

Клінічний перебіг доброякісної патології грудних залоз у жінок з різними порушеннями тиреоїдного статусу

І. П. Нецкар

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчити особливості клінічного перебігу доброякісної патології грудних залоз у жінок з різними порушеннями тиреоїдного статусу.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було обстежено 346 жінок віком понад 40 років. Після ретельного клінічного і лабораторного обстеження була відібрана група із 337 жінок віком від 40 до 60 років, які були розподілені на п'ять груп залежно від функціонального статусу щитоподібної залози і стану грудних залоз.

До основної групи увійшли 254 жінки із захворюваннями щитоподібної залози, які були розподілені на три підгрупи з урахуванням функціонального стану щитоподібної залози. У кожній з основних груп було виділено по дві підгрупи залежно від наявності мастопатії: I група – 105 жінок у стані еутиреозу (IA група – 69 жінок з мастопатією і IB група – 36 жінок без патології грудних залоз); II група – 92 жінки з гіпотиреозом (IIA група – 69 жінок з мастопатією і IIB група – 23 пацієнтки без фіброзно-кістозної мастопатії); III група – 57 пацієнток з гіпертиреозом (IIIA група – 37 жінок з фіброзно-кістозною мастопатією і IIIB група – 20 жінок без мастопатії).

До групи порівняння увійшли 32 жінки з мастопатією без захворювань щитоподібної залози (IV група). До контрольної групи включено 51 здорову жінку без патології щитоподібної залози і грудних залоз (V група).

Результати. Вузлова форма мастопатії характеризувалася змінами, описаними вище, але з локальним характером у вигляді поодиноких або декількох вузлів. Пальпаторно на тлі залоз м'якоеластичної консистенції визначались окремі ущільнення без чітких меж, не спаяні з шкірою, що збільшуються напередодні і зменшуються після закінчення менструацій. На мамограмах визначалася картина фіброзно-кістозної мастопатії, проте зміни були більш виражені і носили локальний характер. При УЗД грудних залоз картина була ідентична. Визначалися ділянки вираженого фіброзу на тлі зниженої ехогенності. У групі порівняння (з ізольованою мастопатією) переважала кістозна – у 13 (44,83%) жінок, змішана мастопатія – у 9 (31,03%) жінок. Біль у грудях непомітно 16 (50,0%) пацієнток. Зафіксовано, що 56,25% пацієнток відзначали

передменструальний характер болю і у 43,75% пацієнток масталгія була постійною. Галакторея спостерігалася у 14 (43,75%) жінок з ізольованою мастопатією. Пальпаторно визначалися множинні кістозні утворення еластичної консистенції, досить добре відмежовані від довколишньої тканини залози. При змішаній формі пальпувалися також щільнуваті тяжисті ділянки. На мамограмі визначалися множинні прояснення частіше правильної форми з чіткими контурами діаметром від 0,28 до 4 см на тлі залозистої тканини і дифузної дукектазії, які утворювали крупнопетлистий малюнок. За наявності змішаної форми мастопатії рентгенологічну картину доповнювали гомогенні ділянки фіброзної тяжистості.

Висновки. Вірогідність розвитку дисгормональної гіперплазії грудних залоз зростала при підвищенні ступеня тяжкості тиреоїдної дисфункції (гіпо-, гіпертиреозу) і збільшенні давності захворювання щитоподібної залози (гіпо- і еутиреозу). Понад усе були схильні до дисгормональних змін грудних залоз жінки у стані гіпотиреозу. Частота фіброаденоматозу пацієнток з гіпер- і еутиреїдною патологією щитоподібної залози була однаковою. Переважаючими формами мастопатій у жінок з гіпо- та еутиреїдною патологією щитоподібної залози були фіброзна і змішана мастопатія. При тиреотоксикозі переважала змішана і залозиста мастопатія.

Для пацієнток без патології щитоподібної залози (група порівняння) була характерна мастопатія з переважанням кістозного компонента і змішаний варіант фіброзно-кістозної мастопатії.

Ключові слова: доброякісна патологія грудних залоз, порушення тиреоїдного статусу, клінічний перебіг.

Період життя жінок після 40 років характеризується як високою соціальною активністю, так і зниженням індексу здоров'я. Це багато в чому обумовлено тим, що в перехідний період на тлі інволютивних процесів у репродуктивній системі (РС) прогресують нейро-обмінно-ендокринні дисфункції в організмі жінки і виникають патологічні процеси в грудних залозах (ГЗ). Останнє пов'язане з тим, що ГЗ є частиною РС, а тканини ГЗ – мішенями для гормонів яєчників, пролактину (ПРЛ), плацентарних гормонів і опосередковано гормонів інших ендокринних залоз організму, зокрема щитоподібної залози (ЩЗ) [1, 2].

Серед різних органів-мішеней РС, схильних до гіперпластичних процесів, ГЗ страждають найчастіше, і часто першими маніфестують про наявні порушення в діяльності РС [3, 4].

