

Доброкачественные дисгормональные заболевания молочной железы у пациенток с нарушениями функции щитовидной железы

Е.И. Манухина, д.м.н., проф., И.Р. Сафарян, к.м.н., Н.А. Семенцова, к.м.н., Т.П. Захарова, к.м.н.

Адрес для переписки: Ирма Романовна Сафарян, safairma@yandex.ru

Для цитирования: Манухина Е.И., Сафарян И.Р., Семенцова Н.А., Захарова Т.П. Доброкачественные дисгормональные заболевания молочной железы у пациенток с нарушениями функции щитовидной железы. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (2): 26–29.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-2-26-29

Введение. Проблема доброкачественных дисгормональных заболеваний молочной железы крайне актуальна в силу широкой распространенности в популяции. Важно, что некоторые пролиферативные формы с гиперплазией эпителия могут быть факторами риска развития рака молочной железы. В статье проанализированы различные формы доброкачественных дисгормональных заболеваний молочной железы (ДДЗМЖ) в зависимости от дисфункции щитовидной железы.

Цель – выявить частоту и характер структурных изменений молочной железы у пациенток с нарушенным тиреоидным статусом.

Материал и методы. Проанализировано 120 медицинских карт пациенток в возрасте 18–55 лет с ДДЗМЖ и сохраненной менструальной функцией. Пациенток разделили на две группы. Первую составила 51 (42,5%) пациентка с ДДЗМЖ без нарушений функции щитовидной железы, вторую – 69 (57,5%) пациенток с ДДЗМЖ и нарушенным тиреоидным статусом. Состояние молочной железы оценивали на основании анализа жалоб пациенток, данных осмотра и анамнеза, результатов инструментального обследования (ультразвуковое исследование (УЗИ) молочной железы, маммография), заключений консультаций смежных специалистов (эндокринолога, терапевта). Средний возраст обследованных составил 33 ± 6 лет. Женщинам старше 35 лет выполняли маммографию и УЗИ молочной железы, женщинам младше 35 лет – только УЗИ. Статистические данные представлены в виде абсолютных цифр и процентного соотношения.

Результаты. В первой группе ($n = 51$; 42,5%) пациентки не имели в анамнезе нарушений функции щитовидной железы. У пациенток второй группы ($n = 69$; 57,5%) выявлены гипотиреоз – 41 (59,4%) случаев, гипертиреоз – 21 (30,4%), эутиреоз – 7 (10,2 %) случаев. Среди пациенток с гипо- и эутиреоидной патологией щитовидной железы преобладали фиброзная и смешанная формы мастопатии – 41,5 и 42,9% в группе с гипотиреозом и 28,6 и 57,1% в группе с эутиреозом. При тиреотоксикозе доминировали смешанная (42,9%) и кистозная (33,3%) формы мастопатии. У женщин без патологии щитовидной железы чаще наблюдалась мастопатия с преобладанием кистозного (35,3%) и смешанного (41,2%) компонентов.

Заключение. Полученные данные подтверждают, что дисфункция щитовидной железы – один из основных факторов развития ДДЗМЖ. Важно корректировать терапию ДДЗМЖ с учетом статуса тиреоидных гормонов. Необходимо детальное изучение характера и механизмов воздействия тиреоидного статуса на ткань молочной железы.

Ключевые слова: доброкачественные дисгормональные заболевания молочной железы, мастопатия, гипотиреоз, гипертиреоз, эутиреоз



Введение

Частота возникновения некоторых доброкачественных заболеваний молочной железы в последние годы стремительно растет.

По оценкам ряда авторов, частота развития доброкачественных дисгормональных заболеваний молочной железы (ДДЗМЖ) в женской популяции превышает 50%. Максимальная заболеваемость ДДЗМЖ регистрируется в возрасте 35–40 лет – 200–400:100 тыс. населения в год. К 65 годам показатель снижается [1, 2]. В структуре ДДЗМЖ на долю пролиферативных поражений молочной железы приходится около 30%, на долю непролиферативных доброкачественных поражений – 65% [2, 3].

