

Прогностичні критерії та фактори ризику патології грудних залоз на фоні тиреоїдної дисфункції

І. П. Нецкар

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

Мета дослідження: оцінити прогностичні критерії та фактори ризику патології грудних залоз на фоні тиреоїдної дисфункції.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети були обстежені 100 жінок, які звернулися на прийом до лікаря-мамолога (основна група). Жінкам здійснювали комплексне клініко-інструментальне дослідження стану щитоподібної і грудних залоз, включаючи консультацію лікаря-ендокринолога. За допомогою методів променевої діагностики виявлені характерні особливості змін структури щитоподібної і грудних залоз за наявності у жінок поєднання захворювань щитоподібної залози і фіброзно-кістозної мастопатії порівняно із 100 жінками, що мають ізольоване ураження одного органа (контрольна група). До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні інструментальні та статистичні методи.

Результати. Слід зазначити, що при порівнянні ризику розвитку фіброзно-кістозної мастопатії в основній і контрольній групах визначено, що серед усіх жінок, які проживають в гуртожитку, ризик захворіти у жінок контрольної групи статистично значущо вище, ніж у жінок основної групи. Додатковий ризик становить 46,94 додаткових випадків фіброзно-кістозної мастопатії на 100 жінок, що не мають тиреоїдної патології, показник відносного ризику знаходиться на рівні 2,29, що свідчить про значущість градації чинника ризику «житлові умови» для жінок, що не мають захворювань щитоподібної залози. Цей факт, поза сумнівом, вимагає глибшого вивчення й осмислення з метою обґрунтування профілактики фіброзно-кістозної мастопатії. Під час аналізу останніх чинників ризику та їх градації встановлено, що всі показники у жінок основної групи вищі, ніж у жінок контрольної групи тією або іншою мірою статистичної значущості.

Висновки. Отримані результати дозволили виділити найбільш значущі чинники ризику розвитку фіброзно-кістозної мастопатії з урахуванням їх впливу і статистичної значущості дії при поєднанні з тиреоїдною патологією і без такої, що зі свого боку дозволяє обґрунтувати об'єм і спрямованість профілактичних і діагностичних заходів.

Ключові слова: патологія грудних залоз, захворювання щитоподібної залози, прогностичні критерії, фактори ризику.

Період життя жінок після 40 років характеризується як високою соціальною активністю, так і зниженням індексу здоров'я. Це багато в чому зумовлено тим, що в перехідному періоді на тлі інволютивних процесів у репродуктивній системі (РС) прогресують нейро-обмінно-ендокринні зрушення 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) [1–3].

Серед різних органів-мішеней РС, схильних до гіперпластичних процесів, ГЗ уражаються найчастіше, і, незрідка, першими маніфестують про наявні порушення в діяльності РС [4–6].

Проблема захворювань ГЗ є однією з пріоритетних у сучасній медицині. У структурі захворювань жіночого населення патологічні процеси в ГЗ виявляються з досить високою частотою – від 13,5% до 30,0% [9–12], причому їх число прогресивно збільшується впродовж останніх десятиліть. У пошуках шляхів зниження частоти захворювання раком ГЗ увагу вчених все більше привертає проблема фіброзно-кістозної мастопатії (ФКМ), як найпоширенішого захворювання ГЗ [13, 14]. На думку багатьох дослідників, мастопатія представляє значну небезпеку для виникнення на її фоні злоякісного процесу [15, 16].

Під час аналізу чинників ризику розвитку мастопатій розглядаються несприятливі антропогенні екологічні чинники, серед яких виділяють тиреоїдну патологію [2, 8]. Захворювання ЩЗ належать до найпоширеніших захворювань ендокринної системи у жінок віком старше 45 років, з огляду на частішу маніфестацію в період перименопаузи [4, 9].

З огляду на вищевикладене представляє великий науковий і практичний інтерес вивчення прогностичних критеріїв та факторів ризику патології ГЗ на фоні тиреоїдної дисфункції.

Мета дослідження: оцінити прогностичні критерії та фактори ризику патології ГЗ на фоні тиреоїдної дисфункції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були обстежені 100 жінок, які звернулися на прийом до лікаря-мамолога (основна група). Жінкам здійснювали комплексне клініко-інструментальне дослідження стану ЩЗ і ГЗ, включаючи консультацію лікаря-ендокринолога. За допомогою методів променевої діагностики виявлені характерні особливості змін структури ЩЗ і ГЗ за наявності у жінок поєднання захворювань ЩЗ і ФКМ порівняно із 100 жінками, які мають ізольоване ураження одного органа (контрольна група).

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для визначення діапазону ризику розвитку ФКМ залежно від наявності захворювань ЩЗ необхідно обчислити мінімальне (добуток найменших коефіцієнтів відношення правдоподібності по представлених чинниках) і максимальне (добуток найбільших коефіцієнтів відношення правдоподібності) значення ризику в обох групах. За нашими даними, діапазон ризику виникнення ФКМ у жінок з патологією ЩЗ перебував в інтервалі від 0,00005 до 17377,1. Діапазон ризику виникнення ФКМ у жінок, які не мають захворювання ЩЗ, знаходиться в інтервалі від 0,001 до 1342,6.