Проблема захворювань ГЗ є однією з пріоритетних у сучасній медицині. У структурі захворювань жіночого населення патологічні процеси в ГЗ виявляють з досить високою частотою – від 13,5% до 30,0% [5, 6], причому їх число прогресивно збільшується впродовж останніх десятиліть. З 2000 року рак ГЗ посідає перше місце серед усіх онкологічних захворювань жінок [7, 8]. У пошуках шляхів зниження частоти захворювання раком ГЗ увагу вчених все більше привертає проблема фіброзно-кістозної мастопатії (ФКМ) як найпоширенішого захворювання ГЗ [9, 10]. На думку багатьох дослідників, мастопатія представляє значну небезпеку для виникнення на її фоні злоякісного процесу [11, 12].

При аналізі чинників ризику розвитку мастопатій розглядаються несприятливі антропогенні екологічні чинники, серед яких виділяють тиреоїдну патологію [13, 14]. Захворювання ЩЗ належать до найбільш поширених захворювань ендокринної

системи у жінок віком понад 45 років, з огляду на частішу маніфестацію в перименопаузальний період [15, 16].

Порушення діяльності ЩЗ і гормональної функції яєчників у перименопаузі призводить до зміни ліпідного обміну, підвищуючи ризик розвитку атеросклерозних і кардіоваскулярних порушень. Тому актуальним є вивчення в порівняльному аспекті змін ліпідного обміну у жінок після 40 років з тироїдною патологією і фіброаденоматозом, а також у жінок без патології ГЗ і ЩЗ.

Мета дослідження: вивчити особливості клінічного перебігу доброякісної патології ГЗ у жінок з різними порушеннями тироїдного статусу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 346 жінок старше 40 років. Після ретельного клінічного і лабораторного обстеження були відібрані 337 жінок віком від 40 до 60 років, яких розподілили на п'ять груп залежно від функціонального статусу ЩЗ і стану ГЗ.

До основної групи увійшли 254 жінки із захворюваннями ЩЗ, які були розподілені на три групи з урахуванням функціонального статусу ЩЗ. У кожній з основних груп було виділено по дві підгрупи залежно від наявності мастопатії:

I група – 105 жінок у стані еутиреозу (IA група – 69 жінок з мастопатією, IB група – 36 жінок без патології ГЗ);

II група – 92 жінки з гіпотиреозом (IIA група – 69 жінок з мастопатією і IIB група – 23 пацієнтки без ФКМ);

III група – 57 пацієнток з гіпертиреозом (IIIA група – 37 жінок з ФКМ і IIIB група – 20 жінок без мастопатії).

IV група (порівняння) – 32 жінки з мастопатією без захворювань ЩЗ.

V група (контрольна) – 51 здорова жінка без патології ЩЗ і ГЗ.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні, функціональні та статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У літературі немає єдиної думки щодо ролі тироїдних гормонів в генезі мастопатії, про особливості розвитку тих або інших процесів, характерних для ФКМ, залежно від стану тироїдного статусу. Ми вирішили вивчити характерні особливості прояву мастопатій у жінок віком понад 40 років з патологією ЩЗ та з урахуванням тироїдного статусу.

Особливості перебігу мастопатії у жінок з еутиреоїдною патологією ЩЗ.

Дані огляду і пальпації, інтерпретації мамограм і УЗД ГЗ 105 жінок із захворюваннями ЩЗ у стані еутиреозу дозволило виявити переважання жирового типу будови ГЗ (79,05%). Фіброаденоматозом страждали у цій групі 69 (65,71%) жінок. Для порівняння еутиреоїдні жінки були розподілені на дві групи:

- 69 жінок з мастопатією (група IA),
- 36 жінок з нормальними ГЗ (група IB).

Аналіз поширеності мастопатії при різних патологічних станах ЩЗ, що супроводжуються еутиреозом, виявив наступне. При аутоімунному тиреоїдиті (АІТ) із 18 обстежених 11 (61,11%) страждали на ФКМ, при ендемічному зобі з 86 жінок мастопатія діагностована у 57 (66,28%) жінок. Одна (14,29%) пацієнтка із 7 після резекції ЩЗ також страждала на ФКМ.

Отже, розповсюдженість ФКМ серед еутиреоїдних жінок з АІТ і ендемічним зобом була однаковою і значно перевищувала частоту мастопатії у жінок після резекції ЩЗ ($p < 0,05$). Меншу поширеність дисгормональних змін ГЗ у пацієнток після резекції ЩЗ ми пов'язуємо зі зменшенням кількості патологічно зміненої тканини ЩЗ, а, отже, і впливу на ГЗ.

Ми досліджували частоту мастопатії залежно від характеру патологічних змін у ЩЗ обстежених. Виявлено, що із 70 еутиреоїдних жінок з дифузним зобом 49 (70,0%) мали фіброзно-кістозну хворобу ГЗ. Серед пацієнток з вузловим зобом мастопатія діагностована у 4 (66,67%) жінок із 6. Частота фіброзно-кістозної хвороби при дифузно-вузловому зобі становила 16 (55,17%) жінок із 29, що було рідше, ніж при дифузній формі зоба ($p < 0,05$).

