

- PCR. Arch Gynecol Obstet. 2016 Jul; 294(1):109–114. doi: 10.1007/s00404-015-4007-4
17. Lev-Sagie A, De Seta F, Verstraelen H, et al. The Vaginal Microbiome: II. Vaginal Dysbiotic Conditions. J Low Genit Tract Dis. 2022; 26(1): 79–84. doi: 10.1097/LGT.0000000000000644
  18. Marconi C, Donders GG, Bellen G, et al. Sialidase activity in aerobic vaginitis is equal to levels during bacterial vaginosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013; 167(2): 205–209. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.12.003
  19. Farr A, Effendy I, Frey Tirri B, et al. Guideline: Vulvovaginal candidosis (AWMF 015/072, level S2k). Mycoses. 2021; 64(6): 583–602. doi: 10.1111/myc.13248
  20. Fan A, Yue Y, Geng N, et al. Aerobic vaginitis and mixed infections: comparison of clinical and laboratory findings. Arch Gynecol Obstet. 2013; 287(2): 329–335. doi: 10.1007/s00404-012-2571-4
  21. Donders GGG, Bellen G, Grinceviciene S, et al. Aerobic vaginitis: no longer a stranger. Res Microbiol. 2017; 168(9–10): 845–858. doi: 10.1016/j.resmic.2017.04.004
  22. Лисовская Е.В., Хилькевич Е.Г. Современные тенденции лечения бактериального вагиноза. Медицинский совет. 2018; 7: 106–111. doi: 10.21518/2079-701X-7-106-111
  23. Селихова М.С., Солтыс П.А., Смольянинов А.А. Лечение и профилактика рецидивирующих вульвовагинальных инфекций у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2021; 20(2): 58–65. doi: 10.20953/1726-1678-2021-2-58-64
  24. Sheppard C. Treatment of vulvovaginitis. Aust Prescr. 2020; 43(6): 195–199. doi: 10.18773/austprescr.2020.055
  25. Ortiz-de la Tabla V, Gutiérrez F. Cervicitis: Etiology, diagnosis and treatment. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2019; 37(10): 661–667. English, Spanish. doi: 10.1016/j.eimc.2018.12.004
  26. Доброхотова Ю.Э., Семиошина Е.О. Антисептики... Ренессанс в терапии вульвовагинальных инфекций или новые перспективы и ожидания? РМЖ. 2018; 26(2–1): 39–40. eLIBRARY ID: 35663888
  27. Donders GG, Ruban K, Bellen G. Selecting anti-microbial treatment of aerobic vaginitis. Curr Infect Dis Rep. 2015; 17(5): 477. doi: 10.1007/s11908-015-0477-6
  28. Alvendal C, Mohanty S, Bohm-Starke N, Brauner A. Anti-biofilm activity of chlorhexidine digluconate against Candida albicans vaginal isolates. PLoS One. 2020; 15(9): e0238428. doi: 10.1371/journal.pone.0238428
  29. Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Ворошилина Е.С., Кузина Т.В. Акушерство и гинекология. 2012; 2: 86–89.
  30. Прилепская В.Н., Абакарова П.Р., Мухамбеталиева Д.Д. Эффективная фармакотерапия. 2020; 16(7): 40–46. doi: 10.33978/2307-3586-2020-16-7-40-46
  31. Назарова Н.М., Некрасова М.Е., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р. Вагиниты и цервициты: выбор эффективного метода терапии (обзор литературы). Медицинский совет. 2020; 3: 17–23. doi: 10.21518/2079-701X-2020-3-17-23
  32. Plummer EL, Bradshaw CS, Doyle M, et al. Lactic acid-containing products for bacterial vaginosis and their impact on the vaginal microbiota: A systematic review. PLoS One. 2021; 16(2): e0246953. doi: 10.1371/journal.pone.0246953
  33. Cooke G, Watson C, Deckx L, et al. Treatment for recurrent vulvovaginal candidiasis (thrush). Cochrane Database Syst Rev. 2022; 1(1): CD009151. doi: 10.1002/14651858.CD009151.pub2
  34. Белова А.В., Никонов А.П. Генитальные микоплазмы (*U. parvum*, *U. urealiticum*, *M. hominis*, *M. genitalium*) в структуре инфекционных осложнений в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Альманах клинической медицины. 2015; 39: 140–150. eLIBRARY ID: 23963617
  35. Contini C, Rotondo JC, Magagnoli F, et al. Investigation on silent bacterial infections in specimens from pregnant women affected by spontaneous miscarriage. J Cell Physiol. 2018; 234(1): 100–107. doi: 10.1002/jcp.26952
  36. Horner P, Donders G, Cusini M, et al. Should we be testing for urogenital Mycoplasma hominis, Ureaplasma parvum and Ureaplasma urealyticum in men and women? - a position statement from the European STI Guidelines Editorial Board. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32(11): 1845–1851. doi: 10.1111/jdv.15146

### Информация об авторе

**Кузнецова Ирина Всеволодовна**, доктор медицинских наук, профессор, советник директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени ак. В.И. Кулакова» Минздрава России. ORCID: 0000-0001-5541-3767.

**Адрес:** 117997, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4.

## БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ПРАКТИЧЕСКИМ ПРИМЕНЕНИЕМ НА ПЕРВИЧНОМ ЭТАПЕ

Травина М.Л.<sup>1</sup>, Травин М.Т.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Российская Федерация.

