



под ред.

В.Е. Радзинского

с

*Молочные
железы и
Гинекологические
болезни*

Status Praesens
— Профессия

2010

УДК 618.2
ББК 57.16
Р15

Молочные железы и гинекологические болезни

Под редакцией Радзинского Виктор Евсеевич
Ответственный редактор: Токтар Лиля Равилевна

Авторский коллектив:

Радзинский Виктор Евсеевич — заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, докт. мед. наук, проф.;

Ордянц Ирина Михайловна — докт. мед. наук, проф.;

Хасханова Лейла Хазбериевна — докт. мед. наук, проф.;

Токтар Лиля Равилевна — канд. мед. наук;

Зубкин Виктор Иванович — докт. мед. наук, проф.

Р15 Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. — М., 2010. — 304 с., илл.

Монография посвящена вопросам физиологии и патологии молочных желез в связи с болезнями женских половых органов. Книга отличается принципиальным подходом авторов к рассмотрению проблем молочных желез как части репродуктивной системы женщины. Представлены сведения об основных эволюционных, анатомо-физиологических особенностях молочных желез, связи заболеваний молочных желез и репродуктивной системы в целом. Обобщён собственный и мировой опыт профилактики, диагностики, консервативных и хирургических методов лечения нераковых заболеваний молочных желез.

Для акушеров-гинекологов, маммологов, хирургов, врачей общей практики, слушателей факультетов повышения квалификации медицинских работников, клинических ординаторов, интернов и студентов медицинских вузов.

Издано при поддержке:



ГЕДЕОН РИХТЕР



© Коллектив авторов, 2010

ISBN 978-5-91785-009-2

© ООО «Медиабюро Статус презенс», 2010

Предисловие

В современном мире репродуктология стремится стать основной идеологией общества. Это не случайно, ибо демографическая ситуация в России и других странах удручает не только уменьшением рождаемости, но и неуклонным снижением здоровья каждого следующего поколения.

Ежегодно в своём послании Федеральному Собранию Президент РФ акцентирует внимание на проблемах демографии. Обновление концепции демографической политики повлекло за собой коренные изменения в отношении к женщине-матери. Новые тенденции отражены в Национальном проекте «Здоровье» (2006), Концепции демографической политики РФ (2010–2025 гг.). Однако лишь изыскание резервов повышения рождаемости не может полностью решить актуальные проблемы. Без улучшения здоровья женского населения перелома в тревожной тенденции произойти не может.

Только здоровые родители могут родить и вырастить здоровое потомство. Тысячелетние поиски заменителей грудного молока в XXI веке вернули человечество к идее безальтернативности грудного вскармливания. Материнское молоко — единственный продукт, обеспечивающий младенца полноценным питанием, устойчивостью к инфекционным заболеваниям, другими важными факторами адаптации к внеутробному существованию. Без грудного вскармливания замедляется становление психических функций, в том числе интеллектуальное развитие. Материнская грудь незаменима для обеспечения психологического комфорта ребёнка.

Молочная железа как орган репродуктивной системы подвержена циклическим изменениям. Нарушения в регуляции репродуктивной системы приводят к специфическим заболеваниям в различные периоды жизни женщины, вплоть до самого грозного — рака молочной железы.

Решение проблемы раковых и нераковых заболеваний молочных желёз (объединяющей вопросы репродуктивного здоровья населения, в том числе женщин, и здоровья последую-

щих поколений) по праву занимает место среди главных научно-практических задач современности.

Несмотря на все достижения теоретической и практической медицины, в России ежегодно диагностируют более 34 000 новых случаев рака молочной железы, причём происходит резкое снижение возрастного ценза заболевших. По данным ЮНЕСКО, за последние 10 лет рак молочной железы стал ведущей причиной смерти среди молодых женщин в 28 индустриальных странах.

Рак молочной железы встречается в 3–5 раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочных желёз, в 30–40 раз чаще при узловых формах мастопатии с пролиферацией эпителия молочных желёз. Важно отметить, что частота нераковых заболеваний молочных желёз возрастает до 76–97,8% на фоне гинекологических заболеваний. Таким образом, в сложившейся ситуации совершенно необходим интегративный, междисциплинарный подход к упомянутым проблемам.

Представленная авторами книга отражает именно такую принципиальную концепцию: молочные железы невозможно рассматривать отдельно от репродуктивной системы женщины, поэтому успешно решать проблему заболеваний молочных желёз можно лишь объединёнными усилиями гинекологов, маммологов, онкологов.

В.Н. Серов,
акад. РАМН,
докт. мед. наук, проф.,
президент Российского
общества акушеров-
гинекологов

В.П. Харченко,
акад. РАМН, докт. мед. наук,
проф.

Польза от грудного вскармливания может быть большей, если по крайней мере в течение первых 6 мес ребёнок получает эксклюзивное грудное вскармливание. Физиологический срок кормления грудью составляет от 1 года и 3 мес до 2 лет и 6 мес [ВОЗ, 1989].

3.4. Внедрение исключительно грудного вскармливания: результаты и проблемы

Появление в 60-е годы XX в. многочисленных продуктов для вскармливания детей — «заменителей грудного молока» — создали ложное впечатление о простом решении вопроса вскармливания младенцев. Действительно, приготовление смеси и кормление из бутылочки позволяет быстро, в течение 15–20 мин, решить вопрос насыщения ребёнка. Кроме того, последующие 3–4 ч у матери образуется «свободное время», можно надолго отлучаться от ребёнка, поручив кормление помощникам. Применение искусственных смесей позволяет контролировать количество потребляемых веществ и прибавку массы тела младенца, не следить за качеством рациона матери. Становится возможным принятие алкоголя, уже не нужно ограничивать потребление лекарств и вредные привычки.

Ухудшение физического и психологического состояния детей не убедило сторонников заменителей женского молока. В состав смесей стали включать бифидобактерии, антигистамины и другие лечебные добавки. Появились новые бутылочки и пустышки, якобы снижающие риск развития колик и предупреждающие нарушения формирования челюстно-лицевого аппарата. Благодаря рекламе была создана иллюзия того, что показатели роста и развития детей можно полностью контролировать путём искусственного вскармливания.

Специалисты разработали новые нормативы развития ребёнка первого года жизни, основанные на наблюдениях за искусственно вскармливаемыми детьми, сформировалось и по-

коление медицинского персонала, обученное этим «нормам». В результате число женщин, вскормивших своих детей грудью, в 90-е годы прошлого столетия снизилось до крайне низких цифр: в Нидерландах — 66% (1999); Люксембурге — 64% (1999); Греции — 62% (1994); Швеции — 61% (1996); Хорватии — 59% (1999); США — 56% (1999); Туркмении — 54% (1995); Азербайджане — 53,2% (1997); Дании — 50% (1992); Киргизии — 31% (1997); Ирландии — 30% (1998); Великобритании — 28% (1995); Казахстане — 12,3% (1995); Узбекистане — 4,1% (1996) (Глобальный банк данных ВОЗ по грудному вскармливанию).

В РФ, по данным 2001 г., 42,2% детей 3–6 мес были вскормлены грудью, а в возрасте 6–12 мес — только 31% [Боровик Т.Э., Скворцова В.А. и соавт., 2003; Корсунский А.А., Аболян Л.В., 2004].

При изучении распространённости грудного вскармливания в 14 субъектах Федерации в 1998 г. специалисты научно-практического Центра по пропаганде и поддержке грудного вскармливания Министерства здравоохранения и социального развития РФ получили данные, отражённые в табл. 3-10. Средняя продолжительность грудного вскармливания составила от 3–5 мес в Центральной России до 9 мес на юге России и национальных республиках Карачаево-Черкесии, Туве, Калмыкии.

Заменители молока всё более совершенствовались, тем не менее статистика демонстрировала катастрофические цифры. Неуклонный рост материнской и перинатальной заболеваемости и смертности коррелировал со снижением числа естественных родов и грудного вскармливания младенцев.

В связи с этим ВОЗ в 1990 г. признала, что по результатам почти 40-летнего опыта **рекомендации по питанию младенцев** конца XX в. были **потенциально вредны и экономически невыгодны** [Templeton S.-K., 2006]. В настоящее время согласно резолюции Ассамблеи ВОЗ и ЮНИСЕФ всем странам, входящим в ВОЗ, рекомендуется внедрение исключительно грудного вскармливания детей в рамках инициативы «Больница, доброжелательная к ребёнку» (1992).

Таблица 3-10

Показатели грудного вскармливания в регионах Российской Федерации в 1998 г. [Корсунский А.А., Абольян Л.В., 2004].

| Субъект Федерации | n | Грудное вскармливание при рождении, % | Длительность, мес | |
|-----------------------------|-------|---------------------------------------|-------------------|-------------|
| | | | $\bar{X} \pm m$ | M (медиана) |
| Ульяновск | 223 | 97,5 | 4,2±0,20 | 3,0 |
| Москва | 240 | 89,2 | 4,3±0,30 | 3,0 |
| Калуга | 1103 | 94,6 | 4,5±0,10* | 3,2 |
| Республика Коми (район) | 562 | 94,8 | 4,7±0,15* | 3,0 |
| Красноярск | 447 | 94,5 | 4,7±0,22 | 3,0 |
| Санкт-Петербург | 236 | 99,2 | 5,0±0,19 | 4,0 |
| Калужская область | 314 | 96,9 | 5,3±0,27* | 5,0 |
| Ярославль | 950 | 97,7 | 5,4±0,13 | 4,0 |
| Ярославская область | 827 | 93,5 | 5,4±0,12 | 4,0 |
| Краснодар | 140 | 93,0 | 5,6±0,29 | 5,0 |
| Краснодарский край | 647 | 95,2 | 5,8±0,16 | 5,0 |
| Астрахань | 728 | 98,0 | 5,8±0,12* | 5,0 |
| Сыктывкар | 1005 | 95,1 | 6,5±0,20* | 5,7 |
| Ставропольский край | 1181 | 96,8 | 6,1±0,12 | 5,0 |
| Астраханская область | 1494 | 98,5 | 7,2±0,10* | 7,2 |
| Волгоград | 360 | 98,9 | 7,8±0,19 | 7,5 |
| Волгоградская область | 180 | 100,0 | 7,9±0,24 | 9,0 |
| Черкесск | 495 | 94,3 | 7,9±0,18 | 8,5 |
| Кызыл | 364 | 89,3 | 8,0±0,21 | 8,0 |
| Республика Калмыкия (район) | 160 | 100,0 | 9,0±0,28 | 11,0 |
| Элиста | 1225 | 95,4 | 9,1±0,10 | 11,0 |
| По всем регионам | 12881 | 95,8 | 6,20±0,18 | 5,7 |

Примечание: * — $p < 0,05$ в Калужской области, Республике Коми и Астраханской области.

