

## Анализ эффективности диспансерного наблюдения за пациентками с дисгормональной дисплазией молочной железы

Е.А. Сухарева<sup>1</sup>, Л.А. Пономарева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МУЗ Городская поликлиника № 1, Сызрань; <sup>2</sup>кафедра сестринского дела ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России

Контакты: Евгения Аркадьевна Сухарева suharev66@yandex.ru

Среди доброкачественных заболеваний молочной железы наиболее часто регистрируют различные формы дисплазий, которые характерны для 20–60% пациенток.

Исследования показывают, что рост заболеваемости доброкачественной патологией молочной железы не сопровождается повышением сознательности и настороженности женского населения по отношению к своему здоровью. Регулярно посещают врача 35–39% женщин, регулярно обследуются 54–64,2%, при этом ежегодный скрининг на рак молочной железы после 40 лет проходят 22,3% пациенток. Только 52–57,1% женщин ежемесячно проводят самообследование молочных желез.

Вместе с тем своевременная диагностика и лечение доброкачественных дисплазий имеют большое значение в силу двух основных обстоятельств: 1) развитие заболевания сопровождается выраженной клинической симптоматикой, снижающей качество жизни женщин; 2) наличие пролиферативных форм дисплазий является фактором риска развития рака молочной железы.

**Ключевые слова:** доброкачественная дисплазия молочной железы, диспансерное наблюдение

### Analysis of the efficiency of a follow-up of patients with dyshormonal breast dysplasia

E.A. Sukhareva<sup>1</sup>, L.A. Ponomareva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Town Polyclinic One, Suzran; <sup>2</sup>Nursing Department, Samara State Medical University, Ministry of Health and Social Development of Russia

Different forms of dysplasias that are typical for 20–60% of patients are most frequently recorded among benign breast diseases.

The studies indicate that the rise in benign breast disease morbidity is not accompanied by increased health consciousness and alertness in the female population. 35–39% of women regularly visit a physician; 54–64.2% of women are regularly examined; 22.3% of patients undergo annual breast cancer screening after the age of 40 years. As high as 52–57.1% of women do breast self-exam very month.

At the same time, the timely diagnosis and treatment of benign dysplasias are of great importance due to two main circumstances: 1) the disease development is attended by significant clinical symptomatology that reduces quality of life in women; 2) the proliferative forms of dysplasias are a risk factor for breast cancer.

**Key words:** benign breast dysplasia, follow-up

#### Введение

До настоящего времени все еще не существует единой схемы проведения диспансерных осмотров пациенток с доброкачественной дисплазией молочной железы. Тем не менее в многочисленных работах показано, что чем раньше выявляется опухоль, тем дольше продолжительность жизни женщины. Так, 70% больных с I стадией после обнаружения у них рака молочной железы (РМЖ) живут 10 лет. Пятилетняя выживаемость при II и III стадиях составляет 50–60 и 30–40% соответственно. При метастатическом РМЖ 5-летняя выживаемость достигает 10–15% [1].

Согласно приказу Минздравсоцразвития России № 154 от 15.03.2006 г. «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной

железы» женщины в возрасте от 20 до 40 лет 1 раз в 2 года должны проходить обследование в смотровом кабинете, которое включает осмотр и пальпацию молочных желез [2]. По результатам обследования формируются 4 группы:

1) здоровые женщины, не имеющие факторов риска (рекомендуется прохождение очередного осмотра через 2 года);

2) пациентки, имеющие анамнестические факторы риска (показаны проведение дополнительного обследования, консультация специалиста, обучение в школе здоровья);

3) женщины, имеющие анамнестические факторы риска и изменения в молочной железе;

4) пациентки с изменениями в молочной железе, не имеющие анамнестических факторов риска.

Женщинам 3-й и 4-й групп рекомендуется обследование и лечение у специалиста.

Пациентки в возрасте  $\geq 40$  лет независимо от наличия или отсутствия жалоб подлежат направлению в рентгеномаммографический кабинет. После обследования их подразделяют на 3 группы:

- 1) здоровые женщины (рекомендовано проведение маммографии через 2 года);
- 2) пациентки с диффузными гиперплазиями молочной железы (показаны лечение и маммографический контроль через 1 год);
- 3) женщины с узловыми доброкачественными образованиями (необходимо выполнение инвазивных вмешательств с целью уточнения диагноза и решения вопроса о тактике лечения).

