

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#2 [13] 05 / 2013 / StatusPraesens

Арт. 5110

цитата

[Врач должен помочь семье обрести желаемое количество здоровых детей, сохранив жизнь и здоровье матери.]

В.Е. Радзинский

тема
№
номера

Контраверсии регулирования рождаемости в современном мире

Репринт: «Всё в наших руках. Молочные железы возвращаются гинекологам. Что дальше?» (Рябинкина Т.С., Катаева О.А.). По материалам заседаний (председатель В.Е. Радзинский) III Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: казанские чтения. Здоровье женщины — здоровье нации», Казань, февраль 2013 года, и Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: уральские чтения. Контраверсии повседневной жизни», апрель 2013 года





всё в наших руках

Молочные железы возвращаются гинекологам. Что дальше?



Авторы: Татьяна Сергеевна Рябинкина,
Ольга Александровна Катаева, StatusPraesens
(Москва)

Ещё 2 года назад в акушерско-гинекологическом сообществе прозвучали данные о том, что каждая 11-я женщина в России и каждая 10-я в мире имеет риск заболеть раком молочной железы. Однако за прошедшее время цифры вновь изменились угрожающе — в группе риска находится уже каждая девятая женщина.

Проблем в сфере медицины молочной железы более чем достаточно: от вопросов подготовки специалистов до методологии скринингового обследования, от междисциплинарного взаимодействия до послеоперационной реабилитации женщин. Именно поэтому регулярные семинары «Репродуктивный потенциал России», как правило, включают дискуссионные клубы по актуальной маммологической тематике. Организаторы уже знают: под этот симпозиум нужно резервировать вместительный зал, ведь слушателей и участников будет много.

В отличие от заболеваний шейки матки, где у врача есть время (несколько лет) для визуализации и своевременного лечения любого патологического процесса, поражения молочной железы не оставляют специалисту подобной возможности. Если говорить о раке, перед врачом стоит небанальная задача: выявлять опухоли размером от 0,1 см. Тогда ещё не поздно лечить и вылечить. Соответственно, роль пол-

ноценного скрининга, единого — гинекологического и маммологического, — действительно велика, и согласно ещё приказу №808н, а сейчас уже новому, №572, заниматься этим надлежит акушерам-гинекологам. И хотя подобный подход требует дополнительных затрат сил и времени, однако именно так работает система предупреждения, выявления и лечения поражений этой локализации во всём цивилизованном мире.

Именно алгоритмам обследования и лечебной тактике в отношении заболеваний молочных желёз было посвящено тематическое заседание «Молочные железы возвращаются гинекологам. Что дальше?» (Казань, февраль 2013 года) под председательством проф. Виктора Евсеевича **Рагзинского** (Москва). Модератор, предваряя выступления своих коллег, сформулировал пять ключевых проблем, свойственных всей практической маммологии в России:

- 1) отсутствие протокола единого гинекологического и маммологического скрининга;
- 2) низкое качество диагностики (только у 20% пациенток с опухолью молочной железы гинеколог выявляет новообразование);
- 3) недостаточная подготовка хирургов;
- 4) слабая послеоперационная реабилитация женщин;
- 5) сложности междисциплинарного взаимодействия гинекологической и маммологической служб.

Именно эти проблемы и предстоит решать в ближайшее время не только организаторам российского здравоохранения, но и каждому практикующему врачу, заинтересованному в качестве своего труда.

Заблуждения диагностики

Поддерживая идею обмена профессиональным опытом между специалистами разных клинических направлений, представитель онкологического сообщества доц. Олег Борисович **Дружков** (Казань) рассказал о диагностических и лечебных алгоритмах при заболеваниях молочной железы. Именно на подобные схемы опираются специалисты Республики Татарстан, гостеприимно принимавшей делегатов семинара.

В структуре онкологических заболеваний у женщин, причём не только репродуктивной системы, но и всех возможных локализаций, несомненным лидером выступает рак молочной железы — на его долю приходится 12,6% заболеваемости; это больше, чем для таких традиционных локализаций, как толстая кишка и кожа. Серьёзнейшая диагностическая проблема состоит в том, что самообследование малоэффективно и позволяет выявить опухоль молочной железы только при размерах новообразования от 12 мм*. В случаях рака это обычно соответствует запущенной стадии патологического процесса. Особенно тревожен тот факт, что рак молочной железы в последние годы «молодеет»: сегодня пик заболеваемости приходится на возраст 43–45 лет, и всё чаще ставят этот диагноз даже пациенткам более молодого возраста.

