

Особливості стану грудних залоз після гістеректомії

О. В. Забудський

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчити особливості стану грудних залоз після гістеректомії.

Матеріали та методи. Було обстежено 156 хворих на міому матки, що є основним показанням для виконання гістеректомії. Всі пацієнтки з міомою матки залежно від віку були розподілені на дві клінічних групи. До 1-ї групи включено 67 хворих, що піддалися гістеректомії в пізньому репродуктивному віці (36–44 років, у середньому $40,9 \pm 0,9$ року). До 2-ї групи увійшли 89 пацієнток, що оперуються в перименопаузі (45–47 років, у середньому $45,9 \pm 0,2$ року). До контрольної групи увійшли 20 практично здорових жінок аналогічного віку. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

Результати. Серед пацієнток, що піддалися гістеректомії без придатків матки з приводу міоми матки в перименопаузі, зростання частоти доброякісних захворювань грудних залоз становило 19,6% (з 74,2% до 93,8% спостережень). У структурі захворювань відзначено двократне збільшення частоти дифузної вузлової форми фіброзно-кістозної мастопатії, а також формування вузлової форми фіброзно-кістозної мастопатії у 8,3% спостережень. З такою самою частотою після гістеректомії були діагностовані фіброаденоми грудних залоз і рецидив солітарних кіст грудних залоз. Частота виявлення вузлових і локальних форм захворювання грудних залоз після хірургічного лікування міоми матки у пацієнток, що оперуються в перименопаузі, виявилася достовірно вище ($p < 0,05$), ніж у хворих, підданих гістеректомії в пізньому репродуктивному віці.

Серед 14 пацієнток, що оперуються в перименопаузі, яким в ході гістеректомії були видалені придатки матки, в грудних залозах відзначено домінування фіброзно-жирової інволюції. У цієї категорії хворих констатовано зниження частоти доброякісних захворювань грудних залоз з 57,1% до 7,1% спостережень. Помірно виражені прояви дифузної фіброзно-кістозної мастопатії зберігалися лише в 1 (7,1%) хворій.

Висновки. Пацієнтки з міомою матки, яким передбачається проведення гістеректомії зі збереженням придатків матки, входять до групи підвищеного ризику щодо виникнення і прогресу захворювань грудних залоз у післяопераційному періоді.

Отримані дані слід враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: грудні залози, гістеректомія, діагностика, функціональний стан.

За останні роки у всьому світі відзначена тенденція до зростання частоти доброякісних захворювань грудних залоз (ГЗ), найбільш поширеною формою яких є фіброзно-кістозна мастопатія (ФКМ) [1, 2]. Зважаючи на різноманітність чинників, що призводять до розвитку мастопатії, дотепер відсутня єдина думка в питанні вибору раціональної терапії захворювання [3, 4]. Водночас відсутні єдині стандарти лікування поєднаної патології ГЗ і міоми матки (ММ), що, за даними різних авторів, спостерігається в 70–96% спостережень [5, 6]. Доведено, що найчастіше ММ поєднується з проліферативними формами ФКМ, що підвищує відносний ризик розвитку раку ГЗ [7–9].

Дотепер основним методом лікування ММ залишається хірургічний, а операцією, що виконується найчастіше – гістеректомія (ГЕ). Стан ГЗ як органів-мішеней після ГЕ закономірно є предметом багаточисельних досліджень. У низці робіт вітчизняних авторів було продемонстровано зростання частоти захворювань ГЗ після проведення ГЕ зі збереженням придатків матки [10–12]. Водночас рак ГЗ був констатований у 7,3–8% спостережень. Проте діагностиці структурних змін у ГЗ після хірургічного лікування ММ не приділено належної уваги.

