

Воронцова А.В., Назарова К.А., Звычайный М.А..

Доброкачественная патология молочных желез и особенности лактации

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Екатеринбург

Vorontsova A.V., Nazarova K.A., M.A.Zvychainyi M.A.

Benign pathology of the breast and especially lactation

Резюме

В статье представлены данные по особенностям состояния молочных желез и лактации у женщин с доброкачественной патологией молочных желез

Ключевые слова: молочные железы, доброкачественная патология молочных желез, беременность, лактация

Для цитирования: Воронцова А.В., Назарова К.А., Звычайный М.А., Доброкачественная патология молочных желез и особенности лактации, Уральский медицинский журнал, №06 (189) 2020, с. 77 - 81, DOI 10.25694/URMJ.2020.06.19

Summary

The article presents data on the characteristics of the state of the breast and lactation in women with benign pathology of the breast

Key words: breast, benign pathology of the breast in during, pregnancy, breastfeeding

For citation: Vorontsova A.V., Nazarova K.A., M.A.Zvychainyi M.A., Benign pathology of the breast and especially lactation, Ural Medical Journal, No. 06 (189) 2020, p. 77 - 81, DOI 10.25694/URMJ.2020.06.19

Введение

В последнее время и в научных исследованиях, и в клинической практике значительное внимание уделяется доброкачественной патологии молочной железы (МЖ), но чаще в свете профилактики развития рака МЖ [1]. Рак молочной железы (РМЖ) встречается в 3–5 раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочных желез и в 30–40 раз чаще при узловых формах мастопатии на фоне пролиферативных процессов [2]. При этом следует понимать, что стадии патологического процесса могут быть значительно разделены во временном промежутке. Большинство патологических состояний молочной железы манифестируют уже в период интенсивного роста и развития детского организма [2]. По данным М.Л.Травиной и соавт [2], распространенность патологии МЖ у девочек 8–17 лет оказалась на уровне 216,9%; при этом лидирующие позиции по частоте встречаемости заняли: мастопатия – 65,3%, масталгия – 61,4% и солитарная киста – 53,7%. Что касается девочек и подростков г.Екатеринбурга, то по данным главного внештатного специалиста – гинеколога детского и подросткового возраста Управления здравоохранения администрации г.Екатеринбурга при проведении профилактических осмотров среди девочек 15–17 (50390 человек, прошедших профосмотр) за 2019 год уже 332 подростка (0,66%)

имеют отклонения в состоянии МЖ – в том числе у 79 девочек выявлена диффузная или очаговая мастопатия; тогда как на среди девушек 15–17 лет с гинекологическими заболеваниями (7365 человек), зарегистрированными врачом кабинета гинекологии детей и подростков за 2019 доля выявленной патологии молочных желез выявлена уже у 7,9% (диффузная и очаговая патология молочных желез – у 3,95%).

В связи с этим закономерно возникает вопрос о том состоянии МЖ, с которым эти подростки подойдут к беременности и лактации. С одной стороны – существенные гормональные изменения на протяжении беременности оказывают многообразное влияние на уже существующую патологию МЖ и могут способствовать развитию новых патологических изменений [1,3]. С другой стороны – качественная лактация крайне важна для формирования полноценного здоровья ребенка и матери. Грудное молоко является абсолютно безальтернативным продуктом вскармливания, обеспечивающим надежную защиту от инфекционных, аллергических и других заболеваний, в идеальном соотношении содержит необходимые ингредиенты для реализации генетической программы [4]. За последние годы накопилась информация убедительно доказывающая, что увеличение числа детей, получающих искусственное вскармливание прямо про-

порционально снижению уровня здоровья детского населения [4,5]. Кроме того, во время лактации происходит окончательное формирование МЖ (формирование долек IV и III типа, обладающих меньшей пролиферативной активностью), что может снизить риск развития рак МЖ в последующем [1,3].

Тем не менее, в научной и практической литературе мы не обнаружили достаточной информации, отражающей особенности лактации при наличии у родильниц доброкачественной дисплазии МЖ. В основном рассматриваются вопросы появления, диагностики и терапии заболеваний молочных желез уже во время беременности или лактации [3].

Цель исследования – выявить особенности течения беременности и лактации при доброкачественной патологии МЖ.

