

АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

Status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#4 [10] 11 / 2012 / StatusPraesens

ISSN 2074-2347
9 772074 234773
12004

тема
No
номера

Ренессанс гинекологии XXI века. Болезни шейки матки

Репринт: «Неоднозначное бремя женственности. Готовы ли гинекологи лечить заболевания молочных желёз? Коллегиальное обсуждение ситуации» (Алеев И.А.)

Главный редактор — засл. деятель науки РФ, проф. В.Е. Радзинский



неоднозначное бремя женственности

Готовы ли гинекологи лечить заболевания молочных желёз?
Коллегиальное обсуждение ситуации



Автор: Игорь Александрович Алев, канд. мед. наук, научный эксперт-обозреватель StatusPraesens; по материалам выступлений проф. Тамары Викторовны Овсянниковой, проф. Ирины Михайловны Ордианц, проф. Марины Борисовны Хамошиной (Москва)

Руководитель кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, засл. деятель науки РФ, проф. Виктор Евсеевич Радзинский

Согласно «новому» Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи (приказ №808н), лечение заболеваний молочных желёз уже с конца 2010 года окончательно перешло в сферу ответственности акушеров-гинекологов. С момента подписания приказа прошло уже больше 2 лет, однако кардинальных изменений в этой области так и не случилось: далеко не каждый акушер-гинеколог страны считает своим долгом уделить внимание молочным железам.

Именно поэтому в сентябре 2012 года в рамках V Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» в Сочи активно обсуждался чрезвычайно насущный вопрос: готовы ли гинекологи своевременно диагностировать и качественно лечить болезни молочных желёз?

Как сообщил модератор заседания проф. Виктор Евсеевич Радзинский, профессия маммолога была введена в СССР ещё в 60-е годы XX века, однако, к сожалению, благие начинания не были развиты до стройно функционирующей системы: регламент работы для врачей вновь созданной специальности детально разработан не был.

С момента, формально разрешившего акушерам-гинекологам не интересоваться данной частью репродуктивной системы, начались бесконечные хождения женщин, нуждающихся в обследовании и лечении молочных желёз, от одного специалиста к другому. Ситуацию серьёзно осложнял тот факт, что свежеиспечённые маммологи, на скорую руку

переувчившиеся из онкологов и хирургов (а позднее — и из рентгенологов), поначалу перенесли в новую отрасль старые привычки и часто обращали внимание лишь на уже сформировавшиеся заболевания молочной железы (готовый субстрат для выявления и немедленной операции).

Спустя полвека стала совершенно очевидна тупиковость такого подхода, поскольку молочная железа чрезвычайно зависима от функций яичников и всей эндокринной системы. Изолированных заболеваний молочной железы не бывает: их диагностируют у 76% гинекологических больных, и наоборот — гинекологическая заболеваемость у этого контингента составляет 115%, т.е. на каждую женщину с болезнями молочных желёз приходится более одного гинекологического диагноза. В итоге десятилетиями маммологи, не осознавая патогенетической взаимосвязи, продолжали лечить болезни молочных желёз и не обращали внимания **на их причину — дисбаланс всей репродуктивной системы**. Именно такой подход следует считать первой серьёзной идеологической ошибкой российской маммологической службы в целом.

Второй серьёзный промах, как ни странно, **популяризация самопальпации молочных желёз** в ущерб пропагандированию обязательного ежегодного посещения специалиста. Обычное внимательное изучение этого вопроса выявило, что в тот момент, когда пациентка сама может что-то нащупать в железистой ткани, в случае злокачественных поражений опухоль таких размеров уже успевает дать метастазы. А между тем женщина, убеждённая в эффективности самопальпации, до-

бросовестно выполняет полученные рекомендации и полагает, что совершенно здорова. В том числе поэтому она игнорирует, например, ежегодные маммографию и ультразвуковое исследование. В результате очаговые образования менее 1,5 см в диаметре остаются незамеченными. А ведь даже врач, имеющий обширный опыт пальпации, на муляже обнаруживает лишь четыре из семи патологических очагов и только те, которые больше 1 см. Сегодня очевидно, что достоверно диагностировать опухолевые образования на ранних стадиях можно только инструментальными методами.