**Для корреспонденции:** Травина Марина Львовна. Телефон: +7 (916) 184-67-20. E-mail: tvtmarina@yandex.ru.

**Резюме.** В работе с молочной железой на каждом этапе клинического или инструментального осмотра могут быть найдены или пропущены ключевые симптомы, которые на первый взгляд могут выглядеть одинаково, но иметь разные корни – доброкачественные или злокачественные. Малый размер опухоли и более ранняя диагностика затрудняют в ряде случаев постановку диагноза, что угрожает поздним назначением адекватного лечения на терапевтическом этапе. Именно этим вызвано наше стремление систематизировать этапы осмотра молочных желез и совершенствовать каждый диагностический этап, основанное на личном опыте и практике, а также желание поделиться наработками с коллегами. В статье представлена авторская систематизация клинического осмотра молочных желез, состоящая из 4 этапов и включающая пятибалльную оценочную шкалу (вербальная оценка боли, внешние симптомы, пальпаторный осмотр молочных желез, выделения из соска). Предложенная систематизация позволит не только увеличить эффективность клинического осмотра молочных желез, но и включить его в анализ динамического контроля органа во временном промежутке или после консервативного лечения.

**Ключевые слова:** обследование молочной железы, пальпация молочной железы, выделения.

**Для цитирования:** Травина М.Л., Травин М.Т. Балльная оценка клинического осмотра молочных желез с практическим применением на первичном этапе // Women's Clinic. 2022; 1: 75–84.

## A POINT ASSESSMENT OF A CLINICAL EXAMINATION OF THE MAMMARY GLANDS WITH PRACTICAL APPLICATION AT THE PRIMARY STAGE

Travina M.L.<sup>1</sup>, Travin M.T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation.

**For correspondence:** Travina Marina L. Phone: +7 (916) 184-67-20. E-mail: tvtmarina@yandex.ru.

**Summary.** In working with the mammary gland, at each stage of clinical or instrumental examination, key symptoms may be found or missed, which, at first glance, may look the same, but have different roots – benign or malignant. The small size of the tumor and earlier diagnosis make it difficult in some cases to make a diagnosis, which threatens the late appointment of adequate treatment at the therapeutic stage. This is the reason for our desire to systematize the stages of breast examination and improve each diagnostic stage based on personal experience and practice, as well as the desire to share best practices with colleagues. The article presents the author's systematization of the clinical examination of the mammary glands, consisting of 4 stages and including a five-point evaluation scale (verbal assessment of pain, external symptoms, palpation of the mammary glands, nipple discharge). The proposed systematization will not only increase the effectiveness of the clinical examination of the mammary glands, but also include it in the analysis of the dynamic control of the organ in the time interval or after conservative treatment.

**Key words:** breast examination, breast palpation, discharge.

**For citation:** Travina M.L., Travin M.T. A point assessment of a clinical examination of the mammary glands with practical application at the primary stage. Women's Clinic. 2022; 1: 75–84.

### Актуальность

Клиническое обследование молочной железы, включающее визуальное и мануальное исследования, представляет собой важный этап в ранней диагностике

доброкачественных изменений и заболеваний органа, при этом первостепенное значение имеют результаты инструментальной диагностики, в частности маммограммы и ультразвукового исследования. Однако не

стоит сбрасывать со счетов первичный этап клинического осмотра, который имеет не меньшую ценность и значимость.

Согласно приказу Минздрава России № 1130н от 2020 г.<sup>1</sup>, врач – акушер-гинеколог, прошедший курс повышения квалификации по избранным вопросам маммологии, обязан делать осмотр и контролировать состояние молочных желез пациенток. Однако на этом этапе возникает ряд вопросов, в частности следующие: насколько врач-гинеколог должен довольствоваться плановыми заключениями от проведенных по графику и по возрасту инструментальных исследований у данной пациентки; за какой этап обследования несет ответственность именно клиницист?

Клинический осмотр включает в себя сбор жалоб, оценку внешних симптомов, пальпаторную диагностику тканей молочных желез и аксиллярных зон, а также контроль за наличием выделений из соска. Систематизация данных клинического осмотра позволит не пропустить какой-либо этап осмотра, проанализировать необходимость внепланового инструментального осмотра молочных желез и оценить динамику состояния от назначенного консервативного лечения.

#### Систематизация этапов осмотра молочных желез для специалистов первичного звена и экспертной комиссии. Авторская разработка

Представляем вам систематизацию этапов осмотра молочных желез, разработанную авторами для широкого круга врачей – от первичного звена до экспертного совета.

Клинический осмотр молочных желез включает 4 этапа:

- 1) вербальная оценка боли в молочной железе;
- 2) внешние симптомы;
- 3) пальпаторный осмотр молочных желез и аксиллярных лимфоузлов;
- 4) выделения из соска.

**Первый этап.** Этот этап направлен на оценку жалоб пациентки на боли в области молочной железы, при этом игнорирование данной ступени осмотра может привести к постановке неправильного диагноза, невозможности отследить в динамике эффективность назначенного лечения либо назначению неадекватного лечения. Болезненность молочных желез, с одной стороны, является симптомом, с другой стороны, ухудшает качество жизни женщины, что само по себе является фактором, провоцирующим пролиферативные процессы в молочной железе через призму изменения общего гормонального фона. К тому же бо-

лезненность молочных желез в той или иной степени может показывать активность дисгормональных процессов непосредственно в тканях органа.