Материалы и методы

На базе акушерского стационара №1 и КДП ЖК ЕКПЦ были проведены: анализ индивидуальных карт беременных, анкетирование и осмотр родильниц. При анкетировании родильниц фиксировались следующие данные: возраст, росто-весовые показатели, анамнез жизни, акушерский и гинекологический анамнезы, осложнения беременности, родов и послеродового периода, субъективные параметры оценки состояния молочных желез во время беременности и в послеродовом периоде.

В исследование вошли 60 родильниц: основная группа – 30 пациенток, имеющих доброкачественную патологию МЖ (диффузно-кистозная мастопатия – у 96,6% и у 3,3% - солитарные кисты), и контрольная группа – 30 родильниц без патологии МЖ. Средний возраст женщин основной группы оказался 34 (0,95) года и был статистически значимо выше ($t=3,98$), чем в контрольной группе (28,7 лет (1,03)). Исходный ИМТ до наступления беременности у женщин обеих групп практически не отличался друг от друга (в основной группе – 25,45 (1,12) кг/м², в контрольной группе – 24,35 (0,95) кг/м², $t=0,75$), тем не менее у обследованных основной группы чаще встречалось ожирение 3 степени – 13,3% против 0% в контрольной группе. При этом нужно отметить, что ожирение пропорционально связано с развитием патологии МЖ как минимум в связи повышенной продукцией эстрогенов в жировой ткани и гиперинсулиемией.

Следует указать, что данные анамнеза жизни обследованных женщин, в том числе и семейного анамнеза онкологических заболеваний, не показали статистически значимых изменений в обеих группах.

Наличие патологии молочной железы подтверждалось наличием результатов УЗИ МЖ и консультацией маммолога еще до наступления беременности, в связи с тем, что при анализе обменных карт ни в одной не было упоминания о наличии патологии МЖ.

Критерии исключения из исследования: возраст

Таблица 1. Особенности состояния МЖ у женщин с доброкачественной патологией МЖ на протяжении беременности

Характеристика состояния МЖ	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (n=30)	Результаты статистического анализа
Болезненность и неприятные ощущения в молочной железе (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	20% (7,30); 6	26,6% (8,07); 8	ОР= 1,3 Критерий Фишера=0,56 Хи-квадрат=0,373 P=0,542 (стат. не значима) t_{xy} – незначительная сила связи
Выделения из соска (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	40% (8,94); 12	26,6% (8,07); 8	ОР=0,667 Критерий Фишера=0,411 Хи-квадрат=1,200 P=0,274 (стат. не значима) t_{xy} – слабая сила связи
Изменение соска и околососковой области (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	36,6% (8,80); 11	13,3% (6,21); 4	ОР=0,364 Критерий Фишера=0,07 Хи-квадрат=4,356 P=0,037 (стат. значима) t_{xy} – средняя сила связи
Изменения на коже МЖ (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	10% (5,48); 3	0	ОР=0,0 Критерий Фишера=0,11 Хи-квадрат=3,158 P=0,076 (стат. не значима) t_{xy} – средняя сила связи
Увеличение размера МЖ (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	93,3% (4,56); 28	100% (0); 30	ОР=1,07 Критерий Фишера=0,245 Хи-квадрат=2,069 P=0,151 (стат. не значима) t_{xy} – средняя сила связи

младше 18 лет и старше 50 лет; наличие заболеваний или состояний у женщины, при которых грудное вскармливание является противопоказанием или временно ограничено – ВИЧ, ВПГ в стадии обострения, химиотерапевтическое лечение, прием психотропных препаратов; заболевания ребенка, при которых грудное вскармливание недопустимо – классическая галактоземия, валинолейцинурия, фенилкетонурия; преждевременные роды до 37 недель; осложнения послеродового периода со стороны женщины, при которых грудное вскармливание временно ограничено – сепсис; низкие баллы по шкале Апгар, связанные с осложнениями в родах; генные мутации у ребенка, выявленные в ходе беременности.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc). В случае описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению,