В странах Европы гинеколог не сможет работать по специальности, пока не научится проводить операции на молочных железах по поводу опухолей. По всей вероятности, зарубежные коллеги хорошо осознают, что удалить фибroadеному — ещё не значит вылечить женщину, а в полноценности реабилитационных мероприятий врач должен быть заинтересован не меньше, чем в удалении объёмного образования. В российском здравоохранении пациентку со злокачественной опухолью логичнее направить к онкологу, однако лечение остальных, нераковых заболеваний молочных желёз (равно как и всей репродуктивной системы) **должно** проходить под

[Даже врач с обширным опытом пальпации обнаруживает на муляже лишь четыре из семи образований — больше 1 см.]

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ («МАММОЛОГИЧЕСКОЕ ОКНО»)

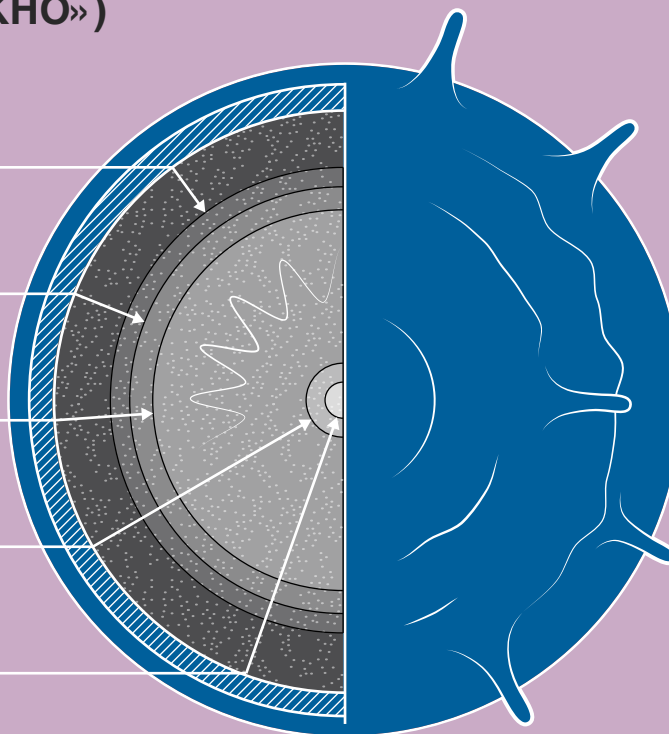
От 12 мм
Самопальпация

От 11 мм
Клиническая картина, пальпация врачом

От 9,8 мм
Пальпация врачом-специалистом

От 1,9 мм
УЗИ

От 0,9 мм
Рентгенография





© Андрей Некрасов / фотобанк Лори

тщательным контролем гинеколога, ведь одного удаления патологического образования недостаточно, важны последующая реабилитация, диспансерное наблюдение. «Должно», но так происходит далеко не всегда, о чём красноречиво свидетельствует печальная статистика повторных операций на молочной железе. Их в России образца 2010 года — 27%.

О конкретных клинических ситуациях и важности тонкого понимания взаимосвязи поражений молочных желёз с гинекологическими и эндокринными заболеваниями и шла речь на заседании 9 сентября 2012 года в Зимнем театре города Сочи.

[Хирургического удаления патологического образования из молочной железы мало для выздоровления. Важны реабилитация, диспансерное наблюдение.]

Пролактин — репродуктивный хулиган

Обсуждение проблем гиперпролактинемии, приуроченное к интерактивному сообщению **проф. Тамары Викторовны Овсянниковой** (Москва) «Состояние молочных желёз и принципы терапии гиперпролактинемии», началось с клинического разбора одного из типичных случаев.

Пациентка 32 лет обратилась к гинекологу по поводу нарушения и болезненности молочных желёз за 5–7 дней до начала менструации, раздражительности и быстрой утомляемости. Выделение молозива продолжалось на протяжении 1,5 лет (галакторея не прекратилась после родов). Наследственность отягощена раком молочной железы у матери. В анамнезе пациентки — криодеструкция эктопированного цилиндрического эпителия шейки матки, трубная беременность. Становление менструальной функции проходило без особенностей. Первая беременность прервана искусственным абортom в 18 лет,

после чего следующая беременность была трубной. Только после лечения бесплодия наступила третья беременность; роды в 27-летнем возрасте. Второго ребёнка пациентка родила в 30 лет.