ДДЗМЖ повышают риск развития рака молочной железы (РМЖ) у женщин [2, 4]. Согласно результатам исследований, риск возникновения РМЖ увеличивается при наличии атипических изменений эпителия на фоне дисгормональных диспластических процессов, в частности при наличии фиброзно-кистозной формы и мастопатии с преобладанием железистого компонента [5, 6].

В греческом исследовании оценивали влияние тиреоидного статуса на развитие РМЖ. В обследуемые группы вошли женщины с первичным РМЖ и ДДЗМЖ. Исходные уровни гормонов у них сравнивали с таковыми у здоровых женщин с нормальной маммографией за последние два года. Результаты исследования подтвердили пролиферативное действие гормонов щитовидной железы на клетки молочной железы [7].

На формирование диспластических процессов в ткани молочной железы оказывает влияние дисбаланс гормонального гомеостаза. Молочная железа служит мишенью для гормонов репродуктивной системы и гормонов других эндокринных желез, в том числе щитовидной [8, 9]. Репродуктивные гормоны непосредственно влияют на процессы пролиферации эпителия долек и протоков, воздействуя через собственные рецепторы в ткани молочной железы (пролактин, эстрогены, прогестины и андрогены). Тиреоидные гормоны, глюкокортикоиды, инсулин и инсулиноподобные факторы роста действуют опосредованно [10].

Дисфункция щитовидной железы запускает механизм нарушения функционального гомеостаза гормонального, иммунного, неврологического и метаболического статусов. Это приводит к развитию как предопухолевых заболеваний, так и РМЖ. В научных источниках крайне мало информации о прямом влиянии дисфункции щитовидной железы на характер структурных изменений в молочной железе и выраженность клинических проявлений ДДЗМЖ [11]. Доброкачественные диспластические процессы являются фоновой патологией, сопряженной с определенным риском злокачественной трансформации. Именно поэтому изучение данного вопроса остается актуальным.

Цель – выявить частоту и характер структурных изменений молочной железы у пациенток с нарушенным тиреоидным статусом.

Материал и методы

Проанализировано 120 медицинских карт пациенток в возрасте 18–55 лет с ДДЗМЖ и сохраненной менструальной функцией. Пациенток разделили на две группы в зависимости от наличия/отсутствия патологии щитовидной железы. Первую группу составила 51 (42,5%) пациентка с ДДЗМЖ без нарушений функции щитовидной железы, вторую – 69 (57,5%) пациенток с ДДЗМЖ и нарушенным тиреоидным статусом. Ретроспективно изучены данные жалоб и осмотра пациенток, результаты инструментального обследования (УЗИ молочной железы, маммография, УЗИ щитовидной железы), анализы крови на гормоны щитовидной железы, заключения консультирующей смежных специалистов (эндокринолога, терапевта).

Критерии включения пациенток в исследование:

- ДДЗМЖ с УЗ-характеристикой BI-RADS I–II;
- различные формы фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием фиброзного и железистого компонентов;
- фиброаденомы молочной железы;
- простые кисты молочной железы от 1 до 10 мм в диаметре;
- нарушения функции щитовидной железы (субклинические и манифестные формы гипо- и гипертиреоза, эутиреоз);
- возраст старше 18 лет и младше 55 лет.

Критерии исключения:

- очаговые образования молочной железы: узловая мастопатия, фиброаденома, кисты размером 20 мм и более в диаметре, атерома, липома, внутрипротоковая папиллома молочной железы;
- образования, вызывающие подозрение на онкологический процесс с осложнениями (кретинизм, сердечная недостаточность, выпот в серозных полостях, гипотиреоидная кома);
- осложненный тиреотоксикоз с яркими клиническими симптомами и развитием осложнений;
- образования щитовидной железы с подозрением на злокачественный процесс;
- период беременности и лактации;
- возраст до 18 и после 55 лет;
- отсутствие менструальной функции;
- острые воспалительные процессы;
- гинекологические заболевания.