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 808н от 02.10.2009 г. «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» обязанности по диспансерному наблюдению женского населения для раннего выявления и своевременного лечения патологии молочных желез возложены на акушера-гинеколога женской консультации [3]. Однако, к сожалению, диспансеризация проводится не столь эффективно, как хотелось бы. Во многих женских консультациях из года в год не выявляется ни одного случая РМЖ в диспансерной группе пациенток, несмотря на то что заболеваемость, в том числе на III–IV стадиях, остается на прежнем уровне.

Сами женщины также не проявляют должной активности для сохранения своего репродуктивного здоровья. Главной причиной нерегулярных осмотров у специалиста является хронический дефицит времени [4].

**Цель исследования** — усовершенствование системы диспансерного наблюдения за пациентками с дисгормональной дисплазией молочной железы:

- изучение качества наблюдения за женщинами с данной патологией;
- проведение анализа кратности наблюдения, обследования и лечения пациенток в возрастных группах  $< 40$  и  $\geq 40$  лет;
- установление наиболее значимых причин несвоевременного наблюдения, обследования и лечения диспансерной группы женщин.

### Материалы и методы

В исследовании приняли участие 252 пациентки с доброкачественными дисгормональными заболеваниями молочной железы, состоящие на диспансерном учете у участкового акушера-гинеколога.

Исследование проводили с использованием результатов клинического динамического наблюдения за маммологическими пациентками, полученных по данным медицинских карт амбулаторных больных

(форма 025/У) и статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (форма 025-2У), а также с помощью метода выкопировки из амбулаторных карт больных, анкетирования, статистического и аналитического методов.

### Результаты и обсуждение

Возраст пациенток варьировал от 17 до 67 лет ( $< 40$  лет — 52%,  $\geq 40$  лет — 48% женщин). Длительность заболевания составила от 1 года до 28 лет (рис. 1).

Известно, что у женщин с доброкачественной дисплазией молочной железы часто встречаются сопутствующие гинекологические, эндокринные, сердечно-сосудистые заболевания, болезни печени и желчного пузыря.

Большое влияние на развитие заболевания оказывает наличие избыточной массы тела. Так, по данным литературы, гинекологические заболевания у данного контингента больных выявляют в 41–95% случаев [5, 6], заболевания щитовидной железы — в 50–64% [7, 8], печени — в 18,2–48% [6, 7].

В нашем исследовании из сопутствующих заболеваний чаще наблюдались гинекологические (25,6% случаев), реже — печени и желчного пузыря (19%), сердечно-сосудистой системы (15%), щитовидной железы (12%). Другие заболевания встречались в 14,5% наблюдений. У 13,9% пациенток сопутствующей патологии не обнаружено (рис. 2).

Наличие избыточной массы тела и ожирения часто дополняется инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией. Жировая ткань является источником внегонадного синтеза половых стероидов, что сопро-

