

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 13 (1780)

**Роль врачей первичного звена медико-санитарной помощи – врачей общей практики (семейных врачей) в своевременной диагностике и лечении мастопатии с целью профилактики и раннего выявления рака молочной железы трудно переоценить. Именно в их обязанность входит большой раздел лечебно-профилактической работы на участке, так как они ближе всех к семье, семейному анамнезу и здоровью членов семьи.**

Согласно квалификационной характеристике, врач общей практики (семейный врач) должен осуществлять профилактику, диагностику и лечение наиболее распространенных заболеваний, в том числе заболеваний молочной железы. В группу заболеваний молочной железы относят мастопатию и рак молочной железы.

Мастопатия – это частое заболевание у женщин, и оно является очень опасным в плане онкологической трансформации процесса. Своевременное выявление, правильное лечение данной патологии поможет снизить количество запущенных форм рака молочной железы и сохранить жизнь пациенткам.

По определению ВОЗ, мастопатия – фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов.

По сложившейся традиции диагностикой и терапией заболеваний молочной железы занимаются онкологи. Очевидно, в связи с этим основное внимание уделялось злокачественным заболеваниям, а не мастопатии. Поскольку мастопатия не является злокачественным заболеванием, онкологи до сих пор придерживаются выжидательной тактики ведения больных, ограничиваясь периодическими осмотрами. Однако при этом необходимо помнить, что, согласно МКБ-10, заболевания молочных желез относятся к классу заболеваний репродуктивных органов, и этой проблемой активно стали заниматься гинекологи, данное положение закреплено в приказе Минздрава России № 572н от 01.11.2012 «Об утверждении порядка по оказанию медицинской помощи по специальности «акушерство и гинекология». Но зачастую ближе к больной находится врач общей практики (семейный врач), особенно в отдаленных сельских районах, в его обязанности входит своевременное выявление заболеваний молочной железы и направление к гинекологу, хирургу, онкологу для дальнейшего обследования и лечения.

Мастопатия – одно из самых распространенных заболеваний у женщин: в популяции заболеваемость составляет 30-40%, а среди женщин, страдающих различными гинекологическими заболеваниями, достигает 58%. Частота мастопатии достигает максимума к 45 годам и снижается в перименопаузальном и постменопаузальном возрасте, достигая минимальных цифр к 75 годам жизни женщины. Обратная зависимость отмечается в отношении рака молочной железы, частота которого неуклонно растёт с увеличением возраста женщины.

**Строение молочной железы.** Морфологической единицей молочной железы является альвеола. Пузырёк альвеолы выстлан одним слоем железистых клеток лактоцитов, верхушки которых обращены в полость альвеолы. В основании альвеолы расположены миоэпителиальные клетки, обладающие способностью сокращаться и регулировать объём альвеол и выбрасывать через проток скапливающийся в них секрет. Альвеолы окружены тонкой базальной мембраной, в которой проходят тесно прилегающие к лактоцитам кровеносные капилляры и нервные окончания. Протоки альвеолы выстланы однослойным эпителием, сходным по строению с железистыми клетками альвеол. Во время лактации они гиперплазируются и продуцируют молоко. 150-200 альвеол объединяются в дольку с внутридольковым протоком из слившихся альвеолярных протоков. Вокруг долек расположена междольковая соединительная ткань. 30-80 долек объединяются в долю молочной железы, внутридольковые протоки – в долевые, выстланные двухрядным эпителием. Молочные железы состоят из 15-20 долей с выводными протоками. Эти протоки выстланы двухслойным цилиндрическим эпителием и окружены гладкомы-

шечными клетками. Протоки открываются на соске, рецепторы кожи которого сходны с таковыми в коже наружных половых органов. Базальная мембрана альвеол переходит в интерстициальную ткань; между долями и дольками железы располагается соединительная ткань, составляющая каркас железы. В молочной железе имеется также жировая ткань. Соотношение между паренхимой (железистая ткань), соединительной и жировой тканью определяет форму и размеры молочной железы в зависимости

## Мастопатия в практике врача первичного звена

от физиологического состояния репродуктивной системы. Таким образом, молочная железа состоит из паренхимы – железистой ткани с проходящими в ней протоками различного калибра; стромы – соединительной ткани, разделяющей железу на доли и дольки; жировой ткани, в которую погружена паренхима и строма железы.

