

Особливості гормонального гемостазу у хворих з доброякісними гіперпластичними процесами грудних залоз – мастопатіями

М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, О.Л. Громова, Л.І. Мартинова, О.В. Тяг
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: вивчення частоти гінекологічної захворюваності, клінічних і гормональних параметрів менструального циклу у хворих з доброякісними гіперпластичними процесами грудних залоз – мастопатіями.

Матеріали та методи. Обстежено 65 жінок з різними формами мастопатії. Проводили мамологічне і гінекологічне дослідження, рентгеномамографію, ультразвукове дослідження грудних залоз та органів малого таза, аспіраційну біопсію ендометрія з наступним цитологічним дослідженням, за показаннями – діагностичну лапароскопію, кольпоскопію, гістероскопію з діагностичним вишкрібанням і морфологічним дослідженням ендометрія, гормональні дослідження і вимірювання ректальної температури.

Результати. Установлена частота доброякісних захворювань грудних залоз: фіброзно-кістозна мастопатія – у 32 (49,2±6,20%) жінок, фіброзна мастопатія – 16 (24,6±5,34%), вузлова мастопатія – у 8 (12,3±4,07%), фіброаденома – у 6 (9,2±3,59%), вузлова мастопатія на тлі фіброзних змін – у 3 (4,6±2,60%). Загалом 96,9±2,14% хворих мали різні гінекологічні захворювання. Так, середній вік дебюту мастопатії становив 31,4±1,09 року, гіперпластичних процесів у матці – 35,2±1,17 року. Ановуляція виявлена у 17 (47,2±8,3%) хворих, недостатність лютеїнової фази – в 11 (30,6±7,6%).

Заключення. Виявлені гормональні зміни є характерними для хворих з гіперпластичними процесами репродуктивних органів різної локалізації (грудна залоза, матка, яєчники). Унаслідок спільності гормональних змін у переважній більшості випадків мастопатії поєднуються з різною гінекологічною патологією (96,9±2,14%).

Ключові слова: гінекологічна патологія, гормональні зміни, мастопатія, фактори ризику.

Відомо, що практично немає жодного органа у жіночому організмі, на який не впливала б дія статевих стероїдів. У першу чергу це матка та інші статеві органи, грудні залози [3, 4]. Грудні залози є частиною репродуктивної системи і в низці інших органів-мішеней посідають особливе місце [1, 5]. За сучасними уявленнями, грудні залози так само, як і матка, є органом-мішенню для статевих стероїдних гормонів [2]. Багато дослідників відзначають часте поєднання гінекологічних захворювань з патологією грудних залоз [6, 7]. З урахуванням спільності патогенетичних механізмів є актуальним проведення даного дослідження.

Мета дослідження: вивчення факторів, що спричинюють виникнення і розвиток патології грудних залоз, частоти гінекологічної захворюваності, а також клінічних і гормональних параметрів менструального циклу у хворих з доброякісними гіперпластичними процесами грудних залоз – мастопатіями.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 65 жінок з різними формами мастопатії. У всіх хворих проводили вивчення скарг і анамнезу, об'єктивне мамологічне і гінекологічне дослідження, рентгеномамографію, ультразвукове

дослідження грудних залоз та органів малого таза, аспіраційну біопсію ендометрія з наступним цитологічним дослідженням, за показаннями – діагностичну лапароскопію, кольпоскопію, гістероскопію з діагностичним вишкрібанням і морфологічним дослідженням ендометрія. Гормональні дослідження і вимірювання ректальної температури протягом 3 менструальних циклів проведені у 36 хворих. Визначали концентрацію ЛГ і ФСГ на 3-й день менструального циклу; пролактину та естрадіолу – на 5–7-й день; ЛГ, ФСГ, пролактину, естрадіолу і прогестерону – на 20–22-й день менструального циклу імунохемілюмінесцентним методом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежуваних хворих знаходився у межах від 19 до 50 років, причому майже одна третина хворих була у віці молодше 35 років.