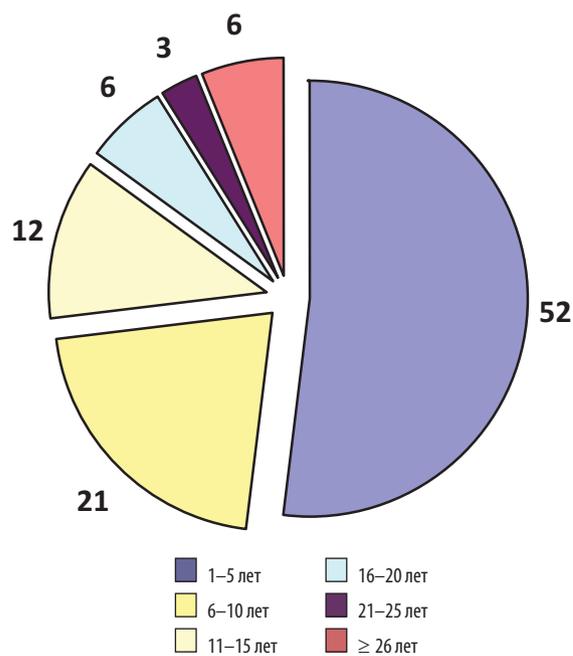


Рис. 1. Распределение пациенток (%) в зависимости от длительности заболевания

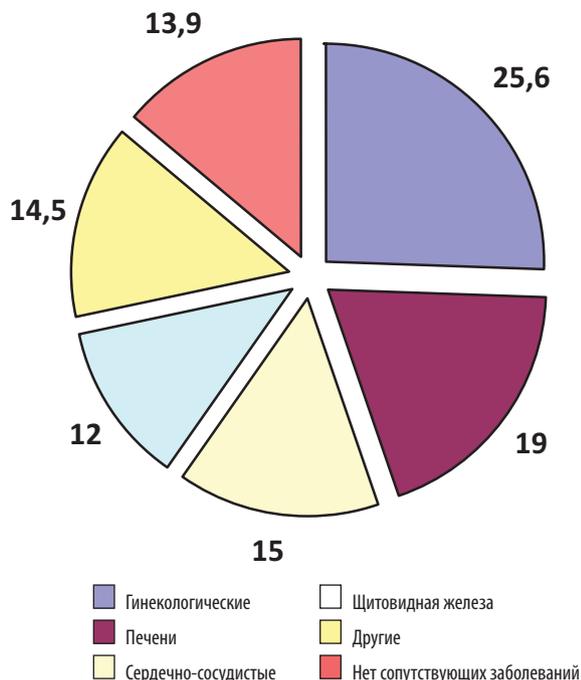


Рис. 2. Характеристика сопутствующих заболеваний (%)

вождается гиперэстрогенией. При сочетании ожирения с сахарным диабетом и артериальной гипертензией риск возникновения РМЖ возрастает в 3 раза [9, 10].

В исследуемой группе пациенток отмечено резкое увеличение частоты встречаемости избыточной массы тела и ожирения с возрастом (рис. 3).

Низкая доля случаев выявленной сопутствующей патологии свидетельствует о недостаточном обследовании диспансерной группы женщин: 1/3 пациенток не были выполнены ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и органов брюшной полости, общий и биохимический анализы крови, несмотря на то что эти обследования проводятся быстро и бесплатно.

Гораздо хуже обстоят дела с изучением гормонального фона. Отсутствие в городе бесплатных услуг по исследованию гормонов предполагает не обязательный, а рекомендательный характер исследования гормонального статуса. Большинство пациенток сразу отказываются от предложенного обследования, ссылаясь на финансовый недостаток. Другие берут направление на обследование, но анализы не сдают. В итоге комплексное обследование проходят около 23% женщин.

В то же время наличие множественной сопутствующей патологии у диспансерной группы пациенток предполагает обследование и лечение их у врачей различных специальностей: эндокринолога, кардиолога, гастроэнтеролога, психолога. Однако если к кардиологу женщины обращаются регулярно в силу необхо-

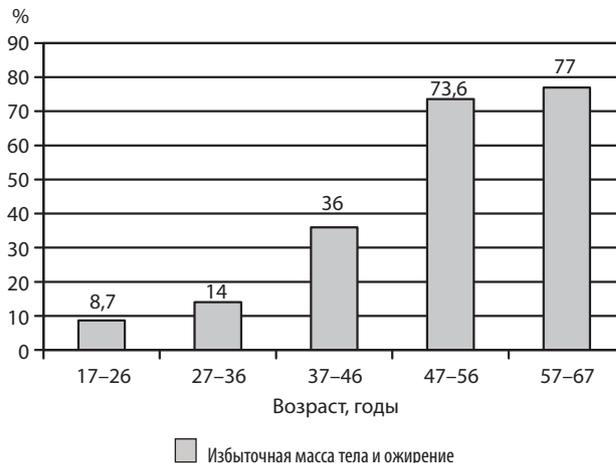


Рис. 3. Частота встречаемости избыточной массы тела и ожирения в различных возрастных группах

димости лечения основного заболевания, то к гастроэнтерологу — гораздо реже. Случаи получения консультаций эндокринолога и психолога у данного контингента больных единичны.

Сами схемы диспансерного наблюдения довольно разнообразны. В первую очередь сроки осмотра и методов дополнительного обследования зависят от возраста пациентки. Возраст  $\geq 40$  лет является одним из факторов риска развития заболеваний молочной железы. Это связано с естественной гормональной перестройкой женского организма, происходящей после 40 лет. Наиболее высокий риск заболеть РМЖ имеют пациентки возрастной группы 55–65 лет. По этой причине женщины в возрасте  $< 40$  лет должны проходить осмотр у специалиста 1 раз в год,  $\geq 40$  лет — осмотр и маммографию с сонографией 1–2 раза в год. По данным литературы, регулярные осмотры у специалиста снижают риск развития РМЖ на 37% [9, 11].

