

Кира Е.Ф., Скрыбин О.Н.,
Цвелев Ю.В., Ильин А.Б., Спесивцев
Ю.А.

Кафедра акушерства и гинекологии
им. А.Я.Крассовского
Российской Военно-медицинской академии,
кафедра хирургии Государственной
педиатрической медицинской академии,
Санкт-Петербург

О ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

**В статье рассмотрены
современные аспекты
маммологии, приведены
классификация заболеваний
молочных желез, особенности
диагностики, лечения и
профилактики данной патологии**

Последняя четверть XX века характеризовалась изменением структуры заболеваемости, связанной, с одной стороны, с явным увеличением продолжительности жизни (главным образом в развитых странах Европы и Америки), а с другой - с успехами в профилактике и лечении инфекций. На первый план в структуре причин смертности вышли сердечно-сосудистые и опухолевые заболевания, чаще встречающиеся у людей старшего возраста, связанные с обменными и эндокринными расстройствами. Особую озабоченность вызывает неуклонный и интенсивный рост заболеваемости и смертности женщин от рака молочных желез [9]. При этом обращается внимание на тот факт, что половина всех случаев рака молочной железы (РМЖ) выявляется в Северной Америке и в странах Западной Европы, где проживает лишь около 18% женского населения мира. В России начиная с 1980 года рак молочной железы стал ведущей онкологической патологией у женщин, опередил другие локализации и составил в 1997 году 18,3% от всех онкологических заболеваний [1].

В настоящее время РМЖ является одной из основных причин смертности женщин молодого возраста. По прогнозу экспертов ВОЗ, с 2000 года в мире будет ежегодно выявляться до 1 миллиона новых случаев РМЖ [8]. В поисках путей снижения частоты заболевания РМЖ внимание врачей все больше привле-

кает проблема фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ).

По определению ВОЗ (Женева, 1984), "мастопатия - дисплазия молочной железы, фиброкистозная болезнь, характеризующаяся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительного компонентов". Эти изменения сочетаются в различных вариантах, что может вызвать появление пальпируемого узла.

Термин "мастопатия" не отличается точностью и отражает в какой-то степени патогенез и отчасти морфологические изменения. Для клинической практики наиболее удобной считается классификация, предложенная в методических рекомендациях МЗ РСФСР о "Тактике комплексного обследования женщин с синдромом диффузных изменений в молочной железе" (1985):

1. Диффузная фиброкистозная мастопатия:

1.1. С преобладанием железистого компонента.

1.2. С преобладанием фиброзного компонента.

1.3. С преобладанием кистозного компонента.

1.4. Смешанная форма.

2. Узловая фиброкистозная мастопатия.

Чаще приходится иметь дело со смешанной формой мастопатии, при которой выражены в различной степени перечисленные выше морфологические изменения.

Известно, что РМЖ возника-



ет на фоне диффузных гиперпластических процессов в 2–3 раза чаще, а при локализованных формах мастопатии в 25–30 раз чаще, чем в интактных молочных железах [4]. В связи с этим большую актуальность приобретают адекватная профилактика, своевременная диагностика и рациональное лечение гиперпластических процессов молочных желез.

Согласно современным концепциям, больные дисгормональной гиперплазией молочных желез подлежат включению в диспансерную группу наблюдения. Однако сложность осуществления этой программы обусловлена тем, что в настоящее время отсутствует единая организационная система, охватывающая всех женщин с патологией молочных желез. Так, часть больных находится под наблюдением онколога, другая – хирурга, третья – гинеколога, четвертая – терапевта. Например, по нашим данным, из 142 пациенток, которые обратились за помощью в клинику акушерства и гинекологии ВМедА после предварительных консультаций с врачами других лечебных учреждений, первич-

но были осмотрены гинекологом – 48%, хирургом – 27%, онкологом – 17%, терапевтом – 8%. Основной причиной обращаемости к гинекологу было посещение с целью планового осмотра. При этом только 11% женщин с выявленной патологией молочных желез была назначена консервативная терапия, а остальным рекомендовалось динамическое наблюдение.

В настоящее время нашла применение схема обследования женщин, предложенная В.Ф.Семиглазовым и др. (схема 1) [8].