Було встановлено триваліший перебіг захворювання ЩЗ у пацієнток з дисгормональними змінами ГЗ ($p < 0,05$). Так, середня тривалість захворювання ЩЗ до моменту дослідження становила $6,23 \pm 0,24$ року в ІА групі, тоді як у групі жінок без патології ГЗ такий показник дорівнював $5,45 \pm 0,31$ року.

Більш того, оцінка частоти розвитку ФКМ у жінок залежно від тривалості захворювання ЩЗ без порушення її функції виявила аналогічну закономірність. Частота дисгормональних гіперплазій у ГЗ (ДГГЗ) обстежених жінок зростала із збільшенням тривалості захворювання ЩЗ ($p < 0,05$).

Дисплазії в ГЗ частіше носили двосторонній характер (52 жінки – 75,36%). Мастопатія лише лівої ГЗ виявлена у 9 (13,04%) пацієнток, правої ГЗ – у 8 (11,59%) пацієнток. Ми не знайшли відмінностей у підтвердженні тієї або іншої ГЗ дисгормональним змінам. Фіброзно-кістозні зміни правої ГЗ виявлені у 61 (94,2%) жінки, лівої ГЗ – у 60 (86,96%) жінок. Локалізація патологічних змін у ГЗ була неоднорідною.

У лівій ГЗ достовірно частіше патологічні зміни виявляли у верхньо-зовнішньому (ВЗ) квадранті (72,13%) і рідше – у верхньо-внутрішньому (ВВ) квадранті (22,95%). Дисплазії в нижньо-зовнішньому (НЗ) і нижньо-внутрішньому (НВ) квадрантах, а також в центральній (суб-, параареоларній) зоні (ЦЗ) виявляли з однаковою частотою: 47,54%, 50,82% і 52,46% відповідно.

Що ж до правої ГЗ, то тут також найчастішою локалізацією дисгормональних змін був ВЗ квадрант (68,33%). Ми не виявили достовірних відмінностей у поширеності дисплазій у всіх останніх квадрантах. Патологічні зміни охоплювали НЗ квадрант у 29 (48,33%) пацієнток, ЦЗ у 26 (43,33%) пацієнток, НВ квадрант у 23 (38,33%) жінок і ВВ квадрант 19 (31,67%) жінок.

Клінічно мастопатія виявлялася помірною хворобливістю, частіше передменструальною при збереженому менструальному циклі.

Порівняльний аналіз частоти масталгії в обох групах свідчив про те, що біль у грудях характерніший для жінок, що мають фіброзно-кістозні зміни грудних залоз (ФКЗГЗ) ($p < 0,01$). Так, на масталгію страждали більше половини жінок з мастопатією (39 жінок – 56,52%) і лише 10 (27,78%) жінок без патології ГЗ. При збереженому менструальному циклі біль на фоні ФКЗГЗ частіше передував менструаціям (64,1%) і лише у 35,9% пацієнток були постійними. Передменструальний характер масталгії при ФКМ свідчить про її дисгормональний генез.

Нерідким клінічним проявом мастопатії була галакторея. Вища ($p < 0,01$) частота галактореї відзначена у жінок з мастопатією (22 жінки – 36,67%), тоді як за відсутності патологічних змін ГЗ виділення непокоїли лише 2 (5,56%) пацієнтки.

При цитологічному дослідженні відокремлюваного з ГЗ і пунктата, отриманого при біопсії пункції кіст, виявлені молозивні тільки різного ступеня дозрівання

(50,0%), жир (50,0%), безструктурні аморфні маси (25,0%) і поодинокі фібробласти (25,0%).

Пальпаторно визначалися ущільнені тяжисті ділянки без чітких меж на тлі залози м'якоеластичної консистенції.

Дані свідчили про переважання при еутиреоїдному статусі хворих з патологією ЩЗ дифузної мастопатії, яка спостерігалася у 51 (73,91%) жінки. Вузлова мастопатія була діагностована у 18 (26,09%) жінок. Частіше спостерігалася помірно виражена мастопатія.

Під час оцінювання поширеності різних типів мастопатій серед жінок з еутиреоїдною патологією ЩЗ виявлено наступне. Переважала фіброзна мастопатія (24 жінки – 47,06%) ($p < 0,05$). Змішана мастопатія діагностована у 13 (25,49%) пацієнток. Жінки з еутиреоїдною патологією ЩЗ однаково часто страждали на мастопатію з переважанням як залозистого, так і кістозного компонентів (по 7 пацієнток – 13,73%).

При обстеженні жінок з патологією ЩЗ у стані еутиреозу мамографія виявила патологічні зміни ГЗ у 98,55% випадків, а УЗД – у 86,49% випадків.

Характерна рентгенологічна картина ГЗ жінок з мастопатією на фоні еутиреоїдної патології була представлена пластами щільних гомогенних ділянок вираженої тяжистості. Мамограми мали типовий вигляд «матового скла». Тінь «залозистого трикутника» ставала майже однорідною і була чітко відмежована від підшкірно-жирового шару. Зовнішній контур «залозистого трикутника» був нерівним, зазубленим за рахунок фіброзу зв'язок Купера. Визначалася крупнопетлиста деформація стромального малюнка.

На цьому фоні диференціювалися множинні просвіти різного калібру округло-овальної форми у поєднанні з безладно розташованими щільними фіброзними тяжами, переважно локалізованих у передніх відділах і зовнішніх квадрантах.