Учитывая анамнез и жалобы пациентки, а также неоспоримый факт индивидуальности порога болевой чувствительности, врач предлагает женщине самостоятельно выставить баллы по пятибалльной вербальной шкале оценки боли. При этом баллам от 0 до 4 соответствуют признаки [1]: 0 баллов – нет болезненности; 1 балл – слабая боль; 2 балла – боль средней интенсивности; 3 балла – сильная боль; 4 балла – очень сильная боль.

**Второй этап.** Этот этап подразумевает визуальный (внешние симптомы) осмотр молочных желез с последующей его оценкой. Для осмотра молочных желез врач просит пациентку раздеться до пояса, что дает ему возможность правильно осмотреть молочные железы, оценить их симметричность, целостность кожного покрова на молочной железе и под ней, а также исключить гиперемии кожи. Натяжение кожи при смене положения рук пациенткой (поднятие вверх) помогает обнаружить определенные симптомы, которые могут указывать на зоны с фиксированием тканей. Все визуально выявленные симптомы делятся на группы: явления дисморфизма (врожденные аномалии), воспалительные симптомы (острые состояния), подозрительные симптомы (возможны при онкологических процессах).

Дисморфизм (нарушения анатомического строения человека) выявляется именно при визуальном осмотре. Наиболее частые аномалии: асимметрия молочных желез, реж гипомастия, тубулярные молочные железы, амастия; полителия, реж ателлия; добавочная молочная железа в аксиллярной зоне, полимастия; койломастия [2]. Воспалительные процессы имеют при визуальном осмотре яркую клиническую картину (краснота на коже, отечность кожи и увеличение размера молочной железы), которую при длительном и неэффективном лечении следует дифференцировать с маститоподобным раком, рожей или туберкулезом молочной железы.

К подозрительным симптомам, которые можно выявить при визуальном осмотре [3], относятся:

1. Локальное взбухание контура железы из-за активного разрастания или отека тканей внутри (может наблюдаться при раке молочной железы, фиброаденоме, узловой мастопатии, кисте с воспалением).
2. Локальное втяжение, или симптом «площадки», которое наблюдается при прорастании опухоли

к слоям дермы или мышце, укорочении связок Купера и фиксации их к опухолевому очагу, что также уменьшает подвижность тканей и создает видимые дефекты контура молочной железы. Данные состояния могут быть следствием травмы или предыдущих оперативных вмешательств с образованием рубцовых деформаций, что может привести к гипердиагностике.

3. Отечность кожи и появление симптома «лимонной корки» (характерно для онкологического процесса вследствие закупорки лимфатических сосудов метастазами опухоли, но очень редко это может быть симптомом аллергической реакции, воспалительного процесса или поверхностной травматизации кожи).

4. Изъязвление соска, особенно в пожилом возрасте, может быть симптомом рака Педжета, но также и проявлением экземы соска, атеромы соска, гиперкератоза соска, герпеса, микоза.

Внешние симптомы, выявленные при осмотре, кодируются доктором по 5-балльной шкале от 0 до 4:

0 баллов – молочные железы симметричные, сосково-ареолярный комплекс развит правильно (нет данных для того, чтобы заподозрить какие-либо патологии в молочной железе по внешнему виду);

1 балл – дисморфизмы (аномалии развития: полителия, полимастия, койломастия, гипомастия, амастия, тубулярные молочные железы, т. е. патология, не связанная с пролиферативными процессами);

2 балла – асимметрия молочных желез, макромастия, рубцовые деформации (данные симптомы необходимо уточнять с пациентом, в частности время или причины их появления);

3 балла – покраснение, изъязвление, нарушение целостности кожи на молочной железе или соске (есть симптоматика, более характерная для острых состояний или кожных процессов, необходимо лечение);

4 балла – нарушение контура железы и выявление участков втяжения, симптома «площадки», взбухания (симптомы могут сопровождать онкологические процессы в молочной железе, необходима дополнительная диагностика).

**Третий этап.** Пальпаторное обследование является третьим обязательным этапом в осмотре. Бимануальное исследование молочных желез не систематизировано, за счет чего теряет свою информативность как на первичном приеме, так и в рамках оценки состояния при контрольном визите. В литературе можно найти ссылки на описание пальпаторного восприятия узловых форм патологических процессов в молочной железе: их подвижности, контуров, формы, размера, локализации, но без учета фоновой плотности железы [4]. Молочная железа в норме – это мягкоэластичный орган, чуть плотнее в молодом

возрасте, вернее, в подростковом, на фоне активного роста и формирования органа, более мягкий в климактерическом возрасте, при затухании естественного гормонального фона. Диффузные дисгормональные процессы сопровождаются плотностью тканей с двух сторон. Узловые патологии характеризуются локальной плотностью:

- киста в зависимости от размера создает тканевую плотность и чувствительность при пальпации, при больших размерах пальпируется образование мягкоэластичное с эффектом «батута»: при нажатии на один полюс второй край поднимается вверх; исключением является киста с воспалением, которая за счет перифокального отека тканей образует локальную плотность с четкими контурами;
- фиброаденома, липома – плотное, часто подвижное относительно окружающей ткани образование с четкими контурами;
- внутрипротоковая патология не может быть выявлена при пальпации, исключением является опухоль больших размеров;
- рак молочной железы за счет активного роста создает локальную, спаянную с окружающей тканью плотность без четких контуров, с неоднородной бугристой поверхностью (в зависимости от вида рака молочной железы пальпаторные характеристики могут различаться и быть схожи с доброкачественными патологиями).

