

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Шекера И.О.

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии,
Национальной Академии Медицинских Наук Украины,
Киев, Украина

Резюме: В статье представлены некоторые аспекты гормонального статуса, психоэмоционального состояния беременных с доброкачественными дисплазиями молочных желез в третьем триместре беременности и их влияние на течение беременности, лактации у данной категории женщин.

Ключевые слова: беременность, доброкачественные дисплазии молочных желез (фиброзно-кистозная мастопатия), гормоны, осложнения, лактация, молочные железы.

GROUND OF NECESSITY OF CORRECTION OF VIOLATIONS OF LACTATION FOR WOMEN WITH BENIGN MAMMARY DYSPLASIA

Shekera I.O.

Institute of pediatrics,
obstetrics and gynecology of National academy of medical sciences of Ukraine,
Kiev, Ukraine

Summary: In article some aspects of the hormonal status, psychoemotional condition of pregnant women with benign mammary dysplasia in third term of pregnancy and their influence on a pregnancy current, lactation of this women are presented.

Key words: pregnancy, benign mammary dysplasia (fibrocystic mastopathy), hormones, pregnancy complications, lactation, breast.

Доброкачественные дисплазии молочных желез (ДДМЖ, мастопатия, фиброзно-кистозная болезнь молочных желез) – одно из наиболее распространенных заболеваний у женщин. Частота данной патологии в популяции составляет около 30-40%, а среди женщин с гинекологической патологией — 58-80% [4, 5].

ДДМЖ относят к гормонозависимым заболеваниям, которые протекают на фоне гормонального дисбаланса у женщины. В её этиологии и патогенезе значительная роль отводится гормональным нарушениям, а именно: дисбалансу половых гормонов, увеличению соотношения эстрогены/прогестерон, гиперпролактинемии, дисбалансу гормонов щитовидной железы, надпочечников, поджелудочной железы, повышению уровня простагландинов, – а также нарушениям психоэмоционального статуса, генитальной и экстрагенитальной патологиям, наследственной предрасположенности и др. [1, 3, 4, 6, 9, 11]. Ключевым в понимании основных изменений в молочных железах является влияние определенных гормонов на этот орган в разные периоды жизни женщины. Особое значение это имеет в период

беременности и лактации, т.к. известно, что среди женщин репродуктивного возраста (25-49 лет) частота доброкачественных дисплазий молочных желез наибольшая и, по данным разных авторов, составляет от 29 до 92% [7, 8, 9, 10]. Гормональный статус беременных женщин значительно меняется, что необходимо для физиологического течения самой беременности, а также для подготовки молочных желез к лактации [2, 12]. Собственно одним из основных регулирующих механизмов процесса лактации также является гормональный. Поэтому мы считаем необходимым обратить внимание на данную патологию у беременных и, соответственно, особенности течения лактации у этой категории женщин, поскольку отказ от грудного вскармливания неблагоприятно сказывается на развитии и здоровье детей. К тому же, беременность, роды и послеродовая лактация снижают риск развития злокачественных процессов в молочных железах, что особенно важно при наличии уже имеющейся дисплазии.

Согласно архивным данным клиник ГУ «ИПАГ НАМН Украины» за 2001-2006 гг., частота ДДМЖ у беременных составляет 12-18%,

Показатели гормонального баланса беременных женщин с/без ДДМЖ в III триместре беременности

Группа	n	Значение гормонального показателя			
		Э2, нмоль/л	Прогестерон, нмоль/л	ПРЛ, нг/мл	Кортизол, нмоль/л
Первая	33	59,1±4,0	536,2±51,4	325,9±21,5	872,1±32,4
Вторая	12	51,5±1,5	535,6±57,5	229,6±38,2	767,0±87,0

по данным отделения патологии беременности и родов ГУ «ИПАГ НАМН Украины» за 2007-2009 гг. – 65,5% [1].