К сожалению, пока неизвестно, с чем связан стремительный рост заболеваемости раком молочной железы — на 33,8% за 7–8 лет**. Однако не может не радовать, что выживаемость пациенток с раком молочной железы также постепенно улучшается. В этом очевидна заслуга диагностического

* (см. статью И.А. Алеева «Готовы ли гинекологи лечить заболевания молочных желёз? Коллективное обсуждение ситуации» в журнале SP №4 [10], с. 70–76.

** SP: Возможно, причину нужно искать в экологическом неблагополучии большинства населённых пунктов страны и в фактически бесконтрольной эксплуатации агропромышленных технологий — в одном из ближайших номеров журнала SP выйдет статья, посвящённая этой теме.

звена: несмотря на недостатки скрининга, выявлять опухоли всё же стали эффективнее, чем прежде. А с переосмыслением существующих алгоритмов диагностики и — в будущем — с появлением протоколов единого гинекологического и маммологического скрининга вполне обоснованно можно рассчитывать на улучшение ситуации. Бесспорно, маммолог и гинеколог должны работать вместе, в постоянном контакте, и задача этого врачебного тандема — не только ранняя диагностика, но и предотвращение рака молочной железы путём лечения доброкачественных заболеваний.

Факторы риска и стратегия борьбы

О ключевой взаимосвязи поражений молочных желёз и гинекологических болезней рассказала проф. Ирина Михайловна **Ордянец** (Москва). Несмотря на то что эта тема звучит в медицинском сообществе уже не первый год, акушеры-гинекологи зачастую не имеют системных знаний о том, как диагностировать и лечить болезни молочных желёз, к какому специалисту и когда направлять пациентку.

К сожалению, в наши дни **экологическая ситуация** на планете нестабильна, что вкупе с влиянием образа жизни современного человека (несбалансированное питание, вредные привычки, стрессы мегаполисов) повышает риск заболеваний молочных желёз в 3,5 раза^{1,2}. Фактором риска традиционно считался также возраст (обычно 55–60 лет), однако в последние годы всё чаще патологические процессы этой локализации, в том числе злокачественные, выявляют у молодых женщин, что сопряжено с нарушениями гормональной регуляции жен-

[К сожалению, пока неизвестно, с чем связан стремительный рост заболеваемости раком молочной железы — на 33,8% за последние 7–8 лет.]

Тезисы о главном

- Изолированных поражений молочной железы не бывает: болезни этой локализации диагностируют у 76–80,8% гинекологических больных, и наоборот — гинекологическая заболеваемость у этого контингента составляет 115%. На каждую женщину с болезнями молочных желёз приходится более одного гинекологического диагноза¹.
- При сохранённых яичниках у 92% женщин, перенёсших гистерэктомию, развивается заболевание молочных желёз³.
- Согласно статистике 2010 года, в России каждая четвёртая операция на молочной железе (27%!) — повторная. Печальное следствие нехватки полноценной реабилитации пациенток⁴.

ской репродуктивной системы. Конечно, свой вклад в показатели заболеваемости вносят и **современные репродуктивные парадигмы**: у **многодетных** матерей риск маммологических заболеваний минимален, но таких женщин в наши дни очень не много. Не исключено также влияние генетических факторов⁵.

К сожалению, распространённый фактор риска — **артифициальный аборт**, сопровождающийся настоящим гормональным шоком в женском организме: внезапная утрата гормональноактивной беременности значительно повышает вероятность доброкачественных дисгормональных заболеваний различной локализации⁶.

Одним из современных факторов риска выступает **стимуляция овуляции**, поэтому женщинам с доброкачественными изменениями молочной железы такое фармакологическое вмешательство противопоказано, поскольку значительно повышает вероятность рака (в любом случае следует получать информированное согласие пациентки на подобную интервенцию)⁷.

