

©О. А. Міклавська, А. В. Бойчук

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України

МЕНЕДЖМЕНТ ПАЦІЄНТОК ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ ТА ЕНДОМЕТРОЇДНИМИ КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ

Мета дослідження – оцінити проблему поширення поєднання дисгормональних захворювань молочних залоз та інших захворювань жіночих статевих органів жінки.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 150 жінок віком від 23 до 35 років. Контрольну групу склали 25 здорових невагітних жінок. Анамнестичні дані були отримані шляхом особистої співбесіди з хворими, а також виписки необхідних відомостей з стаціонарних та індивідуальних карт історій хвороби. В дослідження ввійшло вивчення скарг хворих, анамнезу, гормонального профілю, ультрасонографічних обстежень та збору сімейних анамнезів.

Результати дослідження та їх обговорення. У майже 24 % хворих причиною звернення стало непліддя та порушення менструального циклу у 45 % хворих. Біль у нижніх відділах живота, який посилюється перед менструацією та турбував майже 34 % хворих. Дисменорея турбувала 36 % хворих, на порушення сну скаржилось 19 % пацієнток, періодичний головний біль – 24 хворих %, відчуття втоми – 29 %, випадання волосся – 18 %, сухість шкіри – 12 %, набряки нижніх кінцівок – 18 %, збільшення маси тіла – 42 %, перенесені запальні захворювання нижнього відділу генітального тракту майже у 43 % хворих, лапароскопічні втручання з приводу ендометріозу яєчників у 68 %, міомектомія – у 9 %, первинне непліддя мало місце у 72 % жінок та вторинне непліддя – у 28 % хворих. Структурно-функціональні зміни щитоподібної залози виявлені у 63 % обстежених пацієнтів. Поширеність аутоімунного тиреоїдиту (38 %) переважає гіпотиреоз (13 %) та гіпертиреоз (12 %).

Висновки. Встановлено, що дисгормональні порушення молочних залоз найчастіше мають супутню дисгормональну патологію щитоподібної залози, ендометріоз та непліддя, які пов'язані з порушенням репродуктивної функції.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я; дисгормональні порушення молочних залоз; дисфункція щитоподібної системи.

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH BENIGN PATHOLOGY OF THE MAMMARY GLANDS AND ENDOMETROID OVARIAN CYSTS

The aim of the study – to assess the problem of the spread of the combination of dyshormonal diseases of the mammary glands and other diseases of female genital organs.

Materials and Methods. 150 women aged 23 to 35 were included in the study. The control group consisted of 25 healthy non-pregnant women. Anamnestic data were obtained through personal interviews with patients, as well as extracting the necessary information from inpatient and individual medical history records. The study included examination of patients' complaints, anamnesis, hormonal profile, ultrasonographic examinations and collection of family anamnesis.

Results and Discussion. In nearly 24 % of patients, infertility was the reason for referral, and menstrual cycle disorders in 45 % of patients. Almost 34 % of patients complained of pain in the lower abdomen before menstruation. Dysmenorrhea bothered 36 % of patients, 19 % of patients complained of sleep disturbance, periodic headache – 24 %, feeling of fatigue – 29 %, hair loss – 18 %, dry skin – 12 %, swelling of the lower extremities – 18 %, weight gain – 42 %, transferred inflammatory diseases of the lower part of the genital tract in almost 43 % of patients, laparoscopic interventions for ovarian endometriosis in 68 %, myomectomy – in 9 %, primary infertility occurred in 72 % of women and secondary infertility – in 28 % of patients. Structural and functional changes of the thyroid gland were found in 63 % of the examined patients. Prevalence of autoimmune thyroiditis (38 %) is dominated by hypothyroidism (13 %) and hyperthyroidism (12 %).

Conclusions. We found that dyshormonal disorders of the mammary glands most often have accompanying dyshormonal pathology of the thyroid gland, endometriosis and infertility, which are associated with impaired reproductive function.

Key words: reproductive health; dyshormonal disorders of the mammary glands; thyroid dysfunction.

ВСТУП. Репродуктивне здоров'я жінки визначає головні соціально-демографічні та економічні показники рівня розвитку країни. Саме поняття репродуктивне здоров'я визначає інтегральний стан як функції яєчників, щитоподібної залози, молочної залози, надниркових залоз та підшлункової залози [1]. Багато питань патогенезу порушень цих інтеграційних зв'язків остаточно не вивчені і залишаються глибоко дискусійними. Тому розробка алгоритмів діагностики та лікування набуває значної актуальності.

