

А.М. ЖУКЕМБАЕВА, К.Е. АСКАРБЕКОВА, Г.У. АДАХАМОВА, Ж.С. ЖАНАБАЕВА
А.Н. КАЛИЕВА, А. МЕЙРАМХАНКЫЗЫ, А.Б.МЫРЗАХАН

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ МАСТОПАТИИ

Данная статья посвящается самой частой женской патологии - мастопатии, которая встречается у 50–60% всех женщин. Мастопатия представляет собой группу гетерогенных заболеваний, различных по клиническим, морфологическим и этиологическим признакам, развивающихся вне периода беременности и характеризующихся нарушением гистологической структуры тканей молочной железы (МЖ). ВОЗ определяет данную патологию как фиброзно-кистозную болезнь. В отечественной литературе обычно применяют термины мастопатия, фиброаденоматоз, дисгормональная гиперплазия МЖ.

Ключевые слова: мастопатия, гиперплазия, молочные железы

В нашей стране наиболее часто используется клинико-рентгенологическая классификация мастопатии [3].

I. Диффузная мастопатия:

1. с преобладанием железистого компонента (аденоз),
2. с преобладанием фиброзного компонента (фиброаденоматоз),
3. с преобладанием кистозного компонента,
4. смешанная форма (фиброзно-кистозная мастопатия).

II. Узловая мастопатия.

III. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные процессы:

1. аденома,
2. фиброаденома,
3. внутрипротоковая папиллома,
4. киста.

Мастопатия — заболевание полиэтиологической природы. Главной причиной столь широкой распространенности мастопатии и рака МЖ в экономически развитых странах является изменение акушерской картины женщины. Если в XIX в. менархе у девочек наступала примерно в 17 лет, а менопауза у женщин — в 40 лет, то сейчас соответственно в 12–14 и 50–52 года. В XIX в. женщины часто рожали и длительно кормили грудью, в XX в. большинство женщин рожали по одному-два ребенка. В результате период репродуктивного возраста женщины увеличился в 2 раза, в среднем с 20 до 40 лет, а количество менструальных циклов на протяжении жизни выросло в 4 раза — в среднем со 100 до 400. Современная женщина испытывает значительно более длительное воздействие эстрогенов. Причиной мастопатии является еще целый ряд факторов: нарушения репродуктивной функции и сексуальной жизни; психотравмирующие ситуации и стрессы; гормональные и обменные нарушения; заболевания яичников, печени, щитовидной железы и других органов; генетическая предрасположенность; факторы внешней среды и образа жизни. Все это, вместе взятое, прямо или опосредованно приводит к дисбалансу половых гормонов в женском организме. Мастопатию вызывает абсолютное или относительное преобладание эстрогенов гиперэстрогения, избыточная выработка пролактина, недостаток тиреоидных гормонов, нарушение выработки факторов роста [1–4]. Диагноз мастопатии ставится на основании клинического, инструментального, цитологического и гистологического обследования. Клинически бывает трудно дифференцировать физиологические изменения в МЖ от мастопатии. Поэтому в практике нередко встречается как гипер-, так и гиподиагностика мастопатии. Для диагностики следует использовать все доступные диагностические методы, из которых маммография наиболее информативна для диагностики патологических изменений в МЖ. Ультразвуковая диагностика дополняет и уточняет картину нарушений МЖ и при этом является методом выбора у женщин в возрасте до 35 лет. Морфологические методы обследований при мастопатии проводят не всегда, их обязательно применяют при подозрении на злокачественную опухоль МЖ. При анализе цитологических и гистологических препаратов можно выявить морфологические признаки фиброзно-кистозной болезни — гиперпролиферацию, атипию и атипичную пролиферацию эпителиальных клеток, разрастание соединительной ткани. Обследование гормонального статуса важно для выбора лечебной тактики у больных мастопатией. При мастопатии можно выявить нарушения гормонального баланса: абсолютную или относительную гиперэстрогению и гипопрогестеронению, гиперпролактинемию, нарушение соотношения фолликулостимулирующего гормона к лютеинизирующему, субклинический или явный гипотиреоз [1, 3, 4].

Мастопатия не является предраковым состоянием МЖ. Однако не следует и недооценивать роль мастопатии в развитии рака МЖ. У них общие факторы риска, причины и механизмы развития. Ключевую роль играет хроническая гиперэстрогения. Мастопатию рассматривают сегодня как один из факторов риска развития рака МЖ. У больных мастопатией при гиперпролиферации эпителия без атипии риск рака повышается в 1,5–2 раза, при гиперпролиферации эпителия с атипией — в 4–5,3 раза [2].