Основные принципы инициативы изложены в следующих документах:

- «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока» (ВОЗ, 1981);
- «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (1989);
- «Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста» (2003);
- «Питание детей грудного и раннего возраста: инструмент оценки национальной практики, политики и программ» (2003) и др. [ВОЗ, 2003; Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ, 1989].

Учитывая важность гуманного родовспоможения, ответственного родительства и полноценного грудного вскармливания, Правительство России подписало следующие документы ООН и ВОЗ:

- Декларацию о защите, распространении и поддержке грудного вскармливания детей (01.08.1990 г.);
- Конвенцию о правах детей (сентябрь 1990 г.);
- Декларацию Всемирной конференции на высшем уровне по вопросам детства (30.09.1990 г.).

Программу развития инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку» начали внедрять в РФ с 1993 г. [Вартапетова Н.В., 1998]. Первым лечебным учреждением в РФ, получившим высокое звание «Больница, доброжелательная к ребёнку», стал родильный дом г. Электростали Московской области. Инициатором внедрения современных перинатальных технологий была главный педиатр Минздрава Московской области, доктор медицинских наук, профессор нашей кафедры Н.И. Захарова.

За прошедшие почти два десятилетия совершилась коренная ломка стереотипов мышления по вопросам вскармливания детей, их рационального вскармливания и особенностей развития не только у широких слоёв населения, но и среднего медицинского персонала, врачей акушеров, неонатологов и педиатров, организаторов здравоохранения, имеющих отношение к службе родовспоможения.

Координацию работы по внедрению 10 принципов инициативы в практику родильных домов осуществляет научно-практический Центр по пропаганде и поддержке грудного вскармливания Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

На 1 июня 2006 г. 231 родильный дом (отделения) в 41 субъекте РФ, в том числе и акушерский стационар нашей кафедры (родильный дом №25 в Москве, главный врач М.А. Оленева), удостоены звания «Больница, доброжелательная к ребёнку». Количество родов, ежегодно принимаемых в таких родильных домах (отделениях), колеблется от 100 в сельских районах до 5000 в крупных индустриальных городах. В целом по РФ доля родов в больницах, поддерживающих современные перинатальные технологии, выросла от 0,2% в 1996 г. до 17,4% за последние годы [Абольян Л.В., 2006] (табл. 3-11).

На сегодняшний день во многих областях страны накоплен положительный опыт применения современных перинатальных технологий. Снижается распространённость гнойно-септических заболеваний среди матерей и новорождённых, младенцы быстрее прибавляют в массе тела, лучше протекает послеродовый период у матерей (хорошая сократимость матки, реже возникает послеродовый мастит). Показатели, характеризующие состояние здоровья детей первых лет жизни, также улучшаются. Все меньше возникает НЗМЖ.

По расчётам ВОЗ, увеличение на 40% доли новорождённых, получающих грудное вскармливание, приведёт к сни-

Таблица 3-11

Динамика числа акушерских стационаров и субъектов Российской Федерации, включившихся в Инициативу «Больница, доброжелательная к ребёнку» (1996–2003).

| Годы | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Стационары | 1 | 3 | 5 | 17 | 41 | 75 | 119 | 159 |
| Субъекты федерации | 1 | 3 | 4 | 8 | 16 | 25 | 29 | 34 |

жению смертности от респираторных инфекций среди детей младше 18 мес на 50%, а смертности от диареи в той же возрастной группе — на 66%.

Наши данные свидетельствуют, что современные перинатальные технологии способны снизить частоту инфекционно-воспалительных заболеваний среди новорождённых в 7–15 раз, среди младенцев — в 6 раз, повысить индекс здоровья детей в 2 раза и более [Радзинский В.Е., 2000].

Исследуя клинико-эпидемиологическое и санитарное состояние, а также инфекционную заболеваемость родильниц и новорождённых на упоминавшейся акушерской базе кафедры до и после внедрения современных перинатальных технологий, мы получили следующие данные [Оленева М.А., 2006].

Изученный родильный дом был построен в 1958 г. и рассчитан на 150 коек. Это типичный родильный дом Москвы; подобные, отдельно стоящие родильные дома, построенные в 50-е годы прошлого века, обеспечивают более половины родов мегаполиса.

Согласно проекту 1957 г., родильный блок имеет два родильных зала на три рахмановские кровати каждый, причём одновременно работает только один родильный зал. Предродовая представлена четырьмя трёхместными палатами. Родильный блок имеет только одну операционную. Санитарная комната, общая для родового блока и операционного отделения, находится в центре, на пересечении двух коридоров. В послеродовом отделении в палатах площадью 42 м² размещались 8–9 коек (по проекту — 6), одно- и двухместных палат предусмотрено не было. В отделении патологии беременных, рассчитанном на 40 коек, обычно находилось до 50 беременных. Обсервационное отделение также было переполнено, и вместо 2–3 беременных в палатах находились 4–6 человек.

По проекту родильный дом был оснащён приточно-вытяжной механической вентиляцией, но кондиционирование воздуха не проводилось (отсутствует до сих пор). В проекте не были предусмотрены молочная комната, цен-

тральное стерилизационное отделение (функционирует с 1981 г.), комнаты для хранения чистого и грязного белья, палаты интенсивной терапии для новорождённых и женщин, резервное горячее водоснабжение. В observationalном отделении не были предусмотрены ни малая, ни большая операционные, также отсутствовал процедурный кабинет. При таком санитарно-техническом состоянии нагрузка на роддом была следующая: 180 коек, 30–35 родов в сутки, 5,5–6 тыс. родов в год.

Все дети находились в детских палатах, на один пост приходилось 30 детей. С учётом необходимости шести пеленаний каждого ребёнка в сутки, руки медицинских сестёр должны были быть помыты 180 раз. К сожалению, эта нереальная цифра не могла соответствовать действительности.

После каждого кормления дети докармливались и допаивались в детских палатах; бутылочки с водой и смесью хранились в детской. Сцеженное молоко собирали в молочной комнате, затем пастеризовали. Нагрузка на детскую палату была высокой, палаты не «выстаивались». Существовало понятие «разгрузочной» палаты, где собирали детей разных дней рождения (3–11-е сутки).

В результате подобной организации родовспоможения инфицирование женщин и детей происходило ещё в родильном зале. В детских палатах источником инфекции был персонал (руками персонала инфекции передавались от ребёнка к ребёнку). Из-за любых, даже самых незначительных, нарушений в пастеризации молока происходило инфицирование новорождённых при кормлении (вспышки энтероколита), а при сортировке грязного белья в отделении возбудители распространялись воздушно-пылевым путём.

С 1992 г. количество коек было сокращено до проектного. Реконструкция отделения без длительного закрытия невозможна, вследствие чего была проведена реорганизация отделений родильного дома (с 1998 г.). Организовано совместное пребывание, на месте бывших детских палат созданы палаты «Мать и дитя». В отсеке, где находились многоместные палаты, разместилось отделение патологии беременных. В ре-

зультате площадь на одну койку стала соответствовать санитарным нормам.

Стала возможной организация ранней выписки: 3 дня пребывания после физиологических родов и 6 дней — после оперативного родоразрешения. В случае невозможности ранней выписки по медицинским показаниям в палате находится только одна родильница. Система «Мать и дитя» уменьшает нагрузку на медицинских сестёр детского отделения. Таким образом, совместное пребывание решает не только медицинские проблемы, но и организационные.

Для анализа результатов внедрения современных перинатальных технологий методом случайной выборки мы сформировали две группы пар «мать и дитя». Первую группу составили 165 пар, находившиеся в родильном доме после внедрения методики (2002–2004 гг.), а вторую (контрольную) — 150 пар, побывавших в роддоме до внедрения современных перинатальных технологий (до 1998 г.).

За анализируемый период рождаемость в роддоме в среднем составила 3 тыс. родов в год и существенных колебаний не претерпела (рис. 3-9).

Осложнения настоящей беременности, в том числе инфекционно-воспалительные заболевания, у женщин I и II групп встречались одинаково часто. Наиболее значимыми осложнениями беременности в обеих группах были гестоз

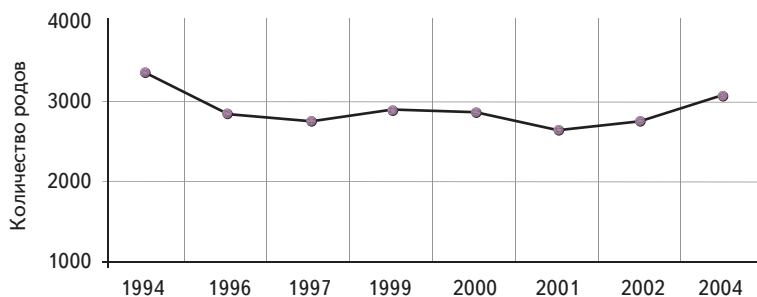


Рис. 3-9. Динамика рождаемости в родильном доме с 1994 по 2004 г.