**Онтогенез молочной железы.** Закладка молочной железы происходит на 10-й неделе внутриутробной жизни. У плода мужского пола с началом гормональной функции эмбриональных тестикул развитие молочной железы тормозится. В периоде новорожденности, в первые 3-5 дней жизни происходит незначительное увеличение молочных желез за счёт гормональной стимуляции циркулирующими в крови материнскими плацентарными гормонами. Иногда даже отмечается секреция молочной железы. В детстве, до начала пубертатного периода происходит очень незначительный рост молочных протоков в длину, который не изменяет величины молочной железы. В пубертатном периоде начинается быстрое развитие молочных желез: рост и разветвление молочных протоков, увеличение паренхимы железы, развитие лактоцитов, увеличение числа долек. Более всего увеличивается интерстициальная ткань, которая составляет к концу пубертатного периода 90% объёма всей железы. К концу периода полового созревания масса железы составляет 150-200 г. Во время беременности молочная железа достигает полной морфологической зрелости. Размеры её увеличиваются за счёт роста железистой ткани, масса достигает 800-900 г. Увеличивается число альвеол, долек, протоков, в альвеолярном эпителии начинается секреция.

После родов происходит интенсивная секреция молока, и железы ещё более увеличиваются (иногда до 3-5 кг). В лактирующей железе секреторной активностью (образование молока) обладают не только лактоциты альвеол, но и миелоциты, окружающие альвеолу, и эпителий, выстилающий внутридольковые протоки. В протоках долей образуются молочные синусы – полости для депонирования молока. По окончании лактации в железе происходят инволютивные изменения, сущность которых заключается в прекращении пролиферативных и секреторных процессов, а также в замещении соединительной ткани жировой. Возрастные инволютивные изменения в структуре молочных желез также характеризуются замещением паренхимы жировой тканью. Эти процессы усиливаются после 40 лет. В постменопаузе железа почти лишена железистых структур и состоит из жировой ткани с нерезко выраженными фиброзированными соединительнотканными прослойками.

Регуляция роста и развития молочной железы происходит под сложным гормональным контролем. Основная роль в нём принадлежит эстрогенам, прогестерону и пролактину (В. Андреева, 2012). В первой фазе пубертатного периода, до менархе, на развитие молочных желез влияют эстрогены, во второй – эстрогены и прогестерон. Эстрогены ответственны за рост и развитие протоков и соединительной ткани, прогестерон – за рост и развитие железистой ткани, увеличение числа альвеол, рост долек. Основная роль пролактина – стимуляция секреции молока лактоцитами, под

влиянием пролактина увеличивается число рецепторов эстрогенов в молочной железе. В регуляции развития молочной железы участвует и СТГ, сходный по физиологическому действию с пролактином. Значение триодтиронина, тироксина, кортизола и инсулина ещё не уточнено.

Таким образом, гормональному влиянию подвергается паренхима, на которую вне беременности непосредственно действуют эстрогены, прогестерон, пролактин и соматотропный гормон, во время беременности – плацентарные эстрогены, прогестерон, лактоген и пролактин. Очевидно, опосредованно на ткани молочной железы действуют тиреоидные, глюкокортикоидные гормоны и инсулин. В меньшей степени гормональному воздействию подвержена строма, в которой возможна гиперплазия под влиянием эстрогенов. Взаимоотношения гормонов и жировой ткани молочной железы изучены недостаточно. Известно, что жировая ткань,

**компонента.** Для этой формы характерны фиброзные изменения междольковой соединительной ткани, пролиферация внутрипротоковой ткани с сужением просвета протока железы вплоть до полной его облитерации. Клиническая картина характеризуется болезненностью, при пальпации железы определяются уплотнённые, тяжёлые участки. Фиброзные процессы преобладают у женщин более старшего, перименопаузального возраста. Рентгенологическая картина этой формы ФКМ представляет собой пласты плотных гомогенных участков с выраженной тяжистостью. Рентгенограммы имеют вид «матового стекла».

