

Клинико-диагностические особенности патологии щитовидной и грудной желез у женщин с бесплодием

Доброкачественные заболевания грудной железы (ГЖ) являются наиболее частой патологией у женщин различных возрастных групп, которая наблюдается у 20-25% женщин в возрасте до 30 лет и более чем у 60% – в возрасте старше 40 лет. С одной стороны, актуальность данной проблемы обусловлена сообщениями о возможной связи между дисгормональной патологией и злокачественными опухолями, с другой – дисгормональные заболевания ГЖ в большинстве случаев сочетаются с различной гинекологической патологией, причем чаще всего – с нейроэндокринными нарушениями менструальной и репродуктивной функции.

О результатах исследования, в котором изучалась взаимосвязь патологии ГЖ и щитовидной железы (ЩЖ) с бесплодием, рассказала старший научный сотрудник ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», кандидат медицинских наук Ольга Дмитриевна Дубенко.

По определению ВОЗ (1986), бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, не возникает беременность в течение одного года при условии того, что супруги находятся в детородном возрасте. Согласно данным статистики, в мире около 10-15% супружеских пар являются бесплодными. В Украине проблема бесплодия приобрела значение государственной, где по состоянию на 2010 год более 15% (1 млн) пар считаются бесплодными.

В структуре бесплодия наибольший процент составляет эндокринное бесплодие (35-40%). Данный факт объясняется тем, что все процессы, необходимые для созревания фолликула, овуляции и подготовки

эндометрия, зависят от сохранения в организме нейроэндокринных путей регуляции, незначительное нарушение которых способно привести к расстройству функционирования многих эндокринных и эндокриннозависимых органов, часто наблюдаемому при бесплодии. В свою очередь, нередко такие расстройства возникают на фоне патологии ЩЖ, которая у женщин детородного возраста приводит к бесплодию, невынашиванию беременности, мертворождению, анемии и заболеванию ГЖ.

По данным ВОЗ (2008), степень риска развития патологии ГЖ у женщин с бесплодием зависит от причины последней, действия медикаментозных средств, которые используются для ее лечения, и от изменений гормонального статуса.

Необходимость гормональной терапии при лечении миомы матки, эндометриоза, бесплодия, синдрома поликистозных яичников, проведения прегравидарной подготовки неминуемо ставит вопрос о ее допустимости и целесообразности у пациенток с заболеваниями ГЖ, которые имеют риск малигнизации.

Согласно данным литературы («Маммология. Национальное руководство», Москва, 2009), выделяют 15 основных факторов риска заболевания раком ГЖ:

- наличие фиброзно-кистозной болезни;
- бесплодие;
- первые роды в зрелом возрасте (после 26 лет);
- раннее начало менструации;
- позднее наступление менопаузы (после 55 лет);
- нерегулярность и позднее начало половой жизни;

- рождение крупных детей (свидетельствует об обменных нарушениях, которые также могут привести к развитию рака);
- повышенная масса тела при среднем росте женщины;
- высокий уровень эстрогенов;
- заболевания ЩЖ;
- высокая заболеваемость злокачественными заболеваниями в семье по материнской линии;
- перенесенный мастит;
- травмы ГЖ.

Риск развития рака ГЖ у нерожавших женщин объясняется особенностями ее морфофункциональной структуры: ГЖ на 50-60% состоит из долек I типа, имеющих более высокий пролиферативный потенциал и предрасположенность к неопластическому процессу. Сильнейшим активатором роста и секреции нормальной и опухолевой ткани ГЖ является пролактин, напрямую зависящий от уровня тиреотропного гормона (ТТГ), дефицит которого усиливает секрецию тиротропина – стимулятора как ТТГ, так и пролактина. Кроме того, гормоны ЩЖ (тироксин, трийодтиронин) играют важную роль в морфогенезе и в формировании железистого аппарата и стромы ГЖ:

- способствуют развитию лобулярно-альвеолярных структур, разветвлению и удлинению протоков;
- усиливают лактозосинтетическую активность L-лактальбумина;
- участвуют в регуляции уровня рецепторов эпидермального фактора роста (стимулируют процессы пролиферации эпителиальных клеток и тормозят их функциональную дифференцировку);
- регулируют процессы синтеза и метаболизма половых гормонов.