Выявляя плотные молочные железы, мы выявляем измененные ткани с пролиферативной активностью, что может быть одним из первых появившихся или выявленных симптомов патологии в молочной железе [5]. Существуют два метода мануального обследования, или, скорее, два этапа.

1. Врач прижимает фаланги своих пальцев рук к грудной клетке пациентки через ее молочные железы. Смещая положение рук по всей железе (скользя по коже), определяет однородность тканей. При обнаружении плотности сравнивает ее с зонами осматриваемой железы и симметричной зоной контралатеральной стороны. При большом размере молочной железы врач кладет грудь пациентки на свою левую ладонь, правую ладонь располагает поверх железы, далее мелкими круговыми движениями между своими ладонями проводит пальпаторное исследование всей площади груди. Как указывалось выше, обязательной является проверка тканей вокруг железы: проводя фалангами пальцев по грудной клетке, врач исключает участки нетипичной локализации опухоли. Проверка аксиллярных зон также входит в первый этап обследования.

<sup>1</sup>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”». Режим доступа: <https://base.garant.ru/74840123/>. Дата обращения: 15.01.2022.



2. Второй метод бимануального обследования молочной железы – «симптом складки». Обе руки врача участвуют в осмотре сначала одной, затем второй железы. Врач устанавливает большие пальцы на грудную клетку, а остальными четырьмя захватывается участок ткани, и таким образом, благодаря перебору пальцев, складка продвигается по молочной железе. Толщина складки увеличивается, если при пальпации внутри железы обнаруживается более плотная ткань, что сигнализирует об отеке или наличии местной патологии. Зоны плотности с целью дифференциальной диагностики рекомендуется сравнивать с контралатеральной стороной.

Мануальная плотность молочных желез кодируется врачом по пятибалльной шкале в интервале от 0 до 4 баллов:

0 баллов – мягкая, однородная ткань с двух сторон, складка 1–4 см, свободно прокатывается с двух сторон (ткань эластичная, здоровая);

1 балл – равномерная плотность ткани по всей железе, складка более 4–5 см; равномерная плотность не дает ответа на вопрос, какой компонент преобладает в железе: жировой или железистый, не исключает узловой патологии, при этом может являться нормой для данной пациентки;

2 балла – плотная ткань в верхненаружном квадранте с контурированием края железы и средней равномерной плотностью остальных квадрантов; складка 3–4 см; неравномерная плотность по железе с более выраженной плотностью в верхненаружных квадрантах характерна для дисгормональных изменений в тканях (эти квадранты анатомически содержат большее количество железистой ткани, которая изменяется под действием дисгормональных процессов, что проявляется повышенной плотностью);

3 балла – плотная неоднородная ткань, нет возможности провести исследование с формированием складки (чем больше плотность при пальпации и меньше эластичность тканей, тем выше риск активных пролиферативных процессов);

4 балла – локальная плотность (впервые выявленная локальная плотность может указывать на патологический очаг!).

**Четвертый этап.** Обследование молочной железы на наличие выделений из соска является четвертым, заключительным и обязательным этапом в клиническом обследовании молочной железы. Любой секрет, исключая период беременности и лактации, является симптомом патологического состояния – от функциональной гиперпролактинемии, незавершенной лактации, дисгормональных состояний до патологических образований в протоке [6]. Для правильного

обследования необходимо установить указательный и большой пальцы руки у основания соска, сблизить их между собой и вывести кнаружи; повторить манипуляцию на данном соске, поменяв положение пальцев на 90 градусов, затем в таком же порядке провести обследование контралатеральной стороны. Выделения можно оценить визуально по цвету [7], консистенции, обильности, а также методом цитологического исследования.

Оценка выделений из соска по цвету:

- белые, прозрачные, желтые выделения могут свидетельствовать о функциональной или истинной гиперпролактинемии, или незавершенной лактации;
- любые оттенки зеленого характерны для дисгормональных, длительно существующих состояний в молочной железе с присоединением патогенной флоры (имеются сообщения [8] о повышении рисков аутоиммунных процессов в протоках на фоне хронического секрета в тканях молочной железы);
- янтарный цвет требует дифференциальной диагностики сукровичных выделений с двухкомпонентными (когда молозивные выделения распадаются на фракции: жир и белковый компонент). Необходимо цитологическое дообследование: если данные за опухоль отсутствуют, то лечение ведется по протоколу дисгормонального процесса; при выявлении элементов крови или клеток опухоли – дальнейшее обследование;
- кровянистые, бурые, коричневые выделения требуют обязательного цитологического исследования. На данном этапе ведется начальная диагностика доброкачественного состояния в протоке или онкологического процесса.

Оценка выделений из соска по консистенции: жидкие, густые, двухкомпонентные (чем меньше вязкость выделений, тем больше шансов к их резорбции протоковым эпителием).