При УЗД ГЗ виявлялися ділянки значного фіброзу у вигляді нерівномірної тяжистості, представлені віддзеркаленнями ультразвукових хвиль з високою інтенсивністю ехо-камера-сигналів. Фіброзна тканина визначалась на фоні зниження ехогенності.

Особливості клінічного перебігу мастопатії у жінок у стані гіпотиреозу.

Обстеження 92 гіпотиреоїдних жінок дозволило виявити переважання змішаного типу будови ГЗ (76,09%). Дисгормональні гіперплазії (ДГ) ГЗ виявлені у 69 жінок у стані гіпотиреозу, так що частота мастопатії у даній популяції була найбільшою і становила 75,0%. Для порівняння ми виділили дві групи гіпотиреоїдних жінок:

1-а група (IIA) – 69 пацієнток з мастопатією,

2-а група (IIB) – 23 жінки без мастопатії.

Середня тривалість захворювання ЩЗ у IIA групі становила $12,36 \pm 1,47$ року, у IIB групі – $8,25 \pm 1,41$ року. Отже, жінки з мастопатією перебували під впливом гіпотиреозу триваліший час ($p < 0,05$). Це підтверджують наші дані про частоту мастопатії у жінок з різною тривалістю гіпотиреоїдного стану організму. Чим довше хворіла пацієнтка, тим вище була вірогідність розвитку ФКМ.

Для оцінювання тяжкості перебігу захворювання ЩЗ у гіпотиреоїдних жінок з мастопатією і без патології ГЗ ми порівнювали скарги жінок обох груп, характерні для синдрому гіпотиреозу. Встановлено, що жінки з ФКЗГЗ частіше пред'являють скарги, ніж інші хворі. З цього виходить, що на мастопатію страждали пацієнтки з важчим клінічним перебігом захворювання ЩЗ.

Під час аналізу даних про випадки госпіталізації гіпотиреоїдних жінок з приводу захворювання ЩЗ виявлено, що пацієнтки, що лікувалися амбулаторно, але/або госпіталізовані лише однократно, переважали серед жінок без мастопатії (18 жінок – 78,26%). У ІІА групі таких пацієнток було 32 (46,38%), тобто достовірно менше ($p < 0,01$). Двічі лікувалися у відділенні ендокринології 11 (15,94%) жінок з мастопатією і 2 (8,7%) пацієнтки без неї. Водночас серед жінок ІІА групи, госпіталізованих три і більше разів було 26 (37,68%), тоді як у групі жінок без патології ГЗ таких виявилось лише 3 (13,04%), що було достовірно рідше ($p < 0,02$). Отже, госпіталізації в ендокринологічне відділення частіше підлягали жінки з мастопатією.

І, нарешті, ми вирішили визначити поширеність ДГГЗ залежно від ступеня тяжкості гіпотиреозу. Мастопатія діагностована у 15 (57,69%) пацієнток із 26 при гіпотиреозі легкого ступеня. Серед жінок з гіпотиреозом середньої тяжкості фіброзно-кістозною хворобою страждали 38 обстежених з 48 (79,17%). Найвища частота мастопатії відзначена серед жінок з важким ступенем гіпотиреозу (16 пацієнток із 18 – 88,89%).

Отже, у міру поглиблення ступеня тяжкості гіпотиреозу збільшувалась схильність жінок дисгормональним змінам у ГЗ.

Аналіз частоти мастопатій при найбільш поширених захворюваннях ЩЗ, що супроводжуються гіпотиреоїдним станом, виявив наступне. Із 35 хворих АІТ 27 (77,14%) страждали на ФКМ. При ендемічному зобі мастопатія діагностована у 38 (76,0%) жінок із 50. Водночас 4 (5,14%) із 7 гіпотиреоїдних жінок після резекції ЩЗ також страждали на ДГГЗ. Отже, висока захворюваність мастопатією відзначена при АІТ і ендемічному зобі, порівняно більш низька – при післяопераційному гіпотиреозі, що розвинувся вслід за резекцією ЩЗ ($p < 0,05$).

Згідно з нашими даними, частота мастопатії не залежала від типу морфологічних змін у ЩЗ обстежених пацієнток, що перебувають у стані гіпотиреозу. Ми виявили ФКЗГЗ у 39 (76,47%) обстежених із 51 з дифузним зобом, в 11 (73,33%) жінок із 15 з вузловим зобом і у 19 (73,08%) жінок із 26 з дифузно-вузловим зобом.

Дисплазії в ГЗ частіше носили двосторонній характер (59 жінок – 85,51%). Мастопатія лише лівої ГЗ виявлена у 7 (10,14%) пацієнток, правої ГЗ у 3 (4,35%) жінок. Під час аналізу локалізації патологічних змін у ГЗ гіпотиреоїдних жінок з мастопатією встановлено, що гіперпластичні процеси в лівій ГЗ розвивалися частіше (66 жінок – 95,65%), ніж у правій (62 пацієнтки – 89,86%).