Пациенток, обратившихся за помощью в консультативные кабинеты клиники акушерства и гинекологии им. А.Я.Красовского Военно-медицинской академии (ВМедА), обследовали согласно разработанному алгоритму (схема 2).

Состояние молочных желез на момент осмотра оценивали и записывали (с целью унификации описательной картины) при помощи шкалы, предложенной Л.Н.Сидоренко [11], которая представлена в таблице.

Прогресс в выявлении заболеваний молочных желез в значи-

тельной мере связан с внедрением в работу поликлинического звена и лечебных учреждений специальных инструментальных методов обследования: рентгеномаммографии, сономаммографии, биопсии, цитологических и других методов исследования, имеющих различную информативность и пределы использования в клинической практике. Указанные методы позволяют объективно судить о характере изменений в молочных железах.

Однако полученных данных не всегда бывает достаточно, чтобы проводить патогенетически обоснованную терапию выявленной патологии. С целью углубленного обследования необходимо выполнить дополнительные исследования: 1) определение уровней гормонов в сыворотке крови (лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий, пролактин, кортизол, тестостерон, дегидроэпандростерона сульфат, прогестерон, эстрадиол, тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин, антитела к тиреотропному гормону); 2) ультразвуковое исследование органов малого таза, щитовидной железы, печени, поджелудочной железы; 3) биохимические анализы крови; 4) магниторезонансную томографию гипоталамо-гипофизарной зоны и компьютерную томографию надпочечников (по показаниям). Полноценное обследование больных с дисгормональными гиперплазиями молочных желез может занимать 1,5–2 месяца.

В основу традиционного подхода к терапии заболеваний молочных желез положена необходимость (или отсутствие ее) в хирургическом лечении: «То, что не нуждается в удалении, подлежит наблюдению». При этом во внимание не принимают переживания женщины и, как следствие, возможное прогрессирование процесса с учетом основных патогенетических аспектов дисфункциональных заболеваний молочных желез.

Обычно при обнаружении ма-

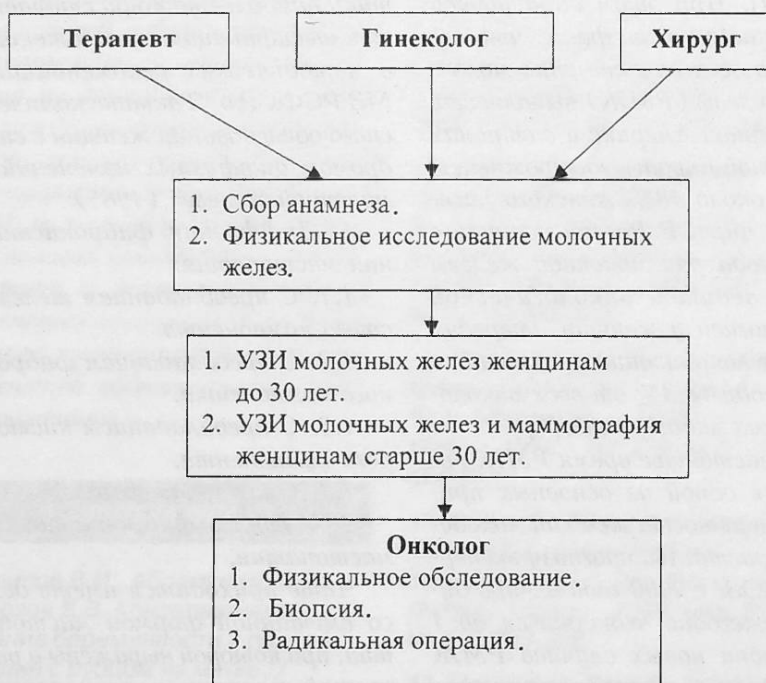


Схема.1. Диагностический поиск заболеваний молочных желез.