В момент обращения менструальный цикл сохранён, восстановился через полгода после родов на фоне лактации (грудное вскармливание продолжалось 8 мес). При объективном обследовании обращал на себя внимание повышенный индекс массы тела. Молочные железы были мягкими и безболезненными (10-й день менструального цикла), обильно выделялось молозиво. Результаты гинекологического осмотра без отклонений от нормы.

Лектор предложила присутствующим оценить достаточность и правильность проведённого обследования: на 5-й день менструального цикла взяты влагалищные мазки (II степень чистоты), выполнено УЗИ органов малого таза (отклонений не выявлено), исследовано содержание пролактина и прогестерона (физиологические значения).

74% участников обсуждения категорически не согласились с объёмом назначений — недостаёт инструментального исследования молочных желёз (УЗИ/маммография), определения активности гормонов щитовидной железы и онкомаркеров BRCA 1-го и 2-го типов. Наиболее внимательные участники обсуждения отметили, что определение концентрации прогестерона значительно информативнее во вторую фазу менструального цикла. Общим итогом интерактивного голосования стал вывод о катастрофической недостаточности диагностических назначений.

Каким же был результат неправильного обследования (скудная и несвоевременная оценка гормонального профиля, упущение важного факта — регулярности менструального цикла)? Безосновательный диагноз «Гипофункция яичников. Недостаточность лютеиновой фазы. Транзиторная гиперпролактинемия. Галакторея». Из всего имеющегося спектра болезней у конкретной пациентки правильно была диагностирована лишь галакторея.

Дальше интереснее — неверный диагноз повлёк за собой неправильное лечение: пациентке был назначен каберголин («Достинек») по 1/4 таблетки 2 раза в неделю в течение 4 мес.

Разбирая ошибки, проф. Т.В. Овсянникова отметила, что агонисты допамина, в том числе каберголин, показаны только при однозначно доказанной гиперпролактинемии (функциональной либо обусловленной наличием аденомы), а в данном случае никаких подтверждений гиперпролактинемии у пациентки так и не было получено. А поскольку концентрация пролактина «подскакивает» на фоне стресса, даже если бы в результате проведённого обследования эпизод повышенного содержания пролактина и был установлен, то всё равно его нельзя было бы считать достаточным основанием для диагноза «гиперпролактинемия» и начала соответствующего лечения.

Ещё одно важное замечание: далеко не каждый случай подтверждённой гиперпролактинемии находится в компетенции гинеколога. Например, лечить пациентку в случае сочетания

повышенного содержания пролактина с гипотиреозом — задача эндокринолога, а женщину с диагностированной макропролактиной следует направить к нейрохирургу. В компетенции гинекологов находится только восстановление менструального цикла и репродуктивной функции, купирование галактореи и нормализация состояния молочных желёз. Таким образом, гиперпролактинемия как диагноз требует довольно обширного обследования и зачастую консультаций смежных специалистов, чего в данном случае проведено не было.

В чём же на самом деле нуждалась пациентка из клинического примера? Если бы визуализирующие методы показали отсутствие объёмных образований в молочной железе, то на фоне **неповышенного** уровня пролактина возникли бы объективные показания для лечения фиброзно-кистозной мастопатии, галактореи

[Лечить сочетание гиперпролактинемии с гипотиреозом — задача эндокринолога, макропролактинома — работа нейрохирурга, а гинекологу остаётся только подтверждённая КТ или МРТ микропролактинома.]

Бензолные кольца Вселенной

К стероидным ксенобиотикам относят любые промышленные соединения, имеющие в своей химической структуре гонан (стеран, циклопентанпергидрофанантрен). Эта знакомая нам ещё со студенческого курса биохимии структура лежит в основе самых различных соединений — стероидных гормонов, глюкокортикоидов, холестерина, жёлчных кислот, сердечных гликозидов и даже глицирризиновой кислоты, активного начала корня солодки. К гонану в 17 возможных положениях могут присоединяться различные функциональные группы, что образует все возможные вещества стероидного ряда. Наилучшим образом это разнообразие иллюстрирует перечень стероидных гормонов: от андрогенов и альдостерона до кортизола и эстрогенов. И самое любопытное, что почти каждое из этих веществ имеет сродство к рецепторам стероидных гормонов, в том числе половых.