для этого использовался критерий Шапиро-Уилка (при числе исследуемых менее 50), а также показатели асимметрии и эксцесса. Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона. В случае анализа четырехпольных таблиц при ожидаемом явлении хотя бы в одной ячейке менее 10, нами рассчитывался критерий χ^2 с поправкой Йейтса, позволяющей уменьшить вероятность ошибки первого типа, т.е. обнаружения различий там, где их нет. В тех случаях, когда число ожидаемых наблюдений в любой из ячеек четырехпольной таблицы было менее 5, для оценки уровня значимости различий использовался точный критерий Фишера. Полученное значение точного критерия Фишера $p > 0,05$ свидетельствовало об отсутствии статистически значимых различий, значение $p < 0,05$ – об их наличии. В качестве количественной меры эффекта при сравнении относительных показателей нами использовался показатель относительного риска (ОР), отражающий во сколько раз риск исхода при наличии фактора риска выше риска исхода при отсутствии фактора риска. В качестве показателя тесноты связи между количественными показателями x и y , имеющими нормальное распределение, использовался коэффициент корреляции r_{xy} Пирсона. Значения коэффициента корреляции r_{xy} интерпретировались в соответствии со шкалой Чеддока: $< 0,1$ – корреляционная связь отсутствует, $0,1-0,3$ – связь слабая, $0,3-0,5$ – связь умеренная, $0,5-0,7$ – связь заметная, $0,7-0,9$ – высокая связь и

Таблица 2. Календарная оценка появления молока/молозива

Появление молока/молозива (сутки)	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (n=30)	Результаты статистического анализа
Появление молозива на 1 сутки (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	100% (0); 30	86,6% (6,21); 26	ОР=0,867 Критерий Фишера=0,05 Хи-квадрат=4,286 P=0,039 (стат. значима) r_{xy} – средняя сила связи
Появление молозива на 2 сутки (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	0	13,3% (6,21); 4	ОР= бесконечный Критерий Фишера=0,11 Хи-квадрат=4,286 P=0,039 (стат. значима) r_{xy} – средняя сила связи
Появление молока на 2 сутки (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	20% (7,30); 6	0	ОР=0,0 Критерий Фишера=0,01186 Хи-квадрат=6,667 P=0,010 (стат. значима) r_{xy} – относительно средняя сила связи
Появление молока на 3 сутки (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	70% (8,37); 21	63,3% (8,80); 19	ОР=0,905 Критерий Фишера=0,598 Хи-квадрат=0,300 P=0,584 (стат. не значима) r_{xy} – несущественная сила связи
Появление молока на 4 сутки (интенсивный показатель (ошибка показателя); количество человек, имеющих признак)	10% (5,48); 3	36,7% (8,80); 11	ОР=3,667 Критерий Фишера=0,017 Хи-квадрат=5,963 P=0,015 (стат. значима) r_{xy} – относит. сильная сила связи

0,9-0,99 – весьма высокая теснота корреляционной связи.

Результаты и обсуждение

Оценка МЖ во время беременности

В период беременности болезненные и неприятные ощущения в области МЖ в основной группе (у 26,6%) встречались чаще (но статистически не значимо), по сравнению с женщинами контрольной группы (у 20%). Что интересно, выделения из соска на протяжении беременности (40% в контрольной группе против 26,6% в основной; $p = 0,542$), изменения околососкового кружка и соска (36,6% в контрольной группе против 13,3% в основной; $p = 0,037$), изменения кожи в области МЖ (10% в контрольной группе против 0% в основной группе; $p = 0,076$) были обнаружены в большей степени у женщин контрольной группы. Если изменения кожи МЖ, околососкового кружка и соска могут быть связаны с изменением структуры коллагена, особенностей индивидуальный гормональных изменений во время бе-

ременности, нутриентного статуса и т.д. и не зависят от доброкачественной патологии МЖ, то почему выделения из МЖ были чаще у беременных без патологии МЖ мы объяснить не смогли.

Особенности состояния МЖ во время лактации

Как видно из Таблицы 2, при существующей доброкачественной патологии МЖ молозиво и молоко появлялось статистически значимо более поздно по сравнению с контрольной группой: молозиво – на вторые сутки (у 13,3%), а молоко – на третьи (у 63,3%) и четвертые (у 36,7%) сутки; то есть процесс становления лактации замедляется в среднем на один день.

Что касается субъективной оценки состояния МЖ во время лактации (чувство потепления МЖ, боль или неприятные ощущения во время лактации), то между группами не было выявлено статистически значимых различий. В обеих группах новорожденный практически сразу засыпал после кормления.