ВЗ (75,76%) і НЗ (63,64%) квадранти були найчастішою локалізацією дисгормональних гіперплазій у лівій ГЗ. У 31 (46,97%) жінки патологічні процеси розташовувалися в ЦЗ. Зміни поширювалися на внутрішні квадранти лівої ГЗ рідше, ніж на останні зони (у 23 пацієнток – 34,85%) у ВВ і у 22 (33,33%) пацієнток у НВ квадранті ГЗ.

Що ж до правої ГЗ, то тут також дисгормональні зміни відзначали найчастіше у ВЗ квадранті (75,81%), а саме: 34 (54,84%) пацієнтки з гіпотиреозом мали патологічні зміни в НЗ і 32 (51,61%) пацієнтки – в нижньо-внутрішньому (НВ) квадранті. Диспластичні процеси поширювалися на верхньо-внутрішній (ВВ) квадрант ГЗ у 29 (46,77%) жінок і центральну зону у 28 (45,16%) пацієнток.

Більш ніж у половини гіпотиреоїдних жінок (36 обстежених – 52,17%) мастопатія супроводжувалася масталгією. За відсутності патології ГЗ біль у грудях непокоїв 3 (13,04%) жінки, що було значно рідше ($p < 0,001$), ніж у групі ІІА. При збереженому менструальному циклі переважала передменструальна масталгія. Визначено, що

80,56% жінок із ФКМ і 66,67% жінок із незміненими ГЗ зазначали передменструальний характер болю у грудях. Постійна масталгія відзначена лише у 19,44% жінок з мастопатією та у 33,33% жінок без даної патології.

Викликає інтерес нижча частота галактореї в гіпотиреоїдних пацієнток: лише у 10 (14,49%) обстежених з мастопатією і в 1 (4,35%) жінки без патології ГЗ.

Під час цитологічного дослідження відокремлюваного з ГЗ і пунктата, отриманого при біопсії пункції кіст, були виявлені: молозивні тільця у 9 (69,23%) жінок, зокрема в 1 пацієнтки без патології ГЗ, проліферуючий епітелій у 4 (30,77%) жінок.

Результати досліджень засвідчили, що в цій групі переважала дифузна форма мастопатії (59 жінок – 85,51%). Вузлову мастопатію виявили у 10 (14,5%) пацієнток.

Ступінь вираженості змін у ГЗ відповідала найчастіше середній формі кістозної хвороби.

Пальпаторно визначалися залози м'якоеластичної консистенції з ділянками дифузного ущільнення і грубою фіброзною тяжистістю, а при змішаній формі ущільнені тяжисті ділянки чергувалися з ділянками дрібної і середньої зернистості.

Характерними особливостями прояву мастопатії у жінок з гіпотиреоїдним статусом було переважання фіброзних змін, або поєднання останніх з кістозними і рідше залозистими змінами в ГЗ ($p < 0,05$). Так, у 29 (49,15%) жінок діагнована фіброзна мастопатія, у 17 (28,81%) пацієнток – змішаний варіант ФКМ. У 8 (13,56%) обстежених виявлена ФКМ з переважанням кістозного компонента. Рідше, ніж останні форми спостерігалася залозиста мастопатія (5 пацієнток – 8,47%).

Мамографія виявила патологічні зміни в 100% випадків. При УЗД патологічні зміни діагностували у 62 (89,86%) жінок із ФКМ.

При УЗД ГЗ виявлялися ділянки значного фіброзу на фоні зниженої ехогенності, а при змішаній формі мастопатії наголошувалася гіпертрофія строми у вигляді нерівних пластів, переміжних з дрібними гіпоехогенними утвореннями округлої або овальної форми.

Особливості клінічного перебігу мастопатії у жінок у гіпертиреоїдному стані.

При дослідженні стану ГЗ у пацієнток з тиреотоксикозом переважав залозистий тип будови ГЗ (70,18%). Дисгормональні зміни ГЗ виявлені у 37 (64,91%) жінок.

Для виявлення особливостей ФКМ при тиреотоксикозі ми розподілили гіпертиреоїдних жінок на дві групи: група IIIA – 37 жінок з мастопатією і група IIIB – 20 жінок без патології ГЗ.

Середня тривалість захворювання ЩЗ до моменту дослідження становила $6,96 \pm 1,46$ року в IIIA групі і $11,1 \pm 4,2$ року в IIIB групі. Отже, давність існування гіпертиреоїдного стану в організмі не впливала на розвиток ДГГЗ.

На це вказують також наші дані про частоту мастопатії залежно від тривалості перебування пацієнток у стані тиреотоксикозу.

Ми провели порівняльний аналіз скарг жінок обох груп, характерних для тиреотоксикозу.

Нами встановлено, що жінки з мастопатією частіше пред'являють скарги, ніж останні хворі. Отже, на фіброзно-кістозну хворобу страждали пацієнтки з важчим клінічним перебігом захворювання ЩЗ. Аналіз випадків госпіталізації жінок з приводу тиреотоксикозу продемонстрував, що 10 (27,03%) жінок IIIA групи і 8 (40,00%) жінок IIIB групи лікувалися амбулаторно.