К сожалению, гонан также составляет основу **стероидных ксенобиотиков**, микродозы которых поступают в организм с пищей (фортификаторы кормов скота, удобрения и др.). И хотя использование указанных ксенобиотиков в животноводстве полностью соответствует ГОСТам и утверждённым техническим регламентам, сегодня нутрициологи признают, что учесть количество, структуру этих примесей, а также возможное влияние на человеческий организм очень непросто.

Об экзогенных стероидах, используемых вполне легально, но часто по недомыслию, например, на птицефабриках, журнал SP напишет в одном из ближайших номеров.



[В России фитопрепарат на основе витекса священного зарегистрирован для лечения фиброзно-кистозной мастопатии, мастодинии, предменструального синдрома, недостаточности жёлтого тела.]

и масталгии. У женщин с беременностью в анамнезе галакторея бывает связана или с абсолютным увеличением концентрации пролактина, или с повышенной чувствительностью рецепторов молочных желёз к эндогенным стероидам (эту ситуацию выявляют у 20–25% женщин с галактореей).

В этой ситуации целесообразно было бы начать терапию с наиболее мягкого воздействия на репродуктивную систему широко известным лекарственным препаратом на основе витекса священного («Мастодинон»). В России он зарегистрирован для лечения фиброзно-

кистозной мастопатии, мастодинии, предменструального синдрома, недостаточности жёлтого тела.

Если бы при сходной клинической картине всё же была обнаружена умеренная гиперпролактинемия (не более 1000 мМЕ/мл в двух отдельно взятых пробах), назначением первой линии также мог бы стать препарат на основе витекса священного «Циклодинон». Согласно результатам плацебо-контролируемого двойного слепого исследования¹, на фоне лечения у 86% пациенток с циклической масталгией снижается содержание пролактина в крови, у 65%

восстанавливается менструальный цикл, уменьшаются симптомы масталгии. При непереносимости или противопоказаниях к приёму агонистов дофамина назначение лекарственных препаратов на основе *Vitex agnus castus* в целом ряде ситуаций оказывается достойной терапевтической альтернативой^{2,3}.

Возвращаясь к главной теме заседания, проф. Т.В. Овсянникова высказала свою точку зрения на вопрос, насколько эффективным будет лечение заболелавний молочных желёз в целом, если его будет проводить гинеколог. По данным докладчика, нормализация состояния молочных желёз возможна в 25–42% случаев (при этом фиброзные компоненты, жировая инволюция, конечно, сохраняются). Даже в тех исключительных случаях, когда основная роль в терапии передана врачу другой специальности, гинекологу необходимо быть в курсе происходящего, поскольку лечение любых заболелавний репродуктивной сферы предусматривает обязательные поправки на состояние молочных желёз — эта информация должна прозвучать в описании анамнеза, эндокринного статуса, а также в плане лечения.

100 000 разрезов в год

Впечатляющие цифры прозвучали эпиграфом к сообщению проф. Ирины Михайловны Ордянец «Современные подходы к лечению мастопатии: известные факты и новые сведения» — в 2010 году неуклонно возрастающее число хирургических вмешательств на молочных железах превысило соты тысяч рубаж. И это лишь часть проблемы. Среди вошедших в статистику операций чрезвычайно много повторных, что иллюстрирует низкое качество оказания помощи больным с доброкачественными заболелавниями молочных желёз: четверть пациенток попадают на операционный стол повторно, причём число последовательных вмешательств достигает и четырёх, и даже семи. Нужны ли другие доказательства того, что пациентки не получают послеоперационной реабилитации и патогенетического лечения?

Сбои в нейрогуморальной регуляции менструального цикла — не единственный гормонально обусловленный элемент

патогенеза заболеваний молочных желёз. Не меньшую роль в возникновении данной группы нарушений могут играть стероидные ксенобиотики (поступающие извне с пищей и водой), которые конкурентно связываются с рецепторами к половым гормонам.

Как бы то ни было, именно глобальность воздействия любых гормоноподобных и гормональных веществ (как чужеродных, так и эндогенных) на рецепторный аппарат **всей** репродуктивной системы обуславливает неоспоримую связь и общность многих гинекологических болезней (миомы матки, эндометриоза, гиперплазии эндометрия) и доброкачественных заболеваний молочных желёз — гормонорецепторные ткани на неблагоприятные раздражители реагируют синхронно.