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

Відносно велика кількість чинників ризику і нерівнозначність їх впливу на формування ФКМ, а також значний розмах діапазону ризику, роблять скрутним як практичне визначення індивідуальної оцінки рівня ризику конкретної жінки, так і формування груп ризику з використанням методу відношення правдоподібності.

З метою виключення цієї ситуації необхідна розробка прогностичних критеріїв і на їх підставі – карти розвитку ФКМ, зручної для практичного вживання на лікарському прийомі для з'ясування рівня ризику у кожної конкретної жінки залежно від наявності тих або інших факторів, статистично значущий вплив яких був визначений вищим. Розробка подібної карти дозволяє визначити план подальших лікувально-профілактичних заходів залежно від групи ризику, до якої належить жінка.

Для вирішення цього завдання в групах визначені нормовані інтенсивні показники (НІП) і вагові індекси чинників ризику (ВІЧ), виникнення ФКМ, що впливають на частоту, а також розраховані прогностичні коефіцієнти ризик (R). Після розрахунку НІП по всіх чинниках ризику для основної і контрольної груп створена таблиця, що складається із чинників, їх градацій і відповідних НІП. На підставі цієї таблиці створена прогностична карта розвитку ФКМ у жінок, що мають захворювання ЩЗ, і жінок без тиреоїдної патології.

При порівняльному аналізі вагових індексів чинників у формуванні ФКМ виявлено статистично значуща різниця в показнику ВІЧ соціального статусу, який виявився значно вищим в основній групі, хоча за ранговою значимістю він був однаковий порівняно з контрольною групою. Привертає увагу те, що в групі жінок із захворюванням ЩЗ ВІЧ і ранговою значущістю таких чинників, як стаж роботи і житлові умови, вище, ніж у групі жінок без патології ЩЗ.

Максимальний сумарний прогностичний коефіцієнт ризику R_{max} (при поєднанні всіх несприятливих чинників) у жінок з патологією ЩЗ рівний 34,6, при цьому показник максимальної ризику дорівнює 1,3.

Мінімальний сумарний прогностичний коефіцієнт ризику R_{min} (при поєднанні всіх сприятливих чинників) у жінок із захворюваннями ЩЗ рівний 21,4, при цьому показник мінімальної ризику дорівнює 0,8.

Отже, шкалу градацій показника ризику виникнення ФКМ для жінок, що не мають захворювання ЩЗ, можна представити таким чином:

- 1-а група ризику (група несприятливого прогнозу) – при прогностичному коефіцієнті ризику 1,20–1,08;
- 2-а група ризику (група підвищеної уваги) – при прогностичному коефіцієнті ризику 1,07–0,94;
- 3-я група ризику (група сприятливого прогнозу) – при прогностичному коефіцієнті ризику 0,93–0,80.

Слід зазначити, що для розрахунку рівня ризику на підставі прогностичної карти розроблена комп'ютерна програма, що ще більше підвищує ефективність і зручність вживання матеріалу на практиці.

Для порівняння ризику розвитку ФКМ у жінок з патологією ЩЗ і без такої, використовуючи способи оцінки ефекту, розраховані показники відносного і додаткового ризиків.

Додатковий ризик розраховується як різниця між захворюваністю ФКМ групи жінок із захворюванням ЩЗ і захворюваністю ФКМ жінок без патології ЩЗ при дії однакового чинника ризику. Відносний ризик визначається відношенням рівня захворюваності ФКМ в основній групі до захворюваності ФКМ у контрольній групі за умови впливу аналогічного чинника ризику.

Порівняння ризику розвитку фіброзно-кістозної мастопатії грудних залоз в основній і контрольній групі залежно від різних чинників ризику

Фактори ризику	Градация факторів	Додатковий ризик От/100)	Відносний ризик
Вік	46–60 років	23,87	1,58
Соціальний статус	службовці	15,27	1,2
Конфліктні ситуації	частіше на роботі	21,38	1,38
Стаж роботи	5–10 років	26,27	1,38
Житлові умови	упорядкована квартира	14,16	1,25
Кількість абортів	3-5	25,67	1,51
Кількість пологів	1-2	12,15	1,21
Перебіг пологів	нормальний	14,61	1,25
Виділення з грудних залоз	немає	12,48	1,27
	періодичні	16,40	1,22
Захворювання серцево-судинної системи	є	21,45	1,37
Захворювання нервової системи	є	28,95	1,58

При оцінці показників додаткової ризику з'ясовується, яка додаткова захворюваність ФКМ (з розрахунку на 100 чоловік), обумовлена патологією ЩЗ, при дії одного і того самого чинника ризику у жінок основної групи порівняно з контрольною групою. При вивченні показника відносного ризику визначається, у скільки разів захворюваність ФКМ у жінок з наявністю патології ЩЗ вище, ніж у жінок, що не мають захворювання ЩЗ, при дії одного і того самого чинника ризику в обох групах. Потім проводиться оцінка достовірності отриманих показників за критерієм Стюдента. Статистично значущі ($p < 0,05-0,001$) відмінності в показниках, що відображають достовірну дію ЩЗ на захворюваність ФКМ, представлені у таблиці.