Мета дослідження: аналіз особливостей стану ГЗ після ГЕ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами були обстежені 156 хворих на ММ, що є основним показанням для виконання ГЕ. Всі пацієнтки з ММ залежно від віку були розподілені на дві клінічних групи:

1-а група – 67 хворих, що піддалися ГЕ в пізньому репродуктивному віці (36–44 років, у середньому $40,9 \pm 0,9$ року);

2-а група – 89 пацієнток, що оперуються в перименопаузі (45–47 років, у середньому $45,9 \pm 0,2$ року).

До контрольної групи включено 20 практично здорових жінок аналогічного віку.

До комплексу проведених досліджень входили клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчення стану ГЗ перед виконанням ГЕ проведено у 156 хворих на ММ. Загальна частота захворювань ГЗ перед проведенням хірургічного лікування ММ становила 70,5%.

У справжньому дослідженні до оперативного лікування дисгормональні патологічні зміни в ГЗ у хворих в перименопаузі зустрічалися декілька частіше, ніж у пацієнток пізнього репродуктивного віку – 74,2% і 65,7% відповідно. Крім того, серед пацієнток 2-ї групи у 2,5 раза частіше були відзначені оперативні втручання в анамнезі з приводу фіброаденом і солітарних кіст ГЗ.

Серед пацієнток обох клінічних груп найбільша частота доброякісних захворювань грудних залоз (ДЗГЗ) зафіксована при розмірі ММ понад 12 тиж вагітності: у 86,2% жінок, що піддалися ГЕ в пізньому репродуктивному віці, і у 87,5% жінок, що оперуються в перименопаузі. Зазначено, що частота виявлення патологічних захворювань ГЗ достовірно підвищувалася при збільшенні розміру ММ ($p < 0,05$). Водночас висока частота структурних змін ГЗ виявлена у пацієнток обох клінічних груп із швидким зростанням ММ (90,9% і 100% відповідно).

Крім того, частота змін ГЗ була достовірно вище при поєднанні ММ із гіперпластичними процесами ендометрія та аденоміозом, виявленими при проведенні

гістологічного дослідження видаленої матки ($p < 0,05$). Так, при поєднанні ММ з гіперплазією ендометрія частка інтактних ГЗ була в 1,5 раза нижче серед пацієнток 1-ї групи і у 2,5 раза серед хворих 2-ї групи. При поєднанні ММ, гіперплазії ендометрія і аденоміозу ДЗГЗ відзначені у всіх пацієнток пізнього репродуктивного віку і в 95,2% хворих, що оперуються в перменопаузі.

Як відомо, клінічна картина ДЗГЗ не є специфічною, найбільш характерною скаргою є масталгія. На момент проведення передопераційного обстеження скарги, пов'язані зі станом ГЗ, пред'являли 39 (58,2%) пацієнток пізнього репродуктивного віку і 58 (65,2%) хворих, що піддалися ГЕ в перменопаузі. Найбільш характерними скаргами у пацієнток обох клінічних груп були нагрудання ГЗ перед менструацією і біль різної інтенсивності циклічного характеру, що було зафіксовано у 88 (90,7%) із 97 жінок. Наявність скарг слугувала приводом для спостереження в мамолога лише у 49 (31,4%) обстежених пацієнток.

У справжньому дослідженні найчастіше серед пацієнток обох клінічних груп зміни ГЗ до виконання ГЕ були представлені різними варіантами дифузної фіброзно-кістозної мастопатії (ДФКМ), відзначеної у 41 (61,2%) жінки 1-ї групи і в 56 (62,9%) пацієнток 2-ї групи. Дифузно-вузлова форма ФКМ діагностована лише у 5 (5,6%) хворих, що піддалися ГЕ в перменопаузі.

Комплексне обстеження стану ГЗ після виконання ГЕ проведено у 103 хворих, включених у дослідження, а саме: у 41 (39,8%) пацієнтки 1-ї групи і в 62 (60,2%) жінок 2-ї групи. З них у 89 (86,4%) хворих ГЕ проводили зі збереженням придатків матки, у 14 (13,6%) жінок під час операції виконано двосторонню аднексектомію.

