

Возможности лечения сочетанной патологии молочной и щитовидной желез у женщин с бесплодием

21-24 сентября в г. Одессе состоялся XIII съезд акушеров-гинекологов Украины, в рамках которого ведущими специалистами страны обсуждались пути решения проблем охраны репродуктивного здоровья, профилактики материнской, перинатальной заболеваемости и смертности.



В рамках симпозиума «Новые технологии в акушерско-гинекологической практике» актуальные данные об особенностях течения сочетанной патологии щитовидной и молочных желез у женщин с бесплодием, полученные в ходе собственного исследования, представила кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» Ольга Дмитриевна Дубенко.

Бесплодие, безусловно, является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современности: согласно данным 2010 г., в Украине насчитывается около 1 млн женщин с бесплодием. Стоит отметить, что в последнее время особое значение в решении проблемы придается не только изучению причин, обусловивших развитие данного состояния, но и оценке риска формирования заболеваний молочных желез (МЖ) у женщин с бесплодием. Необходимость гормональной терапии при лечении фибромиомы, эндометриоза, синдрома поликистозных яичников, проведение прегравидарной подготовки закономерно поднимают вопрос о ее допустимости и целесообразности у пациенток с теми или иными патологиями МЖ. Следует учитывать, что заболевания МЖ — самая распространенная гинекологическая патология, с которой на протяжении жизни сталкивается каждая вторая женщина (С. Goehring, 1997). По данным разных авторов, у пациенток с опухолями яичников заболевания МЖ встречаются в 69% случаев (Л.В. Адамьян, 1989), а у женщин с бесплодием — в 75-95% случаев (Л.М. Бурдина, 1993). Анализ результатов проведенного нами исследования свидетельствует о том, что патология МЖ отмечается приблизительно у 76% пациенток с бесплодием. Наибольший относительный риск развития рака МЖ у женщин с мастопатией наблюдается при выявлении атипичной пролиферации и в случае отягощенного семейного анамнеза в отношении онкопатологии МЖ (W. Dupont, D. Page, 1985).

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) мастопатия (фиброзно-кистозная болезнь, дисгормональная дисплазия) рассматривается как заболевание МЖ, возникшее не в период беременности и характеризующееся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений в тканях МЖ с нарушением соотношения в них эпителиального и соединительнотканного компонентов. Проллиферативные процессы представлены гиперплазией, пролиферацией долек, протоков, соединительной ткани МЖ, а регрессивные — атрофией, образованием кист. Клинически мастопатия проявляется болезненностью МЖ, появлением в ней уплотнений или узлов, увеличением объема МЖ, размера аксиллярных и ретроаммарных лимфатических узлов, выделениями из сосков.

Достоверно установлено, что в период беременности и лактации дольки МЖ претерпевают ряд морфофункциональных изменений. Так, в пубертатном периоде в структуре МЖ преобладают дольки I типа, в репродуктивном — II и III (в зависимости от наличия родов в анамнезе), а во время лактации — IV типа. В дальнейшем на фоне обусловленной возрастом эндокринной перестройки в организме женщины постепенно наступает инволюция железистых структур МЖ. Таким образом, в период беременности и лактации дольки I, II и III типов трансформируются в дольки IV типа, которые после окончания периода лактации регрессируют до своего первоначального состояния. У нерожавших женщин в МЖ

содержится более 60% долек I типа, что представляет повышенную опасность ввиду их высокого пролиферативного потенциала, крайне низкой степени дифференциации и предрасположенности к неопластическим процессам.

Безусловно, основное регулирующее влияние на состояние МЖ оказывают гормоны, в том числе гормоны щитовидной железы (тироксин, трийодтиронин). Они играют важную роль в морфогенезе и функциональной дифференциации эпителиальных клеток, формировании железистого аппарата и стромы МЖ; способствуют развитию лобулярно-альвеолярных структур, разветвлению и удлинению протоков; усиливают секреторную активность МЖ; регулируют процессы синтеза и метаболизма половых гормонов; участвуют в регуляции функции рецепторов эпидермального фактора роста, стимулирующего процессы пролиферации эпителиальных клеток и ингибирующего их функциональную дифференцировку. В последнее время появляются данные о том, что у 60-65% женщин, страдающих различными видами мастопатий, выявляется сопутствующая патология щитовидной железы (ЩЖ). В 40-60% случаев нарушения в МЖ развиваются на фоне хронической патологии гепатобилиарной системы, ответственной за ферментативную инактивацию и конъюгацию стероидных гормонов. С учетом этого справедливо утверждать, что изменения в МЖ являются, как правило, не конкретным заболеванием, а ответом органа на гормональные нарушения в организме.

Клинически фиброзно-кистозная мастопатия может быть представлена в виде диффузных форм (с преобладанием кистозного, фиброзного или железистого компонентов, возможен смешанный вариант, а также склерозирующий аденоз) или узлового типа.