Взаимосвязь патологии ЩЖ и ГЖ подтверждается данными многих авторов:

- гиперпластические процессы ГЖ сочетаются с заболеваниями ЩЖ в 47,5-80% (Рожкова Н.И., 2000);
- у 64% больных с мастопатией наблюдается патология ЩЖ (Прилепская В.Н., 1996);
- даже частичное удаление ЩЖ в 30 раз увеличивает риск рака ГЖ и рака матки (Сидоренко Л.Н., 2007);
- Н.В. Вельяминов еще в 1912 г. предложил лечение мастопатии гормонами ЩЖ;
- при сочетании заболеваний ЩЖ и ГЖ возможен как гипо-, так и гипертиреоз



О.Д. Дубенко

(Симеглазов В.Ф., 1992, Радзинский В.Е., 2010).

По данным медицинской классической литературы прошлых десятилетий, при выраженном нарушении функции ЩЖ и возникновении у больных с гипотиреозом гиперпролактинемии наблюдалось нарушение репродуктивной функции, спектр которого варьировал от недостаточности лютеиновой фазы цикла при незначительном повышении концентрации пролактина в плазме крови до олиго-, аменореи и ановуляции при его высоких концентрациях. На сегодняшний день обсуждается частота случаев субклинического гипотиреоза у пациенток с бесплодием неясного генеза и при недостаточности лютеиновой фазы и его возможное влияние на нарушение овуляции.

В нашем институте в рамках масштабной работы по изучению здоровья женщин, страдающих бесплодием, изучалось состояние ГЖ и ЩЖ у данной группы пациенток. На первом этапе исследования проводилось изучение катamnестического анамнеза 3754 историй болезней, в ходе которого было выявлено 26,9% женщин с заболеванием ГЖ. На втором этапе проводился опрос с помощью специальной анкеты ВОЗ, состоящей из 96 вопросов, который указал лишь на наличие возможной патологии ГЖ, но более чем у 50% пациенток. Согласно анкетированию наиболее значимыми факторами риска развития патологии ГЖ у женщин с бесплодием оказались:

- длительность лечения бесплодия (нерезультативные попытки ВРТ);
- нереализованные беременности (аборты, самопроизвольные выкидыши, замершая и внематочная беременности);
- длительные воспалительные и дисгормональные заболевания половых органов;

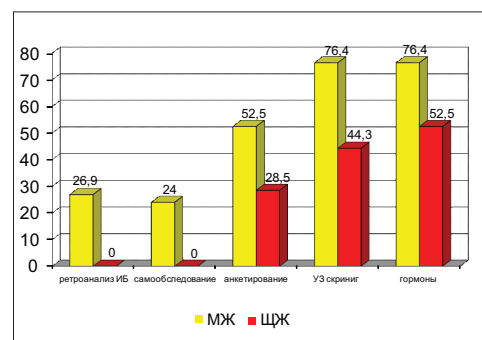


Рис. 1. Частота выявленной патологии ГЖ и ЩЖ в зависимости от метода обследования

