

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д.мед.н., профессор, член-корр. НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

О.А. ЕФИМЕНКО

к.мед.н., старший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Рак молочной железы (РМЖ) у женщин в настоящее время занимает одно из первых мест в структуре онкологических заболеваний и является одной из главных причин смерти женщин 55-65 лет [1-3]. При этом показатели заболеваемости РМЖ за последние десятилетия имеют угрожающую тенденцию к росту и, что не менее важно, к явному омоложению. Согласно данным ВОЗ, в последнее время ежегодно регистрируется около 570 тыс. новых случаев этого заболевания [1-4].

В связи с этим актуальность проблемы доброкачественных заболеваний молочных желез (МЖ) обусловлена не столько их высокой частотой, а именно тем фактом, что некоторые пролиферативные формы мастопатий с гиперплазией эпителия рассматриваются как факторы повышенного риска развития РМЖ [5-7].

На сегодняшний день доказано, что риск развития РМЖ определяется морфологическими особенностями гиперплазий и в значительной степени генетически детерминирован [8] (табл. 1).

ческих проявлений мастодинии и масталгии также является одной из первоочередных задач в решении этой проблемы. Она требует применения специальных скрининговых программ, критериями успешности которых являются приоритетность программы здоровья и четкое понимание факторов риска развития онкопатологии. Немаловажной также является и направленность на выявление латентных (доклинических) фаз заболевания.

На сегодняшний день большинство исследователей считают, что РМЖ – это эндокринная патология, которая напрямую зависит от репродуктивного анамнеза. Гормональная регуляция МЖ отражена в таблице 2. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что большинство гормонов воздействует на паренхиму МЖ в зависимости от возраста женщины и почти все принимают участие в лактации. Большое значение имеет так называемое «открытое эстрогенное окно» – период от менархе до первых родов и успешной лактации. Именно тогда ткани МЖ достигают своего окончательного раз-

ТАБЛИЦА 1

Гистологический диагноз	Относительный риск		
	Отрицательный семейный анамнез	Положительный семейный анамнез*	Все пациентки
Непролиферативные изменения	0,86	1,2	0,89
Пролиферативные изменения	1,5	2,1	1,6
Атипическая гиперплазия	3,5	8,9	4,4

ТАБЛИЦА 1. ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ РМЖ. ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В МАТЕРИАЛЕ, ПОЛУЧЕННОМ ПРИ БИОПСИИ, И ДАННЫМИ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА

* наличие РМЖ в анамнезе у матери, тети, сестры и дочери

Морфофункциональная нестабильность тканей МЖ, что является полным отражением репродуктивного анамнеза, предопределяет склонность железы к развитию различных патологических процессов, клиническим проявлением которых является болевой синдром и уплотнение тканей (мастодиния и масталгия). Это негативно отражается на состоянии здоровья и качестве жизни современной женщины и требует своевременной медикаментозной коррекции [6, 8, 9]. Кроме того, по данным некоторых исследований, длительно существующая нелеченная мастодиния также является благоприятным фоном для развития патологии МЖ, в т.ч. и возникновения злокачественной трансформации [9]. Следовательно, устранение этих патологических симптомов и является важным средством профилактики заболеваний МЖ.

Учитывая патогенетические механизмы развития доброкачественных гиперплазий МЖ и значительный удельный вес дисгормональных нарушений в них, коррекция клини-

вития, что делает железу менее уязвимой к экзогенным и эндогенным повреждающим факторам. Следовательно, уменьшение длительности этого периода до нескольких лет также является важным методом профилактики заболеваний МЖ.

Существуют следующие факторы риска РМЖ [10, 11].

• Репродуктивные факторы:

– раннее менархе (до 12 лет) и поздняя менопауза (после 55 лет) ассоциируются с повышением риска РМЖ: каждые 2 года задержки менархе сопровождаются снижением риска РМЖ на 10%, каждый год задержки менопаузы влечет за собой повышение риска РМЖ на 3%.

• Роль ожирения:

– пременопауза: ожирение ассоциируется с ановуляцией, повышением уровня циркулирующих андрогенов и снижением уровня эстрогенов, поэтому ожирение ассоциируется со снижением риска РМЖ в пременопаузе;
– постменопауза: ожирение ассоциируется с

ТАБЛИЦА 2

Гормоны	Физиологические процессы			
	Развитие пороков	Пубертатные изменения	Рост альвеол	Лактация
Трийодтиронин/тетраiodтиронин	-/+	+	+	+
Эстрогены	+	+	+	+
Прогестерон	+	+	+	+
Пролактин	-	+	-/+	+
Инсулиноподобный фактор роста (ИПФР)	-	-	-	+
Кортизол	-	-	-/+	+
Гормон роста	+	+	+	+

увеличением периферической ароматизации андростендиона в эстрон и увеличением совокупной экспозиции эстрогенов, а соответственно, с повышением риска РМЖ.