**ФКМ с преобладанием кистозного компонента.** Характерно наличие множественных кистозных образований эластичной консистенции, довольно хорошо отграниченных от окружающей ткани железы. Как и для других форм ФКМ, характерным клиническим признаком

является болезненность, усиливающаяся перед менструациями. Кистообразование характерно для женщин в возрасте после 54 лет. В перименопаузальном возрасте кисты обнаруживаются у 25% женщин с ФКМ, в постменопаузальном – у 60%. Морфологическая картина кистозной формы ФКМ характеризуется наличием множественных кист, образующихся из атрофированных долек и расширенных протоков железы. Характерны также фиброзные изменения интерстициальной ткани. Однако в кистах возможно возникновение пролиферативных процессов в эпителии, выстилающем стенку кисты, с образованием папиллярных образований. Рентгенологически ФКМ с преобладанием кистозного компонента характеризуется крупнопетлистым рисунком, на котором определяются множественные просветления диаметром от 0,3 до 6 см с чёткими контурами. Цвет и консистенция кистозного содержимого различны. Жидкость частично резорбируется гистиоцитами. Кальциация, как и кровянистое содержимое, считается патогномичным признаком злокачественного процесса.

Все три диффузные формы ФКМ в чистом виде встречаются редко. Значительно чаще в клинической практике приходится иметь дело со смешанной формой мастопатии, при которой выражены все три перечисленные выше морфологические изменения: гиперплазия долек, склероз внутридольковой и междольковой соединительной ткани и атрофия альвеол с расширением протоков и превращением их в кистозные образования. Узловая форма ФКМ характеризуется изменениями, описанными выше, но имеющими локальный характер в виде единичных или нескольких узлов. При пальпации определяются отдельные уплотнения без чётких границ, не спаянные с кожей, увеличивающиеся накануне и уменьшающиеся после окончания менструаций. При этой форме ФКМ болезненность наиболее выражена, боль иррадирует в плечо, лопатку. Иногда увеличиваются подмышечные лимфатические узлы.

Кроме того, выделяют особую форму молочной железы в предменструальном цикле – мастодию или масталгию. Это циклическое нагрубание железы, обусловленное венозным застоем и отёчностью стромы; молочная железа увеличивается в объёме более чем на 15%.

**Этиология и патогенез** мастопатии не ясны, хотя по современным представлениям эта патология гормонально обусловлена. Решающая роль в её развитии отводится прогестерондефицитным состояниям, нарушению функции яичников, при которых имеется абсолютная или относительная гиперэстрогения. Это подтверждается способностью эстрогенов вызывать пролиферацию эпителии альвеол, протоков, усиливать активность фибробластов и вызывать пролиферацию соединительной ткани железы, а также многочисленными клиническими наблюдениями о наличии мастопатии у женщин с дисфункциональными маточными кровотечениями, ановуляторным бесплодием, миомами матки, эндометриозом, фолликулярными кистами, то есть патологией, для которой характерна гиперэстрогения, даже относительная. Вместе с тем мастопатия наблюдается также у женщин с овуляторным циклом и ненарушенной

адипоциты молочной железы являются депо эстрогена, прогестерона и андрогенов. Адипоциты не синтезируют половые гормоны, но активно их захватывают из плазмы. Под влиянием ароматазы андрогены превращаются в эстрадиол и эстрон. Этот процесс с возрастом усиливается, что, возможно, является одним из факторов увеличения риска развития рака молочной железы.

**Формы мастопатии.** Заболевания молочной железы вне беременности, объединяемые общим термином «мастопатия», называют ещё дисгормональными дисплазиями. Этот термин, не отличающийся точностью, отражает в какой-то степени патогенез и отчасти морфологические изменения. Существует большое число классификаций дисгормональных дисплазий, каждая из которых более или менее полно отражает прогрессивные (гиперплазия, пролиферация долек, протоков, соединительной ткани) и регрессивные (атрофия, фиброз, кистообразование) изменения.

При мастопатии с гиперпластическими процессами в протоках и кистах у женщин старше 45 лет риск развития рака возрастает в 2,6 раза, при наличии атипических изменений – в 6 раз.

Для клинической практики удобна классификация фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ), выделяющая диффузные и узловые формы изменений в железах, которые находят отображение на рентгенограммах при ультразвуковом сканировании и морфологическом исследовании.

**Классификация фиброзно-кистозной мастопатии:**  
I. Диффузная ФКМ:  
1) с преобладанием железистого компонента (аденоз);  
2) с преобладанием фиброзного компонента;  
3) с преобладанием кистозного компонента;  
4) смешанная форма.