Визначені фактори, що зумовлюють виникнення і розвиток патології грудних залоз. До них належать:

- спадковий фактор (наявність доброякісних і злоякісних новоутворень у родичок по материнській лінії);
- нейроендокринні порушення (порушення нейрогуморальної складової репродуктивного циклу веде до активації проліферативних процесів у гормонально залежних органах, у тому числі в тканинах грудних залоз);
- вік понад 40 років;
- штучне переривання вагітності. На самих ранніх термінах вагітності гормональний вплив зумовлює виражене перебудову залози, гіперплазію залозистого компонента. Штучне переривання вагітності зупиняє проліферативні процеси у грудних залозах, у зв'язку з чим у гіперплазованій тканині відбувається зворотний розвиток. Ці регресивні зміни відбуваються нерівномірно, розвиток залоз може набутися патологічного характеру і стати пусковим моментом для формування мастопатії;
- ожиріння. Відомо, що при поєднанні ожиріння з цукровим діабетом і артеріальною гіпертензією ризик захворювань грудних залоз підвищується втричі;
- тривалий психічний стрес, який, як відомо, призводить до змін секреторної функції ендокринних залоз;
- пізня перша вагітність;
- відсутність, короткий або тривалий період грудного вигодовування;
- вік перших пологів (жінки, які народили двох дітей до 25 років, мають втричі менший ризик розвитку захворювань у порівнянні з тими, що мали тільки одну дитину);
- раннє менархе і пізня менопауза.

Слід зазначити, що вирішальну роль у розвитку захворювань грудних залоз на сьогодні відводять прогестеронодефіцитним станам, за яких надлишок естрогенів спричинює проліферацію тканин грудних залоз та порушення рецепторного апарату.

У результаті комплексного мамологічного обстеження встановлено наступну частоту доброякісних захворювань грудних залоз: фіброзно-кістозна мастопатія – 32 жінки

(49,2±6,20%), фиброзная мастопатия – 16 (24,6±5,34%), узловатая мастопатия – 8 (12,3±4,07%), фиброаденома – 6 (9,2±3,59%), узловатая мастопатия на фоне фиброзных изменений – 3 (4,6±2,60%). Отсюда, наиболее часто выявляли фиброзно-кистозную мастопатию, что согласуется с данными литературы (Иванов О.А., 1994).

После завершения комплексного гинекологического обследования разная патология была выявлена у 63 женщин из 65. Миома матки выявлена у 11 (16,9±4,65%) женщин, эндометриоз – у 13 (20,0±4,96%), сочетание миомы матки и эндометриоза – у 14 (21,5±5,10%), гиперпластические процессы эндометрия – у 13 (20,0±4,96%), синдром поликистозных яичников – у 4 (6,2±2,98%), запальные заболевания, патология шейки матки – у 8 (12,3±4,07%). В целом 96,9±2,14% женщин имели разные гинекологические заболевания.

Как видно из приведенного, у 55 пациенток (84,6±4,48%) выявлены заболевания, основной причиной патогенеза которых являются нарушения гормональных взаимосвязей с преобладанием относительной гиперэстрогемии. Анализируя анамнестические данные, было обращено внимание, что у большинства пациенток патологию грудных желез выявляли в среднем на 3–5 лет раньше, чем различные гиперпластические процессы эндометрия (миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия). Так, средний возраст дебюта мастопатии составил 31,4±1,09 года, гиперпластических процессов в матке – 35,2±1,17 года. Напротив, поликистозные изменения в яичниках, нарушения регуляции менструального цикла, запальные заболевания придатков матки зачастую предшествовали развитию патологии грудных желез.

В период клинического обследования менструальной функции различные нарушения на момент обследования или в анамнезе были выявлены у 86,2±4,28% обследованных женщин. Было оценено гормональные параметры менструального цикла и данные измерения ректальной температуры у 36 женщин. По результатам измерения уровня прогестерона и измерения ректальной температуры овуляция выявлена у 17 (47,2±8,3%) женщин, недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) – у 11 (30,6±7,6%). Отсюда, недостаточность функции яичников в виде ановуляции или НЛФ имели 28 женщин, что составило 77,8±6,9%. Повышения уровня пролактина выше нормативных значений на 5–7-й

день менструального цикла выявлено не было, на 22-й день у 13 (36,1±8,0%) женщин зафиксировано повышение уровня пролактина. Ровные гонадотропины находились в пределах нормативных значений. Средние значения: на 3-й день менструального цикла уровень ЛГ составил 4,6±0,3 мIU/мл, ФСГ – 7,7±0,4 мIU/мл; на 5–7-й день менструального цикла уровень эстрадиола составил 157,1±7,2 pg/ml, пролактин – 14,7±0,6 ng/ml; на 20–22-й день менструального цикла ЛГ составил 4,4±0,3 мIU/мл, ФСГ – 4,9±0,4 мIU/мл, эстрадиола – 189,3±14,7 pg/ml, пролактин – 18,1±1,1 ng/ml, прогестерон – 7,0±1,1 ng/ml.