Роль эстрогенов:

- в пременопаузе риск РМЖ прямо пропорционален уровню эстрадиола в фолликулиновую фазу;
- в постменопаузе риск РМЖ прямо пропорционален концентрации эстрона сульфата и дегидроэпиандростерон-сульфата;
- в многочисленных исследованиях было продемонстрировано снижение частоты РМЖ (по данным различных авторов – на 45-76%) на фоне применения тамоксифена и ралоксифена.

Роль андрогенов:

применение ингибиторов ароматаз у женщин, больных РМЖ, снижает частоту случаев рака в контралатеральной железе.

Роль пролактина:

в периоде постменопаузы уровень пролактина прямо пропорционален риску РМЖ.

Роль ИПФР и ИПФР-связывающих белков:

- ИПФР стимулируют пролиферацию эпителиальных клеток МЖ;
- в периоде пременопаузы при сравнении наивысшего и наинизшего квартилей уровня ИПФР-1 относительный риск РМЖ составляет 4,58;
- в постменопаузе риск РМЖ не зависит от уровня ИПФР-1.

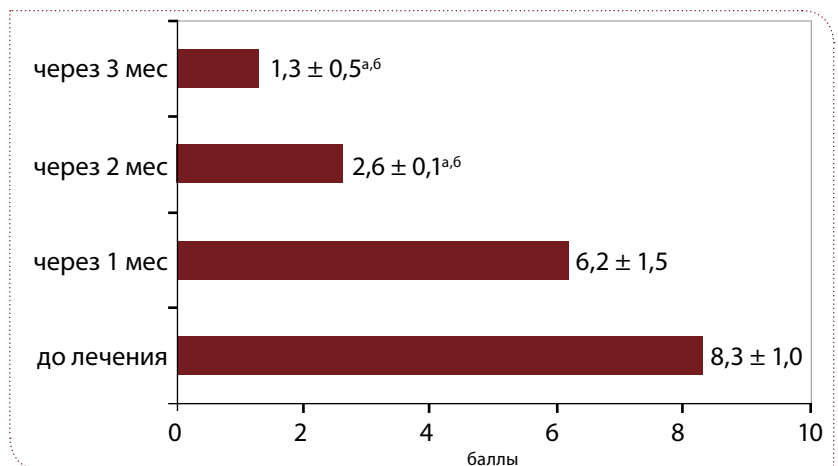
ГЕСТАГЕНЫ И ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЖ

Гестагены оказывают следующие эффекты на МЖ [10, 11]:

- снижают активность эстрогенных рецепторов на ядерной мембране;
- увеличивают продукцию эстрадиол-конвертирующих энзимов (17β-гидроксистероиддегидрогеназы-II и эстронсульфотрансферазы);
- модулируют апоптоз клеток МЖ за счет стимуляции супрессора опухоли C53;
- модулируют митогенные протоонкогены, такие как c-myc и c-fos;
- угнетают пролиферацию ткани МЖ за счет снижения экспрессии трансформирующего фактора роста β и ИПФР-1.

ГЕСТАГЕНЫ ПРИ ЦИКЛИЧЕСКОЙ МАСТОДИНИИ

- Мастодиния отмечается в прогестероновую фазу менструального цикла.
- Гестагены уменьшают отек за счет прямого и опосредованного антиэстрогенного действия на МЖ.
- Прогестерон снижает активность ноцицептивной системы и повышает порог болевой чувствительности на уровне ЦНС.
- Гестагены снижают чувствительность тканей к простагландинам и, соответственно, уменьшают боль.



Исходя из вышеизложенного, применение гестагенов для лечения масталгии является патогенетически обоснованным и достаточно эффективным. В нашей клинике накоплен большой положительный опыт применения трансдермального геля прогестерона Прожестожель, об эффективности которого мы уже сообщали в предыдущих наших публикациях [12]. Так, на рисунке 1 отображена позитивная динамика выраженности масталгии на фоне применения Прожестожеля у женщин раннего репродуктивного возраста с дисгормональными заболеваниями МЖ (ДЗМЖ).