II. Узловая ФКМ.  
Диффузная и узловая ФКМ могут иметь как пролиферирующую, так и не пролиферирующую форму. При пролиферации в эпителии, выстилающем молочные ходы, развиваются интрадуктальные папилломы; в эпителии, выстилающем стенки кист, – цистаденопапилломы. При этом возможно развитие атипических и злокачественных изменений в пролиферирующем эпителии.

**ФКМ с преобладанием железистого компонента (аденоз).** Морфологически эта форма ФКМ характеризуется высокодифференцированной, неосумкованной гиперплазией долек железы. Клинически она проявляется болезненностью, нагрубанием и диффузным уплотнением всей железы или её участка. Границы уплотнений плавно переходят в окружающие ткани. Болезненность и нагрубание усиливаются в предменструальном периоде. Аденоз наблюдается у молодых девушек в конце периода полового созревания, а также у женщин в начальных сроках беременности как преходящее состояние. При рентгенологическом исследовании отмечаются множественные тени неправильной формы с нечёткими границами, которые соответствуют участкам гиперплазированных долек и долей. Иногда при обширном процессе тени захватывают всю железу.

**ФКМ с преобладанием фиброзного**

репродуктивной функцией и даже с явными клиническими проявлениями гиперандрогении (аденогенитальный синдром, болезнь Иценко – Кушинга). Очевидно, как и для многих тканей-мишеней половых гормонов, решающую роль играет не абсолютная величина гормонов в плазме, даже в свободной форме, а состояние рецепторов половых стероидов в ткани желез.

**Клиническая картина.** Мастопатия – очень распространённое заболевание. Основной контингент составляют женщины репродуктивного возраста, причём подавляющее большинство из них страдают различными гинекологическими заболеваниями. Чаще всего среди гинекологической патологии наблюдаются предменструальный синдром, дисфункциональные маточные кровотечения, эндокринное (ановуляторное или вследствие недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла) бесплодие, миомы матки, эндометриоз. Многие авторы подчёркивают, что женщины с клиническими проявлениями мастопатии, как правило, не пользуются гормональной контрацепцией. В то же время у женщин, длительное время применявших пероральные контрацептивы, мастопатия встречается редко.

Основной жалобой больных мастопатией является боль, как правило, усиливающаяся в предменструальном периоде, иногда начиная со второй половины менструального цикла. Женщины отмечают также болезненные участки уплотнения в ткани молочных желёз. Боль может иметь локальный характер и иррадиировать в руку или лопатку (А.Пашов, 2005).

Выделяют три клинические фазы мастопатии:

– **первая фаза** – возраст 20-30 лет, менструальный цикл регулярный, но часто укорочен до 21-24 дней; за неделю до менструаций появляется нагрубание, болезненность молочной железы, ткань уплотняется и становится чувствительной при пальпации;

– **вторая фаза** – возраст 30-40 лет, боль в молочных железах носит постоянный характер и длится 2-3 недели до менструаций; в железе пальпируются отдельные болезненные уплотнённые дольки с кистозными включениями;

– **третья фаза** – возраст старше 40-45 лет, боль в молочных железах менее интенсивная и непостоянная; пальпируются множественные кистозные образования, некоторые достигают 1-3 см в диаметре, содержат коричневатозелёный секрет, появляющийся из соска при надавливании на околососковый ареол.

Хотя боль является основным симптомом мастопатии, 10-15% женщин не испытывают болевых ощущений, несмотря на то, что при осмотре и пальпации у них выявляются те же изменения, что и у женщин, испытывающих сильную боль. Возможно, это связано с разным порогом болевой чувствительности, обусловленным уровнем эндорфинов в ЦНС. Возникновение боли объясняется сдавливанием нервных окончаний отёчной соединительной тканью, кистозными образованиями и вовлечением их в склерозированные ткани. Примерно 10% женщин отмечают увеличение лимфатических узлов в подмышечной области и их чувствительность при пальпации.

**Диагностика.** Диагноз мастопатии ставят на основании анамнеза, клинической картины, пальпации молочных желёз и подтверждают результатами специальных методов исследования. Чаще всего в анамнезе женщин, страдающих мастопатией, отмечаются аборт, невынашивание беременности, дисфункциональные маточные кровотечения, длительное бесплодие.

