

Клініко-ендокринологічні та ехографічні аспекти доброякісної дисплазії грудних залоз у жінок репродуктивного віку

С.Є. Гладенко, А.А. Довгань

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Мета дослідження: вивчення сучасних клініко-ендокринологічних та ехографічних аспектів доброякісної дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Обстежено 90 пацієнок у віці від 22 до 45 років, яких було розподілено на три групи по 30 жінок: 1-а група (контроль) – це жінки без патології у грудних залозах; до 2-ї групи увійшли пацієнтки з дифузною формою ДДГЗ; до 3-ї групи – пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ. У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні та статистичні методи.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що до чинників ризику розвитку ДДГЗ можна віднести наявність хронічних екстрагенітальних захворювань, паління, раннє менархе, порушення менструального циклу, міому матки і аденоміоз, штучне або мимовільне переривання вагітності. Порушення співвідношення ЛГ/ФСГ характерно для всіх пацієнок із захворюваннями грудних залоз. Для цих пацієнок так само характерна гіпрогестеронемія. Порушення співвідношення рівнів гонадотропінів у поєднанні з гіпрогестеронемією також можна віднести до чинників ризику розвитку ДДГЗ.

Заключення. Отримані результати треба враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: доброякісна дисплазія грудних залоз, клініка, ендокринологія, ехографія.

Clinical-endocrinological and echografical aspects of good-quality dysplasia of mammary glands at women of reproductive age

S.E. Gladenko, A.A. Dovgan

The objective: to study modern clinical-endocrinologic and echografical aspects of good-quality dysplasia of mammary glands at women of reproductive age.

Materials and methods. Were surveyed 90 patients aged from 22 till 45 years which are divided into 3 groups on 30 women: 1 group - group of control - the woman without pathology in mammary glands. The 2nd group included patients with diffuse form of good-quality dysplasia of mammary glands. The 3rd group was made by patients with a nodal form of a good-quality dysplasia of mammary glands. The complex the researches included clinical, echografical, endocrinologic and statistical methods.

Results. Results of the conducted researches testify that it is possible to refer existence of chronic extragenital diseases, smoking, an early menarche to risk factors of development of a good-quality dysplasia of mammary glands, disturbances of a menstrual cycle, hystero-myoma and an adenomyosis, an artificial or spontaneous abortion. Disturbance of ratio of LG/FSG is characteristic for all patients with diseases of mammary glands. For these patients as the hypoprogesteronemia is characteristic. Disturbance of ratio of levels of Gonadotropinums in combination with hypoprogesteronemia can be referred to risk factors of development of good-quality dysplasia of mammary glands.

Conclusion. The received results needs to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: good-quality dysplasia of mammary glands, clinic, endocrinology, echography.

Клинико-ендокринологические и эхографические аспекты доброкачественной дисплазии грудных желез у женщин репродуктивного возраста

С.Э. Гладенко, А.А. Довгань

Цель исследования: изучение современных клинико-ендокринологических и эхографических аспектов доброкачественной дисплазии грудных желез (ДДГЖ) у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Обследованы 90 пациенток в возрасте от 22 до 45 лет, которые были распределены на три группы по 30 женщин: 1-я группа (контроль) – это женщины без патологии в грудных железах; во 2-ю группу вошли пациентки с диффузной формой ДДГЖ; в 3-ю группу – пациентки с узловой формой ДДГЖ. В комплексе проведенных исследований были включены клинические, эхографические, эндокринологические и статистические методы.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что к факторам риска развития ДДГЖ можно отнести наличие хронических экстрагенитальных заболеваний, курение, раннее менархе, нарушения менструального цикла, миому матки и аденомиоз, искусственное или самопроизвольное прерывание беременности. Нарушение соотношения ЛГ/ФСГ характерно для всех пациенток с заболеваниями грудных желез. Для этих пациенток также характерна гипопрогестеронемия. Нарушение соотношения уровней гонадотропиров в сочетании с гипопрогестеронемией также можно отнести к факторам риска развития ДДГЖ.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: доброкачественная дисплазия грудных желез, клиника, эндокринология, эхография.

