

**ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ДИСПЛАЗИИ  
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕВОЧЕК-  
ПОДРОСТКОВ**

**Обследовано 436 девочек-подростков. Полученные результаты свидетельствуют, что дисгормональная дисплазия молочной железы занимает значительное место в заболеваемости девочек-подростков (11% обратившихся к гинекологу).**

**Преимущественно диагностируются диффузные формы, которые подлежат консервативному лечению.**

**Основными методами диагностики у подростков следует считать осмотр, пальпацию и УЗС молочной железы. Учитывая полиэтиологичность заболевания, консервативная терапия должна быть комплексной. Оральные контрацептивы можно применять при неотягощенной наследственности, интактной печени, неосложненном течении перинатального периода развития девочки.**

Дисгормональная дисплазия является наиболее распространенным доброкачественным заболеванием молочной железы, которым, по данным различных авторов, страдают от 50 до 90% женщин. Среди подростков, которые обратились к гинекологу, эта патология диагностирована в 5–12% случаев [4]. Молочная железа является составной частью репродуктивной системы женщины, а ткани молочной железы — мишенью для стероидных гормонов яичников, гормонов гипофиза и других эндокринных желез организма. Циклические изменения в репродуктивной системе непосредственно влияют на состояние молочной железы [6].

Исходя из представлений о физиологической эволюции ткани молочной железы, решающая роль в возникновении мастопатии принадлежит прогестерон-дефицитным состояниям — нарушению функции яичников, при которых наблюдается абсолютная или относительная гиперэстрогения. Это подтверждается способностью эстрогенов вызвать пролиферацию эпителия альвеолярных протоков, усиливать активность трофобластов и вызывать пролиферацию соединительной ткани молочной железы [2, 3].

Большое значение в возникновении патологических изменений молочной железы принадлежит рецепторам к эстрадиолу и прогестерону. Считается, что именно активность рецепторного аппарата определяет возникновение патологических процессов.

Рецепторные нарушения, как правило, возникают в измененной под действием гормонального влияния молочной железы [1, 7]. А так как пубертатный период — это период гормонального дисбаланса, период формирования гормонального равновесия, особый интерес

представляет изучение состояния молочной железы у девочек-подростков.

Нами обследовано 436 девочек-подростков, которые обратились к гинекологу с жалобами разного характера. У 48 (11%) диагностирована дисгормональная дисплазия молочной железы (ДДМЖ), причем в 45 случаях констатирована диффузная фиброзно-кистозная мастопатия и только в 3 случаях — узловатая форма. Диагноз был установлен на основании осмотра, пальпации молочной железы и регионарных лимфатических узлов, ультразвукового сканирования молочной железы; по показаниям выполнена маммография и пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием пунктата. Кроме общепринятого гинекологического и лабораторного обследования у 18 пациенток проведено радиоиммунологическое изучение гормонального статуса.

Возраст обследованных колебался от 14 до 18 лет. Средний возраст составлял 16,7 лет. 25% девочек учились в школах, остальные в техникумах и училищах. Городские жители составляли 81% (39 человек) и 9 (18,75%) подростков были жителями сельской местности. 8 (16,6%) девочек жили половой жизнью, у 2 в анамнезе были аборты, 26 (54,16%) имели излишний вес.

При анализе характера менструальной функции у данного контингента подростков выявлена следующая картина: у 32 (66,6%) девочек возраст менархе составлял 11–12 лет; у 10 (20,83%) подростков месячные начались в 12–13 лет и только у 6 (12,5%) девочек — в 14 лет.

Также необходимо отметить, что в 29 (60,4%) случаях отмечалось нарушение полового развития по типу его ускорения; отставав-

Рис. 1. Схема диспансеризации девочек-подростков с дисгормональной дисплазией молочной железы



ние полового развития диагностировано у 3 (6,25%) подростков. 36 (75%) девочек с дисгормональной дисплазией страдали нарушениями менструального цикла. У 32 (66,6%) из них наблюдались нерегулярные месячные, у 27 (56,25%) они были длительными (около 5 дней), у 28 (58,3%) отмечались значительные кровянистые выделения во время менструаций. У 43,75% обследованных в анамнезе отмечался воспалительный процесс гениталий (сальпингоофорит, кольпит).

Соматический анамнез показал, что хроническим тонзиллитом болели 38 (79,16%) девочек, у 18 (37,5%) в детстве были диагностированы гиповитаминозы «А», у 31 (64,4%) — гиповитаминозы «Д». У 19 (39,6%) подростков установлена патология гепатобилиарной системы (в анамнезе холецистит, вирусный гепатит). У 14 (29,92%) была ВСД, 22 (45,8%) девочек в детстве болели скарлатиной, 28 (58,3%) подростков отмечали частые ОРВИ в анамнезе.

Эндокринные нарушения в анамнезе также занимали значительное место.