Статистические данные представлены в виде абсолютных цифр и процентного соотношения.

Результаты

Изучены данные 120 пациенток. Средний возраст женщин составил 33 ± 6 лет (табл. 1). Мастопатия

Таблица 1. Изолированная патология молочной железы и патология, сочетанная с заболеваниями щитовидной железы: распределение по возрастным группам

Возраст, лет	Первая группа, абс. (%)	Вторая группа, абс. (%)	Всего, абс. (%)
18–30	12 (10)	15 (12,5)	27 (22,5)
30–45	32 (26,7)	44 (36,6)	76 (63,3)
46–55	7 (5,8)	10 (8,3)	17 (14,1)
Всего	51 (42,5)	69 (57,5)	120 (100)

в анамнезе выявлена у 27 (22,5%) женщин в возрасте 18–30 лет, у 76 (63,3%) – в возрасте 30–45 лет, у 17 (14,2%) – в возрасте 46–55 лет. Было сформировано две группы. Первую составила 51 (42,5%) пациентка с ДДЗМЖ без нарушений функции щитовидной железы, вторую – 69 (57,5%) пациенток с ДДЗМЖ и нарушенным тиреоидным статусом.

В первой группе преобладали смешанная и кистозная формы мастопатии – 21 (41,2%) и 18 (35,3%) соответственно. У 3 (5,9%) пациенток выявлена мастопатия с железистым компонентом, у 5 (9,8%) – фиброзная мастопатия, у 4 (7,8%) – кистозно-фиброзная форма мастопатии.

У 41 (59,4%) пациентки второй группы выявлен гипотиреоз, у 21 (30,4%) – гипертиреоз, у 7 (10,2%) – эутиреоз.

Во второй группе у пациенток с гипотиреозом обнаружены следующие формы доброкачественных диспластических нарушений молочной железы: с преобладанием железистого компонента – 1 (2,4%) случай, с преобладанием фиброзного компонента – 17 (41,5%), с преобладанием кистозного компонента – 2 (4,9%), с кистозно-фиброзной мастопатией –

3 (7,3%), со смешанной мастопатией – 18 (26,09%) случаев. В группе с гипертиреозом распределение форм мастопатии было следующим: с преобладанием фиброзного компонента – 2 (9,5%) пациентки, с преобладанием кистозного компонента – 7 (33,3%), с кистозно-фиброзной мастопатией – 3 (14,3%), со смешанной мастопатией – 9 (42,9%) пациенток. У женщин с эутиреозом чаще наблюдались смешанная и фиброзная формы мастопатии – 2 (28,6%) и 4 (57,1%) соответственно, кистозно-фиброзная мастопатия – 1 (14,3%) (табл. 2).

Из 120 пациенток с ДДЗМЖ более чем у половины (69 (57,5%)) в анамнезе имела место патология щитовидной железы: гипотиреоз – 41 (34,2%) случай, гипертиреоз – 21 (17,5%), эутиреоз – 7 (5,8%). У 51 (42,5%) пациентки зафиксирована изолированная мастопатия (рисунок).

Обсуждение

К настоящему времени уже проведен ряд исследований, в которых установлена взаимосвязь между степенью выраженности клинических проявлений ДДЗМЖ и уровнем гормонов щитовидной железы. Показано, что выраженное течение ДДЗМЖ отмечается при увеличении содержания тиреотропного гормона и антител к тиреопероксидазе, что косвенно запускает процессы пролиферации в молочной железе. В данном исследовании установлено влияние колебаний уровней тиреоидных гормонов на характер пролиферативных изменений эпителиальных структур молочной железы. Среди пациенток с гипо- и эутиреоидной патологией щитовидной железы преобладали фиброзная и смешанная формы мастопатии, при тиреотоксикозе – смешанная и кистозная мастопатия. У женщин без патологии щитовидной железы чаще наблюдалась мастопатия с преобладанием кистозного и смешанного компонентов. Развитие фиброзного компонента в ткани молочной железы коррелирует с повышением уровня тиреотропного гормона щитовидной железы. Отмечается преобладание кистозного компонента на фоне снижения уровня тиреотропного гормона.