Понимание этой проблемы диктует, во-первых, необходимость перекрёстного скрининга всех больных, обращающихся как с жалобами, относящимися к репродуктивной системе, так и с проблемами молочных желёз. Во-вторых, следует признать, что осуществить такой гинекологически-маммологический скрининг, уделив должное внимание инструментальным методам диагностики (УЗИ, маммографии), не удастся в обход формирования единой службы гинекологов и маммологов. Отступить некуда: кроме гинекологов, лечить заболевания молочной железы некому, поскольку участково-территориальный принцип в нашей стране соблюдается только терапевтами и акушерами-гинекологами.

Что касается терапии диагностированных нарушений, то диффузные доброкачественные заболевания молочных желёз также находятся в ведении участкового гинеколога. Для этой цели в настоящее время применяют несколько групп препаратов (прогестагены, КОК, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов, агонисты дофамина, фитопрепараты). Например, при трансдермальном нанесении геля с гестагеном последний снижает проницаемость капилляров, нормализуя функцию железистого эпителия, в результате чего отёк тканей молочной железы спадает вместе с субъективными симптомами масталгии. А уже упоминавшийся экстракт витекса священного ещё заметнее нормализует патологические предпосылки: его дофаминергическое влияние

[Предменструальное дисфорическое расстройство переводит довольно типичную и почти бытовую ситуацию в сферу ответственности психиатра.]

на лактотрофные клетки гипофиза подавляет нежелательную секрецию пролактина, устраняя дисбаланс концентраций эстрогенов и прогестерона.

Дисбаланс жидкостей.

Почти по Гиппократу

Ещё одна «ничейная» клиническая ситуация, когда пациентка с жалобами на дискомфорт в молочных железах оказывается как бы между огней зоны профессионального интереса разных специалистов — предменструальный синдром (ПМС). По мнению проф. **Марины Борисовны Хамошиной**, у многих практикующих врачей, как акушеров-гинекологов, так и маммологов, нет однозначной тактики в отношении ПМС. Корень проблемы заключается в необычайном разнообразии проявлений заболевания и существовании определённых разночтений в том, что представляет собой предменструальный синдром и насколько вообще его нужно лечить.

Сложный симптомокомплекс нервно-психических, вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных нарушений, возникающий в предменструальные дни и исчезающий после начала менструального кровотечения у каждой четвёртой регулярно менструирующей женщины, у 4% из них достигает степени предменструального дисфорического расстройства (ПМДР)⁴, превращая довольно типичную и почти бытовую ситуацию в проблему, относящуюся к ведению большой психиатрии.

ПМС в большей степени подвержены современные горожанки, испытывающие стрессы и значительные психические

Истоки настроения

В рамках предменструального дисфорического расстройства за 2–3 дня (а иногда и раньше) до менструации в циклическом режиме у женщины падает настроение и резко ухудшается общее физическое состояние. Ухудшение состояния настолько выражено, что нарушает привычный образ жизни и даже работоспособность. С началом менструации состояние нормализуется, возникает ремиссия, которая продолжается не менее 7–12 дней. О том, насколько психиатры не готовы взять заботу о таких пациентках на себя, косвенно свидетельствует классифи-

кация данного нарушения — по DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, аналог МКБ в психиатрии)⁴ его кодируют как «Расстройство настроения неуточнённое». Кстати, в МКБ-10 нозология входит в предменструальный синдром и шифруется как N94.3 — «Синдром предменструального напряжения».

Пользуясь эпидемиологической статистикой, психиатры установили, что около 70% женщин с биполярным расстройством страдают также и ПМДР, а 30–60% женщин с предменструальной дисфорией имеют в анамнезе

большой депрессивный эпизод. Такое интригующее наложение симптомов вызывает горячие споры о том, можно ли считать ПМДР (тяжёлую форму ПМС) действительно независимым расстройством или это предменструальное обострение иных аффективных состояний⁵. В пользу первой версии свидетельствует то, что при ПМДР клинически значимы и другие признаки, типичные для ПМС, в том числе повышенная чувствительность и нагрубание молочных желёз, ощущение вздутия живота и другие циклические симптомы, связанные с задержкой жидкости в организме.