Проблема жіночого здоров'я включає широкий спектр вивчення найрізноманітніших сторін життя жінки – психологічного та ендокринного статусу, стан статевих органів, грудних залоз [1–3].

Сьогодні спостерігається підвищений інтерес до вивчення різних аспектів розвитку патології грудних залоз, зумовлений зростанням частоти доброякісних і злоякісних захворювань

даної локалізації. Доброякісні дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) є лідерами з частоти виникнення і спостерігаються у 20–80% жінок репродуктивного віку [4, 5].

За даними різних авторів [1–7], до 92% жінок репродуктивного віку страждають на дисплазію грудних залоз. Незважаючи на те що дисгормональна природа захворювань грудної залози не викликає сумнівів, дані світової літератури про

патогенез різні. Зокрема існують інші думки про фактори, які спричинюють розвиток мастопатії: порушення процесів апоптозу, дисбаланс імунної системи, стан рецепторного апарату тощо [1–7].

У той самий час захворювання грудної залози часто спостерігаються у жінок з овуляторними циклами і непорушеною репродуктивною функцією. У даному випадку вирішальна роль у виникненні патології грудних залоз відводиться не абсолютній величині гормонів у плазмі крові, а стану рецепторів статевих стероїдів у тканині залози, оскільки стан рецепторного апарату визначає виникнення патологічного процесу [4, 5].

Протягом багаторічних досліджень визначена структура гінекологічної захворюваності жінок з ДДГЗ, виділені чинники ризику розвитку гіперпластичних процесів грудних залоз, встановлений характер змін у грудних залозах у жінок з різними гінекологічними захворюваннями [1, 3, 6]. Однак на сьогодні недостатньо вивчені клініко-ендокринологічні та ехографічні аспекти ДДГЗ.

Мета дослідження: вивчення сучасних клініко-ендокринологічних та ехографічних аспектів ДДГЗ у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 90 пацієнток у віці від 22 до 45 років, яких розподілено на три групи по 30 жінок:

- 1-а група (контролю) – це жінки без патології у грудних залозах;
- до 2-ї групи увійшли пацієнтки з дифузною формою ДДГЗ;
- до 3-ї групи – пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ.

Критеріями включення у 1-у групу були відсутність скарг, клінічних проявів, патологічного процесу при клінічному обстеженні.

Критеріями включення у 2-у і 3-ю групи були: наявність скарг на біль, ущільнення у грудних залозах, виділення із сосків. Також до цих груп увійшли пацієнтки без клінічних проявів, під час обстеження яких виявили патологічні зміни у грудних залозах.

Усі пацієнтки були обстежені за спеціально розробленою програмою. Проводили вивчення гінекологічного і мамологічного статусу – єдиний скринінг.

Рівень гормонів визначали методом імуноферментного аналізу за загальноприйнятою методикою [3] з визначенням у плазмі крові:

- гонадотропних гормонів – ФСГ, ЛГ, пролактину, тиреотропного гормону;
- гормонів щитоподібної залози Т3, Т4;
- статевих стероїдів – естрадіолу на 5–7-й день менструального циклу (за відсутності менструацій – у будь-який день), прогестерону на 21–22-й день циклу.

При ультразвуковому дослідженні визначали форму і розміри матки, структуру яєчників, середні розміри М-ехокамери, об'єм і структуру яєчників. При ультразвуковому дослідженні грудних залоз визначали:

- форму новоутворення (правильна, неправильна),
- контури (гладенький, чіткий, розмитий),
- ехогенність (відсутність, середня, виражена),
- внутрішню структуру (гомогенна, гетерогенна),
- а також ретротуморальні феномени, пов'язані з різною акустичною щільністю утворення (дорсальна ехо-камера – відсутній, слабкий, помірний; латеральна тінь – є або відсутній).