Заключение

Полученные данные подтверждают, что дисфункция щитовидной железы – один из патогенетических факторов развития доброкачественных заболеваний молочной железы. Достоверна зависимость частоты возникновения мастопатии от степени тяжести, а также от длительности течения заболеваний щитовидной железы.

Необходимо дальнейшее детальное изучение характера и механизмов воздействия тиреоидного статуса на ткань молочной железы для повышения эффективности терапии и разработки комплексного подхода к лечению.

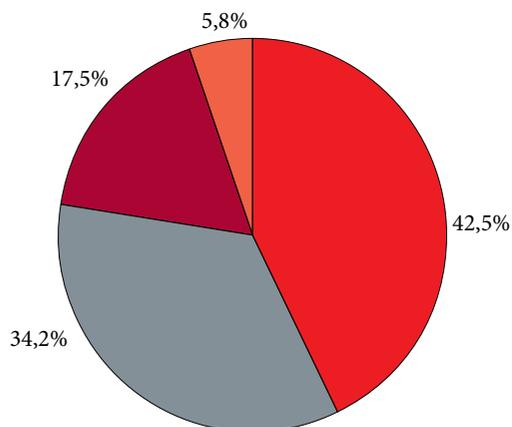
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Таблица 2. Распространенность различных форм мастопатии в группах, абс. (%)

Форма мастопатии	Первая группа (n = 51)	Вторая группа (n = 69)		
		гипотиреоз (n = 41)	гипертиреоз (n = 21)	эутиреоз (n = 7)
С преобладанием железистого компонента	3 (5,9)	1 (2,4)	0	0
С преобладанием фиброзного компонента	5 (9,8)	17 (41,5)	2 (9,5)	2 (28,6)
С преобладанием кистозного компонента	18 (35,3)	2 (4,9)	7 (33,3)	0
Кистозно-фиброзная мастопатия	4 (7,8)	3 (7,3)	3 (14,3)	1 (14,3)
Смешанная мастопатия	21 (41,2)	18 (43,9)	9 (42,9)	4 (57,1)

- ДДЗМЖ изолированные
- ДДЗМЖ, сочетанные с гипотиреозом
- ДДЗМЖ, сочетанные с гипертиреозом
- ДДЗМЖ, сочетанные с эутиреозом



Распространенность изолированных ДДЗМЖ и ДДЗМЖ, сочетанных с патологией щитовидной железы