нагрузки, отмечающие постоянный недостаток времени. На течение ПМДР не влияют обострения других заболеваний. Диагноз подтверждают по итогам наблюдения за пациенткой в течение двух последовательных менструальных циклов.

Несмотря на многочисленные научные работы, этиология ПМС и ПМДР до конца не ясна до сих пор, однако кое-что всё же известно⁶. С возрастом распространённость ПМС только растёт: в 30 лет заболевание наблюдают у 47% женщин с регулярными менструациями, а в 40–49 лет (при наличии регулярных менструаций) — уже у 55%. ПМС ассоциирован с нарушениями гипоталамо-гипофизарной системы, гиперпролактинемией, сбоями в обмене минералокортикоидов, избыточным содержанием простагландинов. В целом причинно значимыми могут оказаться любые эндокринные нарушения, изменяющие баланс жидкости в организме. При этом решающим фактором оказывается не концентрация половых гормонов и нейромодуляторов, а индивидуальная реакция на колебания в течение менструального цикла и повышенная тропность рецепторов

[Эффективности КОК, содержащих дроспиренон, в терапии ПМС посвящён систематический обзор, опубликованный в феврале 2012 года.]

к стероидным гормонам. Именно такие колебания напрямую изменяют выработку и выброс многочисленных нейромедиаторов, влияющих на настроение: серотонина, катехоламинов, ГАМК, опиатов.

Подход к лечению, безусловно, должен быть комплексным. Сбалансированное питание, ограничение приёма жидкости и соли накануне менструации призваны устранить фактор дефицита важных нутриентов и минимизировать склонность к отёкам, в том числе дискомфорт в молочных железах. Нормализация режима труда и отдыха (в первую очередь сна и бодрствования) способствует устранению стрессовых влияний на гипоталамо-гипофизарную систему и чрезмерного синтеза пролактина, а умеренная и регулярная физическая нагрузка повышает адаптационные способности, нивелируя неизбежные в современной жизни нарушения её распорядка дня.

Патогенетическая фармакотерапия (наряду с психотропными препаратами для коррекции ПМДР) представлена НПВС, антиэстрогенами, агонистами дофамина, гомеопатическими веществами. Особенно целесообразно назначение КОК — с учётом репродуктивного возраста целевой группы пациенток многим из них необходима надёжная профилактика нежелательной беременности, и одновременное влияние некоторых КОК на выраженность клинических симптомов ПМС реализует **лечебный** потенциал контрацептива (и приверженность использованию такого КОК будет выше!). Хотя ПМС не считают прямым показанием к назначению КОК, уже накоплен положительный опыт их применения. Без фитотерапии (лекарственные растительные, гомеопатические препараты) зачастую бывает сложно обеспечить пациентке с ПМС удовлетворительное

качество жизни. Поскольку некоторые фитопрепараты оказывают комбинированное, патогенетически-симптоматическое действие, их целесообразно применять даже в виде монотерапии в тех случаях, когда у пациентки есть противопоказания к приёму КОК, а также при мигренях. В частности, лекарственные средства, содержащие экстракты *Vitex agnus castus* («Мастодион»), оказывают допаминергический эффект, корригируя гиперпролактинемия, устраняют дисбаланс половых гормонов и нормализуют лютеиновую фазу цикла. Именно эффективность витекса священного для монотерапии при циклической масталгии стала предметом изучения в двойном слепом плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании¹. Пациентки с дискомфортом в молочных железах, возникающим в среднем за 5 дней до начала менструации, были поделены на две группы: 48 женщин из основной группы получали по 30 капель препарата 2 раза в день, остальные 49 принимали плацебо. Уменьшение болевых ощущений, выраженное по визуальной аналоговой шкале, составило в основной группе от 21,4 до 33,7 мм, а в группе контроля — от 10,6 до 20,3 мм; таким образом, разница, демонстрирующая лечебный потенциал препарата, оказалась достоверной ($p=0,006$).

