

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ

Ю.А. Дыхно¹, О.Н. Черненко²

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск¹*

*ГБУЗ РХ «Клинический онкологический диспансер», г. Абакан²
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, e-mail: dya@Krasmail.ru¹*

Представлены результаты изучения заболеваемости раком молочной железы населения Республики Хакасия, возрастная структура, выявлены возможные факторы риска. Процесс диагностики заболеваний молочной железы должен иметь четкий системный, комплексный и динамический подход, подчиненный определенному алгоритму. Выделение женщин в группу риска по развитию рака молочной железы предоставляет возможность для профилактических мероприятий по предотвращению этих заболеваний.

Ключевые слова: рак молочной железы, факторы риска, заболеваемость.

ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR BREAST CANCER IN WOMEN OF THE REPUBLIC OF KHAKASSIA

Yu.A. Dykhno¹, O.N. Chernenko²

Krasnoyarsk State Medical University named after V.F. Voino-Yasenetsky¹

Clinical Cancer Center, Abakan²

1, Partizan Zheleznyak Street, 660022-Krasnoyarsk, e-mail: dya@Krasmail.ru¹

The breast cancer incidence among the Khakas women was studied. Risk factors for breast cancer have been indentified. The diagnosis of breast disease requires the algorithm-based systematic, comprehensive and dynamic approach. Identification of high risk groups for breast cancer provides opportunity for medical survey for breast cancer prevention

Key words: breast cancer, risk factors, breast cancer incidence.

В настоящее время проблема рака молочной железы (РМЖ) является одной из актуальнейших проблем не только онкологии, но и здравоохранения в целом, что обусловлено неуклонным и повсеместным ростом заболеваемости. В итоге РМЖ занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женской популяции. В то же время уровень и состав онкологической заболеваемости существенно зависят от страны, региона, социально-экономической ситуации, расовой принадлежности [1, 2, 4, 8, 11]. Эпидемиологические исследования в регионе Сибири и Дальнего Востока выявили территориальные различия в заболеваемости РМЖ, что, вероятно, обусловлено особенностями эколого-гигиенических, медико-демографических, социальных факторов [1, 3, 5–7]. Изучение особенностей распространения злокачественных опухолей в различных регионах вносит существенный вклад в понимание патогенеза и обоснование конкретных мер профилактики. К тому же знание основных тенденций заболеваемости, процесса накопления контингентов необходимо

для рационального планирования активного выявления больных, коечного фонда онкологических учреждений и диспансеризации [10]. В связи с этим выявление новых факторов риска развития РМЖ и формирование групп повышенного риска являются актуальными.

Цель работы – изучить основные факторы риска возникновения РМЖ у жительниц Республики Хакасия.

Материал и методы

Исследование проводилось на основе банка данных ракового регистра Хакасского республиканского онкологического диспансера. Исследование факторов индивидуального онкологического риска выполнялось по методу «случай – контроль», «случай». Сбор информации проводился по разработанной анкете. Перед заполнением анкеты у каждой женщины было получено согласие. Проанкетировано – 280 больных РМЖ, «контроль» – 600 женщин, у которых данный диагноз исключен.

При обработке материала использовались методы статистического анализа в предположении

нормального закона распределения исходных величин. Выборочную совокупность, обеспечивающую репрезентативность к генеральной, рассчитывали согласно методике В.И. Паниотто [9]. Обработка собранного материала производилась методом определения показателя соответствия χ^2 и относительного риска.

Результаты и обсуждение

Социальная характеристика больной РМЖ, обращающейся за медицинской помощью: не работающая пенсионерка (44,64 %), в анамнезе имеющая вредные условия труда (41,01 %), имеющая низкий уровень обеспеченности (44,64 %), со средним специальным образованием (43,57 %). Среди больных РМЖ, прошедших лечение, 41,43 % полностью или частично оплачивали свое лечение.

Наиболее значимым фактором риска развития РМЖ являлся возраст. На территории Республики Хакасия у женщин моложе 30 лет РМЖ диагностировался редко (0,36 %) (ОР=0,05), в возрастном периоде 31–50 лет это заболевание встречалось чаще (ОР=0,33), максимальная заболеваемость регистрировалась после 70 лет (табл. 1).

Избыточный вес – один из факторов риска развития РМЖ. В результате исследования было показано, что нормальный вес у женщин оказывал протективное действие в отношении риска РМЖ. Наличие избыточного веса связано с повышенным риском РМЖ (ОР=6,56) (табл. 2).