Поєднання декількох гормонозалежних уражень органів мішеней у структурі гінекологічної патології займає провідне місце [2, 3]. Спостерігається зростання частоти дисгормональних захворювань органів репродуктивної

системи у більшості країн світу [4, 5, 6]. Особливо важливим є те, що пацієнтка з дисгормональними порушеннями звертається одночасно до вузькопрофільних спеціалістів – акушер-гінеколога, ендокринолога, мамолога. Відсутність цілісного бачення пацієнта, призначення комплексних ліків, коли одна патологія визначається як основна, а інша – як супутня. Головним у цій проблемі є призначення адекватного патогенетичного лікування [7, 8, 9].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – оцінити проблему поширення поєднання дисгормональних захворювань молочних залоз та інших захворювань жіночих статевих органів жінки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 150 хворих із

дисгормональними порушеннями молочних залоз та іншими захворюваннями жіночих статевих органів жінки. Контрольну групу склали 25 здорових невагітних жінок віком від 23 до 35 років. Для отримання даних було розроблено «Індивідуальну реєстраційну карту». Дана статистична карта включала комплекс анамнестичних, клінічних, параклінічних та лабораторних досліджень. Анамнестичні дані були отримані шляхом особистої співбесіди з хворими, а також виписки необхідних відомостей з стаціонарних та індивідуальних карт історій хвороби. В дослідження ввійшли обстеження скарг хворих, анамнезу, гормонального профілю, ультрасонографічних обстежень та збору сімейних анамнезів. Статистичну обробку результатів досліджень виконували за допомогою комп'ютерних програм «Статистика 10.0».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Під час профілактичного огляду визначали порушення менструального циклу, дисменорею, масталгію та мастодінію. Скарги на нагрудіння, збільшення об'єму, підвищену чутливість та болючість при пальпації молочних залоз у другу фазу менструального циклу спостерігали у 98 % досліджених хворих. У майже 24 % хворих причиною звернення стало непліддя та порушення менструального циклу у 45 % хворих. Біль у нижніх відділах живота, який посилюється перед менструацією та турбував майже 34 % хворих; дисменорея турбувала 36 % хворих.

При детальному опитуванні виявити, що порушення сну було в 19 % пацієнток, періодичний головний біль – у 24 %, почуття втоми – 29 %, випадання волосся – 18 %, сухість шкіри – 12 %, набряки нижніх кінцівок – 18 %, збільшення маси тіла – 42 %.

В анамнезі в жінок, включених у дослідження, перенесені запальні захворювання нижнього відділу генітального тракту майже у 43 % хворих, лапароскопічні втручання з приводу ендометріозу яєчників – у 68 %, міомектомія – у 9 %, первинне непліддя мало місце у 72 % жінок та вторинне непліддя – у 28 % хворих. Тривалість захворювання становила (5,6±0,9) року.

Однією з найрозповсюдженіших форм генітального ендометріозу було ендометріоїдне ураження яєчників (68 %).

Контрольну групу склали 25 пацієнтів без гінекологічної патології і патології молочних залоз.

Серед основної групи оцінка стану молочних залоз за шкалою BI-RADS було виявлено такі зміни: BI-RADS 1 (відсутність змін у молочних залоз) – у 25 %, BI-RADS 2 (дисгормональні доброякісні зміни молочних залоз) – 65 %, BI-RADS 3 (сумнівні зміни молочних залоз, які потребують додаткових спеціальних досліджень) – 10 %.

Надлишкова маса тіла I ступеня мала місце – у 28 %, II ступеня – у 65 %, відсутність порушень діагностувалось лише у 7 %. Отже, порушення харчування на сьогодні розглядається як маркер багатопрофільного захворювання, пов'язане не тільки з порушенням стилю харчування, але й з інсулінорезистентністю та дисфункцією ендокринної системи. Так, серед обстежених з ожирінням II ступеня у 89 % діагностовано підвищений індекс НОМА та інсулінорезистентність. Ці пацієнти мали переважно абдомінальний тип ожиріння (96 %).

Особлива увага в когорті дисгормональних порушень репродуктивної системи належить щитоподібній залозі. Ряд сучасних дослідників довели вплив гіпо- та гіперфункції щитоподібної залози на ановуляторний синдром, ендометріоз, лейоміому матки та дисфункцію молочних залоз.

Структурно-функціональні зміни щитоподібної залози виявлено у 63 % обстежених пацієнтів. Поширення аутоімунного тиреоїдиту (38 %) переважає гіпотиреоз (13 %) та гіпертиреоз (12 %). Еутиреоїдний стан, що поєднувався з дисгормональними порушеннями молочних залоз, діагностовано у 47 % пацієнтів.

Рівень пролактину коливався від 16 до 98 МО/л. Проведені дослідження показали, що адекватний рівень у середньому (18,2±1,2) МО/л діагностували лише у 32 жінок основної групи.

ВИСНОВКИ. Встановлено, що дисгормональні порушення молочних залоз найчастіше мають супутню дисгормональну патологію щитоподібної залози, ендометріоз та непліддя, які пов'язані з порушенням репродуктивної функції.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Враховуючи високий відсоток коморбідності дисгормональної патології молочних залоз з ендометріозом, патологією щитоподібної залози та ожирінням, необхідно розробити діагностично-лікувальні алгоритми надання допомоги універсальні для спеціалістів різного профілю.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Профилактика спайкообразования после хирургического лечения бесплодных женщин с миомой матки и эндометриозом / И. З. Гладчук, Н. Н. Рожковская, А. П. Рогачевский [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 5. – С. 148–150.