Докармливание смесями в основной группе не при-

Таблица 3. Характеристика лактации и состояния МЖ

Характеристика	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (n=30)	Результаты статистического анализа
Чувство потепления МЖ	100% (0); 30	100% (0); 30	OR=1,00 Критерий Фишера=1,0 Хи-квадрат=менее 0,001 P=1,0 (стат. не значима) r_{xy} – сильная сила связи
Боль или неприятные ощущения во время лактации	33,3% (8,61); 10	43,3% (9,05); 13	OR=1,300 Критерий Фишера=0,595 Хи-квадрат=0,635 P=0,426 (стат. не значима) r_{xy} – слабая сила связи
Выделения необычного цвета или запаха из МЖ	0	0	
Новорожденный засыпает после кормления	90% (5,48); 27	100% (0); 30	OR=1,11 Критерий Фишера=0,118 Хи-квадрат=3,158 P=0,076 (стат. не значима) r_{xy} – средняя сила связи
Прием препаратов для «улучшения» лактации	3,3% (3,28); 1	0	OR=0,00 Критерий Фишера=0,500 Хи-квадрат=1,017 P=0,314 (стат. не значима) r_{xy} – слабая сила связи
Докармливание смесями	10% (5,48); 3	0	OR=0,0 Критерий Фишера=0,118 Хи-квадрат=3,158 P=0,076 (стат. не значима) r_{xy} – средняя сила связи
Соотношение ребенка по массо-ростовым показателям со сверстниками	100% (0); 30	96,7% (3,28); 29	OR=0,967 Критерий Фишера=0,500 Хи-квадрат=1,017 P=0,314 (стат. не значима) r_{xy} – слабая сила связи
Обращение за мед. помощью, связанное с МЖ	0	0	
Время прекращения лактации	0	0	

менялось, но 3,3% детей имели снижение массы тела в первые сутки, выходящее за пределы нормы, что вероятно связано с задержкой становления лактации. В то время как в контрольной группе потребовался прием лекарственных препаратов для улучшения лактации (3,3%, n=1) и докармливание новорожденного (10%, n=3), однако изменения массо-ростовых показателей у новорожденного не было зафиксировано.

Заключение

Доброкачественная патология МЖ подразумевает наличие в ткани МЖ гормональных, метаболических и структурных изменений. Определенный вклад в развитие диффузной и очаговой доброкачественной патологии МЖ может внести наличие ожирения, особенно 3 степени (обнаруживаемое статистически значимо чаще у женщин основной группы – в 13,3% случаях по сравнению с 0% в контрольной группе, $p = 0,037$). В связи с этим, понижение массы тела у женщин до нормативных пределов может способствовать снижению частоты развития доброкачественной патологии МЖ.

Выявленный нами факт задержки появления молока и молока у женщин с доброкачественной патологией МЖ (примерно на 1-2 дня по сравнению с женщинами без доброкачественной патологии МЖ) возможно свя-

зан именно с существующими гормональными и структурными нарушениями. Самое главное, что у родильниц с существующей доброкачественной патологией МЖ возможно снижение массо-ростовых показателей новорожденного. И это требует более серьезной подготовки женщин с доброкачественной патологией МЖ к наступлению беременности и лактации.

К сожалению, ни в одной из проанализированных нами обменно-уведомительных карт не было выявлено данных о наличии патологии МЖ, хотя женщины проходили обследование у маммолога еще до наступления настоящей беременности. Недоучет имеющейся патологии МЖ может с одной стороны – негативно сказаться на процессе лактации, а с другой стороны, принимая во внимание значительные колебания гормонального фона во время беременности, – возможно стать фоном для развития более серьезной патологии МЖ. ■

Воронцова Анна Валерьевна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Звычайный Максим Александрович, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Назарова К.А., Автор, ответственный за переписку: Воронцова А.В. E-mail: a_valerevna@mail.ru

Литература:

1. *Доброкачественная дисплазия молочной железы: клинические рекомендации. Москва, 2018. 48 с. (письмо Минздрава РФ от 7 ноября 2018 г. №15-4/10/2-7235)*
2. *Травина М.Л., Попов А.Г., Попов С.А., Куликова Е.В. Опыт работы отделения маммологии детского и подросткового возраста на базе ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016. №5 (70); 18-27*
3. *Yu JH, Kim MJ, Cho H, Liu HJ, Han SJ, Ahn TG. Breast diseases during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol Sci. 2013;56(3):143-159. doi:10.5468/ogs.2013.56.3.143*
4. *Raissan KM, Su JH. The best of intentions: Prenatal breastfeeding intentions and infant health. SSM Popul Health. 2018;5:86-100. doi:10.1016/j.ssmph.2018.05.002*
5. *Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. Nutrients. 2020;12(4):1039. doi:10.3390/nu12041039*