

Характеристика заболеваний молочных желез у девушек-подростков, обратившихся в маммологический кабинет поликлиники

Е.А. Сухарева¹, Л.А. Пономарева²

¹МБУЗ «Городская поликлиника № 1», Сызрань, Самарская область;

²ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Контакты: Евгения Аркадьевна Сухарева suharev66@yandex.ru

Сохранение здоровья детей и подростков является одним из приоритетных направлений в политике здравоохранения РФ. Среди общего числа женщин, обратившихся к маммологу поликлиники с 2007 по 2011 г., девушки-подростки составили всего 0,3 %, но у всех них обнаружены заболевания молочных желез (МЖ): диффузная форма фиброзно-кистозной болезни (61 %), узловая мастопатия после хирургического лечения (17,3 %), ушиб МЖ (13 %), нелактационный мастит (8,7 %). Анкетирование подростков показало, что они не знакомы с факторами риска заболеваний МЖ, не проводят ежемесячно самообследование. Необходим комплекс профилактических мероприятий по сохранению женского репродуктивного здоровья, начиная с детского возраста.

Ключевые слова: девушки-подростки, заболевания молочных желез, факторы риска

Description of breast diseases of adolescent girls applied to breast office polyclinics

E.A. Sukhareva¹, L.A. Ponomareva²

¹Municipal City Polyclinic № 1, Syzran;

²Samara State Medical University

Maintaining of the children and adolescents' health is a priority tend in health policy of the Russian Federation. Among the total number of women seeking to mammologist clinic health from 2007 to 2011, teenage girls were just 0.3 %. But all of them were found breast disease such as a diffuse form of fibrocystic disease (61 %), nodular breast after surgery (17.3 %), contusion of breast cancer (13 %), non-lactational mastitis (8.7 %). Questionnaire of the adolescents showed that they do not know anything about risk factors of breast diseases, do not conduct monthly self-examination. A set of preventive measures is required to preserve women's reproductive health since their childhood.

Key words: teenage girls, breast disease, risk factors

Введение

Нераковые заболевания молочных желез (НЗМЖ) относятся к наиболее распространенным заболеваниям у женщин. Наблюдается тенденция к росту числа доброкачественных заболеваний с увеличением возраста. Так, в возрасте до 40 лет диагностируемые НЗМЖ составляют 60 %, а у пациенток от 41 до 50 лет — 85,5 % [1]. У девушек-подростков также встречаются НЗМЖ. Чаще всего это гиперпластические изменения, которые составляют 14,8–35,9 %, узловые формы (27,4 %) и нелактационные маститы, среди которых преобладают нагноившиеся кисты (82,6 %) и инфильтративный мастит (8,7 %) [2–5].

Согласно международной классификации болезней (МКБ-10) среди НЗМЖ выделяют диффузную кистозную мастопатию (N 60.1), фиброаденоз молочной железы (МЖ) (N 60.2), фибросклероз, очаговую мастопатию с пролиферацией (N 60.3), воспалительные заболевания МЖ (N 61), мастодинию (N 64.4), фиброаденому (D 24).

Этиология НЗМЖ до настоящего времени точно не установлена. Предполагается, что в основе патологиче-

ского процесса лежат различного рода гормональные нарушения, отягощенная наследственность, неблагоприятные факторы репродуктивного и гинекологического анамнеза, нейроэндокринные изменения. Общие факторы риска развития раковых и нераковых заболеваний МЖ предполагают более тщательное обследование женщин с НЗМЖ и наблюдение за ними.

Наибольшее внимания заслуживает высокая частота сочетания заболеваний МЖ с гинекологической патологией. В основе сочетания НЗМЖ и целого ряда гинекологических заболеваний лежат общие этиопатогенетические механизмы. Среди больных НЗМЖ встречаемость гинекологических заболеваний составляет 76–97,8 % [1].

По происхождению МЖ относятся к видоизмененным потовым железам кожи. Грудные железы новорожденных мальчиков и девочек не различаются по строению, что определяется практически одинаковым уровнем гонадотропных гормонов, и состоят из 12–15 недоразвитых долек. В течение первых дней жизни у новорожденных, независимо от пола, из сосков может выделяться секрет, по виду и содержанию сходный с молозивом. Се-

креция молозива уменьшается в течение 3–4 нед, по мере выведения из организма плацентарных гормонов.