Еще раз хотелось бы отметить, что при клиническом исследовании МЖ и особенно при самообследовании главным является принцип онконастороженности и особое внимание следует уделять **клиническим признакам малигнизации** [13]:

ТАБЛИЦА 2. ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЖ (ПО ДАННЫМ ESKIN В.А., 1999, С ИЗМЕНЕНИЯМИ И ДОПОЛНЕНИЯМИ)

РИС. 1. ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА СОГЛАСНО ВИЗУАЛЬНО АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЕ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРОЖЕСТОЖЕЛЬ (n = 31)

а - разница достоверна относительно показателя до лечения (p < 0,05);
б - разница достоверна относительно показателя через 1 мес (p < 0,05);

ТАБЛИЦА 3

Обследование МЖ перед назначением гормонотерапии

Клиническое обследование МЖ (пальпация)

Билатеральная маммография (после 40 лет) перед назначением гормонотерапии, в дальнейшем – ежегодно

УЗИ до 40 лет или по показаниям

ТАБЛИЦА 3.
ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ
МЖ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ
ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
(ПРИКАЗ МЗ УКРАИНЫ
ОТ 31.12.2004 Г. № 676)

- ☞ наличие опухоли;
- ☞ асимметрия МЖ;
- ☞ втянутость соска;
- ☞ эрозия соска;
- ☞ аксиллярная лимфоаденопатия;
- ☞ наличие «лимонной корки».

Пристального внимания требует тот факт, что при первичном выявлении поздних и запущенных стадий РМЖ пациентки демонстрируют абсолютную неинформированность в вопросах визуальных признаков малигнизации, что в конечном итоге и приводит к поздней обращаемости и, соответственно, к поздней диагностике заболевания [1, 2].

В последнее время большое внимание уделяется пропаганде методов профилактики РМЖ и учету факторов, предупреждающих его развитие, таких как [10, 11]:

- ☞ ранняя первая беременность;
- ☞ лактация (≥ 6 мес);
- ☞ достаточная физическая активность;
- ☞ минимальное потребление алкоголя;
- ☞ диета с большим количеством фруктов и овощей;
- ☞ ранняя менопауза (до 45 лет);
- ☞ позднее менархе.

Наиболее информативным методом ранней диагностики рака является **билатеральная маммография** – стандарт обследования МЖ, который позволяет визуализировать опухоли, начиная с 0,1 см, по наличию микрокальцинатов размером от 50 мкм, что является первым и наиболее частым (90%) признаком формирования протокового рака *in situ* [1, 2, 14]. По данным ВОЗ, ежегодное маммографическое обследование женщин в возрасте 50-69 лет снижает смертность от этого заболевания на 40% [12].

К счастью, РМЖ – медленно развивающееся заболевание. Доказано, что на начальных стадиях развития объем опухоли МЖ за 100 дней удваивается, время формирования злокачественного новообразования в 1 мм растягивается до 6 лет, а до 1 см необходимо еще 6-10 лет. Следовательно, так называемое маммографическое диагностическое окно составляет примерно 6 лет до появления пальпируемого образования в МЖ [1, 2, 13].

Изначальная правильная оценка морфофункционального состояния МЖ особенно важна при назначении гормональной терапии, позволяющей при различных видах ДЗМЖ уменьшить выраженность патологических изменений и тем самым снизить риск развития онкологических заболеваний (табл. 3).

Большинство исследователей считают, что у молодых женщин (до 40 лет) УЗИ МЖ является наиболее информативным и востребованным методом исследования [13, 14].

На основании исследований, проведенных в нашей клинике, выработаны **показания к УЗИ МЖ**:

- ☞ скрининг МЖ до 40 лет;
- ☞ мониторинг состояния МЖ у женщин, принимающих гормональные препараты, такие как прогестины, комбинированные оральные контрацептивы (КОК), заместительную гормональную терапию (ЗГТ);
- ☞ интерпретация маммографических данных относительно определения структуры объемных образований;
- ☞ мониторинг размеров объемных образований у молодых женщин в динамике;
- ☞ контрольное обследование после пункционной биопсии и хирургических вмешательств на МЖ – гнойно-воспалительные процессы.

К преимуществам этого метода обследования можно отнести:

- ☞ исследование может проводиться в любой фазе менструального цикла;
- ☞ не требуется специальной рентгеновской аппаратуры;
- ☞ отсутствует рентгеновское облучение, что дает возможность проводить обследование несколько раз в год;
- ☞ используются четкие критерии визуализации кист и образований, содержащих жидкость.

Используя в нашей клинике УЗИ в качестве скринингового обследования пациенток с гинекологической патологией на протяжении 12 лет, мы убедились в высокой информативности, доступности и крайней необходимости этого метода. Об этом свидетельствует неуклонный рост выявляемости практически бессимптомной патологии МЖ на гинекологическом приеме, включая объемные образования, требующие оперативного лечения, а также впервые выявленный РМЖ.

Важно отметить, что удаление объемных образований производилось только после предварительной тонкоигольной аспирационной прицельной биопсии под контролем ультразвука и гистологического исследования полученного материала. Эти данные свидетельствуют о важной роли активных скрининговых программ в ранней диагностике и определении тактики своевременного лечения сочетанной эндокринной патологии и предупреждения РМЖ. Особое внимание также следует уделять факторам риска развития РМЖ, представленным в таблице 4, которые определяют анамнестически и также являются важным звеном в определении групп риска по данному заболеванию.