При изучении менструальной функции оценивался возраст менархе, регулярность его и наличие предменструального синдрома (табл. 3). Для жи-

Таблица 1

Связь возраста с развитием рака молочной железы

Возраст	Больные РМЖ	Группа контроля	ОР	χ^2	p
До 30 лет	0,36 ± 0,36 %	7,02 ± 1,04 %	0,05	16,65	<0,01
31–50 лет	21,58 ± 2,46 %	45,81 ± 2,03 %	0,33	46,23	<0,01
51–70 лет	78,05 ± 2,47 %	89,46 ± 1,25 %	0,42	19,39	<0,01
Старше 70 лет	21,94 ± 2,47 %	10,20 ± 1,23 %	2,47	20,86	<0,01

Таблица 2

Связь антропометрических данных с развитием рака молочной железы

Антропометрия	Больные РМЖ	Группа контроля	ОР	χ^2	p
Нет избыточного веса	39,56 ± 2,92 %	80,93 ± 1,60 %	0,15	146,89	<0,01
Избыточный вес	60,43 ± 2,92 %	18,89 ± 1,60 %	6,56	16,29	<0,01

Таблица 3

Связь менструальной функции с развитием рака молочной железы

Фактор	Больные РМЖ	Группа контроля	ОР	χ^2	p
Возраст начала менструаций					
11–12 лет	38,48 ± 2,91 %	14,21 ± 1,43 %	3,78	63,93	<0,01
13–15 лет	87,41 ± 1,98 %	78,26 ± 1,68 %	1,93	9,80	<0,01
16–17 лет	9,71 ± 1,77 %	20,23 ± 1,64 %	0,42	14,22	<0,01
Менструальная функция					
Регулярные	70,86 ± 2,72 %	72,57 ± 1,82 %	0,92	0,2	<0,05
Нерегулярные	7,91 ± 1,61 %	6,52 ± 1,01 %	1,23	0,37	<0,01
Бывают сбои	21,22 ± 2,44 %	20,73 ± 1,65 %	1,03	0,01	<0,05
Предменструальный синдром	61,87 ± 2,90 %	40,80 ± 2,01 %	2,35	32,94	<0,01
Нет предменструального синдрома	37,76 ± 2,90 %	58,52 ± 2,01 %	0,43	31,93	<0,01
Менопауза до 55 лет	89,56 ± 1,83 %	92,30 ± 1,09 %	0,72	1,49	<0,05
Менопауза после 55 лет	10,43 ± 1,83 %	7,53 ± 1,08 %	1,43	1,71	>0,05

тельниц Республики Хакасия относительный риск развития РМЖ был выше при наступлении менархе в 11–15 лет. Более позднее менархе (16–17 лет) не было сопряжено с увеличением риска развития РМЖ (табл. 3). Риск развития РМЖ был выше у женщин, у которых месячные были нерегулярными (ОР=1,23) или имелись сбои (ОР=1,03), сопровождающиеся предменструальным синдромом (ОР = 2,35).

Повышенный риск развития РМЖ связывают с эндокринно-метаболическими расстройствами, токсическими воздействиями, обусловленными сопутствующими и предшествующими заболеваниями. У больных РМЖ в Республике Хакасия встречались чаще заболевания гепато-билиарного тракта, сахарный диабет второго типа в комбинации с гипертонической болезнью, сочетание гипертонической болезни с заболеваниями щитовидной железы, ранее перенесенные оперативные вмешательства (табл. 4). Исследование сопутствующей патологии у больных РМЖ и клинических здоровых женщин дало основание считать комбинацию хронических заболеваний гепатобилиарного тракта, гипертоническую болезнь, сахарный диабет, наличие в анамнезе операций потенциальными факторами риска развития РМЖ.

Отклонения в реализации генеративной функции у женщин также могут увеличивать частоту развития РМЖ (табл. 5). Для жительниц Республики Хакасия относительный риск развития РМЖ был выше у женщин, у которых первая беременность наступила в возрасте 26–30 лет (ОР=2,03) и в 31–35 лет (ОР=4,40) и протекавшая с угрозой

выкидыша (ОР=1,97), родивших первого ребенка в возрасте старше 25 лет (ОР=1,64), сделавших более 10 аборт (ОР=3,15) и кормивших грудью более 12 мес (ОР=1,87), не пользовавшихся контрацептивами (ОР=2,12). У женщин, больных РМЖ, в анамнезе чаще отмечалась нерегулярная половая жизнь (ОР=1,49).

В проведенном исследовании среди больных РМЖ чаще, чем в контрольной группе, встречались разведенные женщины и вдовы (табл. 6). Чаще у больных РМЖ злокачественные новообразования различных локализаций встречались у матерей (ОР=2,39), сестер (ОР=8,21), родных теток (ОР=7,03). В контрольной группе женщин случаи РМЖ в первой и второй линии родства встречались значительно реже. Сведений о наличии РМЖ у родственников третьей линии (прабабушек) не получено из-за отсутствия родословных.