В период детства (до 7–8 лет) рост МЖ малозамедлен, но при гистологическом исследовании видно, что у девочек начинается развитие млечных протоков и сосудистой сети. Данные изменения происходят под действием гонадотропных гормонов, которые в этом возрастном периоде выделяются лишь эпизодически.

Увеличение объема МЖ (телархе) происходит в ранний пубертатный период (с 9 до 12 лет). В это время повышается уровень гонадотропных гормонов. Фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны обуславливают превращение примордиальных фолликулов яичников в зрелые фолликулы, секретирующие эстрогены. Рост МЖ сопровождается увеличением скорости роста тела и полового оволосения. Ранний пубертатный период заканчивается с момента наступления менархе.

Собственно пубертатный период (с 12 до 14 лет) характеризуется циклическим выделением гонадотропинов, менструальный цикл овуляторный. В этот период наиболее выражен рост МЖ за счет увеличения объема стромальной ткани и сосудистой сети. Сам период становления менструальной функции является фактором риска развития заболеваний МЖ [2, 6, 7].

Поздний пубертатный период (14–17 лет) характеризуется регулярным овуляторным менструальным циклом, решающая роль в становлении которого принадлежит гормону пролактину. Циклическое действие эстрогенов и прогестерона приводит к увеличению числа альвеол, протоков и долек. Эстрогены оказывают преимущественно пролиферативное действие на ткань МЖ за счет прямой стимуляции клеток и опосредованно — за счет индукции синтеза факторов роста. Прогестерон поддерживает циклическую пролиферацию МЖ, которая в лютеиновой фазе сменяется апоптозом. Но окончательное развитие МЖ происходит после родов, с началом лактации [8].

Степень развития МЖ определяют по шкале Таннера (1962) (табл. 1).

Цель исследования — провести анализ структуры заболеваний МЖ у девушек-подростков.

Таблица 1. Определение степени развития МЖ

Степень развития МЖ	Описание МЖ
I	Сосок возвышается над передней грудной стенкой
II	Сосок и ареола слегка приподняты
III	Ареола и железа слегка приподняты
IV	Ареола и сосок возвышаются над МЖ
V	Ареола сливается с контуром железы, сосок возвышается над общим контуром железы и ареолы

Материалы и методы

За 2007–2011 гг. в маммологический кабинет поликлиники обратились 23 девушки-подростка, средний возраст которых составил $13,6 \pm 3,5$ года. Длительность заболевания варьировала от 1 нед до 5 лет; до 1 года болели 77 % подростков. Степень развития МЖ соответствовала возрастным критериям и стадии полового созревания. Все девушки консультированы детским гинекологом. Три девушки — 15, 16 и 17 лет — на момент обследования жили нерегулярной половой жизнью. Регулярные месячные были у 61 % девушек, нерегулярные — у 21,7 %. Средний возраст наступления менархе — $11,7 \pm 1,2$ года. Менархе не наступило у 17,3 % детей (табл. 2).

Таблица 2. Характеристика менструального цикла в исследуемой группе девушек-подростков

Характеристика менструального цикла	Число пациенток	
	абс.	%
Регулярный	14	61
Нерегулярный	5	21,7
Отсутствие месячных	4	17,3
Всего	23	100

Все обратившиеся предъявляли жалобы на боли в МЖ, наличие в них уплотнений. Интенсивность боли оценивали с помощью вербальной шкалы в баллах от 0 до 4: 0 — нет боли; 1 — слабая боль; 2 — умеренная боль; 3 — сильная боль; 4 — нестерпимая боль.

Состояние ткани МЖ оценивали по данным осмотра и пальпации в баллах от 0 до 6 [13]: 0 — отсутствие патологического процесса; 1 — слабо выраженный диффузный фиброаденоматоз; 2 — умеренно выраженный диффузный фиброаденоматоз; 3 — выраженный диффузный кистозный или фиброзный фиброаденоматоз; 4 — резко выраженный диффузный кистозный или фиброзный фиброаденоматоз; 5 — локализирующийся фиброаденоматоз на фоне диффузного; 6 — локализованный фиброаденоматоз на фоне диффузного.