ВИСНОВКИ

Особенности гормонального статуса обследованной контингента женщин характеризуются снижением уровня прогестерона и по сравнению с средними нормативными показателями, относительной гиперэстрогемией и повышением уровня ФСГ в другой фазе менструального цикла. В одной трети женщин выявляли транзитную гиперпролактинемию в другой фазе менструального цикла. Данный гормональный профиль является характерным для женщин с гиперпластическими процессами репродуктивных органов различной локализации (грудная железа, матка, яичники). В связи с общностью гормональных изменений у преобладающего большинства случаев мастопатии сочетаются с различной гинекологической патологией (96,9±2,14%). На основании анамнестических данных, результатов комплексного обследования и изучения гормонального статуса можно выявить динамику развития патологических изменений репродуктивных органов: нарушения гормональной регуляции – гиперпластические процессы грудных желез – гиперпластические процессы эндометрия. Обычно, эта схема не отображает всех возможных вариантов развития дисгормональных гиперпластических процессов в репродуктивных органах и является условной. Протекает также подкрепление проведения ретельного маммологического обследования у гинекологических женщин с нейроэндокринной патологией и обобщенную роль гинеколога-эндокринолога в лечении женщин с различными формами мастопатии.

Особенности гормонального гемостаза у больных с доброкачественными гиперпластическими процессами грудных желез

М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, А.Л. Громова, Л.И. Мартынова, О.В. Тянь

Цель исследования: изучение частоты гинекологической заболеваемости, клинических и гормональных параметров менструального цикла у больных с доброкачественными гиперпластическими процессами грудных желез – мастопатиями.

Материалы и методы. Обследовано 65 женщин с различными формами мастопатии. Проводили маммологическое и гинекологическое исследование, рентгеномаммографию, ультразвуковое исследование грудных желез и органов малого таза, аспирационную биопсию эндометрия с дальнейшим цитологическим исследованием, по показаниям – диагностическую лапароскопию, кольпоскопию, гистероскопию с диагностическим выскабливанием и морфологическим исследованием эндометрия, гормональные исследования и измерения ректальной температуры.

Результаты. Установлена частота доброкачественных заболеваний грудных желез: фиброзно-кистозная мастопатия – у 32 (49,2±6,20%) женщин, фиброзная мастопатия – у 16 (24,6±5,34%), узловатая мастопатия – у 8 (12,3±4,07%), фиброаденома – у 6 (9,2±3,59%), узловатая мастопатия на фоне фиброзных изменений – у 3 (4,6±2,60%). В целом 96,9±2,14% больных имели различные гинекологические заболевания. Так, средний возраст дебюта мастопатии составил 31,4±1,09 года, гиперпластических процессов в матке – 35,2±1,17 года. Ановуляция выявлена у 17 (47,2±8,3%) женщин, недостаточность лютеиновой фазы – у 11 (30,6±7,6%).

Выводы. Выявлены гормональные изменения характерные для больных с гиперпластическими процессами репродуктивных органов различной локализации (грудная железа, матка, яичники). В связи с общностью гормональных изменений в подавляющем большинстве случаев мастопатии сочетаются с различной гинекологической патологией (96,9±2,14%).

Ключевые слова: гинекологическая патология, гормональные изменения, мастопатия, факторы риска.

Features hormonal hemostasis in patients with benign hyper-plastic processes of breasts

M. Makarenko, D. Govsiev, O. Gromova, L. Martynova, O. Tyan

The objective: to study the incidence of gynecological diseases, clinical and hormonal parameters of the menstrual cycle in patients with benign hyper-plastic processes of breasts.

Patients and methods. 65 women with various forms of mastitis were investigated. The following investigations were conducted: mammologic and gynecological investigation, mammologic X-ray investigation, ultrasound of breasts and of the pelvic organs, endometrial aspiration biopsy that was followed by cytology; when it was necessary the diagnostic laparoscopy, colposcopy, hysteroscope with curettage and morphological investigation of the endometrium, hormone research and rectal temperature measurements were conducted.

Results. The frequency of the benign breast diseases was set: fibrocystic disease of breast – 32 women (49,2±6,20%), fibrous of breast – 16 women (24,6±5,34%), nodular of breasts – 8 women (12,3±4,07%), fibroadenoma – 6 women (9,2±3,59%), nodular disease of breasts on the background of fibroid changes – 3 women (4,6±2,60%). All in all, 96,9±2,14% of the patients had any gynecological diseases. Thus, the average age of the 'debut' of mastitis was 31,4±1,09 years; the hyperplastic processes in the uterus was 35,2±1,17 years. Anovulation was detected in 17 (47,2±8,3%) patients, the lack of the luteal phase (NLF) was detected in 11 (30,6±7,6) patients.