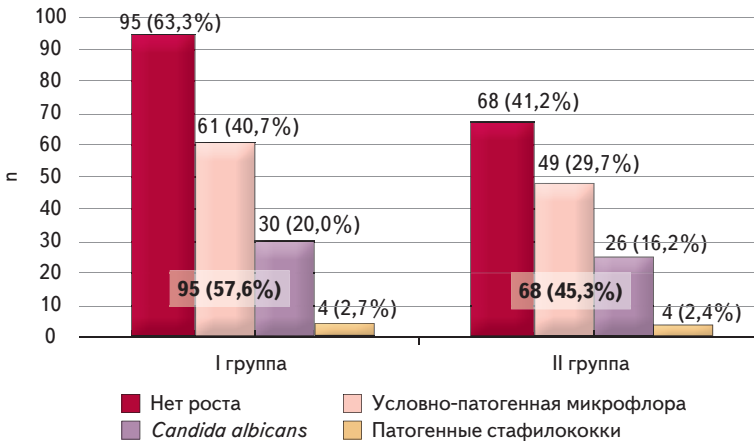


Рис. 3-10. Микрофлора влагалища и цервикального канала перед родами.

и угроза прерывания беременности. Гестоз был диагностирован у каждой четвёртой обследованной беременной, а угроза прерывания — у каждой пятой. Частота преждевременных родов также не отличалась.

Для исключения влияния особенностей биоценоза родовых путей на риск гнойно-септических заболеваний родильниц и новорождённых мы сравнили результаты микроскопии мазка из влагалища и цервикального канала до родов у женщин исследованных групп (рис. 3-10).

Статистически значимых различий в микробиоценозе влагалища пациенток обеих групп не выявлено.

Изучение особенностей течения родов у беременных I и II групп также не выявило значимых отличий. Дородовое излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности встречались чаще других осложнений и составили соответственно 23 и 15% от общего числа женщин. Длительность безводного промежутка более 12 ч выявлена у 12,1% рожениц I и у 14,7% — II группы. Ручное обследование полости матки вследствие плотного прикрепления плаценты или её дефектов было проведено 6 (3,6%) родильницам I группы

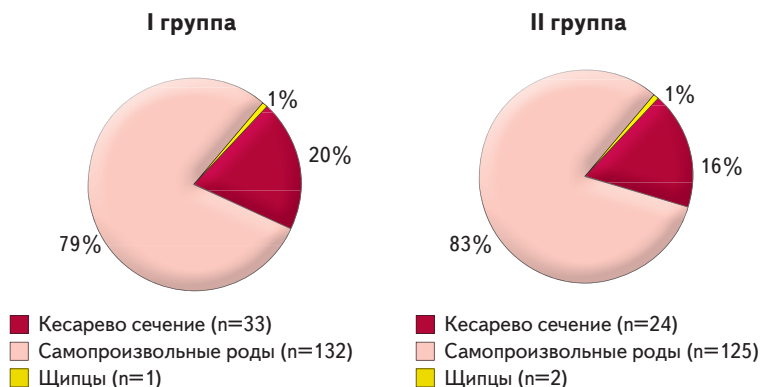


Рис. 3-11. Частота оперативного родоразрешения.

и 8 (5,3%) второй. Травмы промежности осложнили 36,8% всех родов, не имея статистически значимых различий между группами.

Таким образом, изученные группы были сопоставимы по клинико-анамнестическим параметрам и характеру родов, что позволило проводить их адекватное сравнение.

Особое внимание было уделено оперативному родоразрешению как фактору риска гнойно-септических заболеваний родильниц и новорождённых. Ниже приведён анализ частоты кесарева сечения и операции наложения акушерских щипцов у женщин сравниваемых групп (рис. 3-11).

Несмотря на то, что число оперативных родов в I группе несколько выше, разница оказалась статистически незначительной. Вместе с тем до внедрения перинатальных технологий осложнения оперативного родоразрешения наблюдались у 8,3% родильниц, а после внедрения — ни у одной родильницы в исследовании.

Особенности течения послеродового периода приведены в табл. 3-12 и 3-13.

В послеродовом периоде у женщин II группы гнойно-септические осложнения возникали в 2–3 раза чаще. До внедрения современных перинатальных технологий родильни-

Таблица 3-12

Особенности течения послеродового периода, n (%)

| Группа | n | Выскабливание стенок полости матки | Субинволюция матки | Гематометра | Остатки плацентарной ткани | Лактостаз | Трещины сосков |
|--------|-----|------------------------------------|--------------------|-------------|----------------------------|-----------|----------------|
| I | 165 | 5* (3,0) | 2 (1,2) | 2 (1,2) | 3* (1,8) | 0 | 13* (7,9) |
| II | 150 | 11 (7,3) | 3 (2,0) | 2 (1,3) | 6 (4,0) | 9 (6,0) | 68 (45,3) |

Примечание: * — $p < 0,05$ (критерий $\times 2$).

Таблица 3-13

Гнойно-септические осложнения послеродового периода, n (%)

| Группа | n | Эндомиометрит | Расхождение швов | Послеродовая язва | Мастит | Всего |
|--------|-----|---------------|------------------|-------------------|---------|----------|
| I | 165 | 1 (0,6) | 0 | 1 (0,6) | 0 | 2 (1,2)* |
| II | 150 | 4 (2,7) | 2 (1,3) | 0 | 2 (1,3) | 8 (5,3) |

Примечание: * — $p = 0,04$ (критерий $\times 2$).

цам в 2,4 раза чаще приходилось переносить выскабливание стенок полости послеродовой матки, в 5,5 раз чаще возникали трещины сосков, часто формировался лактостаз.

Получается, гнойно-септические заболевания осложняли течение послеродового периода в основном до внедрения современных перинатальных технологий. Наиболее частым нарушением (эндомиометритом) в 4,5 раза чаще страдали женщины II группы.

Динамика гнойно-септической заболеваемости родильниц в исследованном родильном доме представлена на рис. 3-12.

При бактериологическом исследовании первородной смазки у новорождённых от женщин I и II группы определена микробная обсеменённость в 17 (10,3%) и 21 (14%) случаях. Сразу после рождения преобладали ассоциации энтеро-

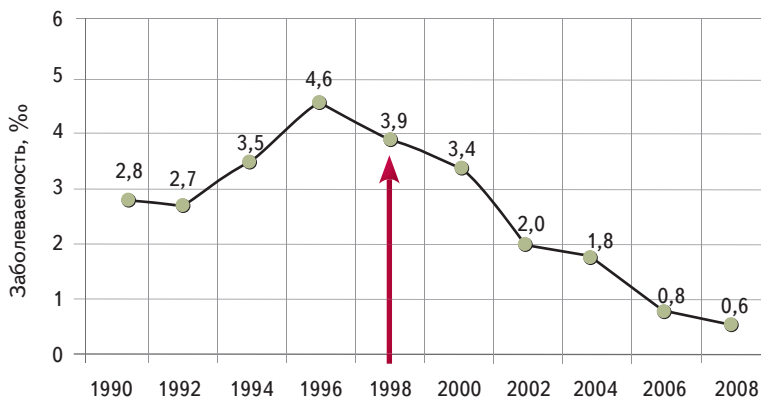


Рис. 3-12. Гнойно-септическая заболеваемость родильниц в типичном родильном доме Москвы, %. Стрелкой обозначен период внедрения современных перинатальных технологий.

кокка с грибами рода *Candida* и стафилококками. Идентичность микрофлоры влагалища и возбудителей, выделенных из первородной смазки, прослежена более чем в 85% случаев. Это подтверждает факт начальной микробной колонизации кожи новорождённого во время прохождения по родовым путям матери.

Ниже приведены данные о течении периода ранней адаптации новорождённых обеих групп (табл. 3-14).

Таблица 3-14

Течение раннего неонатального периода, n (%)

| Группа | n | Удовлетворительное состояние | Хроническая гипоксия | Незрелость | ЗРП | Отеки I степени | Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости |
|--------|-----|------------------------------|----------------------|------------|---------|-----------------|---|
| I | 165 | 124 (75,2) | 31 (18,8) | 5 (3,0) | 3 (1,8) | 1 (0,6) | 13* (7,9) |
| II | 150 | 110 (73,3) | 42 (28,0) | 5 (3,3) | 2 (1,3) | 1 (0,7) | 23 (15,3) |

Примечание: * — $p < 0,05$ (критерий χ^2).

Несмотря на то, что у большинства детей период ранней адаптации протекал удовлетворительно, симптомы хронической внутриутробной гипоксии несколько чаще встречались во II группе (сухие и шелушащиеся кожные покровы, мышечная дистония, нестойкость рефлексов, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости). Признаки морфологической и функциональной незрелости (гестационный возраст этих детей по шкале Беллард соответствовал 37–38 нед беременности), ЗРП и отёчный синдром встречались с равной частотой у детей при совместном и раздельном пребывании.

Чтобы определить эффективность внедрённых технологий, мы оценили заболеваемость новорождённых в течение 30 дней. Полученные данные представлены в табл. 3-15.

Число гнойно-септических заболеваний новорождённых после внедрения перинатальных технологий и реорганизации родильного дома снизилось в 2,6 раза. Кроме того, применённые технологии ориентированы на предотвращение интра- и постнатальных гнойно-септических заболеваний, но не влияют на антенатальное инфицирование. Таким образом, результативность внедрённых мероприятий можно корректно оценить, учитывая вклад внутриутробного инфицирования новорождённых в общую гнойно-септическую заболеваемость детей. Данный показатель составил 1,2% в I группе и 0,7% во II. Динамика гнойно-септической заболеваемости новорождённых представлена на рис. 3-13.