Скарги, пов'язані зі станом ГЗ, через 3 роки після ГЕ пред'являли 85 (82,5%) обстежених пацієнток, в яких придатки матки були збережені, а саме: 40 (97,6%) – у пізньому репродуктивному віці і 45 (93,8%) – у перменопаузі. Як і до проведення ГЕ найчастішою скаргою серед пацієнток обох клінічних груп були біль і відчуття напруження в ГЗ в дні передбачуваної менструації, відзначені в 58 (56,3%) спостереженнях з приблизно однаковою частотою як у 1-й, так і в 2-й групах. Проте у віддалений період втричі збільшилася кількість пацієнток, в яких біль мав постійний характер і в передбачуваний перед менструацією термін ставав інтенсивнішим.

Об'єктивно при проведенні комплексного обстеження ГЗ було встановлено, що серед пацієнток пізнього репродуктивного віку за три роки спостереження частота доброякісних захворювань ГЗ зросла на третину: з 65,7% до 97,6%. Водночас зафіксовано зростання частоти дифузної форми ФКМ на 22,4%. Крім того, у 7,5% хворих після ГЕ вперше виявлено формування дифузно-вузлової мастопатії, у 2,9% – фіброаденом ГЗ.

Серед пацієнток, що піддалися ГЕ без придатків матки з приводу ММ в перменопаузі, зростання частоти доброякісних захворювань ГЗ становило 19,6%, а саме: з 74,2% до 93,8% спостережень. У структурі захворювань спостерігалось двократне збільшення частоти дифузно-вузлової форми ФКМ, а також формування вузлової форми ФКМ у 8,3% спостережень. З такою самою частотою після ГЕ були діагностовані фіброаденоми ГЗ і рецидив солітарних кіст ГЗ. Частота виявлення вузлових і локальних форм захворювання ГЗ після хірургічного лікування ММ у пацієнток, що оперуються в перменопаузі, виявилася достовірно вище ($p < 0,05$), ніж у хворих, підданих ГЕ в пізньому репродуктивному віці.

Серед 14 пацієнток, що оперуються в перменопаузі, яким в ході ГЕ були видалені придатки матки, в ГЗ відзначено домінування фіброзно-жирової інволюції. У

цієї категорії хворих констатовано зниження частоти доброякісних захворювань ГЗ з 57,1% до 7,1% спостережень. Помірно виражені прояви ДФКМ зберігалися лише в 1 (7,1%) хворої.

ВИСНОВКИ

Пацієнтки з міомою матки, яким передбачається проведення гістеректомії зі збереженням придатків матки, входять до групи підвищеного ризику щодо виникнення і прогресу захворювань грудних залоз у післяопераційний період.

Отримані дані слід враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Features of the state of mammary glands are after hysterectomy O. V. Zabudskiy

The objective: to learn the features of the state of mammary glands after hysterectomy.

Materials and methods. By us it was inspected 156 patients by a uterine fibroids, which is a basic certificate for implementation of hysterectomy. All patients with a uterine fibroids depending on age parted on 2 clinical groups. a 1 group was 67 patients which was added hysterectomy in late reproductive age (36–44 years, on the average in $40,9 \pm 0,9$ year); to 2 groups entered 89 patients which are operated in premenopause (45–47 years, on the average in $45,9 \pm 0,2$ year). A control group was made 20 practically healthy women of analogical age.

To the complex of the conducted researches clinical, laboratory instrumental and statistical methods were included.

Results. Among patients which was added hysterectomy without the appendages of uterus concerning a uterine fibroids in premenopause, growth of frequency of benign diseases of mammary glands was 19,6%: from 74,2% to 93,8% supervisions. In the structure of diseases the double increase of frequency is marked diffuse nodular forms fibro-cystic mastopathy, and also forming of nodular form fibro-cystic mastopathy in 8,3% supervisions. With the same frequency after hysterectomy there were the diagnosed fibroadenomas of mammary glands relapse of colitary cysts of mammary glands. Frequency of exposure of nodular and local forms of disease of mammary glands after surgical treatment of uterine fibroids for patients which are operated in premenopause, appeared for certain higher ($p < 0,05$) than for patients, citizens of hysterectomy in late reproductive age.