При некоторых **гинекологических болезнях** риск диффузных патологических процессов маммологической сферы повышен: так, например, происходит при предменструальном синдроме, дисменорее⁸. Узловые формы наблюдаются у каждой третьей женщины с миомой матки, аденомиозом и гиперплазией эндометрия. При заболеваниях молочной железы у 87% женщин обнаруживают и гинекологические нарушения, а если их не лечить, то эти поражения рецидивируют более чем у половины пациенток (52%).

[Согласно статистике, 27% хирургических вмешательств на молочной железе — повторные, что демонстрирует недостатки послеоперационной реабилитации.]

Печальный факт: согласно статистике, 27% хирургических вмешательств на молочной железе — повторные, что служит ярким свидетельством недостатков послеоперационной реабилитации⁸. А поскольку в основе всех доброкачественных маммологических заболеваний лежат сочетанные формы **дисгормональных нарушений**, то послеоперационная реабилитация должна быть основана на индивидуальной гормональной терапии, подобранной в зависимости от стадии и выраженности патологического процесса. Этиопатогенетически такой подход основан на общности доброкачественных заболеваний маммологической сферы и гиперпластических поражений органов женской репродуктивной системы.

В исследовании 2012 года, проведённом на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, приняли участие 93 пациентки с доброкачественными заболеваниями молочных желёз и операциями по поводу миомы матки в анамнезе, рандомизированные на три группы.

• 27 женщинам было назначено гормональное лечение различными препаратами в зависимости от гинекологического заболевания, состояния молочных желёз, эндокринных нарушений и объёма оперативного вмешательства:

прогестагены для трансдермального и перорального приёма, комбинированные низко- и микродозированные эстроген-гестагенные препараты, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона, дофаминэргические средства.

• 36 пациенток категорически отказались от гормональной терапии или имели к ней абсолютные противопоказания; они получали фитопрепарат на основе витекса священного («Мастодинон»), обладающий дофаминэргическим действием и нормализующий концентрацию пролактина. Препарат назначали вне зависимости от менструального цикла без перерыва на 3–6 мес по 30 капель или 1 таблетке утром и вечером.

• 30 женщины подписали информированный отказ от консервативного лечения и составили группу контроля.

Анализ результатов показал, что **консервативная послеоперационная реабилитация действительно эффективна**. В ходе лечения заметно сократилось количество дней, в которые женщины испытывали боль, а интенсивность болевого синдрома, регистрируемая в дневниках по визуально-аналоговой шкале, также снизилась. Причём в группе, получавшей препарат витекса священного, сокращение болевых ощущений происходило быстрее и очевиднее: после 3-месячного курса женщины, получавшие гормональную терапию, отметили уменьшение боли на 23,6 мм по визуально-аналоговой шкале, а получавшие фитопрепарат — на 36,5 мм. В группе контроля болевые ощущения сохранились у 96,5% женщин, причём пациентки с локализованными формами мастопатии в 2,5 раза чаще отмечали усугубление болевого синдрома.

На фоне приёма препарата витекса священного уровень пролактина снизился до 391,75 мМЕ/л (верхняя граница нормы — 530 мМЕ/л); достоверных различий в содержании эстрадиола не было, зато концентрация прогестерона убедительно возросла (с $8,7 \pm 0,19$ до $10,8 \pm 0,21$ нмоль/л).

Контрольная ультразвуковая маммография спустя 3 мес лечения показала заметное улучшение картины (сокращение отёка железистого компонента, числа расширенных протоков и мелких кист, неровности контуров) у 76,1% пациенток, получавших гормональные средства, однако на фоне фитотерапии такую картину отмечали в **сопоставимом** числе случаев — 81,9%. И самое существенное наблюдение — на фоне реабилитации в обеих группах **число рецидивов узловых форм мастопатии сократилось вдвое** по сравнению с группой контроля.

Так, фитотерапия продемонстрировала не уступающую гормональным препаратам действенность в плане улучшения качества жизни и профилактики прогрессирования доброкачественных заболеваний молочных желёз. Напротив, **у пациенток, не получавших реабилитации, оперативное лечение не улучшило состояния молочных желёз**, а при сохранённых яичниках пролиферативные процессы даже прогрессировали с формированием новых локализованных образований. Очевидно, что **изолированная хирургическая тактика неэффективна** и не стабилизирует состояние молочных желёз у женщин с миомой матки и фиброзно-кистозной мастопатией.