В обох групах з однаковою частотою переважали жінки з однократною госпіталізацією (20 жінок у IIIA групі – 54,05% і 11 жінок у IIIB групі – 55,0%). Інші хворі

лікувалися в стаціонарі з приводу захворювання ЩЗ двічі і більше. Водночас серед жінок IIIA групи 5 (13,51%) хворих були госпіталізовані двічі і 2 (5,41%) хворі – тричі, серед пацієнток IIIB групи була 1 (5,88%) жінка, госпіталізована двічі. Ці дані свідчать про частішу госпіталізацію жінок з мастопатією, що поєднується з тиреотоксикозом, у відділення ендокринології.

Вірогідність розвитку мастопатії у жінок віком понад 40 років підвищувалася зі зростанням ступеня тяжкості тиреотоксикозу.

Частота мастопатії серед пацієнток з гіпертиреозом легкого ступеня становила 12 (54,55%) пацієнток, серед пацієнток з гіпертиреозом середньої важкості – 17 (68,0%) пацієнток і 8 (80,0%) пацієнток при тиреотоксикозі тяжкого ступеня.

Було встановлено, що при дифузному зобі із 16 (59,26%) із 27 гіпертиреоїдних жінок страждали на ФКМГЗ, при вузловому зобі – 8 (80,0%) жінок із 10, а при дифузно-вузловому зобі – 13 (65,0%) жінок із 20. Отже, при тиреотоксикозі найчастіше мастопатія зустрічалася при вузловому і рідше при дифузному зобі ($p < 0,02$).

При дослідженні всіх гіпертиреоїдних жінок з мастопатією виявило однакову поширеність диспластичних процесів у правій і лівій ГЗ (34 жінки – 91,89%). Процес частіше мав двосторонній характер (33 пацієнтки – 89,19%). В 1 (2,7%) жінки виявлена мастопатія лише лівої ГЗ і 1 (2,7%) пацієнтка мала ФКМ правої ГЗ. Локалізація патологічних змін була неоднорідною.

У лівій ГЗ патологічні зміни частіше виявляли в НВ (73,53%) і ВЗ (70,59%) квадрантах. У НЗ квадранті фіброзно-кістозні зміни виявлені у 22 (64,71%) пацієнток, у ЦЗ у 20 (58,82%) жінок, 19 (55,88%) пацієнток мали зміни у ВВ квадранті лівої ГЗ.

Що ж до правої ГЗ, то тут спостерігалася схожа ситуація. Найчастішою локалізацією дисгормональних змін був ВЗ (88,24%) і НВ (79,41%) квадранти. Досить часто гіперплазії знаходили і в ЦЗ правої ГЗ (64,71%). У НЗ і ВВ квадрантах патологічні зміни виявляли у кожній другій пацієнтки (50,0%).

Клінічно мастопатія виявлялася хворобливістю, нагрубанням і дифузним ущільненням залози, що посилюється в передменструальний період при збереженому менструальному циклі. На біль у грудях удвічі частіше скаржилися жінки з мастопатією. Так, масталгія мала місце у 15 (40,54%) жінок із мастопатією і 3 (15,0%) жінок без мастопатії. При збереженому менструальному циклі переважав біль передменструального характеру (53,33% жінок з мастопатією і 66,67% жінок без такої). У 35,71% жінок з ФКМ і у 33,33% пацієнток без патології ГЗ біль був постійним, 7,14% пацієнток з мастопатією відзначали виникнення болю в період менструації або епізодично.

Галакторея у пацієнток з тиреотоксикозом спостерігалася рідко. Лише 4 (10,81%) жінки з мастопатією вказували на наявність виділень з ГЗ. У групі жінок без мастопатії галакторею виявляли в 2 рази рідше (1 пацієнтка – 5,0%).

При цитологічному дослідженні відокремлюваного з ГЗ і пунктата, отриманого при біопсії пункції кіст, у 100% випадків виявлені молозивні тільця.

Як і в попередніх групах (при гіпо- і еутиреοїдній патології ЩЗ у гіпертиреοїдних жінок переважала дифузна мастопатія (29 жінок – 78,38%). Вузлова мастопатія діагностована у 8 (21,62%) жінок.

Фіброзно-кістозні зміни в ГЗ відповідали найчастіше середньому ступеню вираженості мастопатії.

Найбільш поширеним варіантом ДГГЗ була змішана форма дифузної мастопатії ($p < 0,05$). Так, змішана мастопатія діагностована у 13 (44,83%) жінок. Залозисту

мастопатію діагностували у 8 (27,59%) пацієнток. ФКМ з переважанням кістозного компонента виявлена у 5 (17,24%) жінок. У 3 (10,34%) жінок діагностована фіброзна мастопатія.

Пальпаторно визначалася або дифузна дрібна зернистість, або дисковидна тестоватість, або їх чергування з плавним переходом меж ущільнень у довколишню тканину.

Мамографія виявила патологічні зміни в 97,3% випадків, а УЗД – у 91,89% випадків.