Лечебная тактика при диффузной и узловой мастопатии различна. Первую лечат консервативно, вторую в большинстве случаев — хирургически. Для лечения диффузной мастопатии в настоящее время используют как немедикаментозные методы, так и различные лекарственные средства, которые можно разделить на две группы: гормональные и негормональные. Гормональные средства: гестагены, андрогены, препараты тиреоидных гормонов, низкодозные комбинированные эстроген-гестагенные препараты; антагонисты и ингибиторы выработки гормонов: антигонадотропины, антиэстрогены, агонисты дофамина. Негормональные: витамины, витаминно-минеральные комплексы, адаптогены, галеновые препараты, мочегонные, седативные, гепатопротекторы, препараты калия, ферменты, нестероидные противовоспалительные средства, препараты йода и др. Назначение гормональной терапии является серьезным шагом, который должен быть обоснован в каждом конкретном случае [1, 3, 4].

Несмотря на важность проблемы мастопатии, общепринятых стандартов лечения этой распространенной патологии нет. На практике одни врачи считают нужным назначать пациентке одновременно несколько препаратов, другие полагают, что мастопатия вообще не требует какого-либо лечения. К общим недостаткам большинства применяемых сегодня для лечения мастопатии средств можно отнести невысокую эффективность, наличие побочного и токсического действия, необходимость применения в виде комплекса с другими средствами, нацеленность только на облегчение патологической симптоматики, а не на более серьезную задачу — патогенетическое лечение и профилактику рака МЖ.

Недавно разработан и внедрен в клиническую практику препарат Мамоклам — таблетки, покрытые оболочкой, 0,1 г. Мамоклам производят по уникальной технологии из липидного комплекса бурой морской водоросли ламинарии. Состав мамоклама на 1 таблетку: йод в органической форме — 100 мкг, полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа — 40 мг, хлорофилл — 10 мг. Мамоклам зарегистрирован в качестве специального лекарственного средства для лечения мастопатии [5].

Клинические испытания мамоклама проведены по протоколу Фармакологического комитета в трех клиниках: НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Городской маммологический диспансер комитета здравоохранения Москвы. Оценивали клиническую симптоматику мастопатии, характер менструального цикла, пальпаторные, эхографические и маммографические изменения в МЖ. Мамоклам назначали по 2 таблетки 3 раза в день до еды в течение 3 мес. Сравнивались данные обследований до и после лечения.

В институте онкологии клинические испытания мамоклама проведены в отделении опухолей МЖ. Для исследования были набраны 33 пациентки позднего репродуктивного возраста, средний возраст — $42,5 \pm 1,1$ года. Всем больным на основании клинического, эхографического и маммографического обследования МЖ был поставлен основной диагноз — диффузная мастопатия. До начала лечения и ежемесячно оценивали клиническую симптоматику и характер менструального цикла, пальпаторные признаки мастопатии. По специально разработанной количественной шкале проводили оценку масталгии, предменструального синдрома, альгоменореи. При пальпации МЖ по специально разработанной шкале проводили количественную оценку уплотнений, степень распространения по квадрантам, выраженность уплотнений в каждом квадранте, болезненность при пальпации, выделения из сосков. Эхография выполнялась на аппарате «ССД-650» фирмы «Алока» механическим секторным датчиком 10 МГц. Маммография выполнялась на маммографе «Вертикс-М» фирмы «Сименс». Делались 4 снимка в прямой и косой проекциях. Все обследования проводили в первой половине менструального цикла. Статистическая обработка результатов осуществлялась стандартными статистическими методами с использованием критериев χ^2 и точного метода Фишера.

Кроме мастопатии, у всех пациенток имелись и другие факторы риска рака МЖ, как правило, несколько у каждой: генетические — рак МЖ у кровных родственников; репродуктивные — аборт, отсутствие родов, поздние первые роды, отсутствие кормления грудью; гормональные и обменные — нарушения менструального цикла в анамнезе, гинекологические заболевания, ожирение, диффузный зоб; у части больных в анамнезе была секторальная резекция МЖ в связи с узловой мастопатией или фибroadеномой.

До лечения практически у всех больных были жалобы на масталгию и предменструальный синдром. В результате лечения мамоклам уменьшал проявления масталгии и предменструального синдрома у 94% больных. При этом полную регрессию масталгии наблюдали у 21 пациентки (65,6%) и полную регрессию предменструального синдрома у 22 (66,7%). До лечения проявления дисменореи (продолжительность оварийных циклов > 28 дней и/или продолжительность менструаций > 5 дней, обильные менструации) были у 18 больных. Мамоклам оказывал лечебное действие на проявления дисменореи у 13 больных (72,2%), что выражалось в сокращении оварийных циклов, уменьшении продолжительности менструаций и ослаблении их обильности. До лечения явления альгоменореи отмечались у 17 больных. Мамоклам приводил к полной регрессии альгоменореи у 14 (82,4%) из них. До лечения пальпаторные признаки мастопатии выявлены у 33 пациенток, болезненность при пальпации МЖ — у 17. В результате лечения мамокламом регрессия пальпаторных признаков мастопатии наблюдалась у 28 больных (84,8%), полное исчезновение болезненности при пальпации — у 12 (70,6%). При эхографическом исследовании до лечения у 21 пациентки выявлены кисты в МЖ. В результате лечения мамокламом у 15 из них (71,4%) наблюдали регрессию одной или всех измеренных кист в МЖ, причем у 4 (19%) — полную регрессию кист. После проведенного курса лечения мамокламом маммографическая картина у большинства пациенток оставалась без динамики, у 2 — отмечено явное уменьшение интенсивности и площади фибroadеноматозных уплотнений. В результате лечения мамокламом общий положительный лечебный эффект наблюдался у 93,9% женщин. Ни у одной больной не было ухудшения.