Существует гипотеза о возможном влиянии перинатальных факторов на риск возникновения злокачественных новообразований. Нами отмечено, что увеличивается риск заболеть РМЖ с увеличением порядкового номера рождения и материнского возраста. В контрольной группе значимо меньше женщин, рожденных 3–4 ребенком, чем в группе больных РМЖ, – $22,74 \pm 1,71$ % и $32,37 \pm 2,80$ % соответственно (ОР=1,63; $p<0,01$), и 5-м и более ребенком – $5,18 \pm 0,90$ % и $20,14 \pm 2,40$ % соответственно (ОР=4,61, $p<0,01$). Также выявлено, что $52,87 \pm 2,98$ % больных РМЖ и $29,93 \pm 1,87$ % женщин в контрольной группе в момент рождения имели мать старше 26 лет (ОР=2,63; $p<0,01$). С увеличением возраста матери увеличивается риск развития РМЖ.

Таблица 4

Связь сопутствующих заболеваний с развитием рака молочной железы

Сопут. заболевание	Больные РМЖ	Группа контроля	ОР	χ^2	p
ЗЩЖ	$3,24 \pm 1,06$ %	$3,51 \pm 0,75$ %	0,91	6,73	<0,01
ЗГБТ	$14,38 \pm 2,52$ %	$10,53 \pm 1,25$ %	1,43	2,36	<0,05
АЗ + ГБ	$2,52 \pm 0,94$ %	$1,003 \pm 0,41$ %	2,55	2,03	<0,05
СД + ГБ	$3,60 \pm 1,11$ %	$1,003 \pm 0,41$ %	3,68	5,74	<0,01
ГБ + ЩЖ	$2,88 \pm 1,00$ %	$0,84 \pm 0,37$ %	3,51	4,10	<0,05
ЗГБТ + ГБ	$9,35 \pm 1,74$ %	$3,68 \pm 0,77$ %	2,70	10,72	<0,01
АЭ	$29,85 \pm 2,73$ %	$21,90 \pm 1,69$ %	1,52	3,53	<0,01
АЭ + ХЭ	$6,83 \pm 2,27$ %	$3,68 \pm 0,77$ %	1,92	3,56	<0,05
АЭ + ОЭ	$3,60 \pm 1,11$ %	$1,34 \pm 0,47$ %	2,75	3,76	>0,05

Примечание: АЗ – атеросклероз, ГБ – гипертоническая болезнь, ЗГБТ – заболевания гепато-билиарного тракта, СД – сахарный диабет, ЗЩЖ – заболевания щитовидной железы, АЭ – аппендэктомия, ХЭ – холецистэктомия, ОЭ – овариэктомия.

Выводы

1. Основными эндогенными факторами риска развития РМЖ являются: возраст 70 лет и старше; особенности репродуктивного анамнеза: первая беременность наступила в возрасте 26–30 лет и в 31–35 лет, протекавшая с угрозой выкидыша, роды первого ребенка в возрасте старше 25 лет, аборт более 10, кормление грудью более 12 мес; эндокринно-метаболические изменения; сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь

в сочетании с заболеваниями гепато-билиарного тракта, сахарным диабетом второго типа или заболеваниями щитовидной железы и ранее перенесенные оперативные вмешательства; наследственная предрасположенность.

2. Полученные результаты по выявлению факторов риска могут способствовать оптимизации мероприятий по ранней диагностике РМЖ.

3. В комплекс организационных мероприятий по ранней диагностике и формированию групп лиц