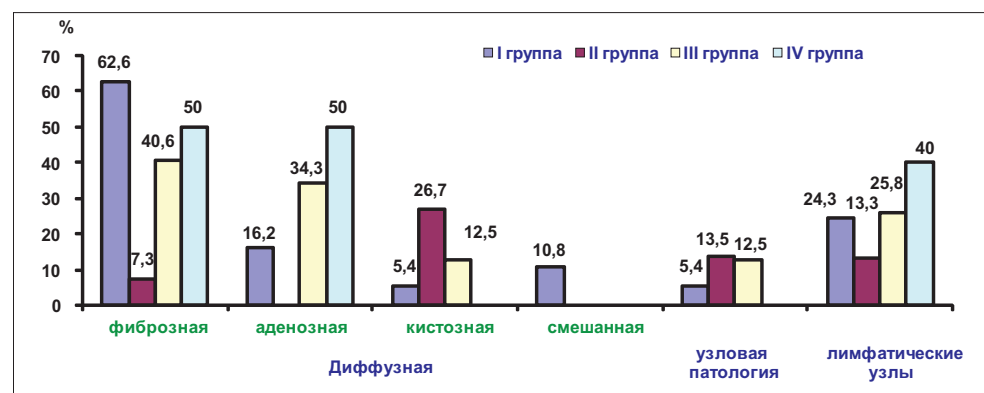


Рис. 2. Структура ультразвуковой патологии ГЖ по группам

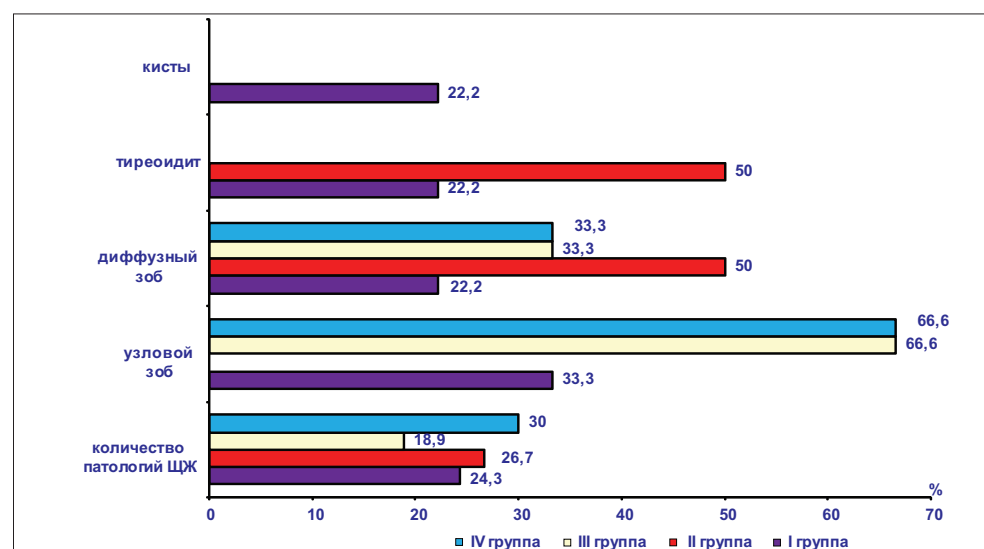


Рис. 3. Распределение патологии ЩЖ среди женщин с дисгормональными заболеваниями ГЖ в зависимости от этиопатогенетических вариантов бесплодия



Рис. 4. Стратификация рисков развития заболеваний ГЖ и проведение диагностических мероприятий в зависимости от групп риска

- возраст менархе;
- характер менструального цикла и его нарушения;
- сопутствующая соматическая патология (особенно заболевания печени и ЩЖ);
- частые стрессы;
- отягощенная наследственность.

Частота выявленной патологии ГЖ и ЩЖ зависела от метода обследования. Так, ретроспективный анализ и самообследование дали наименьший процент выявляемости: соответственно 26,9 и 24% – для ГЖ и 0% – для ЩЖ, тогда как при УЗ-скрининге и исследовании гормонального профиля для ГЖ выявляемость составила 76,4%, а для ЩЖ – 44,3 и 52,5% соответственно (рис. 1).

Далее все женщины с патологией ГЖ были распределены на четыре группы. В I группу вошли пациентки, у которых доминировал трубно-перитонеальный фактор бесплодия, во II – женщины с эндокринным бесплодием, в III – с эндометриозом, в IV – с лейомиомой.

Особенностью данного исследования являлось повышенное внимание к отделяемому из сосков ГЖ, которое подвергалось цитологическому исследованию.

Цитологический метод – один из первых этапов морфологического исследования, позволяющий отличить доброкачественную опухоль от злокачественной с максимальной достоверностью и минимальной травматичностью для организма. Цитологическое заключение с указанием на доброкачественный процесс может считаться достоверным только при полном совпадении с данными пальпаторного и маммографического исследования. Кроме того, при подозрении на рак ГЖ цитологический метод информативен в 93-95% случаев, его чувствительность составляет 97-98,7%, специфичность – 76-80%.

При изучении характера морфологических изменений в ГЖ в зависимости от вида бесплодия было установлено, что фибросклеротические изменения наиболее характерны для пациенток с первичным бесплодием, что объясняется значительной ролью гипотиреоидных состояний в его формировании. Структура ультразвуковой патологии ГЖ у обследованных женщин существенно отличалась в зависимости от вида бесплодия (рис. 2).