Шифр	Характеристика пальпируемых участков	Клиническое заключение
5	В одной или обеих молочных железах четко определяются локализованные участки уплотнения на фоне диффузных	Локализованная ФКМ на фоне диффузной
4	В одной или обеих молочных железах определяются уплотненные участки без четких контуров на фоне диффузной ФКМ	Локализованная ФКМ на фоне диффузной
3	В одной или обеих молочных железах определяются выраженные мелкозернистые участки уплотнения диффузного характера	Выраженная диффузная кистозная или фиброзная ФКМ
2	В одной или обеих молочных железах определяются умеренно выраженные мелкозернистые участки уплотнения диффузного характера	Умеренно выраженная диффузная ФКМ
1	В одной или обеих молочных железах определяются слабо выраженные участки ФКМ диффузного характера	Слабо выраженная диффузная ФКМ
0	Не пальпируются	Отсутствие патологического процесса

стопапии назначают терапию, направленную главным образом на ликвидацию симптомов, что, по нашим представлениям, в корне неверно. Доброкачественные гиперпластические процессы в молочных железах - всего лишь проявление определенного неблагополучия в организме, которое нужно выявить и устранить. Без устранения причины дисфункциональных заболеваний молочных желез лечение обречено на неудачу.

В терапии больных мастопатией ведущая роль принадлежит системному подходу, охватывающему многообразие факторов, которые способствуют развитию заболевания, с учетом гормонального статуса и процессов метаболизма. Системный подход базируется на знании личностных особенностей больной, факторов окружающей среды, психологических взаимоотношений на работе, индивидуальных нюансов семейных отношений. Основой патогенетической терапии ФКМ является коррекция выявленных изменений функций нейроэндокринных органов.

Препараты, применяемые для лечения больных с дисгормональными гиперплазиями молочных желез, довольно многочисленны. На наш взгляд, целесообразно выделить три основных комплекса:

1. Негормональные средства.

2. Гормональные препараты:
а) женские половые гормоны (эстрогены, гестагены);

б) гормоны других эндокринных желез (щитовидной железы, надпочечников).

3. Препараты, являющиеся антагонистами или стимуляторами выработки гормонов (парлодел, даназол, золадекс, мерказолил и т.д.).

Первый комплекс представляет собой наиболее обширную группу и включает разнообразные средства:

- витамины (аевит, декамевит, витамин Е и т.д.);

- адаптогены (элеутерококк, пантокрин, женьшень и т.д.);

- седативные препараты и антидепрессанты в зависимости от степени выраженности болевого синдрома (сибазон, соннапакс, амизил, грандаксин, азафен, amitриптилин);

- гепатопротекторы (легалон, эссенциале, хофитол и т.д.);

- мочегонные (лазикс, триампур, верошпирон и т.д.);

- препараты калия (аспаркам, панангин и т.д.);

- биогенные стимуляторы (алоэ, ФИБС, гумизоль);

- энзимные препараты (вобэнзим, мульсал, флогэнзим, лидаза и т.д.);

- йодсодержащие препараты (кламин, йодистый калий и т.д.);

- препараты сочетанного действия (беллоид, белласпон, беллатаминал);

- спазмолитики (но-шпа, паверин и т.д.);

- антигистаминные (тавегил, димедрол) и антипростагландинные средства (напросин, пироксикам).

Препараты первого комплекса можно назначать на этапе обследования в ожидании результатов дополнительных методов обследования.

Назначение гормональных препаратов, на наш взгляд, допустимо только после тщательного исследования уровней гормонов в сыворотке крови и глубокого анализа клинической картины. В практике нашли применение:

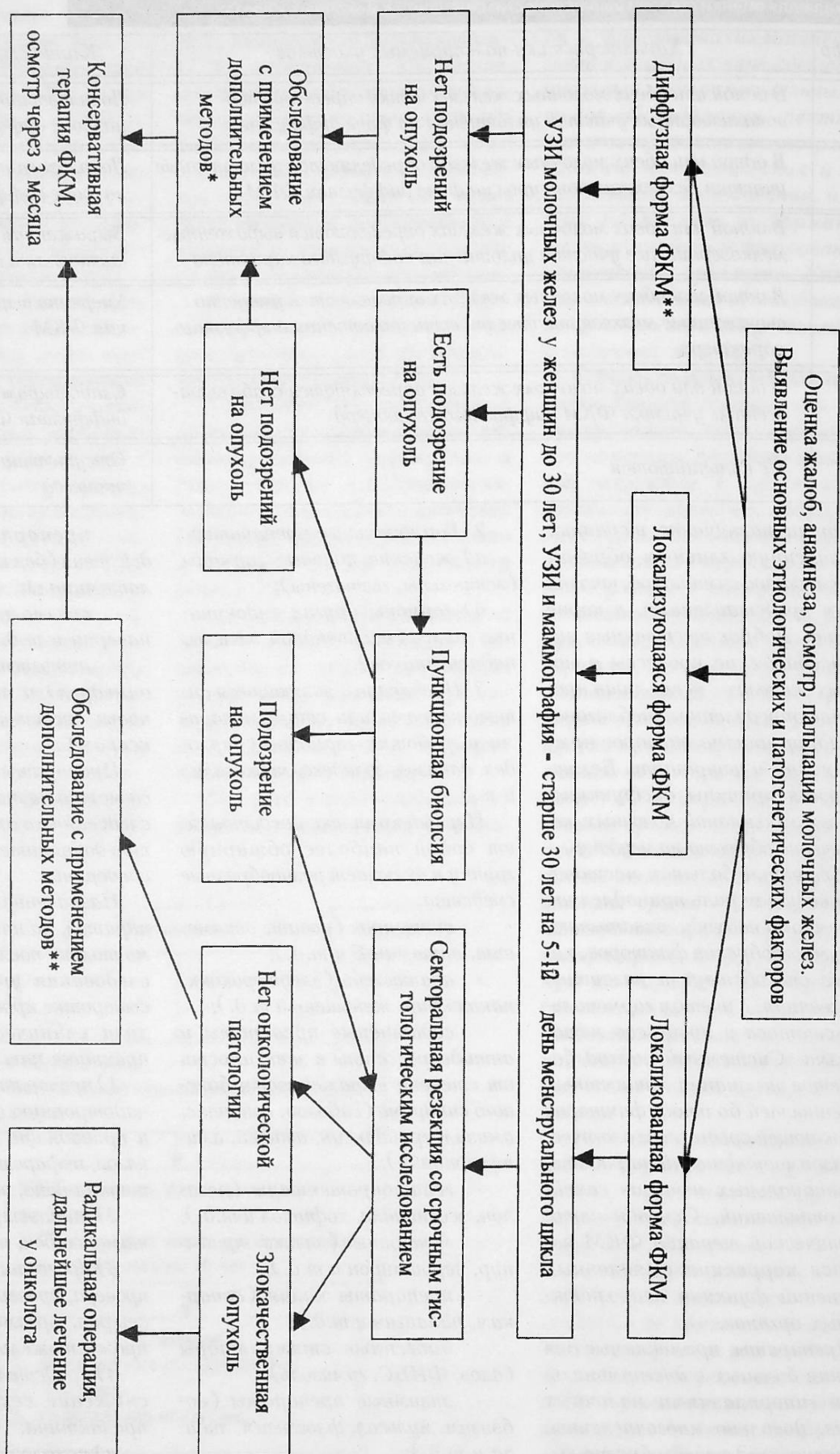
1) препараты, подавляющие гонадотропную функцию гипофиза и приводящие к ановуляции (даназол, нафарелин, бусерелин, декапептил-депо, золадекс и т.д.);

2) антиэстрогены (кломифен, тамоксифен, торемифен и т.д.);

3) прогестины (17-ОПК, депо-провера, провера, норколут, прогестерон, оргаметрил, дюфастон, прожестожель и т.д.);

4) средства, направленные на снижение секреции гипофизом пролактина:

а) поколение эргот - и его производные - парлодел, бромкриптин, лизурид, перголид, лисенил;



* *Дополнительные исследования:* 1) определение уровней гормонов в сыворотке крови;
2) УЗИ органов малого таза, щитовидной железы, печени, поджелудочной железы;

Схема 2. Алгоритм обследования женщины с заболеваниями молочных желез.

б) поколение не эргот - содержащие дофаминиметики - норпролак;

в) поколение агонист дофамина, дофаминэргический дериват эрголина - каберголин (достинекс), мастодион;

5) тиреотропные средства и гормоны щитовидной железы (тиреоидин, трийодтиронин, тиротропин, мерказолил, L-тироксин и т. д.).