Таблица 3-15

Заболеваемость новорождённых до 30 дней жизни, n (%)

| Группы | n | Везикуло-пустулёз | Абсцесс | Пиодермия | Конъюнктивит | Дахроцистит | Омфалит | Прочие | Сепсис | Всего |
|--------|-----|-------------------|---------|-----------|--------------|-------------|---------|---------|---------|----------|
| I | 165 | 0 | 0 | 1 (0,6) | 1 (0,6) | 0 | 0 | 1 (0,6) | 0 | 3 (1,8)* |
| II | 150 | 0 | 0 | 1 (0,7) | 3 (2) | 0 | 1 (0,7) | 1 (0,7) | 1 (0,7) | 7 (4,7) |

Примечание: * — $p < 0,05$ (критерий χ^2).

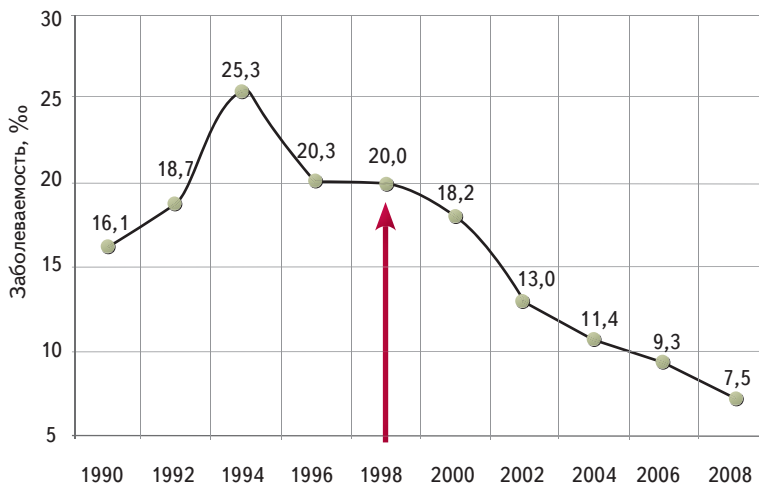


Рис. 3-13. Гнойно-септическая заболеваемость новорождённых в типичном родильном доме Москвы, %. Стрелкой обозначен период внедрения современных перинатальных технологий.

Итак, внутрибольничное инфицирование детей до внедрения перинатальных технологий составляло 4%, а после внедрения — только 0,6%.

Реорганизация службы родовспоможения в роддоме привела к снижению гнойно-септической заболеваемости новорождённых почти в 7 раз!

Для определения эпидемиологической обстановки была изучена микробная обсеменённость родильного дома до и после внедрения перинатальных технологий (табл. 3-16).

Качественно видовой состав выделенных микроорганизмов изменился незначительно. Доминировала условно-патогенная грамотрицательная микрофлора, представленная преимущественно энтеробактериями, часто встречались золотистый стафилококк и клебсиеллы (антибиотико- и антисептикоустойчивые возбудители). Но после реорганизации родильного дома количество патогенов больничной микро-

Таблица 3-16

**Видовой состав микроорганизмов,
выделенных из внешней среды**

| Микроорганизмы | До внедрения современных перинатальных технологий | После внедрения современных перинатальных технологий |
|------------------------|---|--|
| Золотистый стафилококк | 18,2 | 7,7* |
| Протей | 9,1 | 7,7 |
| Синегнойная палочка | 9,1 | 7,7 |
| Серрация | 9,1 | 15,4 |
| Кишечная палочка | 15,4 | 6,1* |
| Клебсиелла | 18,2 | — |
| Энтеробактерии | 23,1 | 18,2 |
| Цитробактерии | 23,0 | 9,0* |

Примечание: * — $p < 0,05$ (критерий χ^2).

Таблица 3-17

**Видовой состав микроорганизмов,
выделенных из очагов воспаления у новорождённых, %**

| Микроорганизмы | До внедрения современных перинатальных технологий | После внедрения современных перинатальных технологий |
|---------------------------|---|--|
| Золотистый стафилококк | 45 | 20,2* |
| Эпидермальный стафилококк | 9,1 | 9,1 |
| Стрептококк | 9,1 | 12,6 |
| Синегнойная палочка | 16,7 | — |
| Кишечная палочка | 27,7 | 16,7 |
| Клебсиелла | 9,1 | — |

Примечание: * — $p < 0,05$ (критерий χ^2).

флоры снизилось почти для всех штаммов. Этот факт повлиял на видовой состав микрофлоры, выделенной из очагов воспаления у новорождённых (табл. 3-17) и родильниц (табл. 3-18).

Таблица 3-18

**Видовой состав микроорганизмов, выделенных из очагов
воспаления у родильниц, %**

| Выделенные микроорганизмы | Родильницы | |
|---------------------------|---|--|
| | До внедрения современных перинатальных технологий | После внедрения современных перинатальных технологий |
| Золотистый стафилококк | 54,3 | 16,4* |
| Эпидермальный стафилококк | 10,5 | 16,4 |
| Кишечная палочка | 21 | 16,4 |
| Клебсиелла | 14,2 | — |

Примечание: * — $p < 0,05$ (критерий χ^2).

После внедрения современных перинатальных технологий среди возбудителей гнойно-септических заболеваний более чем в 2 раза уменьшилась доля золотистого стафилококка, в 1,5 раза — кишечной палочки. Синегнойная палочка и клебсиелла не были выделены ни в одном случае.

У родильниц распространённость золотистого стафилококка и кишечной палочки также заметно снизилась, клебсиелла исчезла полностью. В то же время частота высевания условно-патогенного эпидермального стафилококка несколько возросла.

Таким образом, внедрение современных перинатальных технологий, основанных на исключительно грудном вскармливании, привело к снижению общей обсеменённости роддома и высевания патогенных микроорганизмов в пользу условно-патогенных. Следовательно, можно сделать вывод о наличии устойчивой тенденции к снижению гнойно-септических и других заболеваний новорождённых и родильниц.

На сегодняшний день не вызывает сомнений важность психологического комфорта матери и маленького ребёнка грудного и раннего возраста. С целью сохранения и укрепления их здоровья необходимо организовать просвещение и обучение родителей и членов их семей.

Во многих странах широко распространена немедицинская работа с беременными, роженицами и кормящими матерями. В России, Голландии, Дании, Англии, США, Канаде и других странах активно функционируют центры дородовой подготовки и пренатального воспитания. Существуют также материнские центры, специализирующиеся на самостоятельных «родах без вмешательств». Во многих цивилизованных странах распространены роды на дому.

Активную работу по поддержке и поощрению грудного вскармливания ведут общественные немедицинские организации: Международная молочная лига (LLL), Международная сеть для проведения действий в защиту детского питания (International Baby Food Action Network, IBFAN), Всемирный союз действий в защиту грудного вскармливания (World Alliance for Breastfeeding Actions, WABA) и др.

В большинстве случаев внедрению современных перинатальных технологий в значительной степени препятствует консерватизм медицинских работников. Особенно этим грешат специалисты старшего поколения, заслуженно гордящиеся хорошими результатами своей работы и не учитывающие смену эпидемиологической ситуации в мире. С этим связано развитие множества немедицинских организаций, пропагандирующих современные технологии. Беда в том, что не имеющие медицинского образования оппоненты хоть и призывают вернуться к «традиционным» технологиям вскармливания, зачастую выступают против медицинской помощи в родовспоможении вообще.

Таким образом, именно профессиональные научные исследования по внедрению современных перинатальных технологий будут способствовать компромиссу между сторонниками консервативных и рациональных форм родовспоможения, оптимизации ухода за детьми первого года жизни.

РЕЗЮМЕ

- Катастрофическая ситуация в современной демографии обусловлена снижением рождаемости, неудовлетворитель-

ным здоровьем женщин, сохранением высокой перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

- В наше время сформировался своеобразный порочный круг: снижение здоровья взрослых ухудшает показатели здоровья их детей. Становясь родителями, следующее поколение рождает ещё более больных. Переломить эту тенденцию возможно. Для этого необходимо внедрить современные перинатальные технологии — они предотвращают заболевания здоровых и улучшают показатели здоровья больных матерей и детей.
- Ключевым звеном современных перинатальных технологий нужно считать эксклюзивное (*seu* исключительное) грудное вскармливание.
- Альтернативы грудному вскармливанию не существует, ибо адекватных заменителей материнского молока до сих пор нет, и, очевидно, не может быть.
- Польза грудного вскармливания заключается не только в составе женского молока, но и в установлении уникальной, неповторимой связи между кормящей матерью и её ребёнком.
- Истинная агалактия или гипогалактия встречается всего у 3% женской популяции, остальные случаи недостатка молока у матери обусловлены дефектами организации вскармливания.
- Никакие болезни и осложнения беременности не влияют на лактацию при условии правильной организации грудного вскармливания младенцев.
- Средств, реально повышающих выработку грудного молока (экскрецию пролактина), в современном мире нет. Все публикации о возможной стимуляции выработки молока не имеют подтверждения с точки зрения доказательной медицины.
- Оптимальная продолжительность лактации — вопрос не решённый до конца. Специалисты по грудному вскармливанию считают средней лактацию в течение 1 года и 3 мес. Вводить докорм рекомендуется не ранее 6-месячного возраста ребёнка.