Важное диагностическое значение имеет пальпация молочных желёз в положении стоя и лёжа с последовательным исследованием всех квадрантов железы. Обязательно производят сдавливание околососкового поля для уточнения наличия отделяемого из соска. Пальпацию у женщин с регулярным циклом следует проводить в первую неделю после менструации для исключения влияния гормонального дисбаланса на ткань железы. Большое значение для диагностики патологии молочной железы имеют параклинические методы обследования: УЗИ, маммография, рентгеноконтрастные методы обследования, изучение электропроводимости тканей молочной железы, термография и др. (Н.Рожкова, Е.Меских, 2008).

Согласно приказу Минздрава России № 572н от 01.11.2012, в качестве рекомендуемой структуры в женской консультации предполагается кабинет маммографического исследования.

В настоящее время в мире в подавляющем большинстве случаев для диагностики рака молочной железы используют рентгеновскую проекционную маммографию, плёночную (аналоговую) или цифровую. В Европе и странах Северной Америки цифровая маммография на основе детекторов

прямого преобразования постепенно вытесняет плёночную из-за наличия больших возможностей по работе с полученным изображением и возможности интеграции с медицинской информационной сетью.

В настоящее время во всём мире женщинам старше 40 лет рекомендуют проходить маммографию каждые 2 года, после 50 лет – каждый год. Исключением являются кормящие и беременные женщины, которым этот метод диагностики назначается только при острой необходимости. Женщинам в возрасте 66-74 года маммографию рекомендуют 1 раз в 2 года.

Маммографию производят в первую фазу на 6-7-й день менструального цикла в двух проекциях на специальных рентгеновских аппаратах с использованием специально сконструированных усиливающих экранов, позволяющих производить исследование в условиях минимальных лучевых нагрузок. При необходимости применяют прицельную рентгенографию или рентгенографию с искусственным контрастированием протоков, либо пневмоцистографией. Рентгенологическое исследование позволяет выявить макрокальцинаты (более 0,5 см в диаметре), характерные для кистозных изменений и расширения протоков, и микрокальцинаты (менее 5 мм в диаметре). Это имеет большое диагностическое значение, так как у 10-30% женщин с микрокальцинатами при более тщательном исследовании выявляется рак молочных желёз.

Ультразвуковое исследование проводят также в первую фазу менструального цикла. УЗИ имеет преимущество перед рентгенологическим в выявлении макрокистозных образований, точность диагностики которых составляет для ультразвука 100%. По данным ВОЗ, УЗИ у женщин старше 35 лет, как скрининговый метод проводится один раз в два года (В.Чхиквадзе, 2009).

Термография молочных желёз позволяет выявить очаги повышенной термической активности. Для ФКМ характерна очаговая гипертермия с температурным градиентом 0,6-1,6°C.

Применяют также пункционную биопсию с последующим цитологическим исследованием аспирата. Дифференциальная диагностика направлена, прежде всего, на выявление предзлокачественных и злокачественных процессов молочных желёз. Точность диагноза рака молочной железы при пункционной биопсии колеблется от 90 до 100%. Пункционную биопсию выполняют специалисты – онкологи и цитологи, от квалификации которых зависит точность диагноза (В.Коновалова, 2009).

Необходимо постоянно помнить, что женщины с ФКМ являются группой риска по возникновению рака молочной железы. Поэтому гинекологический осмотр обязательно должен включать осмотр и пальпацию молочных желёз. Клиническими проявлениями, указывающими на наличие гиперплазии (атипии) эпителия молочных ходов и/или кист, служат выделения из соска с примесью крови. Окончательный диагноз, назначение специальных методов исследования и их оценка, уточнение формы мастопатии – задачи онкологов. Но это ни в коем случае не избавляет гинеколога от необходимости осматривать молочные железы каждой гинекологической больной, независимо от жалоб, с которыми она обратилась.

**Консервативная терапия** может проводиться женщинам только после тщательного обследования и консультации онколога, включающих злокачественные заболевания молочных желёз, пролиферативные изменения эпителия молочных желёз, наличие кальцинатов в ткани желез.

Консервативной терапией подлежат больные с некоторыми формами диффузной мастопатии (ФКМ с преобладанием железистого, фиброзного компонента и смешанные формы). При мастопатии с преобладанием кистозного компонента после проведения пункционной биопсии и убедительных доказательств отсутствия пролиферативных изменений в эпителиальных структурах можно проводить консервативное лечение, но только под наблюдением онколога.