На приеме проведено анкетирование на наличие у подростков факторов риска развития заболеваний МЖ. В первую очередь это злокачественные новообразования МЖ или других органов у родственниц по линии матери и отца [9]. Результаты анкетирования показали, что у обследуемых не было близких родственников, страдающих злокачественными заболеваниями. Не встречались и такие факторы риска, как самопроизвольные аборты и выкидыши. Но и важные факторы защиты — роды и кормление грудью — также отсутствовали.

Анкетирование показало, что девушки являлись учащимися средних школ города с хорошей и отличной успеваемостью. Все они (100 %) испытывали постоянные или периодические стрессы, связанные с обучением. Кроме того, 22 % из них испытывали стрессы

из-за конфликтов в отношениях с одноклассниками и друзьями, 17 % — с родителями.

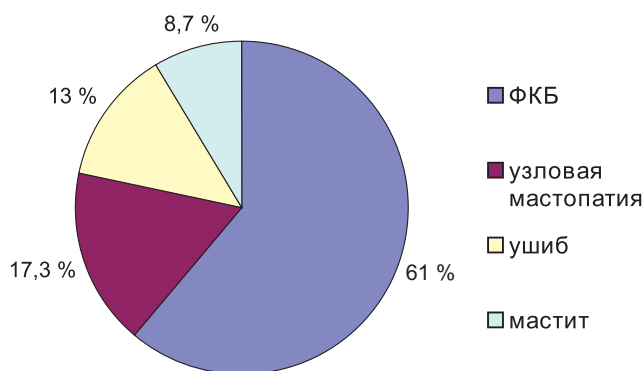
Сами девушки при опросе показали ограниченные знания о проблемах, касающихся сохранения репродуктивного здоровья. Их видение здорового образа жизни связано со знаниями о вреде табакокурения, алкоголизма и наркомании. Девушки 13–17 лет слышали от подруг или читали в Интернете о контрацепции и вреде аборта, слышали о самообследовании МЖ, но самостоятельно его никто не проводил.

Большое внимание в развитии болезней репродуктивной системы у детей уделяют наличию избыточного веса. На фоне ожирения у девочек, как правило, наступает раннее менархе, что является фактором риска развития заболеваний МЖ [6, 10]. В нашем наблюдении избыточное питание и ожирение I–III степени наблюдалось у 8 % подростков.

Прогноз заболеваний МЖ хуже, если ожирение сочетается с гинекологическими патологиями, заболеваниями щитовидной железы, печени и желчевыводящих путей [11, 12]. В исследуемой группе гинекологические заболевания встречались в 30 % случаев (хронический аднексит), болезни щитовидной железы — в 12 %, печени и желчевыводящих путей — в 8 %.

Результаты

Структура патологии МЖ обратившихся девушек распределена следующим образом: диффузная форма фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) — 61 %, узловатая мастопатия после хирургического лечения — 17,3 %, ушиб МЖ — 13 %, нелактационный мастит — 8,7 % (рисунок).



Структура заболеваний МЖ у девушек-подростков

Все обратившиеся жаловались на предменструальные или постоянные боли в МЖ. Интенсивность боли девушки характеризовали как слабую (20 %), умеренную (55 %) и сильную (25 %).

При осмотре тканей МЖ мягкая, однородная (0 баллов) у 26 % девушек; мягкая, мелкозернистая (1 балл) — у 9 %; мягкоэластичная, среднезернистая (2 балла) — у 39 %; среднезернистая, неоднородная (3 балла) — у 26 %. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) видна гиперэхогенная железистая ткань, у девочек младшей возраст-

ной группы — гипоехогенный участок в центральной зоне. Дилатация протоков до 3 мм отмечалась у 22 % подростков, мелкие кисты до 7 мм — у 17 %, воспалительный инфильтрат — у 8,7 %, очаговый фиброз — у 4,3 %. Необходимо отметить, что у девочек с нормальной структурой МЖ при УЗИ были выявлены признаки ФКБ (табл. 3).

Таблица 3. Степень выраженности изменений МЖ при осмотре

Изменения ткани МЖ (баллы)	Число пациенток	
	абс.	%
0	6	26
1	2	9
2	9	39
3	6	26
4–6	—	0
Всего	23	100

Лечение

В настоящее время нет общепринятых алгоритмов лечения доброкачественных заболеваний МЖ. Что касается подростков, то публикации на данную тему единичны. При узловых формах обычно производится секторальная резекция МЖ. Показания к назначению гормональных препаратов в подростковом возрасте должны быть четко обоснованы. Предпочтение отдается фитотерапии, применению витаминов, микроэлементов. Немаловажная проблема в лечении заболеваний МЖ — снижение избыточного веса. С детьми, имеющими избыточный вес, и их родителями дополнительно проведена беседа об оптимизации рациона. Рекомендовано отказаться от употребления высоконасыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов, ограничить применение жареных, копченых, консервированных продуктов.