Оценка выделений из соска по их обильности: скудные, обильные, струйные (могут влиять на плотность железы, быть симптомом активности дисгормональных процессов).

Выделения из сосков молочной железы кодируются врачом по пятибалльной системе в интервале от 0 до 4 баллов:

0 баллов – отсутствие выделений из сосков на момент осмотра;

1 балл – прозрачные, молозивные или двухкомпонентные (могут являться симптомом функциональной гиперпролактинемии, не являются симптомом внутритрипротоковой патологии);

2 балла – серозные выделения (хронический дисгормональный процесс, чаще из нескольких протоков с двух сторон, одинаковые выделения);

Таблица 1. Балльная оценка клинического осмотра молочных желез врачами первичного звена [9]

Отдельные этапы осмотра	Характеристика симптомов	Баллы	Результат	
Жалобы	Нет боли	0		
	Слабая боль	1		
	Боль средней интенсивности	2		
	Сильная боль	3		
	Очень сильная боль	4		
Внешние симптомы	Молочные железы и сосково-ареолярный комплекс развиты правильно, молочные железы симметричные	0		
	Аномалии развития: полителия, полимастия, койломастия, гипомастия, амастия (все состояния наблюдаются с подросткового возраста)	1		
	Макромастия, асимметрия, рубцовые деформации	2		
	Покраснение, изъязвление, нарушение целостности кожи на молочной железе или соске	3		
	Втяжение, симптом «площадки», выбухание	4		
	Пальпаторное исследование	Мягкая равномерная ткань с двух сторон. Складка 1–3 см, свободно прокатывается во всех квадрантах и во всех направлениях	0	
		Равномерная плотность по всей железе, складка 3–4 см	1	
		Плотная ткань в верхненаружном квадранте с контурированием края железы и средней равномерной плотностью остальных квадрантов, складка 4–5 см	2	
		Плотная неоднородная ткань, нет возможности провести исследование с формированием складки	3	
	Выделения	Локальная плотность или локальное увеличение складки более чем в 2 раза по сравнению с другими отделами молочной железы	4	
Отсутствуют		0		
Прозрачные или молозивные, двухкомпонентные (густые)		1		
Серозные		2		
Бурые		3		
	Кровянистые, янтарные, коричневые	4		

3 балла – бурые выделения (нельзя полагаться на динамический контроль, данное состояние требует дообследования, особенно если выделения выявлены с одной стороны и из одного протока: необходимо цитологическое исследование для исключения внутритрипротоковой патологии);

4 балла – кровянистые, янтарные, коричневые (обязательное дообследование).

Подводя итог каждому этапу осмотра молочной железы и систематизируя полученные данные [9], врач суммирует полученные баллы: при общей сумме 0 баллов делается вывод, что данные для внепланового обследования пациентки отсутствуют; при сумме баллов от 1 до 2 достаточно консультации гинеколога, внепланового дообследования не требуется; при

сумме баллов от 3 и более рекомендуются дополнительные инструментальные обследования и консультация онколога-маммолога (табл. 1).

### Клиническая оценка предложенной системы осмотра

С целью проверки опросника для балльной оценки клинического осмотра молочных желез нами было проведено исследование в группе пациентов репродуктивного возраста (18–45 лет) с диагнозом «Фиброзно-кистозные изменения» [10, 11]. Синдромальное понятие «фиброзно-кистозные изменения» характеризуется широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочных желез с аномальным соотношением эпителиального

**Таблица 2.** Данные клинического осмотра основной и контрольной групп с использованием балльной оценки клинического осмотра молочных желез

Оценка в баллах на этапах осмотра	Обследованные пациентки	
	Основная группа, n = 29	Контрольная группа, n = 18
<b>Жалобы</b>		
0	2	2
1	8	4
2	9	8
3	7	3
4	3	1
<b>Внешние симптомы</b>		
0	24	16
1	3	1
2	2	1
3	Пациентки с данными симптомами в исследование не включались	
4		
<b>Пальпаторное исследование</b>		
0	6	4
1	15	7
2	5	5
3	3	2
4	Пациентки с данными симптомами в исследование не включались	
<b>Выделения</b>		
0	4	3
1	8	3
2	17	12
3	Пациентки с данными симптомами в исследование не включались	
4		

и железистого компонентов, а также тканевыми гормональными нарушениями, активацией процессов ангиогенеза, воспаления и развитием окислительного стресса на фоне перекисидации липидов и антиоксидантной недостаточности [12, 13].

Лечение подобных форм мастопатий, как правило, консервативное. В последние годы наблюдается увеличение частоты использования препаратов растительного происхождения для терапии дисгормональных состояний молочной железы с отмеченным положительным результатом [14, 15]. Учитывая эти обстоятельства, мы провели исследование эффективности предложенного диагностического инструмента в динамике в группах женщин, получавших и не получавших терапию фиброзно-кистозной мастопатии.

На этапе включения в исследование всем пациенткам проводилось клинико-инструментальное обследование с целью подтверждения диагноза фиброзно-кистозных изменений. Далее участницы исследования

были **рандомизированы** в две группы; окончательный анализ данных проводился среди 47 женщин, завершивших исследование и явившихся на контрольный клинический осмотр через 3 месяца. Основная группа включила **29 пациенток, принимавших препарат Мастодион®** по 1 таблетке 2 раза в день в течение трех месяцев, контрольная группа – 18 пациенток, не получавших терапии. Всем женщинам был выполнен клинический осмотр с использованием балльной системы.