Интересно, что препарат на основе *Vitex agnus castus* представляет собой не фитоэстроген, что ограничило бы его терапевтический потенциал, напротив, он скорее близок к антиэстрогенам¹. Неплохие результаты при лечении препаратами витекса священного продемонстрированы во мно-



Bionorica®

Растительный негормональный препарат

Мастодион®

Лечение мастодинии, ПМС
и диффузных форм мастопатии

Рег. уд. П № 014026/01; П № 014026/02



- Способствует нормализации гормонального фона
- Устраняет боли в молочных железах
- Улучшает самочувствие в период «критических дней»

Природа. Наука. Здоровье.

www.bionorica.ru

www.mastopatiaforum.ru

Реклама



Витекс священный



Ирис разноцветный



Цикламен европейский



Стеблелист василистниковидный



Лилия тигровая



Чилибуха Игнация

гих научных работах. Так, в двойном слепом исследовании сокращение выраженности мастодинии при приёме фитопрепарата отмечено у 74,5% пациенток (среди принимающих гестагены — 82%, плацебо — 36,8%)⁹. Ещё одно плацебо-контролируемое двойное слепое исследование показало снижение пролактина в крови у 86% пациенток, принимающих препарат на основе прутняка, у 65% восстановился менстру-

товление премиксов*. Вообще идеология фитониринга (от phyto — «растение» и engineering — «конструирование») позволяет не просто контролировать весь процесс создания препарата на растительной основе (от посева сертифицированных семян, выращивания сырья в строго регламентированных условиях до поставки готового средства в аптеку), но и гарантировать пациенту эффективность терапии благодаря постоянству

ных средств станут неактуальными как малоэффективные, но с большой долей вероятности можно полагать, что именно фитопрепаратов эта опала не коснётся. Дело в том, что уже сейчас расшифровано строение липидно-бислойных матриц клеточных мембран растений и животных, эти структуры биологически идентичны!

Эти данные по-новому обосновывают широкое использование растений в терапевтических целях, в том числе в виде фитогормонов, глюкокортикоидо- и прогестерон-модулирующих препаратов, индукторов апоптоза, иммуномодуляторов и антиоксидантов. Применение фитотерапевтических препаратов и фитогормонов перспективно для терапии нарушений на ранних сроках беременности (мочегонные сборы, солодка, «Канефрон Н»), коррекции менструального цикла (диоскорея) и предменструального синдрома (фитоэстрогены, диоскорея), лечения воспалительных заболеваний (крапива, мать-и-мачеха, лагохилус), заболеваний молочных желёз и климактерического синдрома (препараты на основе витекса священного и цимицифуги кистевидной).

[Лекарственному препарату на растительной основе, произведённому по современным технологиям фитониринга, отныне можно доверять.]

альный цикл и уменьшились симптомы масталгии¹⁰. Таким образом, при непереносимости или противопоказаниях к приёму агонистов дофамина назначение лекарственных препаратов на основе *Vitex agnus castus* представляет собой достойную терапевтическую альтернативу^{11,12}.

содержания активного действующего вещества.

Каков результат для врача и пациента? Современные технологии создания лекарственных препаратов на растительной основе позволяют улучшить результаты лечения.

Один из постулатов XXI века — демедицинализация медицины. И сегодня это уже не выглядит странным или удивительным, поскольку всё больше находится доказательств действенности фитопрепаратов, а приверженность пациентов растительным средствам всегда была довольно высока. Ещё в 1990 году в США активно использовали до 36% средств из лекарственных растений, а к 2000 году эта цифра возросла до 43%. В Германии традиционно фитопрепараты занимают до 45% объёма всех назначенных препаратов, но в нашей стране показатель доверия к лекарственным травам всё равно выше — около 48%. Однако и это не предел: продолжающаяся в настоящее время расшифровка генома человека поистине революционна для терапевтических перспектив, поскольку открывает путь к применению именно тех средств, которые либо изменяют структуру самого генома, либо опосредуют передачу информации через гормоны.