- Следствие грудного вскармливания — не только снижение инфекционной заболеваемости. Развитие органов и систем растущего ребёнка происходит правильно; доказано положительное влияние грудного вскармливания на уровень интеллекта. Отдалённые результаты подтверждают снижение заболеваемости детей и подростков, следовательно, грудное вскармливание улучшает здоровье будущих поколений.
 - Вскармливание ребёнка грудным молоком полезно и для организма женщины: снижается риск инфекционно-воспалительных и других заболеваний в пуэртии, заболеваний репродуктивной системы в дальнейшем и т.д. Ранний (до 6 мес после родов) отказ от грудного кормления следует рассматривать как прерывание репродуктивного цикла «беременность—роды—лактация», что негативно сказывается на дальнейшем здоровье женщины.
-

конечного множества причин, связанных как с образом жизни человека, так и с особенностями внутренней среды организма. В настоящее время эпидемиология и этиология НЗМЖ — предмет интенсивного изучения; от результатов этой работы зависит направление профилактики заболевания в будущем.

Приведённые выше факты и рекомендации лишь иллюстрируют отсутствие программы с клинически и статистически доказанной эффективностью, стандартизованного и полноценного маммологического обследования и лечения женщин. Проблема снижения заболеваемости НЗМЖ и РМЖ всё ещё ждёт своего решения.

Учитывая, что с функциональной точки зрения молочные железы и половые органы едины в составе репродуктивной системы, совершенно рациональным представляется создание единого гинекологическо-маммологического скрининга женщин из групп риска по заболеванию молочных желёз (раздел 4–3).

Второй важный вывод: в тактику оздоровления женщин при заболеваниях молочных желёз необходимо внедрить стратегию риска. Это позволит выбирать необходимый объём диагностических исследований в каждом конкретном случае (раздел 4–4).

4.3. Единый диагностический гинекологический и маммологический скрининг

Существует много разнообразных методов исследования, ориентированных на раннюю диагностику заболеваний молочных желёз. Однако единая тактика их применения не разработана, авторы противоречат друг другу, обсуждая эффективность и чувствительность каждого способа. Между тем число случаев НЗМЖ и РМЖ неуклонно растёт.

Основываясь на уже упомянутом тезисе о единстве репродуктивной системы женщины, на нашей кафедре в 2000 г.

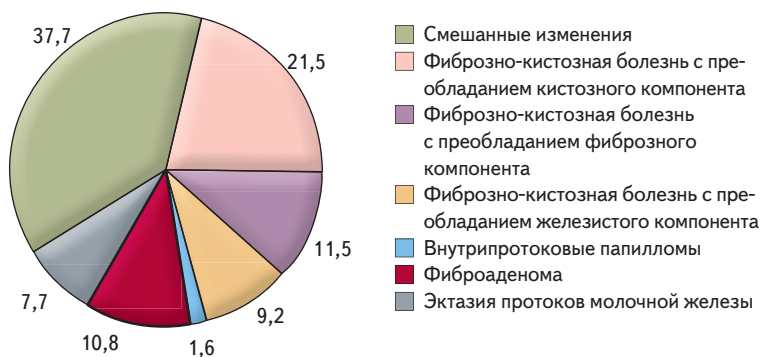


Рис. 4-16. Структура заболеваний молочных желёз, %.

было проведено уникальное исследование. Целью работы стало изучение возможных сочетаний заболеваний молочных желёз и половых органов [Иванова Т.Н., 2001].

Для этого было обследовано 130 женщин репродуктивного возраста с доброкачественными заболеваниями молочных желёз и 120 гинекологических больных, находившихся на стационарном лечении по поводу различных гинекологических заболеваний. Средний возраст пациенток, страдавших заболеваниями молочных желёз, составил $37,96 \pm 0,64$ года, а женщин с гинекологическими заболеваниями — $39,29 \pm 8,75$ лет. Все больные прошли как маммологическое, так и гинекологическое обследование; в результате удалось перекрёстно оценить и сопоставить структуру изучаемых заболеваний в обеих группах.

Распределение болезней и патологических состояний молочных желёз в группе маммологических больных представлено на рис. 4-16.

Более половины обследованных женщин — 84 (64,6%) — ранее уже перенесли операции на молочной железе. Несмотря на это, у 59,2% пациенток нами были диагностированы либо смешанные изменения в молочных железах, либо преобладание кистозного компонента. Частота фиброаденомы, эктазии протоков молочной железы, а также НЗМЖ с преобладанием фиброзного и железистого компонентов была почти рав-

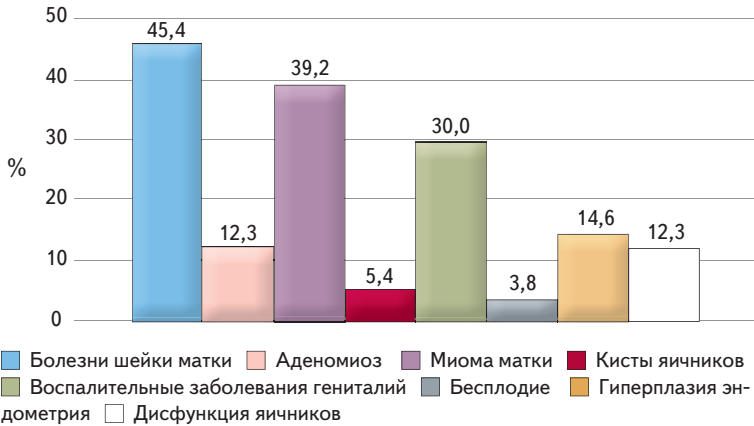


Рис. 4-17. Структура гинекологической заболеваемости у женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз.

на — у каждой десятой пациентки. Наиболее редко встречались изолированные внутрипротоковые папилломы.

Гинекологическое обследование женщин с заболеваниями молочных желёз позволило диагностировать заболевания половых органов у 110 (84,6%) из них. Больше половины случаев составили сочетания нескольких гинекологических заболеваний, их структура приведена на рис. 4-17.

Почти у каждой второй пациентки были обнаружены заболевания шейки матки, более трети женщин страдали миомой матки. Хронические воспалительные заболевания половых органов диагностированы у каждой третьей обследованной женщины. Частота встречаемости аденомиоза, гиперплазий эндометрия и дисфункций яичников была примерно одинакова и составила от 12 до 14%.

Параллельное обследование гинекологических больных позволило собрать не менее интересные данные. Структура гинекологических заболеваний в этом случае отражена на рис. 4-18.

59 (49,2%) женщин на момент исследования находились в гинекологическом отделении по поводу маточных кровотечений

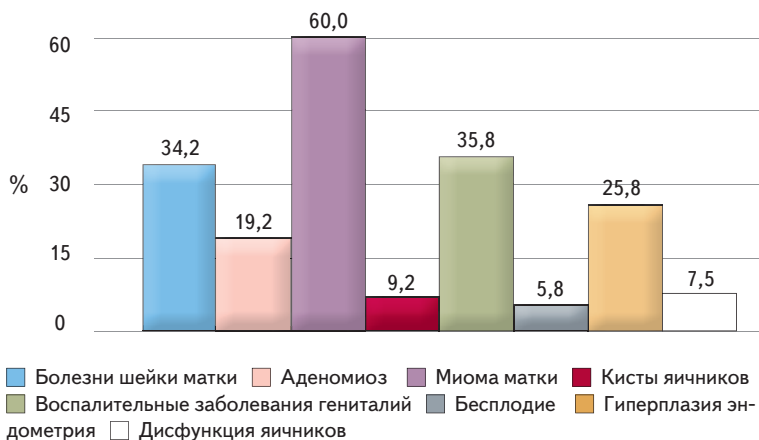


Рис. 4-18. Структура заболеваемости гинекологических больных.

различного генеза, 17 (14,2%) — с обострением хронических воспалительных заболеваний половых органов, 11 (9,1%) — с опухолями яичников и 33 (27,5%) поступили для планового оперативного лечения по поводу миомы матки.

Таким образом, наиболее частым диагнозом у обследованных больных была миома матки, у 15 (12,5%) из них она сочеталась с гиперплазией эндометрия и у 12 (10,0%) — с аденомиозом. Сочетание указанных заболеваний (миома матки, гиперплазия эндометрия и аденомиоз) выявлено у 8 (6,7%) женщин. У каждой третьей пациентки диагностированы воспалительные заболевания матки и придатков, а также болезни шейки матки.

Маммологическое обследование позволило обнаружить патологические изменения в молочных железах у 97 (80,8%) женщин, страдавших гинекологическими заболеваниями. Структура их представлена на рис. 4-19.

Только каждая пятая пациентка обращалась ранее к специалистам с различными жалобами, касающимися молочных желёз, был установлен диагноз «мастопатия». До 35% женщин отмечали жалобы, характерные для заболеваний молочных желёз, но не придали им особого значения и к врачу не обращались. У 25% женщин этой группы отмечены патологиче-

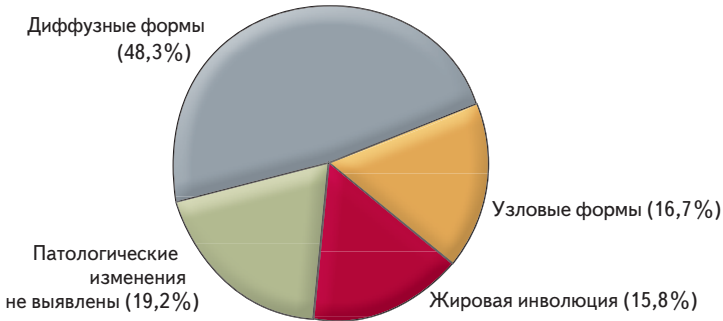


Рис. 4-19. Структура заболеваемости молочных желёз у гинекологических больных.

ские изменения в молочных железах по результатам скринингового обследования, но каких-либо жалоб не было.

При мануальном исследовании узловые образования в молочных железах были найдены у 15 женщин (12,5%), выделения из сосков молочных желёз — у 9 (7,5%), причём у трёх пациенток выделения были кровянистыми. После сонографического и маммографического обследования узловые пролифераты в молочных железах обнаружили ещё у пяти пациенток, в сумме почти у 17% обследованных женщин. Всем им было рекомендовано и проведено оперативное лечение.