ТАБЛИЦА 4

Показатель	Низкий риск	Высокий риск	Относительный риск
Возраст	30-34 года	70-74 года	17,0
Возраст на момент первых родов	< 20 лет	> 30 лет	2-3,5
Грудное вскармливание	> 16 мес	0	1,37
Паритет	> 5	0	1,4
Возраст на момент двусторонней овариоэктомии	< 35 лет	> 35 лет	3,0
Возраст на момент менопаузы	< 45 лет	> 55 лет	2,0
Индекс массы тела в постменопаузе	< 23	> 31	1,6
Эстроген-гестагенная терапия	Никогда	В настоящее время	1,2
ЗГТ	Никогда	В настоящее время	1,4
Применение КОК	Никогда	Ранее или в настоящее время	1,07-1,2
Отягощенный семейный анамнез РМЖ	Нет	Да	2,6
Минеральная плотность костей	Низший квартиль	Высший квартиль	2,7-3,5
Сывороточный уровень простагландина E ₂	Низший квартиль	Высший квартиль	1,8-5
Маммографическая плотность МЖ	Низший квартиль	Высший квартиль	6,0

Определяя тактику ведения пациенток с ДЗМЖ, следует подчеркнуть чрезвычайную важность согласованного взаимодействия специалистов разных специальностей и под-

черкнуть, что именно гинеколог совместно с онкологом формируют представление о патогенезе ДЗМЖ у конкретной пациентки и определяют тактику терапии (рис. 2).

ТАБЛИЦА 4.
ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК
РАЗВИТИЯ РМЖ [20]

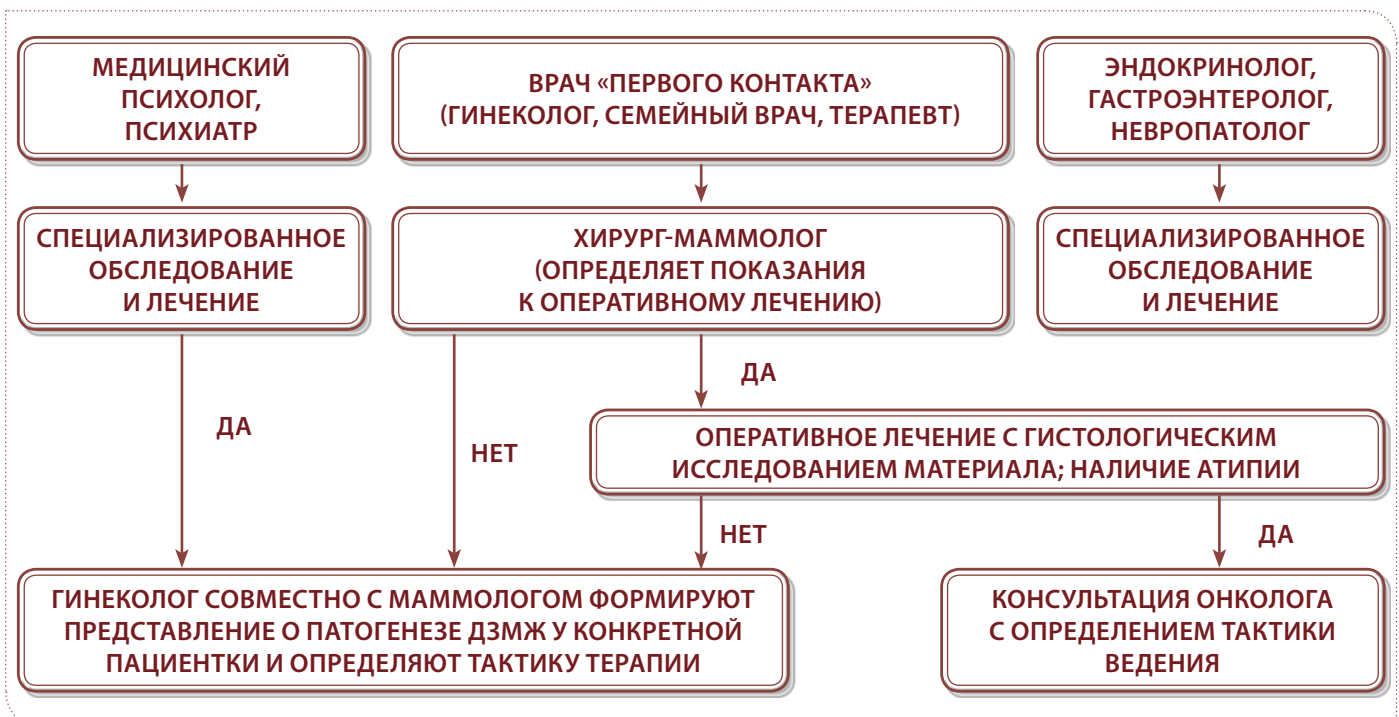


РИС. 2.