Широко применяются витамины и микроэлементы, которые способствуют нормализации метаболизма и гормонального баланса, а также функции яичников, надпочечников и щитовидной железы, оказывают антиоксидантное действие, стабилизируют деятельность периферической и центральной нервной системы [11, 13].

Всем девочкам назначали витамины группы А, Е, В, С, микроэлементы (селен, магний, йод), седативные препараты (настойку валерианы, пустырника, пиона). При ушибах и воспалительных процессах применяли противовоспалительные средства.

Лечение девушек-подростков с ФКБ

Средний возраст девушек с ФКБ составил $14,2 \pm 2,8$ года. Длительность заболевания — от 1 года до 5 лет; до 1 года болели 50 % подростков. Регулярные месячные были у 79 % девушек, нарушения менструального цикла — у 21 % (олигоменорея — 7 % и опсоменорея — 14 %).

Все девушки предъявляли жалобы на боли в МЖ — предменструальные (78 %) и постоянные (22 %). Интенсивность боли характеризовали как слабую (1 балл) 29 %, умеренную (2 балла) — 50 % и сильную (3 балла) — 21 % пациенток.

Чувство нервозности, тревоги и депрессии во второй половине цикла беспокоило 36 % девушек. Данные отклонения были выявлены с помощью 1-й части русской версии международного опросника EuroQoL-5D по изучению качества жизни, представленного МОО «Общество фармакоэкономических исследований», где состояние тревоги и депрессии оценивается следующим образом: 1 балл — отсутствие тревоги и депрессии; 2 балла — чувство небольшой тревоги и депрессии; 3 балла — чувство выраженной тревоги и депрессии. Для исследуемых девушек было характерно чувство небольшой нервозности, тревоги и депрессии в 29 % случаев, выраженной тревоги и депрессии — в 7 % случаев.

При осмотре ткань МЖ мягкая, однородная (0 баллов) у 21 % девушек, мягкоэластичная, среднезернистая (2 балла) — у 43 %, среднезернистая, неоднородная (3 балла) — у 36 %. При УЗИ дилатация протоков до 3 мм выявлена у 36 %, мелкие кисты от 5 до 7 мм — у 28,5 %, очаговый фиброз — у 7 % девушек.

В качестве лекарственного препарата для лечения мастодинии и мастопатии у подростков рекомендуется мастодион. Мастодион является гомеопатическим средством на основе прутняка, который воздействует на допаминовые рецепторы гипоталамуса, снижая секрецию пролактина. В клинической практике препарат применяют по нескольким показаниям: циклическая масталгия, фиброзно-кистозная мастопатия, нарушения менструального цикла, предменструальный синдром [6, 14].

Мастодион назначали по 30 кап. (1 табл.) 2 раза в день в течение 3 мес. После лечения субъективное улучшение почувствовали все подростки: уменьшились или исчезли боли в МЖ, нормализовалась менструальная функция, ушло ощущение нервозности, тревоги и депрессии (табл. 4).

Таблица 4. Характеристика болевого синдрома у девушек с ФКБ до и после лечения

Интенсивность боли (баллы)		Число пациенток	
		абс.	%
До лечения	0	0	0
	1	4	29
	2	7	50
	3	3	21
После лечения	0	10*	72
	1	2*	14
	2	2*	14
	3	0*	0

Примечание. * — различие параметров с уровнем достоверности $p < 0,05$.

По данным пальпации улучшилось состояние ткани МЖ: нормальная структура и слабо выраженные изменения МЖ наблюдались у 11 подростков, умеренные изменения — у 2, выраженные — у 1 (табл. 5).

Таблица 5. Характеристика структуры ткани МЖ у девушек с ФКБ до и после лечения

Структура МЖ (баллы)		Число пациенток	
		абс.	%
До лечения	0	3	21
	1	0	0
	2	6	43
	3	5	36
После лечения	0	4**	29
	1	7*	50
	2	2*	14
	3	1*	7

Примечание. * — различие параметров с уровнем достоверности $p < 0,05$; ** — различие параметров с уровнем достоверности $p > 0,05$.