При УЗ-скануванні ГЗ виявляли: гіпертрофовані залозисті часточки у вигляді широкого пласта із середньою або дещо підвищеною інтенсивністю ехо-сигналів, збільшення просвіту проток, які визначались у вигляді лінійних структур, позбавлених ехо-камера-сигналів, нерівність їх контурів, розширення гіпоехогенних зон по ходу головної осі протоки. При змішаній формі до вищеперелічених змін приєднувалася гіпертрофія стромы у вигляді нерівних пластів, переміжних з дрібними гіпоехогенними утвореннями.

Вузлова форма мастопатії характеризувалася змінами, описаними вище, але мають локальний характер у вигляді поодиноких або декількох вузлів. Пальпаторно на тлі залоз м'якоеластичної консистенції визначались окремі ущільнення без чітких меж, не спаяні зі шкірою, що збільшуються напередодні і що зменшуються після закінчення менструацій.

На мамограмах визначалася картина ФКМ, проте зміни були більш виражені і носили локальний характер.

При УЗД ГЗ картина була ідентична. Визначалися ділянки вираженого фіброзу на тлі зниженої ехогенності.

У групі порівняння (з ізольованою мастопатією) переважала кістозна (13 жінок – 44,83%) і змішана мастопатія (9 жінок – 31,03%). Біль у грудях непокоїв 16 (50,0%) жінок, 56,25% пацієнток відзначали передменструальний характер болю і у 43,75% пацієнток масталгія була постійною. Галакторея спостерігалася у 14 (43,75%) жінок з ізольованою мастопатією.

Локалізація патологічних змін так само, як і в основних групах (за наявності тиреоїдної патології) носила неоднорідний характер. У правій ГЗ дисгормональні зміни виявлені у 26 (81,25%) пацієнток і в лівій – у 30 (93,75%) жінок. Процес частіше мав двосторонній характер (22 пацієнтки – 68,75%). У 6 (18,75%) жінок виявлена мастопатія лише лівої ГЗ і 4 (12,5%) пацієнтки мали ФКМ правої ГЗ.

У лівій ГЗ зміни локалізувалися переважно у ВЗ (24 пацієнтки – 80,0%) і НЗ (19 пацієнток – 63,33%) квадрантах. Найбільш поширеною ділянкою розвитку диспластичних змін правої ГЗ був ВЗ квадрант (21 пацієнтка – 80,77%).

Пальпаторно визначалися множинні кістозні утворення еластичної консистенції, досить добре відмежовані від довколишньої тканини залози. При змішаній формі пальпувалися також щільнуваті тяжисті ділянки. На мамограмі визначалися множинні прояснення частіше правильної форми з чіткими контурами діаметром від 0,28 до 4 см на тлі залозистої тканини і дифузної дуктектазії, які утворювали крупнопетлистий малюнок. За наявності змішаної форми мастопатії рентгенологічну картину доповнювали гомогенні ділянки фіброзної тяжистості.

При УЗД візуалізувалися кісти з тонкою, чіткою капсулою і однорідним рідким вмістом. Наголошувалася дифузна гіперплазія і розширення проток, а при змішаній ФКМ ділянки фіброзу міжчасточкової і внутрішньочасточкової інтерстиціальної тканини ГЗ.

ВИСНОВКИ

Отже, вірогідність розвитку ДГГЗ зростала при підвищенні ступеня тяжкості тиреоїдної дисфункції (гіпо-, гіпертиреозу) і збільшенні давності захворювання ЩЗ (гіпо- та еутиреозу). Понад усе були схильні до дисгормональних змін ГЗ жінки у стані гіпотиреозу. Частота фіброаденоматозу пацієнток із гіпер- і еутиреоїдної патологією ЩЗ була однаковою. Переважаючими формами мастопатій у жінок з гіпо- та еутиреоїдною патологією ЩЗ були фіброзна і змішана мастопатія. При тиреотоксикозі переважала змішана і залозиста мастопатія. Для пацієнток без патології ЩЗ (у групі порівняння) була характерна мастопатія з переважанням кістозного компонента і змішаний варіант ФКМ.

Women have clinical motion of benign pathology of mammary glands with different violations of thyroid status

I. P. Netskar

The objective: to learn the features of clinical motion of benign pathology of mammary glands for women with different violations of thyroid status.

Materials and methods. For the decision of the put purpose 346 women were inspected more senior 40 years. After a careful clinical and laboratory inspection there was the selected group from 337 women in age from 40 to 60 years, which were up-diffused on 5 groups depending on functional status of thyroid gland and state of mammary glands.

A basic group was made by 254 women with the diseases of thyroid gland, which parted on 3 groups taking into account the functional state of thyroid gland. In each of basic groups it was selected for 2 sub-groups depending on the presence of mastopathy: IA group is 105 women in a state of euthyroidism (IA a group is 69 women from mastopathy and IB a group is 36 women without pathology of mammary glands); The II group is 92 women with a hypothyroidism (IIA a group is 69 women from mastopathy and IIB a group is 23 patients without fibrocystic mastopathy); III group is 57 patients with hyperthyroidism (IIIA a group is 37 women, sufferings fibrocystic mastopathy and IIIB a group is 20 women without mastopathy).

The group of comparison was made by 32 women from mastopathy without the diseases of thyroid gland (IV group). A control group consisted of a 51 healthy woman without pathology of thyroid gland and mammary glands (V group).