СХЕМА ЦЕЛЕСООБРАЗНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ДЗМЖ (ПРИКАЗ МЗ УКРАИНЫ ОТ 31.12.2004 Г. № 676)

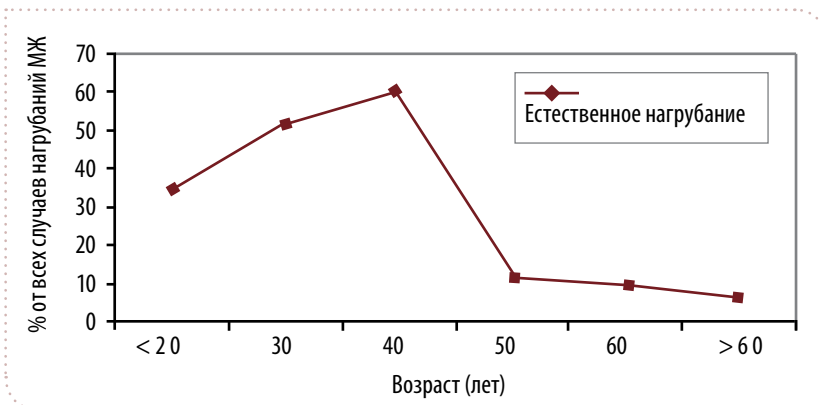


РИС. 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЕСТЕСТВЕННОГО НАГРУБАНИЯ МЖ

Только такое взаимодействие может обеспечить, с одной стороны, выявление причинно-следственных взаимоотношений в развитии данной патологии, особенно в случаях сочетания ее с гинекологическими заболеваниями и, соответственно, назначение индивидуализированной патогенетической терапии, а с другой – максимально учесть онкориск и обеспечить своевременное хирургическое лечение.

Следует отметить, что согласно современным принципам простое наблюдение пациентов с ДЗМЖ с периодическим УЗИ и маммографическим контролем с целью недопущения пропуска времени для проведения оперативного лечения – неприемлемо. В обязательном порядке при этом должны проводиться курсы комплексной патогенетической терапии, направленные на стабилизацию гормонального и иммунного гомеостаза, функции желудочно-кишечного тракта, состояния центральной и вегетативной нервной системы.

Особое внимание следует обращать на морфологическую структуру МЖ, наличие узловых образований и клинические проявления патологии желез, а именно масталгию и мастодению, которые по отношению к менструальному циклу бывают двух видов [12]:

- циклическая (преимущественно дисгормональная);

- По данным большого обсервационного исследования (Rosenfeld J.N., Pena Kris, 2009), из обследованных 6,5 тыс. женщин с масталгией: – у 85% из них отмечена нормальная маммография;
- у 9% обнаружены незначительные изменения;
- и только у 1,2% лиц имелось подозрение на малигнизацию.

- Не требует биопсии.

ЦИКЛИЧЕСКАЯ МАСТАЛГИЯ:

- связана с менструальным циклом;
- часто билатеральна;
- обычно гормонозависимая;
- сочетается с ДЗМЖ;
- как фактор риска развития РМЖ;
- применение КОК может увеличивать болевые ощущения.

Кроме того, существуют возрастные особенности естественного нагрубания МЖ накануне менструации (рис. 3), удельный вес которого прогрессивно увеличивается с возрастом и достигает пика в период перименопаузы, затем резко снижается. Поэтому нагрубание МЖ после 50 лет является тревожным симптомом и требует более детального подхода к оценке морфофункционального состояния желез. Существует определенная зависимость структуры объемных образований МЖ от возраста.

Обобщая результаты, представленные в таблице 5, можно еще раз подчеркнуть, что с возрастом повышается процент развития РМЖ в сравнении с доброкачественными объемными образованиями. Данные результаты еще раз свидетельствуют о зависимости РМЖ от возраста.

Масталгия в сочетании с объемным образованием требует проведения маммографии, УЗИ МЖ, тонкоигольной аспирационной биопсии. У женщин в возрасте до 50 лет она часто является доброкачественной, однако нуждается в динамическом наблюдении.

ТАБЛИЦА 5

Возраст, лет	Абсцессы	Фиброаденомы	Узловые доброкачественные предопухолевые образования	Кисты	Рак
< 20	10	60	30	< 1	< 1
21-30	8	30	60	1	1
31-40	1	15	60	15	9
41-50	< 1	10	40	30	20
> 51	< 1	5	5	20	70

ТАБЛИЦА 5. ЗАВИСИМОСТЬ СТРУКТУРЫ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОТ ВОЗРАСТА, % (Dixon J.M., Mansel R.E., 2004 [10])

- нециклическая (преимущественно воспалительной этиологии).