Только у 23 пациенток (пятая часть изученного контингента) не было патологических изменений молочных желёз.

Следующим этапом работы стало сравнение изменений молочных желёз у больных с миомой матки в различных сочетаниях с другими гинекологическими заболеваниями, в том числе и хроническими воспалительными (рис. 4-20).

В группе с диагностированными заболеваниями молочных желёз до 90% пациенток страдали ещё и миомой матки. Изолированным миомам матки сопутствовали преимущественно диффузные формы НЗМЖ, лишь у 11% женщин в этой группе патологических изменений в молочных железах не было. При комбинации миомы матки с другими гиперпластическими процессами (гиперплазия эндометрия, аденомиоз и их сочетание)

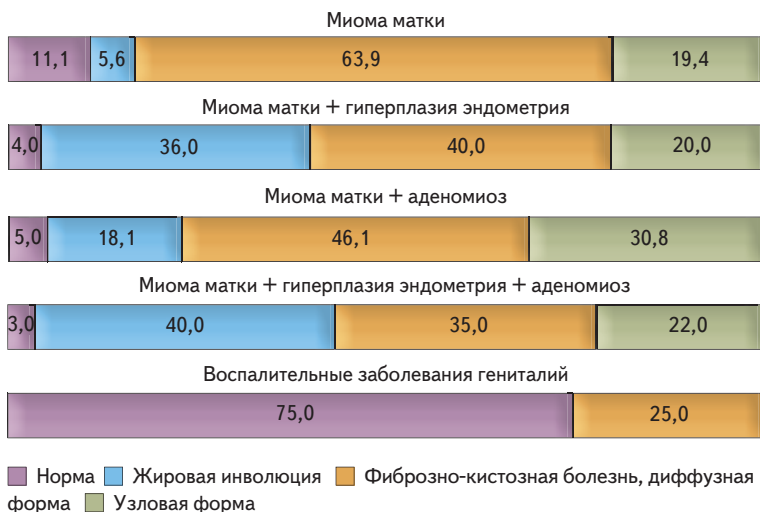


Рис. 4-20. Изменения в молочных железах у женщин с заболеваниями половых органов, %.

доля как диффузных изменений, так и интактных молочных желёз сократилась. Зато возросла роль узловых форм НЗМЖ (максимум — при сочетании миомы матки с аденомиозом) и жировой инволюции ткани молочных желёз (максимум — при сочетании миомы матки с гиперплазией эндометрия).

У больных с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов НЗМЖ были диагностированы у каждой четвёртой пациентки (исключительно диффузные изменения тканей).

Таким образом, комплексное гинекологическое и маммологическое обследование позволило подтвердить высокую сочетаемость заболеваний молочных желёз и половых органов — до 85% (рис. 4-21). При этом среди женщин, проходивших лечение по поводу заболеваний молочных желёз, впервые диагностированные гинекологические заболевания увеличили более чем на 20% число пациенток с нарушениями в репродуктивной системе.



Рис. 4-21. Результаты гинекологического и маммологического обследования.

В группе больных гинекологическими заболеваниями результаты оказались ещё более удручающими: число женщин с впервые обнаруженными патологическими изменениями молочных желёз увеличило общее число ранее диагностированных состояний в 4 раза!

Изложенные данные не только клинически подтверждают единство патогенеза болезней молочных желёз и половых органов, но и диктуют необходимость комплексного обследования женщин акушерско-гинекологической и маммологической службой с обязательным использованием специальных методов обследования (эндокринологическое, сонографическое, маммографическое, цитологическое и др.).

На основании результатов проведённой работы нами был разработан алгоритм комплексного гинекологического и маммологического скрининга (рис. 4-22). Эта тактика позволяет диагностировать до 50% ранее не обнаруженных заболеваний молочных желёз и половых органов, преимущественно на ранних стадиях.

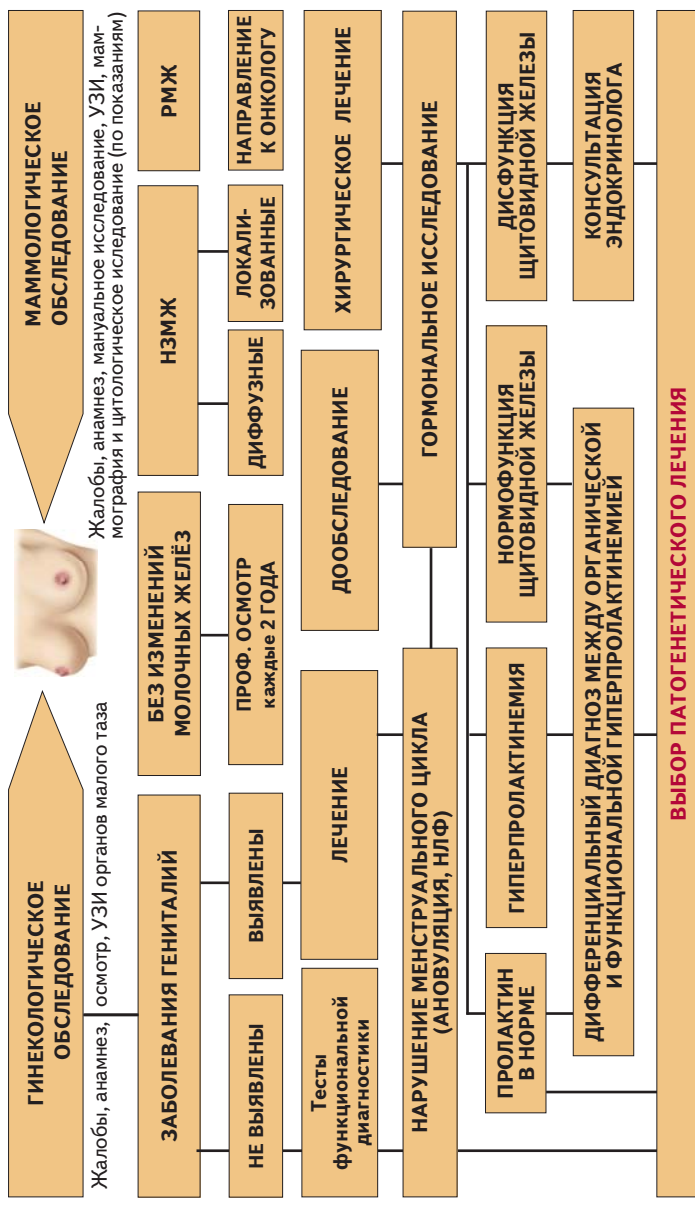


Рис. 4-22. Алгоритм единого гинекологического и маммологического обследования. НЛФ — недостаточность лютеиновой фазы.

Предложения подобных алгоритмов по выбору тактики при доброкачественных заболеваниях молочных желёз были и раньше. Однако некоторые рекомендации в этих разработках однонаправлены и не включают гинекологического обследования пациенток с НЗМЖ. Например, алгоритм, предложенный Киной Е.Ф., Скрябиным О.Н., Цвелёвым Ю.В. (2000), обязывает исследовать гормональный профиль, выполнять УЗИ органов малого таза, щитовидной железы, печени и поджелудочной железы всем пациенткам с доброкачественными заболеваниями молочных желёз, но не регламентирует проведение маммологического исследования у гинекологических больных.

Главный принцип нашего алгоритма: **все женщины, обратившиеся к гинекологу, независимо от гинекологического диагноза или его отсутствия, должны обязательно пройти обследование молочных желёз.** И наоборот, при обращении женщины к любому специалисту (маммологу, онкологу, хирургу) по поводу заболевания молочных желёз, необходимо гинекологическое обследование.

Второй принцип — **женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желёз требуют углублённого гинекологического обследования.** При этом не следует ограничиваться гинекологическим осмотром и УЗИ органов малого таза.

Углублённое гинекологическое обследование включает тесты функциональной диагностики, а при ановуляции или недостаточности лютеиновой фазы — исследование гормонального профиля. Именно этим способом удастся выделить группу женщин с гиперандрогенией, дисфункцией щитовидной железы, гиперпролактинемией, то есть состояниями, требующими обязательной коррекции.

Разработанный нами алгоритм поможет своевременно диагностировать смежную патологию, что необходимо для выбора схемы лечения. В свою очередь, комплексный подход к терапии гинекологических заболеваний и болезней молочных желёз повысит эффективность лечения, уменьшит число рецидивов и случаев РМЖ (глава 5).

Таблица 4-2

Распределение женщин с гинекологическими заболеваниями по возрастным группам

| Группы | № | Репродуктивный возраст | | Перименопаузальный возраст | |
|-------------------------------------|-----|------------------------|-------------|----------------------------|--------------|
| | | п (%) | M±m | п (%) | M±m |
| НЗМЖ + гинекологические заболевания | 210 | 140 (66,7) | 34,49±6,99 | 70 (33,3) | 50,83±5,76 |
| Только гинекологические заболевания | 100 | 65 (65) | 36,83±5,86* | 35 (35,0) | 48,57±3,13** |
| Всего | 310 | 205 (66,1) | 35,23±6,73 | 105 (33,9) | 50,08±5,13 |

Примечание: при сравнении с группой контроля. * — $p=0,02$; ** — $p=0,03$.

По данным скринингового исследования, у пациенток младше 36 лет частота диффузных и узловых форм НЗМЖ практически равна. Средний возраст женщин с диффузной формой составил $38,25 \pm 0,15$ лет. Более трети из них были в возрасте 35–40 лет. Большинство женщин (85,6%) с узловыми формами были старше 45, но моложе 50 лет. У каждой второй пациентки старше 40 лет была диагностирована фиброаденома или внутрипротоковая папиллома, у каждой четвертой в возрасте 46–49 лет — кисты молочных желёз.