Among 14 patients which are operated in premenopause, which during hysterectomy there were remote appendages of uterus, prevailing of fibroadipose involution is marked in mammary glands. At this category of patients the decline of frequency of benign diseases of mammary glands is established from 57,1% supervisions to 7,1%. The displays of diffuse are mildly expressed fibro-cystic mastopathy was saved only in 1 (7,1%) to the patient.

Conclusions. Patients with uterine fibroids which the conduct of hysterectomy is foreseen with the maintainance of appendages of uterus are included in the group of enhanceable risk in relation to an origin and progress of diseases of mammary glands in a postoperative period. Findings need to be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: mammary glands, hysterectomy, diagnostics, functional state.

Відомості про автора

Забудський Олександр Васильович – КНП пологовий будинок № 2, м. Київ
ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: Zabudskiyov@ukr.net

Information about the author

Zabudskiy Oleksandr V. – Communal noncommercial enterprise maternity hospital № 2, Kyiv
ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: Zabudskiyov@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. de Luca A. et al. Breast cancer and multiple primary malignant tumors: case report and review of the literature // *in vivo*. International Institute of Anticancer Research, 2019. Vol. 33. № 4. P. 1313–24.
2. Koh S.C.L. et al. Combined panel of serum human tissue kallikreins and CA-125 for the detection of epithelial ovarian cancer // *Journal of Gynecologic Oncology*. Korean Society of Gynecologic Oncology and Colposcopy, 2012. Vol. 23. № 3. P. 175–81.
3. Vargas A.N. Natural history of ovarian cancer. // *Ecancermedicalscience*. 2014. Vol. 8. P. 465.
4. Runnebaum I.B., Stickeler E. Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk // *J Cancer Res Clin Oncol*. Springer, 2001. Vol. 127. № 2. P. 73–9.
4. Permut-Wey J., Sellers T.A. Epidemiology of ovarian cancer // *Cancer Epidemiol*. Springer, 2009. P. 413–37.
5. Hunn J., Rodriguez G.C. Ovarian cancer: etiology, risk factors, and epidemiology // *Clin Obstet Gynecol*. LWW, 2012. Vol. 55. № 1. P. 3–23.
6. Jordan S.J. et al. Has the association between hysterectomy and ovarian cancer changed over time? A systematic review and meta-analysis // *Eur J Cancer*. Elsevier, 2013. Vol. 49. № 17. P. 3638–47.
7. Rice M.S. et al. Tubal ligation, hysterectomy and epithelial ovarian cancer in the New England case-control study // *Int J Cancer*. Wiley Online Library, 2013. Vol. 133. № 10. P. 2415–21.
8. Wentzensen N. et al. Ovarian cancer risk factors by histologic subtype: an analysis from the ovarian cancer cohort consortium // *Journal of Clinical Oncology*. American Society of Clinical Oncology, 2016. Vol. 34. № 24. P. 2888.
9. Dixon-Suen S.C. et al. The association between hysterectomy and ovarian cancer risk: a population-based record-linkage study // *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. Oxford Academic, 2019. Vol. 111. № 10. P. 1097–103.
10. Merrill R.M. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. // *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2008. Vol. 14. № 1. P. CR24-31.
11. Gentry-Maharaj A. et al. Changing trends in reproductive/lifestyle factors in UK women: descriptive study within the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS) // *BMJ Open*. British Medical Journal Publishing Group, 2017. Vol. 7. № 3. P. e011822.
12. Holman C.D.J. et al. A decade of data linkage in Western Australia: strategic design, applications and benefits of the WA data linkage system // *Australian Health Review*. CSIRO Publishing, 2008. Vol. 32. № 4. P. 766–77.