На сегодняшний день наиболее частым нарушением функции молочных желез в послеродовом периоде является недостаточность секреции молока [6, 13]. В литературных источниках приводятся данные, согласно которым частота женщин с нарушением лактации составляет 50-60%, а по данным других авторов – до 80% от числа матерей, кормящих грудью [6, 12, 13]. Число детей, находящихся на грудном вскармливании до трёхмесячного возраста, составляет 45-55%, до шести месяцев жизни – 22-30%, до года – только 14% [6, 11]. Согласно резолюции Ассамблеи ВОЗ и ЮНИСЕФ, всем странам, входящим в состав ВОЗ, рекомендуется внедрение исключительно грудного вскармливания детей в рамках инициативы «Больница, доброжелательная к ребёнку» (1992) [2, 11].

Таким образом, несмотря на наличие научных работ, посвященных изучению течения ДДМЖ у женщин с гинекологическими заболеваниями, эта проблема остается малоизученной и потому - актуальной в разделе «ДДМЖ и беременность» в аспекте увеличения числа беременных с этой патологией.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование и изучение психоэмоционального состояния женщин. В III триместре беременности и в послеродовом периоде (через 3 месяца после родов) обследовано 45 женщин. Среди них: 33 женщины основной группы — с ДДМЖ (пациентки отделения патологии беременности и родов Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины); 12 пациенток контрольной группы - здоровые женщины. Средний возраст пациенток основной группы составил 28,9±0,8 лет, контрольной – 27,8±0,9

лет. По данным соматического анамнеза группы были репрезентативными.

Гормональные показатели (эстрадиол – Э2; прогестерон – ПР; пролактин – ПРЛ; кортизол) определяли в сыворотке крови женщин радиоиммунологическим методом с использованием диагностических тест-систем производства фирмы ГДП ИБОХ НАНБ (Беларусь) в динамике беременности. Психоэмоциональное состояние женщин было изучено на основании определения индекса стрессоустойчивости.

Результаты обследования и их обсуждения. У женщин с ДДМЖ имела место тенденция к повышению уровней эстрадиола, пролактина и кортизола в сыворотке крови, определение уровня прогестерона в крови было недостаточно информативным.

Так, в III триместре беременности в основной группе в преимущественном числе наблюдений имела место тенденция к гиперэстрогении, особенно при фиброзно-кистозной форме ДДМЖ (табл. 1). В III триместре эти показатели составляли в 1 и 2 группах соответственно 59,1±4,0 нмоль/л, 51,5±1,5 нмоль/л.

Концентрация прогестерона у женщин с ДДМЖ мало отличалась от показателей женщин контрольной группы. Очевидно это было связано с тем, что все женщины основной группы в связи с наличием угрозы прерывания беременности или преждевременных родов еще до госпитализации в отделение патологии беременности и родов ГУ «ИПАГ НАМН Украины» принимали назначенные им препараты прогестеронового ряда, поэтому определение содержания прогестерона было неинформативным.

В то же время, существенные нарушения были определены в показателях концентрации пролактина в крови беременных основной группы относительно показателей женщин контрольной группы (табл. 1). Причем концентрация ПРЛ в крови в III триместре

беременности увеличивалась относительно таковой в контрольной группе на 41,9%.

В уровне кортизола также наблюдалась определенная тенденция к его повышению в крови в сравнении с контрольной группой (табл. 1).

Через 3 месяца после родов наблюдалось достоверное повышение концентрации эстрадиола в крови женщин с доброкачественными дисплазиями молочных желез, что может негативно влиять на процессы лактации у этого контингента женщин и способствовать развитию гипогалактии, поскольку известна тормозящая роль эстрогенов в секреции молока. Тенденция к снижению концентрации пролактина, наблюдавшаяся у женщин основной группы, может также потенциально способствовать развитию гипогалактии. С другой стороны, гиперэстрогения у женщин с ДДМЖ повышает риск прогрессирования патологии молочных желез.

Течение беременности у женщин основной группы отличалось от контрольной группы. Гормональные сдвиги, присущие женщинам с ДДМЖ, способствовали увеличению у них частоты акушерской патологии. Наиболее частым осложнением у основной группы во всех сроках беременности была угроза прерывания беременности (84,6%), Также среди осложнений течения беременности наблюдались: угроза преждевременных родов (50,1%), ранний гестоз (46,1%), дистресс плода разной степени выраженности (41,6%), анемия (33,3%), многоводие (25%).