При выборе сроков проведения диспансеризации учитывают такие факторы риска развития РМЖ, как наличие близких родственников, страдающих злокачественными новообразованиями, репродуктивный анамнез (роды, послеродовое кормление грудью, аборт), сопутствующие заболевания (ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, заболевания печени и желчного пузыря) [12, 13].

Наличие у пациентки с доброкачественной дисплазией молочной железы близких родственников, имеющих злокачественные новообразования, особенно РМЖ по женской линии, предполагает более активные действия по диспансерному наблюдению: начиная с 20 лет — осуществление профилактических мероприятий, ежегодно с 30 лет — выполнение маммографии [11, 13].

При узловой форме мастопатии и отказе от операции больным рекомендовано наблюдение с интервалом в 3 мес [12]. Прооперированным пациенткам показан осмотр у онколога или хирурга 2 раза в год [11].

Результаты проведенных нами исследований продемонстрировали, что в группе женщин в возрасте < 40 лет регулярно (не менее 1 раза в год) посещают врача 35%, нерегулярно — 65% пациенток. В возрастной группе женщин ≥ 40 лет регулярно (1–2 раза в год) посещают врача 39%, нерегулярно — 61% (рис. 4).

Таким образом, регулярность посещений участкового гинеколога не зависит от возраста женщины. Пациентки, регулярно наблюдающиеся у специалиста, составляют 1/3 диспансерной группы.

Маммография является обязательным методом обследования у женщин в возрасте ≥ 40 лет. Проведение маммографического скрининга способствует снижению смертности от РМЖ на 11–30% [14].

Основные преимущества маммографии — возможность получения полипозиционного изображения, высокая информативность, визуализация непальпируемых образований в виде узла, скопления микрокальцинатов, локальной тяжести, возможность дифференцировки узловых и диффузных образований, применение широкого спектра неинвазивных и инвазивных методик исследования [15, 16].

Чувствительность метода составляет от 77 до 95%, специфичность — от 94 до 97% [17, 18].

Информативность УЗИ приближается к таковой при маммографии и составляет 97,7% [12, 19]. Наиболее предпочтительно проведение УЗИ у молодых женщин в возрасте до 35–40 лет, когда железистая ткань молочной железы развита в достаточном количестве [20].

В нашем исследовании среди пациенток в возрасте < 40 лет регулярно (не реже 1 раза в год) проходят УЗИ молочных желез 64,2%, нерегулярно (менее 1 раза в год) — 21,4%, не проходили — 14,4%.

Женщины в возрасте ≥ 40 лет проходят маммографию регулярно в 22,3% случаев, нерегулярно — в 40,1%, не проходили маммографию — в 37,6%. Пациентки данной возрастной группы активнее прохо-

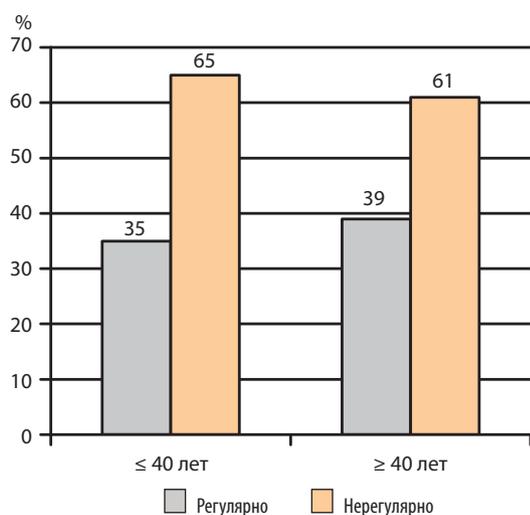


Рис. 4. Частота контрольных посещений врача в сравниваемых возрастных группах

дят УЗИ: регулярно — 54%, нерегулярно — 31%, не проходили — 15% (рис. 5).