Згідно з даними таблиці, максимальний додатковий ризик можливості розвитку ФКМ, обумовлений додатковою дією патології ЩЗ, визначається за наявності захворювань нервової системи і становить 28,95 додаткових випадків ФКМ на 100 жінок, що мають патологію ЩЗ. Рівень відносного ризику при дії даного чинника знаходиться на рівні 1,58 і також є максимальним, разом з аналогічним показником відносного ризику розвитку ФКМ у жінок, що мають захворювання ЩЗ у віковій групі 46–60 років (23,87 – показник додаткового ризику) порівняно з жінками без патології ЩЗ аналогічного віку.

Мінімальні показники як додаткового ризику розвитку ФКМ (12,15 додаткових випадків ФКМ на 100 жінок, що мають патологію ЩЗ), так і відносного ризику ФКМ (1,21) визначаються у жінок, що мають в анамнезі 1–2 пологів. Високі показники як додаткового, так і відносного ризику у жінок з наявністю тиреоїдної патології виявляються також за наявності конфліктних ситуацій на роботі (21,38; 1,38), при стажі роботи 5–10 років (26,27; 1,38), за наявності в анамнезі 3–5 абортів (25,67; 1,51), за наявності патології серцево-судинної системи (21,45; 1,37).

Слід зазначити, що при порівнянні ризиків розвитку ФКМ в основній і контрольній групах визначено, що серед усіх жінок, що проживають в гуртожитку, ризик захворіти у жінок контрольної групи статистично значущо вище, ніж у жінок основної групи. Додатковий ризик становить 46,94 додаткових випадків ФКМ на 100 жінок, що не мають тиреоїдної патології, показник відносного ризику знаходиться на рівні 2,29, що свідчить про значущість градації чинника ризику «житлові умови» для жінок, що не мають захворювань ЩЗ.

Цей факт, поза сумнівом, вимагає глибшого вивчення й осмислення з метою обґрунтування профілактики ФКМ. Результати аналізу останніх чинників ризику та їх градації свідчать, що всі показники у жінок основної групи вищі, ніж у жінок контрольної групи тією або іншою мірою статистичної значущості.

ВИСНОВКИ

Отже, отримані результати дозволили виділити найбільш значущі чинники ризику розвитку ФКМ з урахуванням їх впливу і статистичної значущості дії при поєднанні з тиреоїдною патологією і без такої, що зі свого боку дозволяє обґрунтувати об'єм і спрямованість профілактичних і діагностичних заходів.

Predictive criteria and factors of risk of pathology of mammary glands are on a background thyroid dysfunction **I. P. Netskar**

The objective: to estimate predictive criteria and factors of risk of pathology of mammary glands on a background thyroid dysfunction.

Materials and methods. For the decision of the put purpose were 100 women which appealed on a reception to mammologist are inspected (basic group). The complex was carried out women clinical-and-instrumental research of the state of thyroid and mammary glands, including consultation of doctor-endocrinology. By the methods of radial diagnostics found out the characteristic features of changes of structure thyroid and mammary glands at presence of for the women of combination of diseases of thyroid and fibrocystic mastopathy by comparison to 100 women which have the isolated defeat of one organ (control group).

To the complex of the conducted researches clinical, laboratory instrumental and statistical methods were included.

Results. It should be noted that at comparison of risk of development fibrocystic mastopathy in basic and control groups certainly, that among all women which live in a dormitory, risk to become ill for the women of control group statistically significant higher than for the women of basic group. An additional risk is made by 46,94 additional cases fibrocystic mastopathy on 100 women which do not have thyroid pathology, an index of relative risk is at the level of 2,29, that speaks about significance of gradation of risk factor «housings terms» for women which do not have diseases of thyroid. This fact, no doubt, requires more deep study and comprehension with the purpose of ground of prophylaxis fibrocystic mastopathy. It is set at the analysis of the last factors of risk and their gradation, that all indexes for the women of basic group are more high, than for the women of control group in that or to other measure of statistical significance.

Conclusions. The got results allowed to select the most meaningful factors of risk of development of fibrocystic mastopathy taking into account their influence and statistical significance of action at combination with thyroid pathology and without such, that, in same queue, allows to ground a volume and orientation of prophylactic and diagnostic measures.

Keywords: pathology of mammary glands, disease of thyroid, predictive criteria, risk factors.

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 intricukin-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. Epidemiolog.: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 dysmenor-rhoea 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.