При динамическом УЗИ был отмечен регресс мелких кист до 4–5 мм, сужение протоков до 1–2 мм, у 4 девушек патологии не выявлено (табл. 6).

Таблица 6. Характеристика изменений ткани МЖ при УЗИ у девушек с ФКБ до и после лечения

Характеристика ткани МЖ		Число пациенток	
		абс.	%
До лечения	без патологии	0	0
	диффузная ФКБ	4	28,5
	дилатация протоков до 3 мм	5	36
	кисты 5–7 мм	4	28,5
	очаговый фиброз	1	7
После лечения	без патологии	4*	29
	диффузная ФКБ	4**	29
	дилатация протоков до 3 мм	2*	14
	кисты 5–7 мм	3**	21
	очаговый фиброз	1**	7

Примечание. * — различие параметров с уровнем достоверности $p < 0,05$; ** — различие параметров с уровнем достоверности $p > 0,05$.

У 1 девочки 15 лет во время применения лекарственных средств, включающих кроме мастодиона витамины и микроэлементы, наблюдалась реакция в виде обильной сыпи на коже лица. Реакция произошла после 2 мес лечения. Аллерген установить не удалось, все препараты пришлось отменить.

Выводы

1. В структуре заболеваний МЖ у подростков преобладает диффузная форма ФКБ (61 %). Следует отметить, что доля уже прооперированных девушек по поводу узловой мастопатии составляет 17,3 %.

2. Из сопутствующих заболеваний обращает на себя внимание большая частота гинекологической патологии (30 %) и заболеваний щитовидной железы (12 %).

3. Одним из препаратов выбора для лечения патологии МЖ у девушек-подростков является мастоди-

нон. Он обладает хорошей переносимостью и эффективен при дисгормональных заболеваниях МЖ.

4. Отсутствие знаний о здоровом образе жизни диктует введение обязательных обучающих программ по репродуктивному здоровью для девочек, начиная с начальной школы.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кулагина Н.В. Доброкачественные заболевания молочных желез: учеб. пособие. 2-е изд. М.: ООО «Типография «Печатных дел мастер», 2012. 64 с.
2. Сергиенко М.Ю. Эпидемиология и факторы риска развития подростковой мастопатии. Медико-социальные проблемы сімі 2011;4(16):48–51.
3. Хурасев Ф.Б. Функциональная (дисгормональная) гиперплазия молочных желез у девочек-подростков в пубертатном периоде. Курск: КГМУ, 1999. 193 с.
4. Мурадова Д.Б. Особенности дисгормональных заболеваний молочных желез у девочек и девушек с гинекологической патологией. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Душанбе, 2012. 24 с.

5. Проклова Л.В. Пункционное лечение абсцедирующих нелактационных маститов у девочек пубертатного возраста. Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009. 107 с.
6. Кузнецова С.В., Мустафин Ч.К. Применение мастодиона для лечения мастопатии и мастодинии у девушек-подростков. Вестн Рос асс радиол 2009;(1):165–7.
7. Бухарова Т.Н., Панина О.Н. Профилактика рака молочной железы. ОЖРС 2007;(4):11–3.
8. Noczynska A., Wasikowa R. Hyperprolactinemia in children during the peripubertal period-personal observations. J Pediatr Endocrinol Metab 2004;17(10):1399–404.
9. Clamp A., Danson S., Clemons M. Hormonal and genetic risk factors for breast cancer. Surgeon 2003;1(1):23–31.

10. Прилепская В.Н., Цаллагова Е.В. Лечение ожирения как аспект улучшения демографической ситуации. http://www.pharmateca.ru/magazines/source/2010/09/pdf/ft203_is38.pdf.
11. Мустафин Ч.К., Кузнецова С.В. Дисгормональные болезни молочной железы. М., 2009. 125 с.
12. Schweppe K.W. The significance of gestagens in treatment of mastopathy. Zentralbl Gynakol 1997;119(Suppl 2):54–8.
13. Сидоренко Л.Н. Молочная железа. Как уберечь себя от рака: книга для каждой женщины. СПб.: Фолио-Пресс, 1998.
14. Рожкова Н.И., Меских Е.В. Применение Мастодиона при различных формах мастопатии. ОЖРС 2010;(3):27–34.