



ФАКТОРЫ РИСКА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ФИБРОЗ-ЦИСТОЗ

Мирахмедова Сохиба Сохибназар кизи

Бухарский государственный медицинский институт

Аннотация: В государстве обсуждается этиология фиброзно-кистозной болезни (FCB) или мастопатии, доброкачественной дисплазии молочной железы (DDMJ), фиброаденомы (FA) и рака молочной железы (RMJ), предраковое состояние, а также связь факторов риска с повышенным риском молочной железы, более серьезные причины, патогенез и морфогенез, механизм развития факторов апоптоза В клетке молочной железы. ФКБ и РМЖ имеют общую этиологию, большинство факторов риска являются одинаковыми. Многочисленные факторы риска нарушают гормональный баланс в организме женщины, вызывают гиперэстрогению и гиперпролиферацию эпителия в тканях молочной железы, что приводит к развитию ФКБ, при наличии врожденных или приобретенных повреждений генов – к развитию РМЖ. Решают в оценке степени риска РМЖ он больной ФКБ является морфологическое исследование ткани молочной железы, полученной при биопсии. Риск РМЖ не повышается или является минимальным при непролиферативной форме ФКБ. При пролиферативной форме железы ФКВ атипичный риск РМЖ возрастает в 2 раза, при атипичном – в 4 раза. Риск развития РМЖ при ФКБ с протоковой или долевой карсиномой на месте является максимальным и может увеличиваться в 12 раз.

Ключевые слова: рак молочной железы, предраковое заболевание, мастопатия, дисгормональные заболевания, апоптоз, фиброаденома, фиброзно-кистозной болезни.

Введение. ФКК является наиболее распространенной патологией молочной железы. ФКК не ведется статистическим списком, но, по расчетам различных авторов, его частота среди женского населения достигает до 50%. [1, 2]. Не существует единых принципов терминологии, которые в настоящее время общеприняты в диагностике и лечении данной патологии, согласно некоторой литературе, представлены различия в разнице в этом вопросе. В отечественной и зарубежной литературе установлено, что данная патология обычно используется с терминами "мастопатия", "фиброзно-кистозная болезнь", "фиброаденоматоз", "гормональная дисплазия молочной железы", "дисплазия хорошего качества молочной железы". Все эти термины на самом деле используются для обозначения заболеваний молочной железы, характеризующихся отеком, масталгией, появлением диффузных и узловых образований в тканях, иногда патологическими выделениями из соска. При заболеваниях молочной железы хорошего качества образования и кисты выявляются при проведении рентгено маммографического и ультразвукового исследования (УТТ), при гистологическом исследовании выявляются гиперплазия, атипичная гиперплазия эпителиальной ткани в бесклеточных и фрагментированных структурах, гиперплазия соединительной ткани. Долгое время она рассматривалась как стадия фронта СБС ФКК была выделена в конце XIX века в отдельную нозологическую единицу. В настоящее время взгляды на фкк претерпели значительные изменения, в целом эта патология не является предыдущей стадией онкологического процесса в молочной железе. Однако не следует игнорировать роль ФКК