Мастодион® – лекарственный растительный препарат, созданный по запатентованной концепции phytonceering®. Основным компонентом препарата является *Vitex Agnus Castus* (Витекс священный). Также в состав входят стеблелист василистниковидный, цикламен европейский, чилибуха игнация, ирис разноцветный и лилия тигровая.

Ведущим действием препарата Мастодион® является дофаминергическое, благодаря которому он нор-

**Таблица 3.** Данные клинического осмотра контрольной и основной (через 3 месяца приема препарата Мастодион®) групп с использованием балльной оценки

Оценка в баллах на этапах осмотра	Обследованные пациентки	
	Основная группа, n = 29	Контрольная группа, n = 18
<b>Жалобы</b>		
0	11	2
1	9	6
2	6	6
3	3	2
4	0	2
<b>Внешние симптомы</b>		
0	24	16
1	3	1
2	2	1
<b>Пальпаторное исследование</b>		
0	12	4
1	12	7
2	4	4
3	1	3
<b>Выделения</b>		
0	6	2
1	6	2
2	17	14

мализует повышенный уровень пролактина и способствует устранению дисбаланса половых гормонов [17, 18, 19]. Дополнительное положительное влияние оказывают доказанные в клинических исследованиях антиоксидантные эффекты препарата [20], а также подтвержденная *in vitro* способность Витекса священного взаимодействовать с опиоидными рецепторами [21, 22]. Результаты рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований подтвердили высокую эффективность препарата Мастодион® в уменьшении масталгии/мастодинии [19].

В процессе исходного обследования с использованием балльной системы были получены следующие данные (табл. 2).

В основной группе (n = 29) у 2 (6,9 %) пациенток жалоб не было, 8 (27,6 %) женщин испытывали слабую боль, 9 (31 %) – боль средней интенсивности, 7 (24,1 %) – сильные боли и 3 (10,3 %) пациентки – очень сильные боли. В контрольной группе (n = 18) у 2 (11,1 %) участниц жалоб не было, 4 (22,2 %) женщины испытывали слабую боль, 8 (44,4 %) – боль средней интенсивности, 3 (16,7 %) – сильные боли и 1 (5,6 %) пациентка жаловалась на очень сильные боли.

При оценке внешних симптомов в основной группе у 24 (82,8 %) женщин было установлено пра-

вильное развитие сосково-ареолярного комплекса и молочных желез, у 3 (10,3 %) пациенток выявлена полителия и еще у 2 женщин – макромastia (3,4 %) и асимметрия (3,4 %). В контрольной группе аномалии развития не были обнаружены у 16 (88,9 %) пациенток, у 2 женщин выявлены полителия (5,6 %) и макромastia (5,6 %).

Пальпаторное исследование молочных желез продемонстрировало следующие результаты. У 6 (20,7 %) пациенток основной группы молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1–3 см, у 15 (51,7 %) – равномерно плотными со складкой 3–4 см, у 5 (17,2 %) женщин верхненаружный квадрант молочных желез был более плотный со складкой 4–5 см, у 3 (10,3 %) пациенток из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна. В контрольной группе у 4 (22,2 %) пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1–3 см, у 7 (38,9 %) – равномерно плотными со складкой 3–4 см, у 5 (27,8%) женщин верхненаружный квадрант молочных желез был более плотный со складкой 4–5 см и у 2 (11,1 %) пациенток из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна. Пациентки с локальной плотностью отправлялись на дообследование и не участвовали в данном исследовании.

При оценке выделений в основной группе у 4 (13,8 %) пациенток выделения не были обнаружены, у 8 (27,6%) были выявлены молозивные или прозрачные выделения и у 17 (58,6 %) наблюдались серозные выделения. В контрольной группе у 3 (16,7 %) пациенток выделений не было, у 3 (16,7 %) наблюдались прозрачные или молозивные выделения и у 12 (66,7 %) – серозные выделения. Пациентки с бурыми или кровянистыми выделениями не участвовали в данном исследовании.

Через 3 месяца пациентки были повторно обследованы с использованием балльной оценки клинического осмотра молочных желез (табл. 3).

При оценке болезненности молочных желез в основной группе у 11 (37,9 %) пациенток жалоб не было, 9 (31,0 %) женщин испытывали слабую боль, 6 (20,7 %) – боль средней интенсивности, 3 (10,3 %) – сильные боли, жалоб на очень сильные боли не предъявлял никто. В контрольной группе у 2 (11,1 %) пациенток жалоб не было, 6 (33,3 %) пациенток испытывали слабую боль, 6 (33,3 %) – боль средней интенсивности, 2 (11,1 %) – сильные боли и у 2 (11,1 %) женщин отмечались очень сильные боли.

При оценке внешних симптомов в результатах основной и контрольной групп динамики не обнаружено. Пальпаторное исследование молочных желез продемонстрировало следующие результаты. В основной группе у 12 (41,4 %) пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1–3 см, у 12 (41,4 %) – равномерно плотными со складкой 3–4 см, у 4 (13,8 %) пациенток верхненаружный квадрант молочных желез был более плотный со складкой 4–5 см и у 1 (3,4 %) пациентки из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна. В контрольной группе у 4 (22,2 %) пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1–3 см, у 7 (38,9 %) – равномерно плотными со складкой 3–4 см, у 4 (22,2 %) женщин верхненаружный квадрант молочных желез был более плотный со складкой 4–5 см и у 3 (16,7 %) пациенток из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна.