Дисфункция щитовидной железы диагностирована в 9 (18,8%) случаях, в 1 (2,1%) случае выявлена аденома гипофиза (пролактинома), одна (2,1%) девочка страдала сахарным диабетом. У 7 (14,6%) девочек были констатированы гипоталамо-гипофизарные нарушения.

Анализируя психоэмоциональный статус обследованных подростков, необходимо отметить, что 16 (33,3%) девочек подвергались действию хронического стресса (конфликты в учебных заведениях и в семьях).

Изучение семейного анамнеза показало, что в 39 (81,3%) случаях матери и старшие сестры обследованных девочек страдали мастопатией. В 8 (16,6%) случаях в семьях подростков, которые находились под наблюдением, диагностирован рак молочной железы. В 4 (8,3%) случаях конста-

тирован рак органов женской половой сферы. В 3 (6,25%) случаях выявлен рак других локализаций. Необходимо также отметить, что 6 девочек (12,5%), которые страдали дисгормональной дисплазией молочной железы, проживали на радиационно загрязненных территориях (III и IV зона радиационного загрязнения).

Проведенные исследования по тестам функциональной диагностики и гормональные исследования показали, что у 36 (75%) девочек менструальный цикл был ановуляторным, у 18 (25%) наблюдались овуляции. При гормональном исследовании почти у половины девочек установлен несколько увеличенный уровень эстрадиола. У 1/3 обследованных выявлено увеличение концентрации андростендиона и тестостерона в моче. В 6 (12,5%) случаях был незначительно повышенный уровень пролактина. Патогенетическая роль пролактина в развитии мастопатии до конца не определена. Возможно,

имеет значение способность пролактин увеличивать содержимое рецепторов эстрадиола в ткани молочной железы.

Почти у половины больных наблюдались признаки стертой гиперандрогении. Данные о роли андрогенов в развитии ДДМЖ также полностью не изучены. Андрогены непосредственно и опосредованно влияют на ткань молочной железы. По данным разных авторов, вследствие изменения гормональных взаимоотношений в организме девочки андрогены в той или иной степени снижают интенсивность циклических изменений в тканях молочной железы [7].

Необходимо также отметить, что 26 девочек (54,2%) принимали оральные контрацептивы с целью коррекции менструальной функции в течение шести и более месяцев. Это можно рассматривать как определенный фактор риска возникновения дисплазии молочной железы и рака молочной железы в будущем. По данным Цвелёва Ю. В., Ильина А. Б. (1999), недостаточно дифференцированные клетки ткани молочной железы у молодых девушек, которые не рожали, более чувствительны к возможному канцерогенному действию половых гормонов. Также у нерожавших ткани молочной железы нечувствительны к прогестерону и подпадают под влияние только эстрогенного компонента оральных контрацептивов. При этом использование оральных контрацептивов в молодом возрасте постоянно меняет концентрацию рецепторов эстрогенов в ткани молочной железы и содержание пролактина в плазме [5, 7].

Правильная и своевременная диагностика и коррекция данной патологии даёт возможность снизить уровень заболеваемости раком молочной железы и гинекологической заболеваемости в целом.

На основе проведенного анализа мы рекомендуем следующую тактику ведения девочек-подростков с ДДМЖ (рис. 1).

## Вывод

Проведенные исследования свидетельствуют, что ДДМЖ занимает значительное место в заболеваемости девочек-подростков (11% обратившихся к гинекологу). Преимущественно диагностируются диффузные формы, которые подлежат консервативному лечению. Основными методами диагностики у подростков следует считать осмотр, пальпацию и УЗС молочной железы. Учитывая полиэтиологичность заболевания, консервативная терапия должна быть комплексной. Оральные контрацептивы можно применять при неотягощенной наследственности, интактной печени, неосложненном течении перинатального периода развития девочки.

## Литература

1. Адамян Л. В., Оразвалиева Д. Р., Бурдина Л. М., Озерова Е. О. Состояние молочных желез и эндометрия у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников // Акуш. и гин. — 1989. — № 4. — С. 21–24.
2. Бехтерева Э. П. Антиэстрогенные свойства сигетина // Акуш. и гин. — 1997. — № 7. — С. 23–25.
3. Вихляева Е. М., Франченко Н. Д., Запорожан В. П. и др. Состояние эстроген-рецепторных систем и клинический эффект криохирургии гиперплазированного эндометрия // Акуш. и гин. — 1982. — № 6. — С. 11–15.
4. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. — 1998. — 554 с.
5. Ильин А. Б. Дисгормональные гиперплазии молочных желез у больных миомой матки: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1998. — 20 с.
6. Серов В. Н., Прилепская В. Н., Пшеничникова Т. Я. и др. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии. — М., 1995. — С. 403–414.
7. Цвелёв Ю. В., Ильин А. Б. Патология молочных желез в гинекологической практике // Акуш. и гин. — М., 1999. — С. 63–68.