в развитии SBS. В странах с высокой заболеваемостью СБС распространенность ФКК высока; в странах с низкой заболеваемостью СБС было обнаружено, что число женщин с ФКК невелико. В 20 веке неуклонный рост заболеваемости SBS во многих странах сопровождался параллельным увеличением распространенности ФКК [3, 4]. Рак молочной железы является наиболее распространенным типом рака, который встречается среди женщин в мире: на каждые 100 000 женщин в возрасте от 13 до 90 лет зарегистрировано 99,4 случая. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется от 800 000 до 1 000 000 новых случаев заболевания. [5,6]. Согласно определению ВОЗ (1984) мастопатия представлена как фиброзно-кистозное заболевание (ФКК), характеризующееся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений в ткани молочной железы, с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов. Проблема заболеваний молочной железы является одним из приоритетных направлений современной медицины, из которых доброкачественная дисплазия молочной железы (СБЯД) является наиболее распространенным заболеванием. Их частота в популяции составляет 30-43%. Развитие СБЯД может быть результатом многих причин. Среди нейроэндокринных заболеваний основную роль играют, собрано большое количество информации о зависимости этого заболевания от абсолютных гармоник[5]. Заболевания молочной железы в составе СБЯД диффузная форма мастопатии и фиброаденома молочных желез занимают лидирующее положение. Такие факторы, как гиперпролактинемия при Сbyad, абсолютная или относительная гиперэстрогемия, мутации генов BRCA 1 и BRCA 2, использование комбинированных гормональных контрацептивов или гормонотерапии в период менопаузы, высокая плотность молочной железы при маммографии, дефицит витамина D, привлекли особое внимание среди факторов риска SBS. [7]. Поиск способов первичной профилактики лежит в основе программы снижения заболеваемости SBS. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа СБЯД, который диагностируется у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет и у 60% пациентов старше 40 лет. Кроме того, каждая вторая женщина позднего репродуктивного возраста страдает фиброзно-кистозной мастопатией (54%), узловой мастопатией (26%), фиброаденомой (18%), СБС (2%). [5]. Существует более 50 вариантов доброкачественных заболеваний молочной железы или ФКК [9], многие из которых значительно повышают риск SBS. Своевременная диагностика и лечение ФКК очень важны, поскольку борьба с этой патологией должна не только улучшать качество рациона питания, но и быть направлена на профилактику рака молочной железы. Эта статья посвящена анализу взаимосвязи между ФКК и SBS и оценке риска развития рака молочной железы у пациентов с ФКК изучению механизмов апоптоза клеток в предраковых случаях молочной железы. Существует взаимосвязь между этиологией и факторами риска ФКК и рака молочной железы, полиэтиологического заболевания, которое на сегодняшний день диагностировано с более чем 80 факторами риска, которые можно разделить на 5 категорий: 1.Пол и возраст, 2.Наследственность, 3.Воспроизводимость, 4.Гормональные и метаболические свойства., 5. Окружающая среда и образ жизни, как правило, приводят к развитию рака молочной железы не одним фактором, а целым комплексом. Этиология ФКК по сравнению с SBS была менее изучена, но можно сказать, что ФКК является полиэтиологическим заболеванием, и факторы риска можно разделить на 5 групп, упомянутых выше. Основные факторы риска рака молочной железы и ФКК представлены в таблице 1. Таблица 1 группы факторов риска группы факторов риска SBS Фкк пол и возраст 1/3 холата в пременопаузе, 2/3 холата в постменопаузе 30-50 лет наследственность кровные родственники с SBS; мутации других мутантных генов BRCA1 и BRCA2 - p53, ATM, NBS1, LKB1; генетические синдромы. В



нем многие первичные опухоли являются частью SBS [8-14] полиморфизма мутантных генов, ответственных за репарацию ДНК и биосинтез половых гормонов в карьерах пациентов с SBS; носителей генов BRCA1 и BRCA2; воспроизводимость ранней менархии - до 12 лет; поздней менопаузы - после 52 лет; поздней первые роды - после 30 лет; отсутствие или непродолжительность грудного вскармливания, аборт, высокая плотность ранней менархии - до 12 лет; низкий уровень рождаемости; одна низкая частота беременности, высокая частота искусственных абортов; отсутствие или короткая продолжительность грудного вскармливания; высокая плотность маммограммы у женщин позднего репродуктивного возраста гормональные и метаболические признаки гиперэстрогения, гиперпролактинемия, гипотиреоз; высокий уровень первого инсулинозависимого фактора роста, нарушения менструального цикла, бесплодие, мастопатия, аднексит, яичниковый кисты, миома матки, эндометриоз, ожирение в постменопаузальном возрасте, сахарный диабет, заболевания печени, заместительная гормональная терапия, применение гормональных контрацептивов. гиперэстрогения, гиперпролактинемия, гипотиреоз; дефицит прогестерона в лютеиновой фазе, заболевания щитовидной железы, нарушения менструального цикла, миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия, кисты и опухоли яичников, синдром поликистоза яичников, врожденная дисфункция коры надпочечников, ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет, заболевания печени. Окружающая среда и образ жизни ионизирующих лучей и химических канцерогенов избыток алкоголя, жиров калорийность конопляного масла; избыток алкоголя, калорийность жиров, белки конопли, морковь и фрукты дефицит витаминов и минералов, депрессия, нарушения сна, работа в ночную смену, гиподинамия белки, морковь и фрукты дефицит витаминов и минералов, депрессия, нарушения сна, работа в ночную смену, гиподинамия, различные штаммы цинка.