На завершення оцінювали стан регіонарних зон лімфовідтоку. Унаслідок того, що у жінок у віці до 40 років у грудних залозах є велика кількість рентгенологічної щільної тканини (залозиста тканина), інтерпретація даних мамографії утруд-

нена. Тому жінкам цієї вікової категорії ультразвукове дослідження грудних залоз проводили без попередньої мамографії. У жінок віком понад 40 років ультразвукове дослідження проводили на додаток до мамографії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз багаточисельних клініко-анамнестичних даних пацієнток з ДДГЗ виявив наступні особливості.

Вік пацієнток з ДДГЗ у 86,7% випадків припадає на пізній репродуктивний період. Більшість обстежених жінок належали до вікової категорії 41–45 років. Середній вік жінок з дифузною формою ДДГЗ був вище, ніж у пацієнток з вузловими формами ДДГЗ, на $2,1 \pm 0,2$ року.

Висока частота екстрагенітальної патології у всіх групах свідчить про низький індекс здоров'я пацієнток. Під час аналізу соматичного здоров'я жінок виявлено, що кожна з обстежених пацієнток мала одне або декілька хронічних екстрагенітальних захворювань. Порушення жирового обміну спостерігалось більш ніж у половини хворих (56,7%), і 26,7% жінок страждали на ожиріння, що свідчить про наявність у них відносної гіперестрогенії. У групі з вузловою формою ДДГЗ пацієнток з нормальною масою тіла спостерігалось у два рази більше, ніж у групі з дифузною формою ДДГЗ ($p < 0,05$).

Більшість обстежуваних жінок мали в анамнезі хронічні захворювання печінки і травного тракту. У кожній п'ятій (20,0%) пацієнтки виявляли захворювання сечовивідних шляхів. У середньому індекс соматичного здоров'я був набагато вище у пацієнток групи контролю. Близько третини (30,0%) жінок палили. Більше за інших палили пацієнтки з вузловою формою ДДГЗ. Можна передбачити, що хронічні екстрагенітальні захворювання і паління сприяють розвитку ДДГЗ.

Аналіз менструальної і генеративної функцій продемонстрував, що раннє менархе, порушення менструального циклу достовірно частіше спостерігалось у пацієнток в групі з дифузною формою ДДГЗ. Необхідно відзначити, що у пацієнток даної групи міому матки діагностували у 3 рази частіше, а гіперпластичні процеси ендометрія – у 5 разів частіше, ніж у групі контролю. Отримані в результаті проведеного аналізу дані дозволяють проводити паралелі у патогенезі ДДГЗ, міому матки і гіперпластичних процесів ендометрія.

Менше половини пацієнток групи контролю мали в анамнезі штучні переривання вагітності. У групах з наявністю ДДГЗ 2/3 пацієнток мали в анамнезі один і більше абортів, що, можливо, несприятливо відбилось на стані грудних залоз.

Аналіз методів контрацепції виявив, що комбіновані оральні контрацептиви як контрацепцію застосовували 6,7% пацієнток з ДДГЗ. У групі контролю цей показник був у 3 рази вищий (23,3%).

Під час аналізу лактаційної функції було виявлено короткий час лактації або відсутність лактації більш ніж у половині пацієнток з ДДГЗ.

Особлива увага у дослідженні була приділена гінекологічному статусу пацієнток. У структурі гінекологічних захворювань домінували доброякісні захворювання шийки матки, міома матки, аденоміоз, запальні захворювання органів малого таза. Ектопія шийки матки в анамнезі або під час обстеження була виявлена більш ніж у половині пацієнток з ДДГЗ, що достовірно ($p < 0,05$) частіше, ніж у пацієнток групи контролю. Міома матки і аденоміоз спостерігалось у 30,0% пацієнток з ДДГЗ, що у три рази більше, ніж у пацієнток групи контролю. Під час вивчення гінекологічної захворюваності були виявлені сильні корелятивні залежності гіперпластичних процесів ендометрія від віку – $r = 0,95$ і захворювань шийки матки від запальних захворювань вульви і піхви – $r = 1,0$.