У пациенток всех четырех групп дисгормональные заболевания ГЖ сочетались с патологией ЩЖ (рис. 3), причем в группе с лейомиомой (IV группа) количество случаев сочетания с патологией ЩЖ оказалось самым высоким.

При оценке функциональной активности ЩЖ установлено, что все нарушения были связаны с гипофункцией ЩЖ в виде субклинических форм или характеризовались гиперплазией ЩЖ и повышением уровня ТТГ до верхней границы нормы (Т3, Т4 снижены или в пределах нормы).

Таким образом, проведенное исследование позволило нам сформировать группы риска по развитию заболеваний ГЖ у женщин с бесплодием – так называемая стратегия риска. Согласно этой стратегии все женщины должны быть распределены на четыре группы. 1 группа – женщины, не имеющие факторов риска и изменений в ГЖ; 2 группа – имеющие анамнестические факторы риска без изменений в ГЖ; 3 группа – имеющие анамнестические факторы риска и изменения в ГЖ и ЩЖ; 4 группа – имеющие изменения в ГЖ без наличия анамнестических факторов риска. Алгоритм диагностических мероприятий будет определяться отношением к той или иной группе риска (рис. 4).

Переходя к проблеме лечения дисгормональных заболеваний ГЖ, следует отметить несколько важных принципов. Первый из них – принцип персонификации, вытекающий из невозможности разработки однозначного алгоритма лечения мастопатии. Каждый клинический случай требует индивидуального подхода. Второй принцип – комплексность. Этот принцип

исходит из этиопатогенеза заболевания и необходимости реабилитации репродуктивной функции. Терапия должна быть направлена на лечение генитальной патологии, коррекцию функций важнейших органов и систем и психоэмоционального состояния женщины.

Среди множества возможных направлений в лечении дисгормональных заболеваний ГЖ особое внимание практического врача должно быть направлено на нормализацию работы ЩЖ и коррекцию гипотиреоза. Однако, по мнению большинства авторов, гипотиреоз потенциально может развиваться только при тяжелом и длительно существующем йодном дефиците, что наблюдается лишь в отдельных регионах мира. Наиболее частой причиной развития гипотиреоза у взрослых в условиях легкого йодного дефицита является аутоиммунный тиреоидит. Данный факт

должен приниматься во внимание при проведении диагностических и лечебных мероприятий.

Одним из главных направлений в лечении гипотиреоидных состояний при дисгормональных заболеваниях ГЖ является коррекция йододефицита. Недостаток йода в организме повышает чувствительность протокового и долькового эпителия ГЖ к эстрогенной стимуляции, равно как физиологические дозы йода (100-200 мкг/сут) вызывают лютеинизацию фолликулярных кист, нормализуя овариальный цикл, при этом отмечается уменьшение или исчезновение клинических признаков мастопатии. Йод оказывает нормализующее влияние на биосинтез эстрогенов и прогестерона. Коррекцию йододефицита проводят микродозами йода.

На сегодня в Украине эффективным и безопасным препаратом йода является

препарат компании «Берлин-Хеми» Йодомарин, который нормализует работу ЩЖ за счет адекватного (физиологического – 100-200 мкг) поступления йода в организм.

При наличии узловых форм дисгормональных заболеваний ГЖ необходимо прибегнуть к оперативному лечению со срочным патогистологическим исследованием. Частота малигнизации таких форм составляет 13-15%. Однако изолированное хирургическое лечение локализованных форм мастопатии без выяснения причин заболевания и последующего этиотропного лечения не гарантирует полного исчезновения симптомов и не исключает появления новых очагов уплотнения. При узловых образованиях ГЖ и минимальных подозрениях на малигнизацию необходимо хирургическое вмешательство.

Подготовила **Наталья Карпенко**

37

Йодомарин®

ЙОДОМАРИН - ЩОДНЯ ПОТРІБЕН ДЛЯ ЖИТТЯ!

Ліквідує
дефіцит йоду

Йодомарин забезпечує повноцінний
розумовий та фізичний
розвиток дитини

ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ПРЕПАРАТ ЙОДУ
№1
в Україні



ВІДПУСКАЄТЬСЯ
БЕЗ РЕЦЕПТУ

BERLIN-CHEMIE
MENARINI