Фиброз-цистоз является патогенезом заболевания и повышенным риском развития рака молочной железы. Хронический гиперэстрогеноз основан на патогенезе ФКК и SBS. В экономически развитых странах основной причиной такого широкого распространения хронической гиперэстрогеномии фкк и SBS является изменение акушерского образа женщины. Если в 19 веке менархия наступала у девочек примерно в 17 лет, а менопауза у женщин в 40, то сейчас она изменилась в 12-14 лет и 50-52 года соответственно. Если в 19 веке женщины много рожали и долго кормили грудью, то с середины 20 века большинство женщин рожают 1-2 детей. В результате репродуктивный возраст женщины увеличивается в среднем с 20 до 40 лет, то есть с двух до одного, а количество периодов менструации за всю ее жизнь увеличивается в 4 раза, в среднем со 100 до 400 [22, 23]. Такие факторы, как недостаточность яичников в патогенезе ФКК (ановуляция, циклическая недостаточность лютеиальной фазы, относительное преобладание дефицита эстеродиола и прогестерона), изменения в потреблении половых стероидных гормонов, активность пролиферации и эпителиального апоптоза, изменения в вакуолизации ткани молочной железы, имеют веерное поведение. [23,29]. Эстрогены стимулируют пролиферацию эпителия молочной железы, оказывают митогенное действие, активируя выработку белков, участвующих в регуляции клеточного цикла, и стимулируют протоонкоген генов, необходимых для деления клеток, в частности c-мус. С увеличением возраста пациентов с ФКК наблюдается увеличение частоты тяжелой и атипичной гиперплазии, при которой эпителиальные пролифераты внутридольковой стромы претерпевают изменения в кистозные и фиброзные. Для пролиферативных форм Фкк, очагов, которые знают избыточное количество рецептора эстрогена (er) в эпителии, типична высокая активность клеточной пролиферации и апаптоза. Увеличение



содержания альфа-эстрогенного рецептора (α -er) в ткани молочной железы при пролиферативной форме ФКК, изменение относительного состава α - и β -er, α - и β -рецепторов прогестерона (α - и β -PR; повышенная чувствительность эпителия к эстеродиолу, активация комплекса циклин-зависимых киназ, Альфа-трансформирующих и эпидермальных факторов роста приводят к повышению пролиферативной активности эпителия, нарушению процесса апоптоза, усилению васкуляризации паренхимы. Морфологические изменения в ФКК постепенно нарастают [3, 24-26].

1. Gowacka-Mrotek I, Sowa M, Nowikiewicz T, et al. Foot posture in female patients 5 years after breastconserving surgery: a case–control study. *Breast Cancer*. 2018;25:325–333.
2. Haddad CA, Saad M, Perez Mdel C, et al. Assessment of posture and joint movements of the upper limbs of patients after mastectomy and lymphadenectomy. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013;11:426–434.
3. Fong SSM, Choi AWM, Luk WS, et al. Bone mineral density, balance performance, balance selfefficacy, and falls in breast cancer survivors with and without qigong training: an observational study. *Integr Cancer Ther*. 2018;17:124–130.
14. Mazzocchi S, et al. A study of postural changes after breast reduction. *Aesthetic Plast Surg*. 2012;36:1311– 1319.
4. Mazzocchi M, Dessy LA, Iodice P, et al. A study of postural changes after breast augmentation. *Aesthetic Plast Surg*. 2012;36:570–577.
5. Nicoletti G, Passaro I, Malovini A, et al. Objectiv eintegra tedassessment of functional outcomes in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2013;1:e61.
6. Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al.; STROBE Initiative. The Strengtheningthe Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*. 2014;12:1495–1499.
7. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, et al. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *JAMA*. 1993;269:2386–2391.
19. Albornoz CR, Matros E, Lee CN, et al. Bilateral mastectomy versus breastconserving surgery for early-stage breast cancer: the role of breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135:1518–1526
8. Veronesi U, Zucali R, Del Vecchio M. Conservative treatment of breast cancer with QU.A.R.T. Technique. *World J Surg*. 1985;9:676–681.
3. Veronesi U, Volterrani F, Luini A, et al. Quadrantectomy versus lumpectomy for small size breast cancer. *Eur J Cancer*. 1990;26:671–673.
9. Serel S, Tuzlalı ZY, Akkaya Z, et al. Physical effects of unilateral mastectomy on spine deformity. *Clin Breast Cancer*. 2017;17:29–33.
10. Hojan K, Manikowska F. Can the Weight of an external breast prosthesis influence trunk biomechanics during functional movement in postmastectomy women *Biomed Res Int*. 2017;2017:9867694.
11. Gonza ´lez-Ferna ´ndez S, Ferna ´ndez-Rodrı ´guez C, Mota-Alonso MJ, et al. Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;30:75–83.
12. Crosible J, Kilbreath SL, Hollman L, et al. Scapulohumeral rhythm and associated spinal motion. *Clin Biomech*. 2008;23:184–192.