Важно помнить, что нециклическая боль в одной МЖ требует обследования (УЗИ или маммографии) и срочной консультации маммолога.

НЕЦИКЛИЧЕСКАЯ МАСТАЛГИЯ

- Редко связана с РМЖ (особенно без наличия уплотнений).

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЗМЖ

- Физическая активность не менее 4 ч/нед снижает риск развития РМЖ до 0,4.
- Употребление большого количества продуктов с наличием полиненасыщенных жирных кислот, морепродуктов.
- Отказ от алкоголя.
- Диета – исключение кофеина, шоколада, курения и увеличение употребления витаминов А и Е.

ПРИМЕНЕНИЕ КОК И РИСК РМЖ

- Применение КОК не ассоциируется с повышением риска РМЖ.
- Ни длительное (более 15 лет) применение КОК, ни его раннее начало (в возрасте младше 15 лет) не ассоциируются с повышением риска РМЖ.
- Прием КОК женщинами с отягощенным семейным анамнезом не ассоциируется с повышением риска РМЖ.
- Применение КОК пациентками в периоде пременопаузы не ассоциируется с повышением риска РМЖ.

Доказано, что потребление алкоголя увеличивает клиренс уровня эстрадиола [15]. Поэтому особенно опасно ежедневное употребление алкоголя на фоне применения ЗГТ (рис. 4), так как это приводит к значительному повышению сывороточного уровня эстрадиола и может неблагоприятно сказаться на морфофункциональном состоянии МЖ. И с точки зрения профилактики патологии МЖ, пациенткам, принимающим ЗГТ, следует отказаться от ежедневного потребления спиртного.

Однако **вопрос масталгии при применении гормональной контрацепции (КОК) и ЗГТ все еще остается актуальным:**

- до 40% женщин страдают масталгией на фоне приема КОК;
- масталгия возникает в период адаптации в первые 2-4 мес.

Для улучшения комплаентности при масталгии на фоне применения КОК мы рекомендуем использовать как трансдермальный гель Прожестожель, так и негормональную терапию (Мастодинон), о чем свидетельствуют результаты, полученные в наших предыдущих исследованиях [12, 15-18].

Возможность использования препаратов негормонального действия особенно актуальна для украинских женщин с наличием ДЗМЖ, учитывая традиционно сформированное явное предубеждение к гормональным препаратам. Это обусловлено, с одной стороны, отсутствием достаточной информированности населения, а с другой – боязнью возникновения онкопатологии в современных экологических условиях Украины.

Исходя из нашего клинического опыта, предпочтение следует отдавать природным средствам, в частности растительного происхождения, обладающим селективным рецептормодулирующим действием. Одним из наиболее используемых нами фитопрепаратов для лечения масталгии, мастодинии и ДЗМЖ является Мастодинон, в состав которого входит *Agnus castus* (Агнус кастус). Эффективность последнего доказана рядом исследований [16-18]. Чрезвычайно важные данные с точки зрения перспектив клинического использования при лечении пациенток с ДЗМЖ получены в результате экспериментальных исследований, которые показали позитивное влияние Агнус кастус на процессы пролиферации и дифференцировки эпителия МЖ [18]. Кроме того, компоненты Мастодинона обеспечивают как эстроген-рецептормодулирующий эффект, так и коррекцию содержания половых стероидов и гонадотропных гормонов, а соответственно, препарат обеспечивает положительные клинические результаты в органах-мишенях – МЖ.

Известно, что особую роль в патогенезе развития ДЗМЖ играет патологическое повышение уровня пролактина. При этом часто имеет место не постоянное, а так называемое латентное, скрытое повышение его уровня, которое происходит обычно в ночное время или кратковременно, в

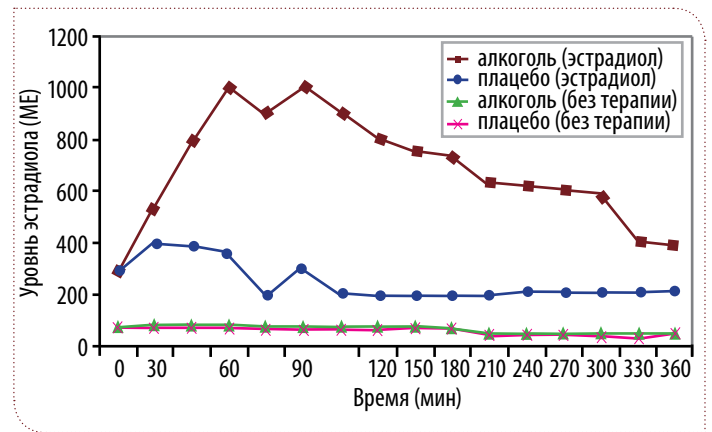


РИС. 4. СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ЭСТРАДИОЛА У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ АЛКОГОЛЯ

связи с чем не может фиксироваться при стандартном гормональном обследовании. Такие нерегулярные всплески секреции гормона часто вызывают нагрубание МЖ, отек (мастодию), болезненность (масталгию). Таким образом, повышенная секреция пролактина является хроническим стимулятором МЖ и фактором, обуславливающим болезненные проявления. Кроме того, нарушения менструальной функции, которые часто индуцируются гиперпролактинемией, способствуют патологическому стероидогенезу в яичниках, что также неблагоприятно отражается на морфофункциональном состоянии МЖ. Следовательно, применение препаратов, нормализующих уровень пролактина в крови, является патогенетически необходимым.