Когда будет достигнут окончательный результат этих изысканий, до 80% ныне существующих лекарствен-



Не секрет, что практикующие врачи не проявляют большой радости по поводу того, что теперь им приходится заниматься ещё и молочными железами, ведь врач и без того перегружен работой. Однако синдром профессионального выгорания — это не только российская проблема. Такие же психологические и эмоциональные расстройства регистрируют у 67% врачей разных стран. Наряду с приёмами психологической самореабилитации, возможностями планирования рабочей нагрузки поддерживать энтузиазм врачей может естественное стремление хорошо делать свою работу. А молочные железы, хотим мы того или нет, физиологически (а теперь и организационно) окончательно признаны частью репродуктивной системы женщины. И закономерно входят в сферу ответственности современного акушера-гинеколога. **SP**

«Слово, трава и нож»

Тема заболеваний молочных желёз, в частности их гормональной и альтернативной терапии, широко обсуждается на большинстве отечественных конгрессов и симпозиумов акушеров-гинекологов. Так, на Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: уральские чтения. Контраверсии повседневной жизни» (Екатеринбург, апрель 2013 года) проф. В.Е. Разинский представил доклад, посвящённый перспективам фитотерапии в акушерстве и гинекологии.

Лечение травами — один из наиболее древних методов врачевания, но, как показывает современная наука, не только эффективность, но даже дозировка стандартных фитопрепаратов колеблется в широких пределах и зачастую непредсказуема. Тем не менее новые фармакологические технологии совершили революцию в области фитотерапии за счёт внедрения контроля качества на всех производственных этапах — от посева культуры до поставки лекарства в аптеку. В наши дни применяются такие новейшие технологии, как микроинкапсулирование, чёткое дозирование, изго-

* Прёмикс — технологический термин, означает предварительно смешанные сухие компоненты, дозируемые в микроколичествах.

Литература и источники:

1. Молочные железы и гинекологические болезни: от общности патогенетических воззрений к практическим решениям. Возможности лечения женщин с сочетанием миомы матки и доброкачественных дисплазий молочных желёз / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, М.Н. Масленникова, Е.А. Павлова. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. 16 с.
2. Потявина Е.В., Вершинина С. Болезни молочной железы. Современные методы лечения. СПб: Крылов, 2009. С. 21.
3. Хасханова Л.Х. Прогнозирование, ранняя диагностика и лечение нераковых заболеваний молочных желёз после хирургического лечения гинекологических заболеваний: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2003. 47 с.
4. Алеев И.А. Готовы ли акушеры-гинекологи лечить заболевания молочных желёз? Коллегиальное обсуждение проблемы // StatusPraesens. 2012. №4 (10). С. 70–76.
5. Su D., Pasalich M., Lee A.H., Binns C.W. Ovarian cancer risk is reduced by prolonged lactation: a case-control study in southern China // Am. J. Clin. Nutr. 2013. Jan 2.
6. Колушев О.В. Профилактика дисгормональных заболеваний молочных желез после искусственного прерывания беременности: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004. С. 97.
7. Зинеева С.С. Влияние стимуляции суперовуляции на состояние молочных желёз при использовании экстракорпорального оплодотворения: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2007. 102 с.
8. Алеев И.А. Готовы ли гинекологи лечить заболевания молочных желёз? Коллегиальное обсуждение ситуации // StatusPraesens, 2012. №4 (10). С. 70–76.
9. Kubista E., Müller G., Spona J. Treatment of mastopathies with cyclic mastodynia. Clinical results and hormonal profiles // Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1987. Apr. Vol. 82 (4). P. 221–227.
10. Halaska M., Beles P., Gorkow C., Sieder C. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a Vitex agnus castus extract: results of a placebo-controlled double-blind study // Breast. 1999. Aug. Vol. 8 (4). P. 175–181.
11. Сметник В.П., Бутарева Л.Б. Опыт применения препарата «Циклодинон» («Агнукастон») у пациенток с недостаточностью функции жёлтого тела и гиперпролактинемией // Пробл. репродукции. 2005. №5. С. 1–4.
12. Kilicdag E.B., Tarim E., Bagis T., Erkanli S., Aslan E., Ozsahin K., Kuscü E. Fructus agni casti and bromocriptine for treatment of hyperprolactinemia and mastalgia // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2004. Jun. Vol. 85 (3). P. 292–293.

Болезни молочных желёз. Алгоритм обследования и тактика лечения