Вообще лекарственные средства на основе витекса священного изучены давно и детально. Одна из наиболее показательных работ — двойное слепое исследование с участием 121 пациентки, где действие «Мастодиона» сравнивали не только с плацебо, но и с «иконой эффективности» — гестагенами⁸. При этом интенсивность мастодинии достоверно снизилась у 74,5% пациенток, принимавших «Мастодион» в течение 3 мес. Эффективность плацебо составила 36,8%, а гестагены, фавориты в патогенетическом лечении мастопатии, смогли обеспечить 82% улучшений. Приметный случай для клинической практики, когда эффективность одного фитотерапевтического средства сопоставима с эталонным гормональным эффектом.



Эндокринные нарушения во всём многообразии проявлений и сочетаний способны превратить молочную железу в источник дискомфорта, дисфории, стресса, а без своевременного и адекватного лечения — даже привести к смертельно опасному раку. С тех пор как приказом №808н лечение заболеваний молочных желёз оказалось рекомендовано гинекологам, у миллионов женщин появился реальный шанс обрести полноценное репродуктивное здоровье под ответственным наблюдением **одного** специалиста.

Однако настоящая помощь невозможна без внедрения тотального единого гинекологического и маммологического скрининга, без патогенетической общности назначаемой терапии. В свою очередь врачам следует не только чётко понимать, но и доносить до пациенток, что пальпацию молочных желёз нельзя считать панацеей. Лишь регулярное проведение аппаратной диагностики позволяет вовремя выявить опухолевые образования. **SP**

Литература и источники:

1. 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, №8(4). P. 175–181.
2. Сметник В.П., Бутарева Л.Б. Опыт применения фитопрепарата «Циклодинон» («Агнукастон») у пациенток с недостаточностью функции жёлтого тела и гиперпролактинемией // *Пробл. репродукции*. 2005. №5. С. 1–4.
3. Kilicdag E.B., Tarim E., Bagis T. et al. Fructus agni casti and bromocriptine for treatment of hyperprolactinemia and mastalgia // *Int. J. Gynaec. Obstet*. 2004; №85(3). P. 292–293.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association, 1994.
5. Джекобсон Джеймс Л., Джекобсон Алан М. Секреты психиатрии: пер. с англ. / Под общ. ред. акад. РАМН, проф. П.И. Сидорова. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2007. С. 413–421.
6. Steiner M. et al. // *J. Clin. Psychiatry*. 2000. №61. P. 17–21.
7. Lopez L.M., Kaptein A.A., Helmerhorst F.M. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2012. №15(2) CD006586.
8. Kubista E., Müller G., Spona J. [Treatment of mastopathy with cyclic mastodynia: clinical results and hormone profile]. [Article in German] // *Gynakol. Rundsch*. 1986. №26(2). S. 65–79.



сослагательное наклонение, «Михаил Светлов» и контраверсии



Если бы Евгений Михайлович Лукашин из любимого фильма «С лёгким паром!» был не травматологом, а акушером-гинекологом, классическая фраза звучала бы так: «Каждый год в начале сентября мы с коллегами ездим в Сочи...» Это была бы другая история — с пальмами, морем и чрезвычайно интересной научной программой. Женя бы не побрился новой бритвой с «плавающими лезвиями», не съел бы заливную рыбу, не спел бы «арию» про тётю, но... Он бы увидел, как проф. В.Е. Радзинскому мэр самого летнего города нашей страны дарит лыжи, услышал, какие новости (и железно доказанные факты) припасла для коллег «золотая сотня» лидеров российского акушерства. Лукашин бы ответственно обошёл экспозицию самой современной медицинской техники и инновационных препаратов, обсудил острейшие вопросы профессии, купил экземпляр «Акушерской агрессии», отведал шедевры кулинарии от маэстро Вадима Борисенко в легендарном ресторане «Чайка», расположенном, кстати, на том самом причале, с которого отправлялись в круиз Семён Семёнович Горбунков и контрабандист Геша из совсем другой великой комедии. А непосредственный начальник Лукашина посетил бы научно-деловую программу «Г лавврач XXI века».

И главное, Евгений Михайлович привёз бы в ординаторскую магнитик на холодильник «**V Съезд прогрессивных акушеров-гинекологов, 8–11 сентября 2012 года**», точно зная, что на следующий год уже в шестой раз подряд поедет в Сочи на «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (7–10 сентября 2013 года, Зимний театр).

Увидимся в Сочи.