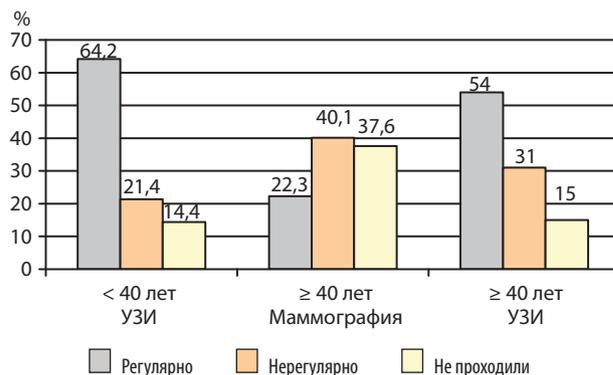


Рис. 5. Соотношение видов обследования женщин в сравниваемых возрастных группах

Таким образом, показано, что женщины старше 40 лет менее активны в отношении прохождения дополнительного обследования молочных желез, а такой метод скрининга на РМЖ, как маммография, в большинстве случаев ими просто игнорируется.

На сегодняшний день пока еще не создана единая схема комплексного лечения пациенток с дисгормональными заболеваниями молочной железы. Неясными остаются и вопросы о длительности лечения. Тем не менее интенсивное лечение вначале и поддерживающие курсы терапевтических воздействий на протяжении не только месяцев, но и лет являются непременным условием надежного излечения от этого сложного заболевания [5].

При проведении анализа амбулаторных карт и данных социологического опроса было установлено, что в возрастной группе < 40 лет регулярно (не менее 1 раза в год) проходят лечение 44,5%, нерегулярно — 18,5%, не лечились — 37% пациенток. В группе женщин в возрасте ≥ 40 лет регулярно получают лечение 34,7%, нерегулярно — 32%, не лечатся — 30,7% больных, в 2,6% случаев информация о лечении у пациенток отсутствует (рис. 6).

В итоге отмечено, что молодые женщины лечатся регулярнее, но и процент вообще не пролеченных пациенток больше именно в этой группе.

Направление к онкологу — одно из необходимых мероприятий для больных диспансерной группы, особенно для женщин с узловыми формами заболевания, непальпируемыми образованиями, при галакторее, после перенесенных операций на молочной железе.

Пациентки диспансерной группы в возрасте < 40 лет посещали онколога в текущем году в 7,1%, > 1 года назад — в 28,7%, не посещали — в 64,2% случаев, женщины возрастной группы ≥ 40 лет — в 20, 41,3 и 38,7% наблюдений соответственно (рис. 7).

Таким образом, наблюдается низкая активность пациенток в отношении посещения врача-онколога,

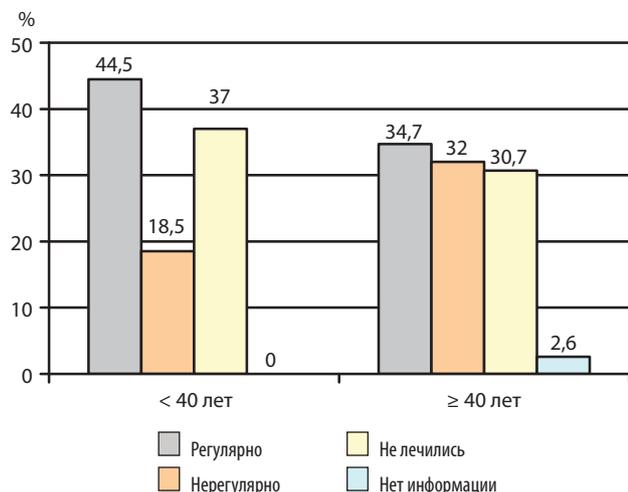


Рис. 6. Соотношение регулярности лечения пациенток сравнимых возрастных групп

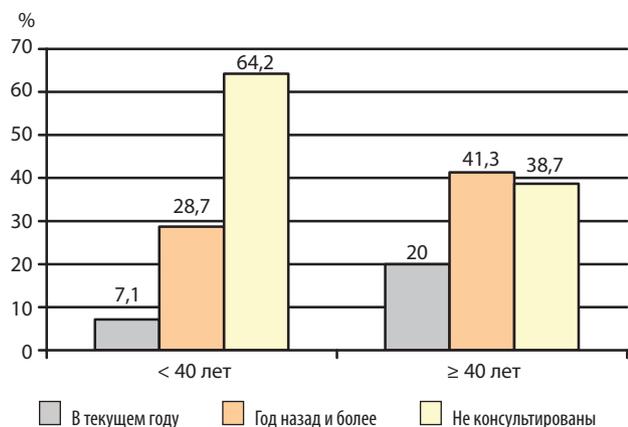


Рис. 7. Соотношение регулярности контрольных посещений онколога в сравнимых возрастных группах

что особенно характерно для женщин в возрасте < 40 лет. Данный факт настораживает, поскольку свидетельствует о том, что РМЖ имеет тенденцию к омоложению.