Приведённые данные двух исследований подтверждают: риск развития НЗМЖ повышается с возрастом, но только у пациенток из группы риска по гиперпластическим процессам матки (суммирование рисков). На раннее развитие НЗМЖ у пациенток репродуктивного возраста, возможно, воздействуют более сильные факторы риска, чем возраст.

4.4.2. Факторы риска: наследственность

Обсуждая вопрос о роли наследственности в возникновении доброкачественных поражений и опухолей молочной же-

лезы, некоторые авторы утверждают, что генетически детерминированы как неполноценность ткани молочной железы (органа-мишени), так и гормональный дисбаланс [Дуда И.В., Герасимова Л.Н., 1996; Питух П.М., 1995]. Органы-мишени по этой теории имеют «наивысшую отборочную чувствительность» к гормональным воздействиям (наследование особенностей рецепции?). Например, риск НЗМЖ увеличивается в 11,9 раза у кровных родственниц больных РМЖ по материнской линии по сравнению с женщинами безотягощающих наследственных факторов [Сидоренко Л.Н., 1991]. Утверждают также, что вклад генетических факторов в общую подверженность заболеванию составляет 52% [Питух П.М., 1995]. По данным Б.Ф. Хурасева (1998), кровные родственницы женщин с НЗМЖ часто страдают не только заболеваниями молочных желёз, у них также нарушена эндокринная регуляция репродуктивной функции.

При ретроспективном анализе заболеваний у пробандов пациенток с НЗМЖ (мать, сестра, родные сёстры матери и отца, бабушки) нами установлена тенденция к развитию гиперпластических процессов эндо- и миометрия (табл. 4-3).

Чаще всего доброкачественные заболевания молочных желёз у ближайших родственниц отмечали женщины с гинекологическими заболеваниями. У каждой четвёртой женщины с гиперпластическими процессами половых органов, а также у пациенток с воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы и доброкачественными болезнями шейки матки в сочетании с маммологическими заболеваниями выявлена наследственная отягощённость доброкачественными образованиями молочных желёз. РМЖ у ближайших родственниц женщин с гиперпластическими процессами половых органов отмечен в 2 раза чаще, чем у пациенток с другими гинекологическими заболеваниями.

В контрольной группе у родственниц РМЖ не было.

Итак, данные о наследственности демонстрируют, что гормонально зависимые заболевания половых органов (миома матки, аденомиоз, гиперплазии эндометрия) в семье встречаются чаще у пациенток с этими же заболеваниями. Картина

Таблица 4-3

**Наследственность женщин, страдавших нераковыми
заболеваниями молочных желёз, n (%)**

| Группы (НЗМЖ + ...) | n | Заболевания у родственниц | | | |
|--|-----|---------------------------|-----------|----------------------------|---|
| | | Молочных желёз | | Гинеко- логи- ческие | Другие онкологические заболевания |
| | | НЗМЖ | РМЖ | | |
| Миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия | 61 | 15 (24,6) | 10 (16,4) | 8 (13,1) | 7 (11,5) |
| Воспалительные заболевания половых орга- нов, доброкаче- ственные болез- ни шейки матки | 49 | 13 (26,5) | 4 (8,2) | 5 (10,2) | 3 (6,1) |
| Гинекологиче- ские заболева- ния не обнару- жены | 20 | 4 (20,0) | 0 | 2 (10,0) | 1 (5,0) |
| Всего | 130 | 32 (24,6) | 14 (10,8) | 15 (11,5) | 11 (8,5) |

по онкологическим заболеваниям других органов в семье аналогична — чаще у пациенток с гормонально зависимыми заболеваниями половых органов.

Параллельное исследование помогло уточнить полученные данные (рис. 4-25).

У ближайших родственниц пациенток, страдавших гинекологическими заболеваниями, маммологические и онкологические заболевания встречались в 3 раза чаще, а гинекологические — в 2 раза чаще при сочетании этих заболеваний с нарушениями в молочных железах. Соответственно, общее число женщин с отягощённым семейным анамнезом было достоверно выше при сочетанных заболеваниях репродуктивной системы.

При анализе результатов обоих исследований оказалось, что сильнее всего на дальнейшее развитие заболеваний мо-

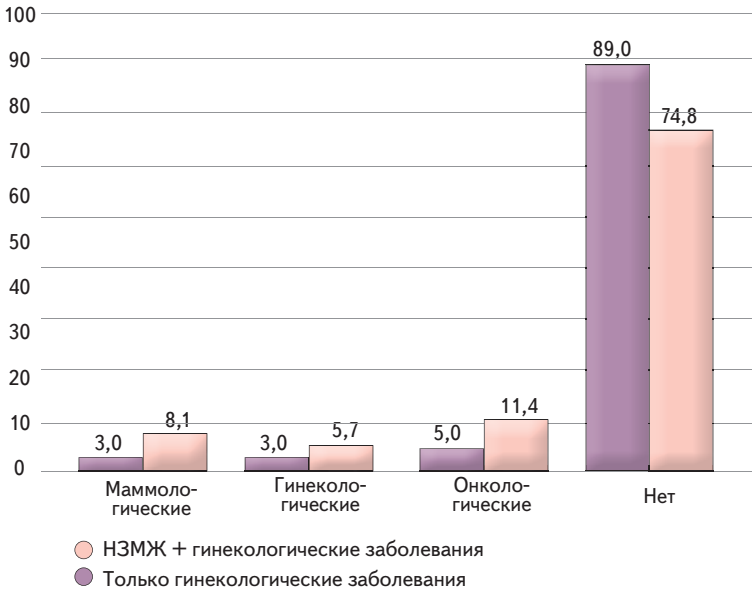


Рис. 4-25. Отягощённая наследственность пациенток с гинекологическими заболеваниями, %.

лочных желёз влияет не сама по себе отягощённая наследственность по этим заболеваниям, а наличие гиперпластических процессов половых органов у ближайших родственниц. Полученные нами данные подтверждают мнение А.Т. Терёшина (1997), В.Н. Прилепской и соавт. (2000) о генетической детерминированности НЗМЖ.

4.4.3. Факторы риска: болезни щитовидной железы

У экстрагенитальных заболеваний, выступающих в роли факторов риска НЗМЖ и РМЖ, весьма заметна взаимосвязь с болезнями эндокринной системы, особенно с заболеваниями щитовидной железы и ожирением (глава 5). Эти состояния — фактор риска дисгормональных гиперплазий молочных желёз [Егорова А.Г., 1998; Серов В.Н., Прилепская В.Н.,

Пшеничникова Г.Я. и соавт., 1995]. При этом важное патогенетическое значение имеет как гипер-, так и гипофункция щитовидной железы. В то же время, по данным П.М. Питух (1995), отклонений функции щитовидной железы в связи с заболеваниями молочных желёз не бывает.

Чтобы разобраться в вопросе, мы проанализировали частоту заболеваний щитовидной железы у пациенток с НЗМЖ. В группе женщин с диффузными формами НЗМЖ заболевания щитовидной железы были обнаружены в 23,2% случаев, у женщин с узловыми формами НЗМЖ — в 16,9%, а в группе пациенток с рецидивами узловых форм НЗМЖ — в 19,4%. Эти показатели оказались ниже, чем в других исследованиях, но значительно выше, чем в среднем для популяции. Например, в Москве распространённость заболеваний щитовидной железы составляет 7,5%. При этом только 3,3% этих женщин с заболеваниями щитовидной железы в сочетании с гиперпластическими процессами матки наблюдает эндокринолог. Соответственно, лишь небольшая доля пациенток получают лечение тиреоидными препаратами.

Количество патологических состояний щитовидной железы у гинекологических больных увеличивалось с 4% до 13,3%, если гинекологические заболевания сочетались с болезнями молочных желёз ($p=0,0123$).

Таким образом, патологические состояния щитовидной железы влияют на развитие болезней молочной железы без прямой взаимосвязи с репродуктивной системой в целом. Возможно, это дополнительный фактор риска раннего развития заболеваний молочных желёз.

4.4.4. Факторы риска: ожирение

Нарушения жирового обмена в сочетании с гиперпластическими заболеваниями органов репродуктивной системы (молочные железы, гениталии) детально описаны нами в главе 5. Здесь мы приводим данные собственного изучения индекса массы тела (ИМТ) по Вреу у пациенток с НЗМЖ в сочетании с гинекологическими болезнями (табл. 4-4).

Таблица 4-4

**Индекс массы тела женщин, страдавших нераковыми
заболеваниями молочных желёз, $M \pm m$**

| Группы | п | ИМТ, кг/м ² |
|---|-----|------------------------|
| I. Миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия | 61 | 25,49±0,65* |
| II. Воспалительные заболевания половых органов, доброкачественные болезни шейки матки | 49 | 22,35±0,38 |
| III. Гинекологические заболевания не диагностированы | 20 | 23,87±1,16 |
| Всего | 130 | 23,93±0,39 |

Примечание: * — $p < 0,05$ при сравнении с группой II.

Таблица 4-5

**Распределение женщин с гинекологическими заболеваниями
в зависимости от значения ИМТ, п (%)**

| Группы | п | ИМТ, кг/м ² | | | |
|-------------------------------------|-----|------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | | менее 19 | 19-25 | 26-30 | 31-40 |
| НЗМЖ + гинекологические заболевания | 210 | 8 (3,9) | 155 (74,0)* | 35 (16,9)** | 12 (5,2)*** |
| Только гинекологические заболевания | 100 | 4 (4,0) | 51 (51,0) | 31 (31,0) | 14 (14,0) |
| Всего | 310 | 12 (3,8) | 206 (66,5) | 66 (21,3) | 26 (8,4) |

Примечание: при сравнении с группой контроля:

* — $p = 0,0001$; ** — $p = 0,005$; *** — $p = 0,0081$.