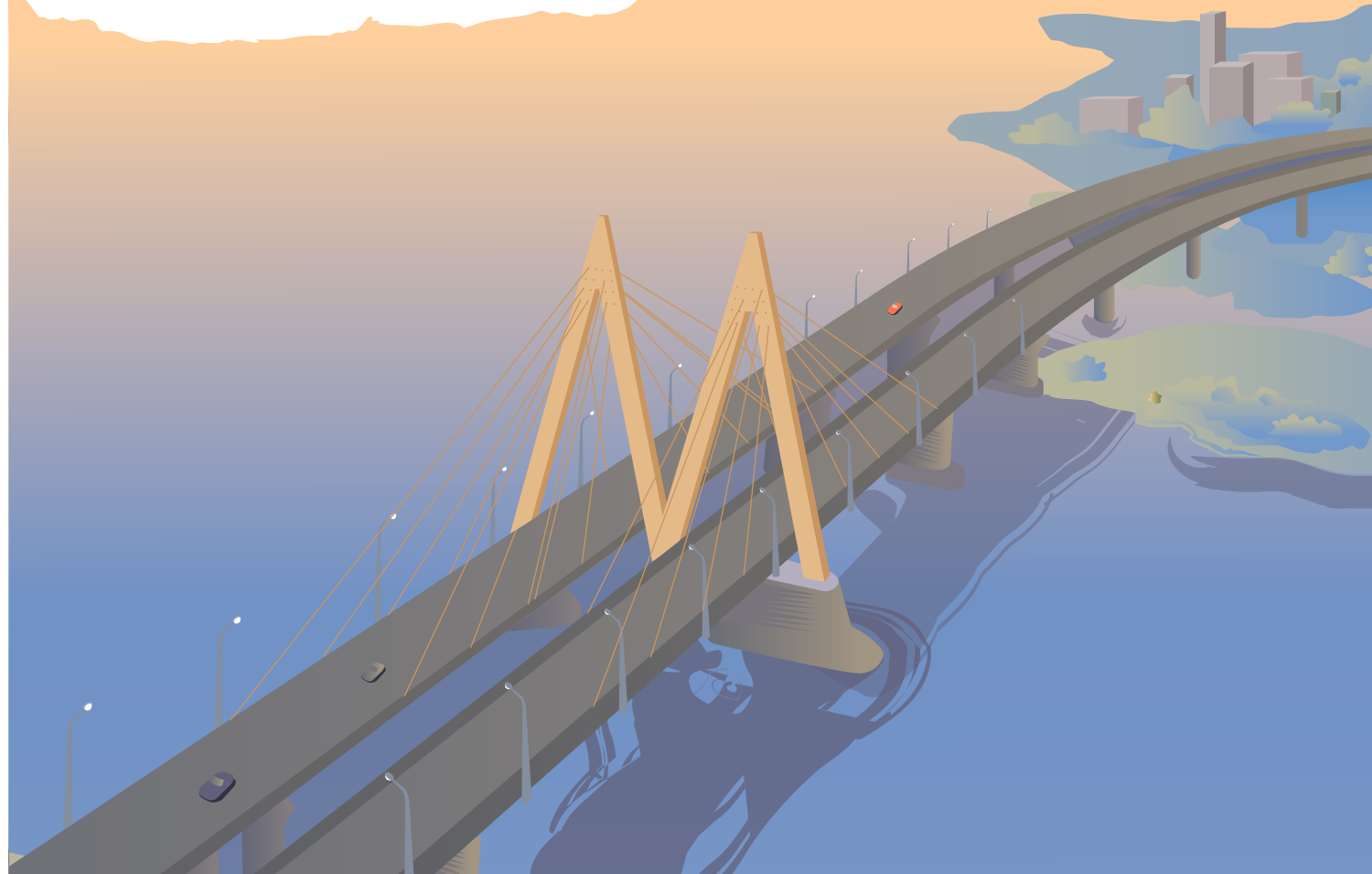


Отчёт о мероприятии, фото и видео на сайте StatusPraesens: <http://praesens.ru/542>

КАЗАНЬ

27 февраля –
1 марта 2013

16+



III ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ
ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ – ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ»
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ
Korston Hotel & Mall Kazan

Тел./факс: +7 (499) 558 0253; info@praesens.ru;
www.praesens.ru; группа ВКонтакте: vk.com/praesens



Status Praesens
Professional