Особое внимание сегодня уделяется обучению женщин самообследованию молочной железы. До настоящего времени в России в 80–90% случаев РМЖ был выявлен при самообследовании [8]. Самообследование необходимо проводить начиная с 20-летнего возраста [21].

Главная методическая особенность самообследования — максимальная зависимость от качества выполнения его пациенткой. В связи с этим наиболее важными факторами являются мотивация и подготовка женщин к выполнению самообследования. Мотивация к осуществлению самообследования зависит от методов обучения пациенток, их возраста, этнической принадлежности, образования, наличия родственников, перенесших РМЖ, и др. [22].

Наблюдаемые нами женщины в возрасте < 40 лет регулярно (1 раз в месяц) проводят самообследование

в 57,1% случаев, нерегулярно — в 17,9%, не проводят — в 25%. Приемам самообследования в данной группе обучены 32% пациенток.

Женщины в возрасте ≥ 40 лет регулярно проводят самообследование в 52%, нерегулярно — в 37%, не проводят — в 11% наблюдений. Доля обученных технике самообследования пациенток в данной группе составила 32,6% (рис. 8).

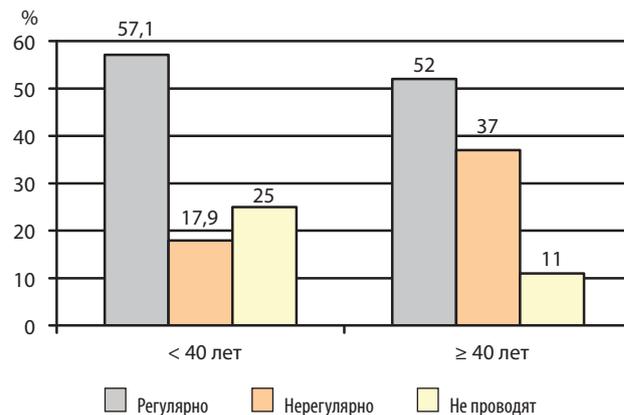


Рис. 8. Соотношение регулярности проведения самообследования молочных желез пациентками сравнимых возрастных групп

Из представленных данных следует, что молодые женщины в 1/4 случаев не проводят самообследование молочных желез, а доля обученных самообследованию пациенток во всей диспансерной группе низкая независимо от возраста.

Причины, по которым пациентки диспансерной группы с дисгормональной дисплазией молочной железы вовремя не посетили участкового гинеколога, приведены в табл. 1.

Причины несвоевременного прохождения обследования (УЗИ, маммография) больными с дисгормональной дисплазией молочной железы отражены в табл. 2.

Таблица 1. Причины несвоевременного обращения к участковому гинекологу пациенток с дисгормональной дисплазией молочной железы

Причина	Число больных, %		
	< 40 лет	≥ 40 лет	всего
Отсутствие времени	25,8	23,8	24,8
Страх посещения врача	14,8	18,5	16,6
Очередь в регистратуру и к врачу	7,4	16,5	12
Несколько причин	26	19,5	22,7
Нет ответа	26	21,7	23,9

**Таблица 2.** Причины несвоевременного прохождения обследования пациенток с дисгормональной дисплазией молочной железы

Причина	Число больных, %		
	< 40 лет	≥ 40 лет	всего
Отсутствие времени	39,4	20,5	30
Страх прохождения обследования	8,1	18,5	13,3
Отсутствие направления врача	7,1	17,4	12,2
Очередь в регистратуру и к врачу	3,5	11	7,2
Несколько причин	17,9	17,4	17,7
Нет ответа	24	15,2	19,6

Таким образом, основной причиной несвоевременного обращения и обследования больных с дисгормональной дисплазией молочных желез является отсутствие времени. Далее следует сочетание нескольких причин. На 3-м месте — страх посещения врача и прохождения обследования.