У женщин с мастопатией нарушение лактации по сравнению с женщинами без патологии молочных желез отмечалось чаще, а именно, уменьшение количества молока (гипо-, агалактия) были отмечены у 23,8% женщин основной группы, в контрольной группе данный показатель составил 9%.

Индекс стрессоустойчивости у них по сравнению с контрольной группой снижен, что проявляется высоким уровнем актуальной тревоги и низким уровнем функциональных возможностей психической адаптации.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований и представления о

течении беременности и лактации у женщин с ДДМЖ свидетельствуют о необходимости выделения их в группу риска по возникновению нарушений лактации; необходимости обязательного проведения диагностических и лечебно-профилактических мер с учетом их психоэмоционального состояния в целях раннего выявления и коррекции нарушений, поскольку нормализация гормонального баланса будет способствовать снижению частоты акушерских осложнений и обеспечит формирование полноценной лактации у данного контингента беременных.

Литература:

1. Жабченко І.А. Фіброзно-кістозна хвороба молочних залоз і вагітність: методичні рекомендації / І.А.Жабченко, З.Б.Хомінська, О.І.Буткова, О.М.Бондаренко, Н. Я.Скрипченко, Г.Є.Яремко // ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України». – 2010, – С.20.

2. Корсунский А.А. Участие стационаров в инициативе „Больница, доброжелательная к ребёнку” в России. Организационные аспекты / А.А.Корсунский, Л.В.Абольян, В.Ф.Кириченко // Детская больница. – 2001, – №3 (5), – С.8-14.

3. Татарчук Т.Ф. Мастодиния в структуре предменструальных нарушений / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский, О.А. Ефименко и др. // Здоровье женщины. — 2006, — 1 (25), — С. 116-118.

4. Чайка В.К. Лечение дисгормональных заболеваний молочных желез с позиции эндокринной гинекологии / В.К. Чайка, М.Ю. Сергиенко, Л.В. Желтоноженко // Международный эндокринологический журнал. - №5 (11). - 2007.

5. Ласачко С.А. Комплексный подход к ведению пациенток с гинекологическими заболеваниями и опухолевыми дисгормональными процессами молочных желез / С.А. Ласачко, В.П. Квашенко, М.Ю. Сергиенко // Зб. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів. — К.: Інтермед, 2006, — С. 373-375.

6. Шаталова М.В. Профилактика и лечение нарушений лактации у женщин с невынашиванием беременности и фетоплацентарной недостаточностью: дис. ... доктора мед. наук: 14.01.01 / Шаталова Марина Витальевна. – К. : 2005, – 130с.

7. Рось Н.В. Дисгормональные гиперплазии молочных желез: Молочная железа: рак и предраковые заболевания / Н. В. Рось, В. И. Тарутинов [под ред. В. И. Тарутинова]. – К.: Полиграфист, 2006, – С. 53-80.
8. Серов В.Н. Доброкачественные заболевания молочных желез: Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова. – М.: МЕДпрессинформ, 2006, – 2-е издание. – С.335-380.
9. Татарчук Т.Ф. Лечение циклической мастодинии у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией Т.Ф.Татарчук, О.А.Ефименко // Здоровье женщины. – 2007, - № 3 (31). – С. 87-90.
10. Хомінська З.Б. Взаємозв'язок вмісту факторів росту та гормональних показників у крові вагітних із фіброзно-кістозною хворобою молочних залоз / З.Б. Хомінська, І.А. Жабченко // Здоровье женщины. – 2010, - № 5 (51), – С. 94-96.
11. Радзинский В.Е. Молочные железы и гинекологические болезни. / (под ред. В.Е. Радзинского) В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, Л.Х. Хасханова, Л.Р. Токтар, В.И. Зубкин // - Москва, 2010, – 304с., илл. (С. 73-106).
12. Хаца І.І. Прогнозування та профілактика порушень лактації у жінок групи ризику: дис. ... доктора мед. наук: 14.01.01 / Хаца Іван Іванович. – К. : 2006, – 314 с.
13. Гутикова Л.В. Превентивное лечение прогнозируемых нарушений лактационной функции / Л.В. Гутикова, А.Р. Плоцкий, В.А. Лискович, Л.Н. Кеда // Акушерство и гинекология. - 2007, - №2, - С. 36-39.