Conclusions. Identified hormonal changes are typical for patients with the hyper-plastic processes of the reproductive organs with different localization (breasts, uterus, ovaries). Due to the commonality of the hormone changes in most cases mastitis is combined with the various gynecological diseases (96,9±2,14%).

Key words: gynecological pathology, hormonal changes, breast, factors of risk.

Сведения об авторах

Макаренко Михаил Васильевич – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (38044) 275-80-77

Говсеев Дмитрий Александрович – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (38044) 275-80-77

Громова Александра Леонидовна – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (38044) 275-80-77. E-mail: alex.gynecolog@gmail.com

Мартынова Лилия Ивановна – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (38044) 275-80-77. E-mail: lilya.martynova@gmail.com

Тян Ольга Владимировна – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (38044) 275-80-77

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Солопова А.Г. Опыт применения мастопала в лечении мастопатии и предменструального синдрома / А.Г. Солопова, А.А. Сафаров, А.Д. Макацария // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – № 4. – С. 38–41.
2. Зурочка А.В. Актуальные вопросы диагностики заболеваний молочных желез в крупном промышленном городе Челябинской области / А.В. Зурочка, Т.А. Тиунова // Медицинская иммунология. – 2015. – Т. 17, № 3. – С. 281–286.
3. Status of estrogen receptor 1 (ESR1) gene in mastopathy predicts subsequent development of breast cancer / D. Soysal Savas, B. Kilic Incken, R.A. Regenbrecht Christian [et al.] // Breast Cancer Research and Treatment. 2015. – Vol. 151. – P. 709–715.
4. Diabetic mastopathy: A diagnostic challenge in breast sonography / Marco Moschetta, Michele Telegrafo, Vincenzo Triggiani [et al.] // Journal of Clinical Ultrasound. 2015. – Vol. 43. – P. 113–117.
5. Diabetic mastopathy: imaging features and the role of image-guided biopsy in its diagnosis / Jonghyeon Kim, Eun-Kyung Kim, Min Jung Kim [et al.] // Ultrasonography. – 2016 Apr.; 35 (2): 140–7.
6. William E. Byrd Mastopathy as related to functional uterine bleeding / E. Byrd William // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2006. – Vol. 72. – P. 1191–1196.
7. Hung WK, Minimally invasive technology in the management of breast disease / WK Hung, M Ying, CM Chan [et al.] // Breast Cancer. – 2009. – Vol. 16. – P. 23–24.

Статья поступила в редакцию 28.10.16

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

USB-УСТРОЙСТВО ПРОВЕДЕТ АНАЛИЗ КРОВИ НА ВИЧ ЗА 21 МИНУТУ

Ученые из Великобритании создали устройство с USB-накопителем, которое сможет быстро и точно определить количество вируса иммунодефицита человека в крови носителя.

Разработкой занимались специалисты из Имперского колледжа в Лондоне (Imperial College London) и американской фирмы DNA Electronics. Изделие определяет концентрацию вируса в капле крови, а затем генерирует электрический сигнал, который можно считать через USB-порт в компьютере, ноутбуке или каком-либо переносном устройстве. Точность теста достигает 95%.

Несмотря на то, что технология пока находится на ранних стадиях реализации, разработчики заявляют, что вскоре она даст возможность ВИЧ-положительным больным следить за уровнем вируса в

их крови наподобие того, как пациенты с диабетом мониторят свой уровень сахара. Польза нового быстрого и точного теста не вызывает сомнений - сейчас рутинные тесты могут только подтвердить наличие и отсутствие у человека ВИЧ, а для того, чтобы отследить изменение концентрации вируса в крови, необходимо сдавать специальные анализы и ждать 3 дня, пока их обработают в лаборатории. USB-тест значительно ускоряет получение этой информации.

Чтобы пройти тестирование, нужно поместить в определенное место на USB-накопителе каплю крови - и если в ней обнаруживается вирус, то на чипе меняется кислотность - и в зависимости от ее изменений чип посылает электрический сигнал на накопитель. С помощью компьютера за-

тем можно узнать, стало ли вирусом в крови больше или меньше. Новый тест использовали для анализа 991 образца крови, и он показал 95-процентную эффективность. Среднее время тестирования составляло 20,8 минут.

Больным вирусом иммунодефицита человека обычно прописывают антиретровирусную терапию, которая снижает количество вируса в крови до околонулевых показателей. Однако в некоторых случаях эта терапия перестает работать - тогда концентрация вируса в крови начинает расти. Новый быстрый тест поможет вовремя заметить этот рост, чтобы лечащий врач смог оперативно отреагировать на изменение состояния здоровья пациента и, возможно, внести коррективы в схему лечения.

Источник: med-expert.com.ua