Отже, до чинників ризику розвитку ДДГЗ можна віднести наявність хронічних екстрагенітальних захворювань, паління,

ранне менархе, порушення менструального циклу, міому матки і аденоміоз, штучне або мимовільне переривання вагітності.

Отримані результати свідчать, що у жінок з ДДГЗ рівні гонадотропних гормонів перевищують норму. У 2-й і 3-й групах співвідношення ЛГ/ФСГ порушене і наближене до 1, що свідчить про дисбаланс продукції гормонів гіпофіза. У групі контролю не відзначено порушення рівнів гонадотропнів.

Підвищений вміст пролактину у плазмі крові спостерігався частіше у пацієток 2-ї групи ($362,7 \pm 35,8$ мМО/мл). Рівень естрадіолу був декілька вище у пацієток з вузловою формою ДДГЗ ($162,3 \pm 15,8$ пг/мл). Вміст прогестерону у плазмі крові був нормальним лише у пацієток групи контролю, в інших групах середні значення виявилися нижчими за нормативні цифри ($8,1 \pm 0,7$ нмоль/л і $8,6 \pm 0,8$ нмоль/л відповідно). Вміст тестостерону не мав відмінностей між групами. Достовірних відмінностей середніх значень рівнів тиреоїдних гормонів в обстежених жінок знайдено не було. Підвищення рівня ТТГ було виявлено у 2 хворих з вузловою формою ДДГЗ. Зниження рівня тиреоїдних гормонів частіше виявляли у жінок з дифузною формою ДДГЗ (10,0%).

Отже, порушення співвідношення ЛГ/ФСГ характерне для всіх пацієток із захворюваннями грудних залоз. Для цих пацієток так само характерна гіпопрогестеронемія. Порушення співвідношення рівнів гонадотропнів у поєднанні з гіпопрогестеронемією можна віднести до чинників ризику розвитку ДДГЗ.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що до чинників ризику розвитку ДДГЗ можна віднести наявність хронічних екстрагенітальних захворювань, паління, ранне менархе, порушення менструального циклу, міому матки і аденоміоз, штучне або мимовільне переривання вагітності. Порушення співвідношення ЛГ/ФСГ характерно для всіх пацієток із захворюваннями грудних залоз. Для цих пацієток так само характерна гіпопрогестеронемія. Порушення співвідношення рівнів гонадотропнів у поєднанні з гіпопрогестеронемією також можна віднести до чинників ризику розвитку ДДГЗ.

Отримані результати треба враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Сведения об авторах

Гладенко Светлана Евгеньевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Довгань Андрей Анатольевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шурпяк СО, Пирогова ВІ., 2018. Репродуктивне здоров'я і коморбідні стани. Аспекти діагностики, лікування і реабілітації. Львів: Простір-М: 224.
2. Hammad AE. 2016. Women and health security. Wld Hlth Statist. Quart. 49(2):74-7.
3. Вольф М. фон, Штуте П., 2017. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина, пер. с нем. под ред. ЕН Андреевой. М.: МЕД-пресс-информ: 512.
4. Радзинский ВЕ., 2011. Репродуктивное здоровье: Учеб. пособие. М.: РУДН: 727.
5. Запорожан ВМ та ін., 2013. Акушерство та гінекологія: у 4-х т.: національний підручник. К.: ВСВ Медицина: 1032.
6. Корнацька АГ, Татарчук ТФ, Дубенко ОД., 2017. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози. Київ: 271.
7. Бабаева НА, Ашрафян ЛА, Антонова ИБ, Алешикова ОИ, Ивашина СВ., 2017. Роль гормональных нарушений в канцерогенезе опухолей женской репродуктивной системы // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 1:76-82.

Статья поступила в редакцию 05.09.2019