Препарат Мастодинон, как уже доказано, обладая допаминергическим действием и мягко снижая уровень пролактина, способствует обратному развитию патологических процессов в МЖ и уменьшению выраженности болевого синдрома, что доказано во многих наших предыдущих исследованиях [12, 16, 17].

Особое внимание также следует уделять психоэмоциональной дезадаптации пациенток с сочетанной дисгормональной патологией, включающей ДЗМЖ. В данном случае латентно существующая стресс-индуцированная гиперпролактинемия, негативно влияющая не только на морфофункциональное состояние МЖ, но и на репродуктивное здоровье в целом, требует обязательной медицинской коррекции. И именно препарат Мастодинон с его мягким допаминергическим действием и доказанным положительным влиянием на ткани МЖ является препаратом первого выбора для улучшения функционирования репродуктивной системы путем нормализации уровня пролактина в сыворотке крови.

В заключение хотелось бы еще раз остановиться на результатах, полученных нами при лечении масталгии как одного из ведущих симптомов в структуре предменструального синдрома при применении Мастодинона у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией. На рисунках 5-7 представлена положительная сонографическая динамика в отношении мелких, средних и больших кист МЖ, а также быстрый регресс болевого синдрома, что дает основание рекомендовать препарат Мастодинон как для лечения масталгии и мастодинии, так и в комплексном лечении предменструального синдрома, что, на наш взгляд, является также и профилактическими мероприятиями в отношении развития тяжелой дисгормональной патологии МЖ.

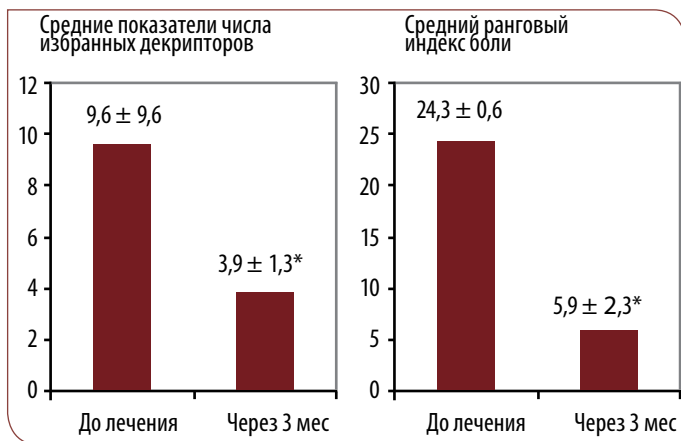


РИС. 5. ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА МАСТОДИНОН (n = 22) СОГЛАСНО МАК-ГИЛЛОВСКОГО ОПРОСНИКА (БАЛЛЫ)
* разница достоверна относительно показателя до лечения (p < 0,05)

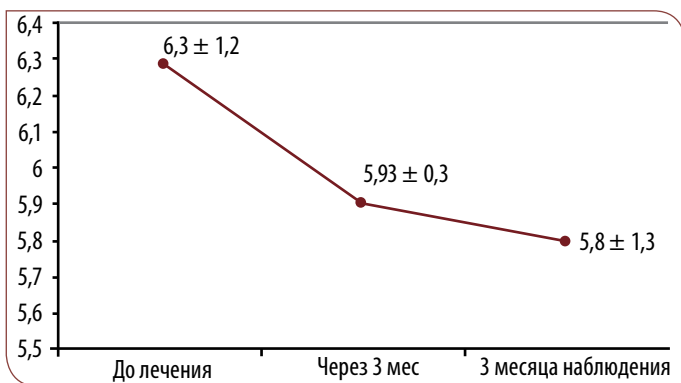


РИС. 6. ДИНАМИКА СРЕДНЕГО КОЛИЧЕСТВА КИСТ НА ФОНЕ ПРИЕМА МАСТОДИНОН (n=22)