Гормональная терапия в сочетании с традиционными методами лечения доброкачественных заболеваний молочной железы проводится длительными курсами (не менее 3 - 6 месяцев). Однако в 60-70% случаев, по нашим данным, выявляется рецидивирование заболевания уже через год после завершения лечения [5]. Поэтому необходимо проведение повторных курсов терапии при появлении признаков рецидивирования ФКМ.

Одним из перспективных способов нормализации функционирования нервного звена регуляции при заболеваниях молочных желез, как нам представляется, является использование новых медицинских технологий, в частности применение компьютерного диагностического комплекса "Динамика 100" и компьютерного комплекса психокоррекции биологической обратной связи. Возможности метода в настоящее время изучаются на базе Ленинградского областного онкологического диспансера.

Поскольку поиски эффективных мероприятий первичной профилактики патологии молочных желез не увенчались успехом, наиболее перспективной представляется ее ранняя диагностика путем выявления факторов риска [2, 12]. Принимая во внимание высокий уровень гиперплазий молочных желез в детском возрасте (в среднем 35,9%), носящих дисгормональный характер [12], детским и подростковым гинекологам необходимо при профосмотре девочек выделять группы риска.

Установлено, что у больных с

нейроэндокринными заболеваниями патологические изменения молочных желез выявляются в 97,8% случаев, в связи с чем обоснованно считается, что в основе развития дисгормональных процессов в молочных железах и возникновения гиперпластических процессов эндометрия лежат единые патогенетические механизмы [3,10]. Циклические изменения в репродуктивной системе непосредственно отражаются на состоянии молочных желез. Анализ состояния молочных желез у больных репродуктивного возраста показал, что при гиперплазии эндометрия патология молочных желез обнаруживается у 95-98% пациенток, в том числе диффузная ФКМ у 33-43%, кисты у 26%, фиброаденома — у 4%, жировая трансформация — у 21-24%, раковые поражения — у 0,6%. При полипозе эндометрия у 90-93% больных выявлена патология молочных желез: диффузная ФКМ — у 46%, кисты — у 29%, фиброаденома — у 17% [3,7].

У женщин с гиперпластическими процессами и раком эндометрия в постменопаузе патология молочных желез выявлена в 92,48% случаев, диффузная ФКМ — в 58,06%, узловая ФКМ — в 9,68%, кисты — в 4,3%, фиброаденомы — в 8,6%, рак молочной железы — в 11,83% случаев [10]. Характерно, что риск развития злокачественных образований в молочных железах различен в зависимости от гинекологической патологии. Так, при наличии миомы матки с железистой гиперплазией эндометрия рак молочной железы выявлен в 11,1%, при сочетании с полипами эндометрия — в 12,5%, при сочетании с атипической гиперплазией эндометрия — в 16,67%, при сочетании с раком эндометрия — в 23% случаев [10].

Таким образом, учитывая высокую частоту обнаружения у женщин патологии молочных желез, начиная с детского и подросткового периодов целесообразно детским гинекологам проводить целенаправленные обследования

молочных желез при профилактических осмотрах. При выявлении изменений молочных желез показано углубление исследования для дифференциальной диагностики функциональных и опухолевых процессов.

Исследование молочных желез является обязательным при каждом обследовании женщин гинекологом с использованием как скрининговых, так и дополнительных методов, особенно при обнаружении у больных гиперпластических процессов гениталий. Для оценки состояния молочных желез у женщин в менопаузе с гиперпластическими процессами эндометрия необходимо включение в стандартное обследование ультразвукового исследования молочных желез и маммографии.

Женщины с выявленными диффузными изменениями молочных желез, не нуждающиеся в оперативном лечении, должны получать длительную консервативную комплексную терапию с учетом частоты рецидивирования заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Летягин В.П. Статистика рака молочной железы в России // Маммология. - 1998. - №1. - С.3-18.
2. Бельцович Д.Г. Возможности ультразвукового исследования в диагностике и выборе оптимальной тактики хирургического лечения узловых образований молочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1996.
3. Бурдина Л.М. Клинико-рентгенологические особенности заболеваний молочных желез у гинекологических больных репродуктивного возраста с нейроэндокринной патологией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1993.
4. Дымарский Л.Ю. Рак молочной железы. — М.: Медицина, 1980. — 200 с.
5. Ильин А.Б. Дисгормональные гиперплазии молочных желез у больных миомой матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 20 с.