13. Crosible J, Kilbreath SL, Dylke E, et al. Effect of mastectomy on shoulder and spinal kinematics during bilateral upper-limb movement. *Physical*. 2010;90:679–692.
14. Yamamoto D, Tanaka Y, Tsubota Y, et al. Immediate breast reconstruction for breast cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2014;41:1892–1894. 1
15. Aslonov S. G. et al. Modern Approaches to Oropharyngeal Cancer Therapy //International Journal of Discoveries and Innovations in Applied Sciences. – 2021. – T. 1. – №. 3. – C. 38-39.
16. FischerJP,FoxJP,NelsonJA,etal.Alongitudinalassessment ofoutcomes and healthcare resource utilization after immediate breast reconstruction-comparing implant- and autologous-based breast reconstruction. *Ann Surg*. 2015;262:692–699. 11. Atanes Mendes Peres AC,Diasde Oliveira Latorre MD,YugoMaesakaJ,etal. Body posture after mastectomy: comparison between immediate breast reconstruction versus mastectomy alone. *Physiother Res Int*. 2017;22:1
17. Ilkhomovna K. D. MANIFESTATIONS OF POST-MASTECTOMY SYNDROME, PATHOLOGY OF THE BRACHIAL NEUROVASCULAR BUNDLE IN CLINICAL MANIFESTATIONS //Innovative Society: Problems, Analysis and Development Prospects. – 2022. – C. 225-229.
18. Ilkhomovna K. D. Modern Look of Facial Skin Cancer //BARQARORLIK VA YETAKCHI TADQIQOTLAR ONLAYN ILMIY JURNALI. – 2021. – T. 1. – №. 1. – C. 85-89.
19. Ilkhomovna K. D. Modern Look of Facial Skin Cancer //BARQARORLIK VA YETAKCHI TADQIQOTLAR ONLAYN ILMIY JURNALI. – 2021. – T. 1. – №. 1. – C. 85-89.
20. Ilkhomovna K. D. Morphological Features of Tumor in Different Treatment Options for Patients with Locally Advanced Breast Cancer //International Journal of Innovative Analyses and Emerging Technology. – 2021. – T. 1. – №. 2. – C. 4-5.
21. Khodjaeva D. I. Magnetic-resonance imaging in the diagnosis of breast cancer and its metastasis to the spinal column //Scientific progress. – 2021. – T. 2. – №. 6. – C. 540-547.
22. Khodjayeva D. I. MORPHOLOGY OF IDIOPATHIC SCOLIOSIS BASED ON SEGMENT BY SEGMENT ASSESSMENT OF SPINAL COLUMN DEFORMITY //Scientific progress. – 2022. – T. 3. – №. 1. – C. 208-215.
23. Khodjayeva D. I. MORPHOLOGY OF IDIOPATHIC SCOLIOSIS BASED ON SEGMENT BY SEGMENT ASSESSMENT OF SPINAL COLUMN DEFORMITY //Scientific progress. – 2022. – T. 3. – №. 1. – C. 208-215.
24. Khodzhaeva D. I. Changes in the Vertebral Column and Thoracic Spinecells after Postponement of Mastoectomy //International Journal of Innovative Analyses and Emerging Technology. – 2021. – T. 1. – №. 4. – C. 109-113.
25. Khodzhaeva D. I. Modern Possibilities of Ultrasounddiagnostics of Skin Cancer //IJTIMOIY FANLARDA INNOVASIYA ONLAYN ILMIY JURNALI. – 2021. – T. 1. – №. 1. – C. 101-104.
26. Ходжаева Д. И. Современные возможности ультразвуковой диагностики рака кожи лица //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 25 (150). – C. 21-24.