### Выводы

1. Регулярно посещают участкового акушера-гинеколога 35–39% пациенток диспансерной группы с дисгормональной дисплазией молочной железы вне зависимости от возраста.

2. Регулярность обследования молочных желез зависит от возраста женщин. Пациентки в возрасте < 40 лет чаще проходят УЗИ — регулярно обследуются 64,2%. Женщины возрастной группы ≥ 40 лет регулярно проходят маммографию только в 22,3% наблюдений. Больные в возрасте < 40 лет более ответственно относятся к лечению и самообследованию молочных желез.

3. Основные причины нерегулярного посещения врача и обследования — отсутствие времени и страх результатов осмотра и обследования, что обусловлено недостаточным уровнем информированности пациенток о заболевании.

5. Для повышения активности женщин в отношении прохождения последовательного обследования и получения лечения необходимо более широкое привлечение их к участию в беседах, «круглых столах», школах по самообследованию, где они могут получить достоверную и доступную информацию о методах профилактики, обследования и лечения заболеваний молочной железы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Рак молочной железы. Под ред. У.И. Чен, Э. Уордли; ред. серии А.Т. Скарин. М.: Рид Элсивер, 2009.
2. Приказ Минздравсоцразвития России «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы» № 154 от 15.03.2006 г.
3. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» № 808н от 02.10.2009 г.
4. Высоцкая И.В. Возможности улучшения скрининга рака молочной железы. Опух жен репродукт сист 2010;(4):28–32.
5. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. СПб.: Гиппократ, 2007.
6. Летагин В.П., Высоцкая И.В., Ким Е.А. и др. Фитотерапия диффузной фиброзно-кистозной болезни. М.: АБВ-пресс, 2008.
7. Филиппова О.С. Доброкачественные заболевания молочных желез: руководство по диагностике и лечению. М.: Медпресс-информ, 2007.
8. Путьрский Л.А., Путьрский Ю.Л. Доброкачественные и злокачественные заболевания молочной железы: пособие для студентов и врачей. М.: МИА, 2008.
9. Мустафин Ч.К., Кузнецова С.В. Дисгормональные болезни молочной железы. Клиническое руководство. Под ред. Е.Г. Пинхосевича. М., 2009.
10. Schweppe K.W. The significance of gestagens in treatment of mastopathy. Zentralbl Gynacol 1997;119(2):54–8.
11. Давыдов М.И., Летагин В.П. Семинар по клинической маммологии. М.: АБВ-пресс, 2006.
12. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник. М., 2004.
13. Зотов А.С., Белик Е.О. Мастопатия и рак молочной железы. Краткое руководство. М., 2005.
14. Сдвижков А.М., Борисов В.И., Васильева И.Д. и др. Скрининг рака молочной железы. Организационные, медицинские и технические аспекты клинической маммологии. Материалы V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Организационные, медицинские и технические аспекты клинической маммологии». М., 2007; с. 161–3.
15. Петров А.В., Белосельский Н.Н. Многофакторный анализ результатов комплексного лучевого исследования при раке молочной железы. Вестн РАР 2009;(1):105–8.
16. Рюдигер Ю.Г., Рожкова Н.И. Пленочная маммография. Вестн РАР 2009;(1):159–60.
17. Чистяков С.С. Фиброзно-кистозная болезнь и доброкачественные опухоли молочной железы. В кн.: Клиническая маммология. Современное состояние проблемы. Под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С. Чистякова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; с. 117–43.
18. Корженкова Г.П. Комплексное маммографическое и ультразвуковое исследование в диагностике заболеваний молочной железы. В кн.: Клиническая маммология. Современное состояние проблемы. Под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С. Чистякова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; с. 49–84.
19. Stewart R.A., Howlett D.C., Hearn F.J. Pictorial review: the imaging features of male breast disease. Clin Radiol 1997;52(1):739–44.
20. Варнакова Е.С., Костыркина О.С., Сопотова И.В. Методы диагностики фиброзно-кистозной болезни. Материалы V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Организационные, медицинские и технические аспекты клинической маммологии». М., 2007; с. 24–5.
21. Чиссов В.И., Дарьялова С.А. Онкология: клинические рекомендации. М., 2008.
22. Михайлов Э.А. Значение самообследования в ранней диагностике рака молочной железы. В кн.: Клиническая маммология. Современное состояние проблемы. Под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С. Чистякова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; с. 109–16.