В консервативной терапии мастопатии используются гестагены (производные норэтистерона и прогестерона); антиэстрогены (тамоксифен); антипролактинотропные препараты (бромкриптин, достинекс, карбеголин); препараты йода (микродозы); витамины Е, А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>; пищевой режим, исключающий метилксантины – чай, кофе, шоколад.

Терапия гестагенами основана на антиэстрогенном эффекте препаратов на уровне ткани молочной железы и торможении гонадотропной функции гипофиза. Препараты применяют во второй фазе менструального цикла: утрожестан по 200-300 мг с 17-го по 26-й день цикла; норколут по 5 мг в день с 16-го по 25-й день цикла; прегнин по 0,02 г (2 таблетки) 3 раза в день с 16-

по 25-й день цикла. Гестагенный препарат местного применения при мастопатии или мастодии – гель «Прожестожель» 1%. Одна доза аппликатора, содержащая 25 мг натурального прогестерона, наносится на поверхность каждой груди до полного впитывания 2 раза в день, в том числе и в дни менструального цикла.

На основании многочисленных исследований установлено, что применение пероральных контрацептивов снижает частоту рака молочной железы и развитие мастопатии. Как уже указывалось, среди женщин, применяющих гормональную контрацепцию, мало больных с ФКМ. Комбинированные пероральные контрацептивы выводят организм женщины на низкий уровень гормонов, гораздо ниже её собственного, что снижает процессы пролиферации в молочных железах. С этой целью используют жанин, марвелон, ярину, фемоден, логест и др.

Среди витаминов наиболее благоприятное действие при мастопатии оказывает витамин Е – α-токоферола ацетат. Используется его свойство как антиоксиданта, препятствующего образованию токсических биохимических продуктов в клетке. Кроме того, витамин Е, который регулирует синтез белков и пролиферацию клеток, участвует в важнейших процессах клеточного метаболизма, оказывает регулирующее действие на липидный обмен, снижая уровень ЛПНП и повышая уровень ЛПВП. В связи с этим его следует назначать при приёме эстроген-гестагенных препаратов. Витамин Е принимают по 100-400 мг/сут в течение 2 месяцев; после 2-месячного перерыва курс лечения повторяют. Препарат вследствие своего антисклеротического действия особенно показан женщинам старше 45 лет. Рекомендуются также витамины А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub> в течение длительного времени.

Для лечения ФКМ применяют препараты йода. Многие годы онкологи и гинекологи назначают микродозы йодида (0,25%-ный раствор йодида калия по 10 мл 4 раза в день) в течение 6-12 месяцев с перерывами на время менструации. Механизм действия препарата традиционно объясняют подавлением функции яичников. Вряд ли это объяснение правильно. Скорее механизм благоприятного действия препаратов йода заключается в подавлении выделения тиреоидных гормонов, повышающих чувствительность ткани молочной железы к эстрогенам. Кроме того, установлено, что уровень тиреоидных гормонов в содержимом кист молочных желёз выше, чем в плазме крови.

Несмотря на то, что убедительных данных о роли метилксантинов в развитии мастопатии не получено, женщинам, страдающим ФКМ, особенно во время лечения, рекомендуется воздержаться от крепкого кофе, чая и шоколада.

Тамоксифен – антиэстроген, механизм действия которого основан на конкурентном связывании с рецепторами эстрадиола в клетках ткани молочной железы. Препарат хорошо зарекомендовал себя при лечении рака молочной железы, причём регрессия процесса наблюдается даже при диссеминированной форме. Для лечения мастопатии тамоксифен назначают по 10 мг (1 таблетка) в день. После 2 недель приёма отмечается снижение уровня гонадотропинов и, соответственно, подавление функции яичников. После 10-12-недельного приёма препарата в непрерывном режиме по 10 мг/сут больные отмечают значительное улучшение: уменьшение боли, нагрубания, объективно уменьшаются участки уплотнения в железе. Длительность лечения составляет 3-6 месяцев.

Применяют также препараты, подавляющие секрецию пролактина – бромкриптин (парлодел), агонист дофамина – основного регулятора синтеза пролактина в гипофизе. Назначают препарат при выраженной цикличности мастопатии (ухудшении состояния в предменструальном периоде) по 2,5-5 мг во второй фазе менструального цикла с 16-го по 25-й день в течение 4-6 циклов. Механизм действия препарата не совсем ясен. Хорошо известно, что беременность и лактация, то есть состояния, которым свойственна гиперпролактинемия, являются протекторами мастопатии и новообразования молочной железы. Тем не менее парлодел оказывает благоприятное действие при мастопатии даже при нормальном содержании пролактина.