Литература

1. Silvera S.A.N., Rohan T.E. Benign proliferative epithelial disorders of the breast: a review of the epidemiologic evidence. *Breast Cancer Res. Treat.* 2008; 110 (3): 397–409.
2. Высоцкая И.В., Лятегин В.П., Черенков В.П. и др. Клинические рекомендации Российского общества онкоммаммологов по профилактике рака молочной железы, дифференциальной диагностике, лечению предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желез. *Опухоли женской репродуктивной системы.* 2016; 12 (3): 43–52.
3. Allison K.H., Abraham L.A., Weaver D.L., et al. Trends in breast biopsy pathology diagnoses among women undergoing mammography in the United States: a report from the Breast Cancer Surveillance Consortium. *Cancer.* 2015; 121 (9): 1369–1378.
4. Dupont W.D., Page D.L. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N. Engl. J. Med.* 1985; 312 (3): 146–151.
5. Кравец Е.Б., Столярова В.А., Слонимская Е.М., Трынченкова Н.Н. Патология щитовидной железы как один из факторов развития мастопатии. *Бюллетень сибирской медицины.* 2004; 1: 110–115.
6. Величко С.А., Фролова И.Г. Лунева С.В., Бухарин Д.Г. Комплексная диагностика раннего рака молочной железы. *Сибирский онкологический журнал.* 2008; Приложение 2: 30–31.
7. Angelousi A., Diamanti-Kandarakis E., Zapanti E., et al. Is there an association between thyroid function abnormalities and breast cancer? *Arch. Endocrinol. Metab.* 2017; 61 (1): 54–61.
8. Peters F., Pickardt C.R., Breckwoldt M. Thyroid hormones in benign breast disease. Normalization of exaggerated prolactin responsiveness to thyrotropin-releasing hormone. *Cancer.* 1985; 56 (5): 1082–1085.
9. Трынченкова Н.Н. Влияние тиреоидного статуса на формирование дисгормональных заболеваний молочной железы. *Сибирский онкологический журнал.* 2005; 4: 21–26.
10. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. 5-е изд. М.: МедПресс-Информ, 2015.
11. Васюхина И.А., Савастеева И.Г. Заболевания щитовидной железы и мастопатия. *Проблемы здоровья и экологии.* 2011; 2 (28): 105–108.

Benign Dyshormonal Breast Diseases in Patients with Thyroid Dysfunction

E.I. Manukhina, PhD, Prof., I.R. Safaryan, PhD, N.A. Sementsova, PhD, T.P. Zakharova, PhD

Russian University of Medicine

Contact person: Irma R. Safaryan, safairma@yandex.ru

Introduction. *The problem of benign dyshormonal breast diseases is extremely relevant due to its widespread prevalence in the population. It is important that some proliferative forms with epithelial hyperplasia may be risk factors for breast cancer. The article analyzes various forms of benign dyshormonal breast diseases (BDBD) depending on thyroid gland dysfunction.*

The aim is to identify the frequency and nature of structural changes in the breast in patients with impaired thyroid status.

Material and methods. 120 medical records of patients aged 18–55 years with BDBD and preserved menstrual function were analyzed. The patients were divided into two groups. The first group consisted of 51 (42.5%) patients with BDBD without thyroid dysfunction, the second group consisted of 69 (57.5%) patients with BDBD and impaired thyroid status. The condition of the mammary glands was assessed based on the analysis of patient complaints, examination data and medical history, instrumental examination results (ultrasound of the mammary glands, mammography), and the conclusions of consultations with related specialists (endocrinologist, therapist). The average age of the examined persons was 33 ± 6 years. Women over 35 underwent mammography and breast ultrasound, while women under 35 underwent only ultrasound. The statistics are presented in the form of absolute figures and percentage.

Results. In the first group ($n = 51$; 42.5%), the patients had no history of thyroid dysfunction. In patients of the second group ($n = 69$; 57.5%), hypothyroidism was detected – 41 (59.4%) cases, hyperthyroidism – 21 (30.4%), euthyroidism – 7 (10.2%) cases. Fibrotic and mixed forms of mastopathy prevailed among patients with hypo- and euthyroid thyroid pathology – 41.5 and 42.9% in the group with hypothyroidism and 28.6 and 57.1% in the group with euthyroidism. Thyrotoxicosis was dominated by mixed (42.9%) and cystic (33.3%) forms of mastopathy. In women without thyroid pathology, mastopathy with a predominance of cystic (35.3%) and mixed (41.2%) components was more common.

Conclusion. The data obtained confirm that thyroid dysfunction is one of the main factors in the development of BDBD. It is important to adjust BDBD therapy in a timely manner, taking into account the status of thyroid hormones. It is necessary to study in detail the nature and mechanisms of the effect of thyroid status on breast tissue.

Keywords: benign dyshormonal breast diseases, mastopathy, hypothyroidism, hyperthyroidism, euthyroidism