При оценке выделений в основной группе у 6 (20,7 %) пациенток выделения не были обнаружены, у 6 (20,7 %) были выявлены молозивные или прозрачные выделения и у 17 (58,6 %) сохранились серозные выделения. В контрольной группе у 2 (11,2 %) пациенток выделений не было, у 2 (11,2 %) наблюдались прозрачные или молозивные выделения и у 14 (77,8 %) – серозные выделения.

Полученные данные свидетельствуют о положительной динамике в группе пациенток, принимавших препарат Мастодинон®, при тенденции к усугубле-

нию симптомов среди женщин контрольной группы, не получавших лечения.

Анализ клинических характеристик показывает, что эффект от приема препарата Мастодинон® в наибольшей степени достигался в отношении масталгии. В результате трехмесячного курса лечения оценка «очень сильная боль» у 3 пациенток перешла в категорию «сильная боль», тогда как в контрольной группе число пациенток с жалобами на очень сильную боль увеличилось с 1 до 2. Пациентки с исходными жалобами на сильную боль ( $n = 7$ ) после курса приема препарата Мастодинон® отмечали боль средней интенсивности ( $n = 6$ ) или слабую боль ( $n = 1$ ); в контрольной группе снижения выраженности сильной боли не отмечалось. Из 9 пациенток основной группы с исходными жалобами на боль средней интенсивности у 8 сохранилась слабая боль, у 1 боль полностью исчезла; боль слабой интенсивности у 8 пациенток исчезла полностью. Число пациенток с жалобами на боль слабой и средней интенсивности не изменилось, спонтанной регрессии боли не было отмечено ни в одном случае. Таким образом, наши данные показали высокую эффективность приема препарата Мастодинон® в отношении боли по сравнению с отсутствием лечения.

Положительная динамика наблюдалась также при оценке результатов пальпации молочных желез. В основной группе только у 1 из 3 пациенток с затруднительной пальпацией молочных желез из-за высокой плотности сохранился исходный статус; в контрольной группе, напротив, число таких пациенток возросло с 2 до 3 человек. В обеих группах количество пациенток с повышенной плотностью в верхненаружном квадранте и со складкой 4–5 см сократилось с 5 до 4, но если в основной группе оценка пациенток перешла в разряд «равномерная плотность», то в контрольной группе – в разряд «невозможность пальпации из-за высокой плотности». В результате число пациенток с равномерной плотностью молочной железы и со складкой 3–4 см в основной группе выросло до 12, а в группе контроля не изменилось. Наконец, в основной группе вдвое увеличилось количество женщин с мягкими молочными железами и равномерным симптомом складки 1–3 см при отсутствии изменений в контрольной группе. Таким образом, Мастодинон® показал свою эффективность в отношении состояния молочных желез, оцененного по результатам пальпации, по сравнению с отсутствием лечения, сопровождавшимся тенденцией к ухудшению статуса пациенток.

В меньшей степени реагировали на применяемую терапию выделения из сосков молочных желез. Тем не менее в группе контроля наблюдалась отчетливая отрицательная динамика по увеличению числа паци-

енток с серозными выделениями при сокращении с 3 до 2 числа женщин, у которых исходно выделения не были отмечены. В основной группе количество пациенток с серозными выделениями осталось неизменным, но уменьшилось число женщин с молозивными выделениями и выросло с 4 до 5 число пациенток без выделений.

Принимая во внимание полученные данные, можно сделать вывод, что прием препарата Мастодинон® в течение 3 месяцев оказывает выраженный болеутоляющий эффект за счет купирования отежности тканей и одновременного влияния на психоэмоциональную сферу женщины. Уменьшение отежности улучшает результаты пальпаторного обследования молочных желез, что облегчает клиническую диагностику, в том числе при использовании балльной оценки клинического осмотра молочных желез. Краткосрочное применение препарата Мастодинон® оказывает незначительное влияние на гиперсекрецию молочных желез, и этот эффект значим только при галакторее. Увеличение продолжительности курсового лечения может оказать более выраженное действие и в данном аспекте, но это требует подтверждения в клинических исследованиях.

## Заключение

В работе с пациентками, имеющими проблемы с молочной железой, на каждом этапе клинического или инструментального осмотра могут быть найдены или пропущены ключевые симптомы, идентичные на первый взгляд, но имеющие разные корни – доброкачественные или злокачественные. Малый размер опухоли и более ранняя диагностика порой затрудняют постановку диагноза и отсрочивают терапевтические вмешательства. Именно этим вызвано наше стремление к систематизации этапов осмотра молочных желез, совершенствованию каждого диагностического этапа, основанное на личном опыте и практике, и желание поделиться своим опытом с коллегами.