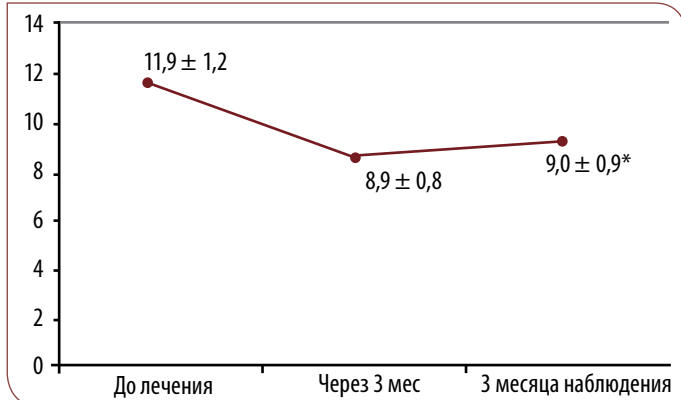


РИС. 7. ДИНАМИКА СРЕДНЕГО ДИАМЕТРА ДОМИНИРУЮЩИХ КИСТ НА ФОНЕ ПРИЕМА МАСТОДИНОН (n = 22)

* разница достоверна относительно показателя до лечения (p < 0,05)

Таким образом, при решении вопросов профилактики патологии МЖ у каждой конкретной пациентки важно принимать во внимание:

- репродуктивный анамнез и репродуктивные планы женщины;
- наличие или отсутствие жалоб со стороны МЖ;
- качественный скрининг и диагностику состояния МЖ;
- наличие дисгормональной патологии, особенно сочетанной;
- гормональный статус пациентки;
- симптомы психоэмоциональной дезадаптации;
- прием экзогенных гормонов.

При этом следует проводить своевременную медикаментозную коррекцию масталгии и мастодинии и обеспечить консультацию смежных специалистов.

Кроме того, необходимо тщательное консультирование по вопросам своевременного деторождения, необходимости и длительности лактации, важности диагностики состояния МЖ и обязательной онконастороженности, особенно при наличии факторов риска РМЖ. На наш взгляд, успешность профилактических мероприятий заболеваний МЖ напрямую зависит от индивидуального подхода и от хорошего врачебного комплаенса каждой конкретной пациентки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вибрані лекції з онкомамології. К.: Інститут онкології АМН України, Український організаційно-методичний маммологічний центр. – 2004. – 103 с.
2. Glass A.G., Lacey Jr. J.V., Carreon J.D. et al. Breast Cancer Incidence, 1980-2006: Combined Roles of Menopausal Hormone Therapy, Screening Mammography, and Estrogen Receptor Status // J Natl Cancer Inst. – 2007, Vol. 99, No. 15. – P. 1152-1161.
3. Мустафин Ч.К., Кузнецова С.В. Дисгормональные болезни молочной железы (клиническое руководство). – М., 2009. – 125 с.
4. Молочные железы и гинекологические болезни / Под. ред. В.Е. Радзинского. – М., 2010. – 304 с.
5. Медицина климактерия / под. ред. В.П. Сметник. – М., 2006. – 847 с.
6. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Часть 1 / Под ред. Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольского. – К.: Заповіт, 2003. – 303 с.
7. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсяникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 520 с.
8. Eskin B.A., Asbell S.O., Lori Jardines. Breast disease for primary care PHYSCYANS 1999, Parthenon Publishing Group: 172.
9. Винклер У.Х., Шиндлер А.Е., Бринкман Ю.С. и др. Циклическая прогестинотерапия мастопатии и мастодинии. Пер. с нем. – 2000. – С. 19-29.
10. Jo Ann Rosenfeld. Handbook of women's health: an evidence-based approach / Cambridge unirsiry press, 2004. – 613.
11. Manassiev N., Whitehead M.I. Female Reproductive Health, The Parthenon Publishing Group, 2004. – 195.
12. Ефименко О.А. Ранняя диагностика и профилактика дисгормональных заболеваний молочной железы – основы предупреждения онкологической патологии // Здоров'я України. – 2010 – №1. – С. 1-3.
13. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Профілактика і діагностика дисгормональних захворювань молочної залози. – С. 141-150.
14. Озерова О.Е. Ультразвуковая маммография (дисплазия и возрастные особенности молочной железы в норме и патологии) //Акушерство и гинекология. – № 6. – 2004. – С. 58-73.
15. Йен С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. Т. 1. – М.: Медицина, 1998. – 701 с.
16. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А. Роль гиперпролактинемии в становлении и реализации репродуктивной функции // Международный эндокринологический журнал. – 2010. – № 3 (27).
17. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А., Гуньков С.В. Современные подходы к диагностике и лечению гиперпролактинемии // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 1 (3). – С. 26-44.
18. Wuttke W., Seidlova-Wuttke D., Jarry H., Artymuk N. Der stellenwert des monchspfeffers [Vitex agnus-castus] // Zeitschrift fur phytotherapie. – 2010. – Vol. 31. – P. 294-298. [P]