6. Летагин В.П., Высоцкая Н.В., Легков А.А. и др. // Лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний молочной железы / М., 1997.

7. Пихут П.М. Доброкачественные заболевания и рак молочной железы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1995.

8. Семиглазов В.Ф., Веснин А.Г.,

Моисеенко В.М. Минимальный рак молочной железы. – СПб.: Гиппократ, 1992. – 240 с.

9. Семиглазов В.Ф. Профилактика опухолей молочной железы. – СПб.: Общество "Знание" России, Санкт-Петербургская организация, 1993. – 48 с.

10. Сидорова И.С., Саранцев А.Н., Пиддубный М.И. и др. // Акуш. и

гин. – 2000. – N1. – С.53-56.

11. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. – 2-е изд. испр. и доп. – Л.: Медицина. – 1991. – 264 с.

12. Хурасев Б.Ф. Ювенильные дисгормональные гиперплазии молочных желез (вопросы этиологии, патогенеза, тактики ведения): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1999.

Уважаемые читатели!

Вашему вниманию в этом и последующих выпусках журнала предложена рубрика "Заочная школа", в которой найдут отражение наиболее острые проблемы акушерства и гинекологии. В конце каждой статьи в данной рубрике вы найдете адресованные вам вопросы, поиск ответов на которые, как мы надеемся, расширит ваш кругозор в различных областях клинической медицины, позволит лучше узнать тонкие механизмы, лежащие в основе как физиологических, так и патофизиологических изменений в репродуктивном здоровье женщины. Присылая ответы в адрес редакции журнала, вы будете обеспечивать процесс обратной связи и тем самым корректировать ту информацию, которую мы планируем излагать в последующих выпусках. Кроме того, по результатам ответов мы планируем сертифицировать наиболее заинтересованных читателей в качестве специалистов, прошедших заочный курс обучения по изучаемой проблеме.

Проблема, которая будет рассмотрена в рубрике «Заочная школа» в выпусках журнала 2000 года, в какой-то степени нова для акушеров-гинекологов. Заболеваниями молочных желез до недавнего времени занимались различные специалисты - медики (хирурги, онкологи, терапевты, эндокринологи и др.), а также немедики.

Редколлегия журнала убеждена, что доброкачественные заболевания молочных желез являются прерогативой акушеров-гинекологов, так как специалисты именно этой профессии лучше других осознают взаимосвязь морфофункциональных изменений в молочных железах с таковыми в других органах репродуктивной системы. Большое значение в понимании процессов, происходящих в молочных железах, придается гинекологической эндокринологии, и эти вопросы мы планируем осветить в последующих выпусках журнала. Конечно, акушеры-гинекологи должны отдавать себе отчет, до каких пределов допустимо наблюдать, обследовать и лечить женщин с различными заболеваниями молочных желез, так как в каком-то проценте случаев под маской фибroadеномы или кисты может скрываться злокачественное заболевание.

В данной рубрике мы планируем представить лечебнодиагностический алгоритм, следуя которому с большой долей уверенности можно будет гарантировать безопасность больной и спокойствие врача. Безусловно, сложность поднимаемой проблемы заставляет интегрировать знания врачей многих специальностей. В этом плане необходимо помнить о преемственности и логической последовательности как диагностических исследований, так и лечебных действий.

Редколлегия журнала

Вопросы заочной школы по доброкачественным заболеваниям молочных желез:

- | | |
|---|--|
| 1. Мастопатия – заболевание или состояние? | 6. Каково влияние гормональной контрацепции на функциональное состояние молочных желез? |
| 2. Как часто женщины различных возрастных групп должны обследовать молочные железы? | 7. Сформулируйте алгоритм обследования пациенток с заболеваниями молочных желез. |
| 3. Какова эффективность самообследования молочных желез (влияние на частоту выявления рака)? | 8. Какие условия должны быть соблюдены при выполнении секторальной резекции молочной железы? |
| 4. Насколько вредна маммография? | 9. Каковы показания к хирургическому лечению доброкачественных заболеваний молочных желез? |
| 5. Врач какой специальности должен заниматься проблемой доброкачественных заболеваний молочных желез? | 10. Какой этиологический фактор преобладает при развитии мастопатии в репродуктивном возрасте? |