2. Ищенко А. И. Эффективность комбинированного лечения наружного эндометриоза с синдромом хронических тазовых болей с использованием агониста гонадотропин-рилизинг гормона Декапентил-депо / А. И. Ищенко, Е. А. Кудрина, У. А. Абдуллаева // Жіночий лікар. – 2006. – № 6(8). – С. 8–11.

3. Сучасні можливості профілактики інтраопераційних ускладнень при органозберігальних втручаннях на органах

малого таза / А. Г. Корнацька, Г. В. Чубей, М. В. Бражук, В. К. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2014. – № 6. – С. 62–65.

4. Значение оценки овариального резерва в лечении бесплодия у женщин старшего репродуктивного возраста / Т. А. Назаренко, М. Г. Мишьева, Н. Г. Фанченко // Проблемы репродукции. – 2005 – № 2 – С. 56-59.

5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.04.2016 р. № 319.

6. Тактика ведення пацієнток з ендометріозом. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – Державний

Експертний Центр Міністерства охорони здоров'я України, 2016 – 118 с.

7. Anti-Müllerian hormone: an ovarian reserve marker in primary ovarian insufficiency / J. A. Visser, I. Schipper, J. S. E. Laven [et al.] // *Nat. Rev. Endocrinol.* – 2012. – Vol. 8, No. 6. – P. 331–341.

8. Hickey M. Endometriosis / M. Hickey, K. Ballard, C. Farquhar // *BMJ.* – 2014. – Vol. 348. – P. 1752.

9. Stratton P. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications / P. Stratton, K. J. Berkley // *Hum. Reprod. Update.* – 2011. – Vol. 17 (3). – P. 327–324.

REFERENCES

1. Gladchuk, I.Z., Rozhkovskaya, N.N., & Rogachevskij, A.P. (2008). Profilaktika spaykoobrazovaniya posle khirurgicheskogo lecheniya besplodnyh zhenshchin s miomoy matki i endometriozom [Prevention of adhesions after surgical treatment of infertile women with uterine myoma and endometriosis]. *Reproduktivnoe zdorove zhenshiny – Reproductive Health of Women*, 5, 148-150 [in Ukrainian].

2. Ishenko, A.I., Kudrina, E.A., & Abdullaeva, U.A. (2006). Effektivnost kombinirovannogo lecheniya naruzhnogo endometrioza s sindromom hronicheskikh tazovyh boley s ispolzovaniem agonista gonadotropin-rilizing gormona Dekapeptil-depo [The effectiveness of combined treatment of external endometriosis with chronic pelvic pain syndrome using the gonadotropin-releasing hormone agonist Decapeptyl-depot]. *Zhinochyi likar – Female Doctor*, 6 (8), 8-11 [in Ukrainian].

3. Kornacka, A.G., Chubej, G.V., Brazhuk, M.V., & Kondratiuk, V.K. (2014). Suchasni mozhyvosti profilaktyky intraoperatsiinykh uskladnen pry orhanoberihalnykh vtruchanniakh na orhanakh maloho taza [Modern possibilities of prevention of intraoperative complications in case of organ-abdominal intrusions on the pelvic organs]. *Klinichna hirurgiya – Clinical Surgery*, 6, 62-65 [in Ukrainian].

4. Nazarenko, T.A., Mishieva, M.G., & Fanchenko, N.G. (2005). Znachenie otsenki ovarilnogo rezerva v lechenii besplodiya u zhenshchin starshego reproduktivnogo vozrasta

[The value of assessing the ovarian reserve in the treatment of infertility in women of older reproductive age]. *Problemy reproduktivnoy – Problems of Reproduction*, 2, 56-59 [in Ukrainian].

5. Unifikovanyi klinichniy protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy. Taktyka vedennia patsiientok z henitalnym endometriozom [Unification of the clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care. Management tactics for patients with genital endometriosis] (06.04.2016 No. 319). *Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy – Order of the Ministry of Health of Ukraine* [in Ukrainian].

6. Taktyka vedennia patsiientok z endometriozom. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazah (2016). [Management tactics for patients with endometriosis. Adapted clinical setting, based on evidence]. *Derzhavnyi Ekspertnyi Tsentri Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy – State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine* [in Ukrainian].

7. Visser, J.A., Schipper, I., Laven, J.S.E. (2012). Anti-Müllerian hormone: an ovarian reserve marker in primary ovarian insufficiency. *Nat. Rev. Endocrinol.*, 6, 331-341.

8. Hickey, M., Ballard, K., & Farquhar, C. (2014). Endometriosis. *BMJ*, 348.

9. Stratton, P., & Berkley K.J. (2011). Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum. Reprod. Update*, 17, 327-324.

Отримано 28.10.2021

Прийнято до друку 29.10.2021

Електронна адреса для листування: lenatumanova1995@gmail.com