Во всех трех клиниках, где проведены клинические испытания, мамоклам проявил выраженное лечебное действие у больных диффузной мастопатией: существенно ослаблял проявления масталгии, предменструального синдрома, дисальгоменореи; ослаблял пальпаторные признаки мастопатии и болезненность при пальпации МЖ; вызывал регрессию кист в МЖ, приводил к уменьшению распространенности и плотности фибroadеноматозных изменений по данным эхографии и маммографии. При проведении испытаний у мамоклама не зарегистрированы клинически значимые токсические и побочные эффекты.

Действующие вещества мамоклама — йод, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты и хлорофилл — нормализуют баланс тиреоидных и половых гормонов, пролиферацию клеток в тканях МЖ, что оказывает лечебный эффект у больных с мастопатией. В экспериментальных и клинических исследованиях доказана способность действующих веществ мамоклама снижать риск рака МЖ [5].

Преимущества мамоклама: клиническая эффективность в лечении мастопатии около 90%; принадлежность к негормональным лекарственным средствам, безопасность применения, отсутствие клинически значимых побочных и токсических эффектов; способность не только устранять патологическую симптоматику мастопатии, но и служить средством патогенетического лечения данного заболевания, а также профилактики рака МЖ; возможность применения в течение длительного времени и назначения как в виде монотерапии, так и в комплексе с другими средствами.

Мамоклам назначается для лечения больных с различными формами диффузной мастопатии в дозе по 1–2 таблетки 2–3 раза в день, курсы лечения 1–3 мес. Рекомендуется повторять курсы лечения после перерыва продолжительностью от 2 нед до 3 мес. Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, тяжелые заболевания почек, гиперфункция щитовидной железы, многоузловой зоб, тиреотоксикоз, беременность, лактация.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Зотов А. С., Белик Е. О. Мастопатии и рак молочной железы. М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С.112
- 2 Семиглазов В. Ф., Семиглазов В. В., Клецель А. Е. Неинвазивные и инвазивные опухоли молочной железы. СПб.: 2006. – 60 с.
- 3 Ильин А. Б., Цвелев Ю. В., Абашин В. Г. Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний молочных желез у женщин: метод. рекомендации. СПб.: 2005. – 44 с.
- 4 Guray M., Sahin A. A. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management// Oncologist. 2006; 11:С. 435-449.
- 5 Беспалов В. Г. Лечебно-профилактические препараты из морских водорослей. СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2005. – а 160 с.

**А.М. ЖУКЕМБАЕВА, К.Е. АСКАРБЕКОВА, Г.У. АДАХАМОВА, Ж.С. ЖАНАБАЕВА
А.Н. КАЛИЕВА, А. МЕЙРАМХАНКЫЗЫ, А.Б.МЫРЗАХАН**

МАСТОПАТИЯ ЕМІНДЕГІ ЖАҢАЛЫҚТАР

Түйін: Бұл статья әйелдер арасында жиі, барлық әйелдердің 50-60%-да кездесетін патология – мастопатия тақырыбына арналған. Мастопатия-жүктіліктен тыс дамидын, сүт безі (СБ) тінінің гистологиялық құрылымының бұзылыстарымен сипатталатын, клиникалық, морфологиялық және этиологиялық белгілері бойынша әртүрлі гетерогенді аурулар тобына жатады. ДДҰ бұл патологияны фиброзды-кистозды ауру деп сипаттайды. Отандық әдебиеттерде мастопатия, фиброаденоматоз, СБ дисгормонды гиперплазиясы терминдері қолданылады.

Түйінді сөздер: мастит, гиперплазия, сүт бездері

**A.M. ZHUKEMBAYEVA, K.E. ASKARBEKOVA, G.U. ADAHAMOVA, ZH.S. ZHANABAYEVA ,
A.N. KALIYEVA, A. MEYRAMHANKYZY, A.B.MYRZAHAN**

NEW IN THE TREATMENT OF MASTITIS

Resume: This article is devoted to the most frequent female pathology - mastitis which occurs at 50–60% of all women. Mastitis represents group of heterogeneous diseases, various on clinical, morphological and etiological features, the tissues of the mammary gland (MG) developing out of the period of pregnancy and characterized by violation of histologic structure. WHO defines this pathology as a fibrous and cystous disease. In domestic literature usually apply terms mastitis, fibrosingadenosis, a dyshormonal hyperplasia of MG.

Keywords: mastitis, hyperplasia, mammary glands