Таблица 5

Связь факторов репродуктивного анамнеза с развитием РМЖ

Фактор	Больные РМЖ	Группа контроля	ОР	χ^2	p
Акушерский анамнез					
Первая беременность до 18 лет	10,79 ± 1,85 %	11,87 ± 1,93 %	0,9	0,12	<0,05
Первая беременность в 18–25 лет	88,12 ± 1,32 %	88,12 ± 1,32 %	1,00	0,01	<0,05
Первая беременность в 26–30 лет	11,51 ± 1,91 %	6,02 ± 0,97 %	2,03	7,24	<0,01
Первая беременность в 31–35 лет	2,88 ± 1,00 %	0,67 ± 0,33 %	4,40	5,32	<0,05
Исход первой беременности – роды	71,58 ± 2,70 %	71,07 ± 1,85 %	1,02	0,01	<0,05
Исход первой беременности – аборт	15,46 ± 2,16 %	12,54 ± 1,35 %	1,28	1,15	<0,05
Исход первой беременности – выкидыш	7,91 ± 1,61 %	7,69 ± 1,09 %	1,03	0,01	<0,05
Возраст при первых родах 18–25 лет	83,09 ± 2,24 %	89,96 ± 1,23 %	0,55	7,73	<0,05
Возраст при первых родах >25 лет	15,46 ± 2,16 %	10,03 ± 1,23 %	1,64	4,89	<0,01
Беременность с угрозой выкидыша	14,38 ± 2,10 %	7,86 ± 1,10 %	1,97	8,33	<0,01
Аборт 0–1	38,12 ± 2,90 %	45,31 ± 2,03 %	0,74	3,71	<0,01
Аборт до 10	59,35 ± 2,94 %	54,68 ± 2,03 %	1,21	1,50	<0,05
Аборт >10	3,60 ± 1,11 %	1,17 ± 0,44 %	3,15	4,67	<0,05
Лактация до 3 мес	23,38 ± 2,53 %	36,45 ± 1,96 %	0,53	14,24	<0,05
Лактация 3–6 мес	91,00 ± 1,71 %	99,16 ± 0,37 %	0,09	35,75	<0,01
Лактация 7–12 мес	91,00 ± 1,71 %	99,16 ± 0,37 %	0,09	35,75	<0,01
Лактация >12 мес	20,14 ± 2,40 %	11,87 ± 1,32 %	1,87	9,82	<0,01
Гинекологический анамнез					
Пользовалась контрацепцией	33,09 ± 2,81 %	50,83 ± 2,04 %	0,48	23,41	<0,01
Не пользовалась контрацепцией	66,90 ± 3,99 %	48,82 ± 2,04 %	2,12	24,29	<0,01
Регулярная половая жизнь	48,20 ± 2,99 %	64,54 ± 1,95 %	0,51	20,35	<0,01
Нерегулярная половая жизнь	38,48 ± 2,91 %	29,59 ± 1,86 %	1,49	6,45	<0,01

Таблица 6

Связь семейного положения с развитием рака молочной железы

Семейное положение	Больные РМЖ	Группа контроля	ОР	χ^2	p
Брак зарегистрирован	46,40 ± 2,98 %	48,66 ± 2,04 %	0,91	0,30	<0,05
Временное сожительство	6,12 ± 1,43 %	10,86 ± 1,27 %	0,53	4,51	<0,01
Разведена	18,70 ± 2,33 %	12,87 ± 1,37 %	1,56	4,68	<0,01
Вдова	23,38 ± 2,53 %	18,06 ± 1,57 %	1,38	3,06	<0,05
Никогда не была замужем	5,40 ± 1,35 %	9,36 ± 1,19 %	0,55	3,50	<0,01

с высоким риском развития РМЖ в поликлиниках общей лечебной сети должно включаться анкетирование, основанное на оценке факторов риска по раку молочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Н.В., Писарева Л.Ф., Подоплекин В.Д. Особенности распространения онкологической патологии у малочисленных народов Сибири и Дальнего Востока. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1992. 113 с.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2005. 268 с.
3. Дулганов К.П., Дулганов П.К., Дулганов В.К. Эпидемиология злокачественных опухолей в республике Бурятия. Улан-Удэ: Изд-во Бурят. гос. ун-та, 2001. 371 с.
4. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2008. 248 с.
5. Марочко А.Ю., Заридзе Д.Г., Кустов В.И., Савин С.З. Системный анализ заболеваемости злокачественных новообразований коренного национального населения Дальнего Востока. Владивосток: Дальнаука, 1999. 110 с.
6. Николаева Т.И. Рак молочной железы в условиях Крайнего Севера. Анализ эффективности онкологической помощи: Дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2007. 160 с.
7. Писарева Л.Ф., Бояркина А.П., Панферова Е.В. и др. Заболеваемость раком молочной железы женского населения Иркутской области. Факторы риска // Сибирский онкологический журнал. 2012. № 5 (53). С. 12–17.
8. Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Пак Д.Д. и др. Рак молочной железы – пятилетка (1994–1999) достижения // Материалы науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы маммологии». Барнаул, 2001. С. 221–225.
9. Ядов В.А. Социологические исследования. Самарский университет, 1995. С. 73.
10. Boyle P., Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004 // Ann. Oncol. 2005. Vol. 16 (3). P. 481–488.
11. Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J. et al. Cancer incidence in five continents, volume VIII. IARC Scientific Publication № 155. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer. 2002. P. 603–605.

Поступила 31.08.12