Проведенное нами трехмесячное наблюдение за пациентками, принимающими растительный комплексный препарат Мастодинон®, показало, что даже такой краткосрочный курс лечения достаточен для купирования или уменьшения жалоб на масталгию со стороны пациенток, скорее всего, связанного со снижением отежности тканей, напрямую влияющим на редукцию боли и пальпаторной плотности тканей. Также отмечен антисекреторный эффект при галакторее, что удалось выявить и оценить именно благодаря балльной оценке клинического осмотра молочных желез, которая может с успехом применяться не только для первичной оценки статуса пациенток, но и для контроля эффективности терапии.

## Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

## Литература

- Karcioglu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? Am J Emerg Med. 2018; 36(4): 707–714. doi: 10.1016/j.ajem.2018.01.008
- Lemaine V, Simmons PS. The adolescent female: Breast and reproductive embryology and anatomy. Clin Anat. 2013; 26(1): 22–28. doi: 10.1002/ca.22167
- Provencher L, Hogue JC, Desbiens C, et al. Is clinical breast examination important for breast cancer detection? Curr Oncol. 2016; 23(4): e332–339. doi: 10.3747/co.23.2881
- Jesinger RA. Breast anatomy for the interventionalist. Tech Vasc Interv Radiol. 2014; 17(1): 3–9. doi: 10.1053/j.tvir.2013.12.002
- Патент РФ на изобретение RU 2746062 C1. Травина М.Л., Попов А.Г., Травин М.Т. Способ диагностики молочной железы на первичном этапе мануального обследования молочной железы. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45809530>. Дата обращения: 15.01.2022.
- Sajadi-Ernazarova KR, Sugumar K, Adigun R. Breast Nipple Discharge. 2021. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. PMID: 28613688.
- Патент РФ на изобретение RU 2620159 C1. Травина М.Л., Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С. и др. Способ экспресс-диагностики заболеваний молочных желез. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38264667>. Дата обращения: 15.01.2022.
- Chen J, Douglass J, Prasath V, et al. The microbiome and breast cancer: a review. Breast Cancer Res Treat. 2019; 178(3): 493–496. doi: 10.1007/s10549-019-05407-5
- Патент РФ на изобретение RU 2745583 C1. Травина М.Л., Попов А.Г., Травин М.Т. Способ оценки молочной железы при клиническом обследовании врачами первичного звена. Режим доступа: <https://patenton.ru/patent/RU2745583C1>. Дата обращения: 15.01.2022.
- Рожкова Н.И., Меских Е.В. Оценка эффективности фитотерапии мастодиноном и гелариумом у больных с диффузными формами мастопатий // Опухоли женской репродуктивной системы. 2008; 4: 46–47.
- Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S. Benign Breast Disease in Women. Dtsch Arztebl Int. 2019; 116(33–34): 565–574. doi: 10.3238/arztebl.2019.0565



12. Корженкова Г.П. Фиброзно-кистозная мастопатия: вариант нормы или болезнь? // Онкогинекология. 2012; 3: 46–55. eLIBRARY ID: 22559191
13. Сутурина Л.В., Попова Л.Н. Динамика клинических симптомов и коррекция антиоксидантной недостаточности у женщин с диффузной мастопатией при использовании растительного препарата мастодинон // Акушерство и гинекология. 2012; 8(1): 56–59. eLIBRARY ID: 18201984
14. Мусина Е.В., Коган И.Ю. Тактика ведения больных с мастопатией // CONSILIUM MEDICUM. 2014; 16(6): 78–82. eLIBRARY ID: 21975441
15. Polish Gynaecologic Society. Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie zastosowania leku Mastodynon w ginekologii [Recommendation of the Polish Gynaecologic Society Experts concerning application of Mastodynon in gynaecology?]. Ginekol Pol. 2013; 84(2): 157–159. Polish. PMID: 23668065.
16. van Die MD, Burger HG, Teede HJ, Bone KM. Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials. Planta Med. 2013; 79(7): 562–575. doi: 10.1055/s-0032-1327831
17. Kilicdag EB, Tarim E, Bagis T, et al. Fructus agni casti and bromocriptine for treatment of hyperprolactinemia and mastalgia. Int J Gynaecol Obstet. 2004, 85(3): 292–293.
18. Halaska M, Beles P, Gorkow C, Sieder C. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a Vitex agnus castus extract: result of a placebo-controlled double-blind study // The Breast. 1999. Vol. 8. P. 175–181.
19. Wuttke W. et al. Treatment of cyclical mastalgia with a medicinal product containing Agnus Castus. Geburtsh u Frauenheilk 57. 1997. P. 569–574.
20. Сутурина Л.В., Попова Л.Н. Динамика клинических симптомов и коррекция антиоксидантной недостаточности у женщин с диффузной мастопатией при использовании препарата Мастодинон // Акушерство и гинекология. 2012; 8(1): 56–59.
21. Webster DE, He Y, Chen SN, et al. Opioidergic mechanisms underlying the actions of Vitex agnus-castus L. Biochem Pharmacol. 2011; 81(1): 170–177.
22. 17<sup>th</sup> International Congress Phytopharm 2013: Vienna, July 8–10, 2013: receptor Targeting Activities for Vitex Agnus Castus Dry Extract (BNO 1095) as active component of Agnucaston.

### Информация об авторах

**Травина Марина Львовна**, кандидат медицинских наук, доцент, врач-рентгенолог ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Травин Максим Тимурович**, врач – хирург-маммолог, онколог, специалист УЗИ-диагностики.

**Адрес:** 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1.