В развитии отёка, венозного стаза в молочной железе при мастопатии и особенно мастодии определённую роль играют простагландины. Это даёт основание использовать тормозящие синтез простагландинов нестероидные противовоспалительные препараты индометацин, бруфен, ацетилсалициловую кислоту для лечения мастопатии. Препараты принимают во второй фазе менструального цикла с 16-го по 25-й день в следующих дозах: индометацин по 25 мг 3

раза в день; бруфен по 0,2 г 3 раза в день; ацетилсалициловая кислота по 0,5 г 3 раза в день. Все препараты противопоказаны при язвенной болезни и тяжёлых гастритах.

Наиболее эффективно лечение мастодии – предменструального отёка молочной железы у молодых женщин. Терапию проводят одновременно с лечением предменструального синдрома, часто сопутствующего мастодии. Используют антипроstagландиновые препараты, диуретические средства, ограничивают жидкость. При сильной боли и нагрубании молочных желёз весьма эффективны норколут, прегнин или парлодел в предменструальном периоде.

При мастопатии, вызванной психологическими проблемами, назначают успокаивающие средства (настойки пустырника, валерианы и т.д.), психотерапию.

Гомеопатические препараты (ременс, мастодинон, циклодинон). Их лечебный эффект основан на снижении уровня пролактина в крови, что приводит к ликвидации патологических процессов в молочной железе при гиперпролактинемии. Назначаются эти препараты на длительный срок (В.Радзинский, И.Ордянец и др., 2013).

Фитотерапия (используется только в качестве дополнения к основному лечению). Энзимные препараты обладают противовоспалительным, противовоспалительным, вторичноаналгезирующим и иммуномодулирующим действием (В.Прилепская, 2008).

**Хирургическое лечение мастопатии** применяют при узловых формах мастопатии, преимущественно при фиброаденомах, крайне редко при наличии кисты. При небольших размерах фиброаденомы (до 2 см) от хирургического лечения также можно воздержаться – показано динамическое наблюдение у маммолога.

Существует два вида оперативного вмешательства – секторальная резекция (вместе с сектором молочной железы удаляют опухоль) и энуклеация (вылущивание) опухоли или кисты (удаляют только опухоль/кисту).

Оперативное лечение мастопатии применяют по строгим показаниям:

– при подозрении на рак молочной железы по данным биопсии (только в этом случае выполняют секторальную резекцию);

– при быстром росте фиброаденомы (увеличение опухоли в 2 раза в течение 3 месяцев);

– если киста единичная – показано удаление жидкости путём пункции образования но при рецидиве узловой кисты показано её вылущивание.

Операция по поводу узловой мастопатии проводится под общим или местным обезболиванием и длится в среднем 30-40 минут. Пациентку выписывают домой на следующие сутки или в день операции. Послеоперационные швы снимают на 7-10-е сутки после операции.

**Профилактика:**

– самообследование груди – главный метод профилактики, направленный на раннее обнаружение изменений в груди, а значит, женщина может своевременно обратиться к врачу и не запустить заболевание;

– после менструации приблизительно на 5-7-й день цикла женщине рекомендуется проводить пальпацию обеих молочных желёз в положении лёжа и стоя, пальпацию начинают с подмышечной области по направлению к соску, далее грудь исследуют вертикально сверху вниз мягкими движениями;

– при обнаружении подозрительных образований необходимо срочно обратиться к врачу (чем раньше будет начато лечение, тем легче будет предотвратить развитие мастопатии и онкологии);

– беременность и лактация, отказ от абортов;

– регулярная половая жизнь;

– приём препаратов йода осенью и весной, потребление йодированной соли (при отсутствии противопоказаний со стороны щитовидной железы);

– здоровый образ жизни.

Врач общей практики (семейный врач) является носителем санитарной культуры. Он должен обучать женщин методам самообследования молочных желёз, прививать нормы здорового образа жизни, своевременно выявлять мастопатию, направить на обследование для уточнения диагноза и исключения рака.

**Татьяна ЗАХАРОВА,**  
профессор.

**Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и здорового образа жизни.**

**Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого.**