против 6(30%). От 3 до 10 медицинских абортотв произведено 16 (38,1%) пациенткам, что 2,5 раза больше по сравнению с контрольной группой. Кроме того, привычное невынашивание отмечалось у 9 (21,4%) женщин с патологией молочных желез. Данная патология в группе контроля не прослеживалась. К сожалению, нам не удалось выяснить длительность кормления грудью у обследованных пациенток.

Таким образом, анализ гинекологической патологии показал значительную ее частоту у пациенток с мастопатиями в позднем репродуктивном периоде, что диктует необходимость углубленного обследования молочных желез у данного контингента. Фактором риска развития патологии молочных у женщин с гинекологическими заболеваниями являются позднее менархе, выполнение больше 3-х медицинских абортотв, наличие соматической патологии - болезни органов пищеварения, сердечно-сосудистые заболевания, бронхо-легочные заболевания, патология мочевыводящих путей, патология щитовидной железы.

References:

1. Бурдина Л.М., Волобуев А.И., Баграмян М.Л. Современные аспекты изучения гиперпластических процессов репродуктивной системы женщины. М., 2018; С.123.
2. Габуня М.С., Братик А.В., Олимпиева С.П. Факторы риска развития доброкачественных заболеваний молочных желез на фоне гинекологических заболеваний // Маммология.- 2017г.-№2.- с. 21-26.

3. Дисплазия молочной железы (фиброзно-кистозная болезнь): Методическое пособие для врачей. Хайленко В.А., Легков А.А., Бурдина Л.М. и др. М 2020.

INNOVATIVE
ACADEMY