Диагноз «ожирение» чаще фигурировал у пациенток с гиперпластическими процессами половых органов. Во II и III группах частота этой патологии была в 4–5 раз ниже.

Хотя средние значения ИМТ для каждой группы не выходят за пределы нормы для женщин репродуктивного возраста, показатель у женщин с миомой матки, аденомиозом, гиперплазией эндометрия достоверно выше ($p < 0,05$), чем во II группе, и статистически недостоверно выше, чем в III группе.

Интересны особенности соотношения массы тела и роста у пациенток в зависимости от формы НЗМЖ. С достоверно-

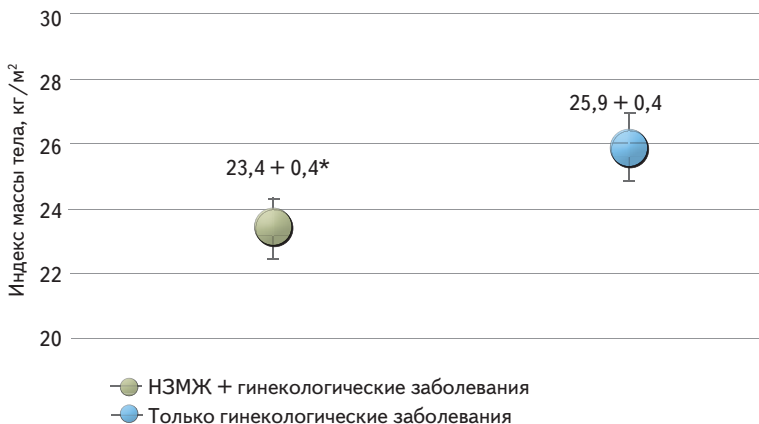


Рис. 4-26. Средние показатели индекса массы тела у пациенток с гинекологическими заболеваниями, $M \pm m$ ($p=0,0001$).

стью $p < 0,05$ средние показатели ИМТ растут при «утяжелении» форм НЗМЖ: $22,33 \pm 0,25$ — при диффузных формах, $24,64 \pm 0,89$ — при узловых и $26,25 \pm 1,1$ — у женщин с рецидивами узловых форм. Эти данные соответствуют результатам, полученным другими специалистами.

Однако, проводя встречное обследование женщин с гинекологическими заболеваниями, мы обнаружили противоположные закономерности (рис. 4-26 и табл. 4-6).

Средние значения ИМТ у женщин без патологических изменений в молочных железах были достоверно выше, чем в случае сочетанных заболеваний. Ожирение отягощало состояние 32% пациенток в группе контроля и только 6,2% женщин в основной группе ($p < 0,005$). В такой ситуации оказался необходимым анализ распределения пациенток по ИМТ.

Выяснилось, что риск сочетания патологических состояний у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, уменьшается по мере увеличения показателей антропометрии. Общее число пациенток с сочетанием заболеваний не отличалось от контрольной группы при ИМТ менее 19 кг/м^2 , было в 1,5 раза меньше при ИМТ $19\text{--}25 \text{ кг/м}^2$, в 2 раза мень-

Таблица 4-6

**Возраст наступления менархе у женщин с нераковыми
заболеваниями молочных желёз**

| Группы | n | M±m, лет | Менархе до 11 лет | Менархе после 16 лет |
|---|-----|------------|-------------------|----------------------|
| Миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия | 61 | 13,03±0,17 | 2 (3,3) | 2 (3,3) |
| Воспалительные заболевания половых органов, доброкачественные болезни шейки матки | 49 | 13,14±0,25 | 1 (2,0) | 4 (8,2) |
| Гинекологические заболевания не диагностированы | 20 | 12,65±0,35 | 1 (5,0) | 1 (5,0) |
| Всего | 130 | 13,02±0,14 | 4 (3,1) | 7 (5,4) |

Примечание: при сравнении групп $p > 0,05$.

ше при ИМТ 26–30 кг/м² и в 3 раза меньше при ИМТ 31–40 кг/м² ($p < 0,05$).

Суммируя результаты перекрёстных исследований, можно заключить, что чем выше ИМТ, тем выше риск возникновения болезней гениталий у женщин с НЗМЖ. Чем ниже ИМТ, тем чаще встречаются НЗМЖ у женщин с гинекологическими заболеваниями (рис. 4-27).

Вероятно, ожирение увеличивает риск гиперпластических процессов матки, не влияя напрямую на развитие заболеваний молочных желёз.

4.4.5. Факторы риска: возраст наступления менархе

В научной литературе представлен огромный материал, посвящённый влиянию различных факторов репродуктивного анамнеза на заболеваемость женщин болезнями молочной железы.

Раннее менархе, по мнению Л.Н. Сидоренко (1991), — фактор, повышающий риск развития доброкачественных заболе-

Содержание

| | |
|---|-----|
| Предисловие | 3 |
| Лирическое предисловие | 5 |
| Введение | 12 |
| Глава I. Эволюционная целесообразность и особенности вскармливания потомства молоком .. | 21 |
| Глава II. Нормальная анатомия, гистоморфология и физиология молочной железы человека | 35 |
| 2.1. Нормальная анатомия и топографические особенности молочной железы | 35 |
| 2.2. Кровоснабжение, лимфоотток и иннервация молочных желёз | 43 |
| 2.3. Морфофункциональные особенности молочных желёз | 47 |
| Глава III. Лактация у человека: теория и практика. .. | 52 |
| 3.1. Состав и преимущества женского молока | 56 |
| 3.2. Физиология лактации | 68 |
| 3.3. Организация грудного вскармливания | 73 |
| 3.4. Внедрение исключительно грудного вскармливания: результаты и проблемы | 88 |
| Глава IV. Нераковые заболевания молочных желёз: диагностика, факторы риска, репродуктивное здоровье женщин | 107 |
| 4.1. Проблемы терминологии и классификации | 107 |
| 4.2. Методы диагностики нераковых заболеваний молочных желёз | 110 |
| 4.3. Единый диагностический гинекологический и маммологический скрининг | 134 |
| 4.4. Стратегия риска. Репродуктивное здоровье женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз | 143 |

| | |
|---|-----|
| 4.4.1. Факторы риска: возраст | 145 |
| 4.4.2. Факторы риска: наследственность. | 147 |
| 4.4.3. Факторы риска: болезни щитовидной железы | 150 |
| 4.4.4. Факторы риска: ожирение | 151 |
| 4.4.5. Факторы риска: возраст наступления менархе | 154 |
| 4.4.6. Факторы риска: характер менструального цикла. | 157 |
| 4.4.7. Факторы риска: репродуктивная функция | 162 |
| 4.4.8. Факторы риска: лактационный анамнез . . | 167 |
| 4.4.9. Факторы риска: контрацепция | 169 |
| 4.5. Математическая характеристика факторов риска нераковых заболеваний молочных желёз | 173 |

Глава V. Влияние гормонов, нейроэндокринных синдромов и заболеваний на состояние молочных желёз

| | |
|--|------------|
| Гиперпролактинемия | 182 |
| 5.1. Эстрогены | 184 |
| 5.2. Прогестерон | 187 |
| 5.3. Андрогены | 191 |
| 5.4. Гонадотропины | 193 |
| 5.5. Глюкокортикоиды | 195 |
| 5.6. Простагландины | 195 |
| 5.7. Гормоны щитовидной железы | 196 |
| 5.8. Ожирение | 199 |
| 5.9. Сахарный диабет. | 199 |
| 5.10. Пролактин | 200 |
| 5.11. Соотношение гонадотропных и половых гормонов в плазме крови | 206 |

Глава VI. Лечение нераковых заболеваний молочных желёз 212

| | |
|--|-----|
| 6.1. Хирургическое лечение нераковых заболеваний молочных желёз | 214 |
| 6.1.1. Кисты молочной железы | 216 |
| 6.1.2. Внутрипротоковые папилломы | 219 |
| 6.1.3. Фиброаденомы молочной железы | 220 |

| | |
|--|-----|
| 6.2. Консервативная терапия нераковых заболеваний молочных желёз | 229 |
| 6.2.1. Антиэстрогены (тамоксифен, торемифен — «Фарестон»). | 232 |
| 6.2.2. Ингибиторы синтеза пролактина (бромокриптин, каберголин и другие) | 234 |
| 6.2.3. Производные тестостерона (даназол). | 235 |
| 6.2.4. Фитотерапия | 236 |
| 6.2.5. Препараты прогестерона «Дюфастон» и «Прожестожель» | 236 |
| 6.2.6. Комбинированные гормональные контрацептивы | 241 |
| 6.2.7. Растительные антиэстрагены | 246 |
| 6.2.8. Препараты ламинарии | 247 |
| 6.2.9. Сравнительная эффективность консервативных методов лечения НЗМЖ. | 249 |
| 6.3. Выбор тактики лечения | 261 |
| Список сокращений. | 271 |
| Предметный указатель | 272 |
| Указатель литературы | 275 |

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#2 [4] 05 / 2010 / StatusPraesens



**Космос
и контрацептивная
таблетка:
одновременное
воплощение двух
великих мечтаний**

1961

тема
№

50 лет

контрацептивной
таблетке

1960

ISSN 2074-2347
9 772074 234773
1 0084

Зачем доказательная медицина практикующим врачам? • От КОК к ЗГТ — технология перехода • Все ли прогестагены одинаково полезны? • Осложнения КОК — правда и вымысел • Бьюти-контрацепция • Опыт Новосибирска: отработанная технология успешных родов с рубцом на матке • Успехи инноваций в хирургии • Истоки фармаконазора: талидомидовая трагедия

**Ничто так не красит гинеколога,
как подписка на журнал StatusPraesens!**

+ 7 (499) 558-0253, www.statuspraesens.ru