Results. The nodes form of mastopathy was characterized by changes, described above, but that have local character as sporadic or a few nodes. Palpation on a background the glands of soft-elastic consistency separate compressions without clear limits, not soldered with a skin, were determined, that increased the day before and diminish upon termination of menstruations. On mammography a picture was determined fibrocystic mastopathy, however more expressed changes were and carried local character. At ultrasound examination of mammary glands a picture was identical. The areas of expressed fibrosis were determined on a background reduced echoicity.

In the group of comparison (with isolated mastopathy) prevailed cystic (13 women – 44,83%) and mixed mastopathy (9 women – 31,03%). A stethalgia was disturbed by 16 women (50,0%). 56,25% patients marked premenstrual character of pain and in 43,75% patients mastalgia was constant. A galactorrhoea was observed in 14 women with isolated mastopathy (43,75%). Palpation plural cystic formations of elastic consistency, glands well enough marked off from near-by tissue, were determined. At the mixed form ponderous areas palpated also. On mammography the plural clearing up more frequent of regular shape was determined with clear contours diameter from 0,28 to 4 sm on a background glandular tissue and diffuse ductasia, which formed a large-lobed picture. At presence of the mixed form of mastopathy a X-ray picture was complemented by the homogeneous areas of fibrotic ponderous.

Conclusions. Authenticity of development of dishormonal hyperplasia of mammary glands grew at the increase of degree of severity of thyroid disfunction (hypo-, to hyperthyroidism) increase of remoteness of disease of thyroid gland (hypo- and euthyroidism). More than all felt like the

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

dishormonal changes of mammary glands of woman in a state of hypothyroidism. Frequency of fibroadenomatosis patients from hyper- and euthyroid pathology of thyroid gland of were identical. By the prevailing forms of mastopathy for women from hypo- and euthyroid pathology of thyroid gland were fibrotic and mixed mastopathy. At a thyrotoxicosis prevailed mixed and glandular mastopathy.

For patients without pathology of thyroid gland (in the group of comparison) there was characteristic mastopathy with predominance of cystic component and the mixed variant fibrocystic mastopathy.

Keywords: *benign pathology of mammary glands, violation of thyroid status, clinical motion.*

Відомості про автора

Нецкар Ірина Петрівна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0000-0003-4162-7179; e-mail: netskar19doctor@gmail.com

Information about the author

Netskar Iryna P. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
ORCID: 0000-0003-4162-7179; e-mail: netskar19doctor@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aden P., 2020. GnRH analogues, transvaginal ultrasound-guided drainage and intracystic injection of recombinant interferon-2 in the treatment of endometriosis // Gynecol. Obstet. Invest.:55 (2):96-104.
2. Agarwal S.K., 2021. Comparative effects of GnRH agonist therapy // J. Reprod. Med.:43 (3):293-8.
3. Ahmed S., 2022. Green tea polyphenol epigallocatechin-3-gallate (EGCG) differentially inhibits interleukin-1 beta-induced expression of matrix metalloproteinase-1 and -13 in human chondrocytes // J. Pharmacol. Exp. Ther.:308(2):767-73.
4. Ahn C., 2020. Uterine arterial embolization for the treatment of symptomatic adenomyosis of the uterus // J. Vase Interv. Radiol.:11 (2,2):192-201.
5. Ajossa S., 2021. The prevalence of endometriosis in premenopausal women undergoing gynecological surgery // Clin. Exp. Obstet. Gynecol.:2 (1):195-7.
6. Bai S.W., 2022. Uterine Arterial Embolization for the Treatment of Uterine Leiomyomas // Yonsei Medical Journal:43:3:346-50.
7. Barbieri R. L., 2020. Elevated serum concentrations of CA-125 in patients with advanced endometriosis // Fertil. Steril.:45:630-4.
8. Bast R., 2022. C. A radio-immunoassay using a monoclonal antibody to monitor the course of epithelial ovarian cancer // N. Engl. J. Med. 309:883-7.
9. Bazot M., 2021. Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: a preliminary comparison // Hum. Reprod.:18:1686-92.
10. Becker E.J., 2020. Added Value of Transvaginal Sonohysterography Over Transvaginal Sonography Alone in Women With Known or Suspected Leiomyoma // J Ultrasound. Med.:21:237-47.
11. Berube S., 2021. Characteristics related to the prevalence of minimal or mild endometriosis in infertile women // Canadian Collaborative Group on Endometriosis. Epidemiol.:9:504-10.
12. Cahill D.J., 2022. Pre-ovulatory granulosa cells of infertile women with endometriosis are less sensitive to luteinizing hormone // Am. J. Reprod. Immunol.:49 (2):66-9.
13. Carlson K.J., 2021. Indications for hysterectomy // N. Eng. J. Med.:328:856-60.
14. Chapron C., 2020. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhea and extent of disease // Hum. Reprod.:18(4):760-8.
15. Chatman D.L., 2022. Modern Diagnosis of Endometriosis // J. reprod. Med.:33:11:861-6.
16. Chatman D.L., 2020. Pelvic peritoneal defects and endometriosis: further observation // Fertile Steril.:46: 711-4.