На базе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» в течение последних 3 лет проводилось исследование, посвященное изучению проблемы заболеваний МЖ при бесплодии. На первом этапе этой работы был осуществлен ретроспективный анализ более 4 тыс. историй болезни, на втором — анкетирование с использованием адаптированного опросника ВОЗ по выявлению факторов риска развития патологии МЖ (среди них доминировали бесплодие, нереализованные беременности, заболевания ЩЖ). На третьем этапе всем больным проводилось ультразвуковое обследование МЖ и ЩЖ, маммография, пункционная биопсия, цитологическое исследование (по показаниям).

Более 300 пациенток были разделены на 4 группы: с трубно-перитонеальным, эндокринным, эндометриозассоциированным и связанным с наличием лейомиомы бесплодием. Согласно полученным данным, частота выявления патологии МЖ и ЩЖ в зависимости от методики обследования существенно различалась. Так, при ретроспективном анализе историй болезни патология МЖ была выявлена в 26,9% случаев, при самообследовании — в 24%, притом что в обоих случаях заболеваний ЩЖ обнаружено не было. В свою очередь, при анкетировании частота выявления заболеваний МЖ возросла до 52,5%, а ЩЖ — до 28,5%; при ультразвуковом скрининге — до 76,4 и 44,3% соответственно; при клинико-биохимическом исследовании — до 76,4 и 52,5% соответственно, при этом в структуре заболеваемости МЖ преобладали фиброзная и аденозная формы мастопатии. В случаях эндокринно обусловленного бесплодия частота возникновения патологии МЖ (преимущественно кистозной мастопатии) не зависела от длительности последнего. Анализ частоты патологий ЩЖ у женщин с бесплодием и доброкачественными заболеваниями МЖ продемонстрировал, что в 64,6% эпизодов они были представлены узловым зобом, в 14,5% случаев — кистами

ЩЖ, в 12,9% — тиреоидитом и в 8% — диффузным зобом.

Следует принимать во внимание, что лечение пациенток с бесплодием и сопутствующей патологией МЖ должно быть направлено в первую очередь на коррекцию нарушений со стороны репродуктивной системы.

На первом этапе лечения трубно-перитонеального бесплодия у женщин с доброкачественными дисплазиями МЖ широко применяется комплексная противовоспалительная терапия с использованием иммуномодуляторов, антибактериальных, антимикотических и противовоспалительных средств, ферментотерапии, десенсибилизирующих и витаминных препаратов, а также местной санации и физических методов воздействия. На втором этапе назначаются биостимулирующие средства, показаны физиотерапия и санаторно-курортное лечение. В тех случаях, когда на завершающей стадии лечения выявляется непроходимость маточных труб, приходится прибегать к методам микрохирургической коррекции (при частичной непроходимости консервативное лечение может быть продолжено, но на срок не более 2 лет). При неэффективности вышеперечисленных подходов следует рассматривать возможности вспомогательных репродуктивных технологий либо усыновления ребенка.

При лечении доброкачественных дисплазий МЖ у женщин с бесплодием необходимо учитывать, что дефицит йода в организме повышает чувствительность протокового и долькового эпителия МЖ к эстрогенной стимуляции, в то время как применение йода

в физиологических дозах (100-200 мкг/сут) способствует нормализации овариального цикла.

Коррекция йододефицита с помощью использования препарата Йодомарин® (Berlin-Chemie) способствует уменьшению, а иногда и полному исчезновению клинических проявлений мастопатии путем нормализации функциональной активности ЩЖ за счет адекватного поступления йода в организм. В тех случаях, когда у женщин с бесплодием и мастопатией диагностируется гипотиреозное состояние, Йодомарин® следует использовать в комбинации с L-тироксином (левотироксином натрия, Berlin-Chemie) — единственным в Украине безлактозным препаратом левотироксина, являющимся высокоэффективным средством заместительной терапии при гипотиреозе ЩЖ.

По окончании курса лечения бесплодия целесообразно проводить прегравидарную подготовку пациенток с использованием препаратов диогестерона в дозе 20 мг с 14-го по 28-й день менструального цикла (при эндокринном бесплодии — эстрадиола/диогестерона в соотношении 2/10), фолиевой кислоты 0,4-0,5 мг, токоферола ацетата 200 мг, Йодомарина 200 курсом до 6 мес.

Таким образом, адекватное поступление йода в организм является залогом здоровья не только женщины, но и ее потомства. Учитывая высокую частоту встречаемости патологии ЩЖ у пациенток с мастопатией в сочетании с бесплодием, целесообразно включать в схемы лечения препараты йода (Йодомарин®), а при необходимости комбинировать их с левотироксином натрия (L-тироксином) с целью нормализации функциональной активности ЩЖ.

Подготовил **Антон Пройдак**



Йодомарин®

ЙОДОМАРИН - ЩОДНЯ ПОТРІБЕН ДЛЯ ЖИТТЯ!

Ліквідує дефіцит йоду

Йодомарин забезпечує повноцінний розумовий та фізичний розвиток дитини

ВІДПУСКАЄТЬСЯ БЕЗ РЕЦЕПТУ

№1 в Україні

BERLIN-CHEMIE MENARINI