

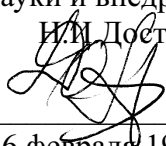
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Начальник отдела
науки и внедрения

И.И. Доста

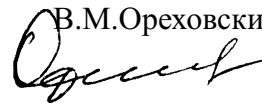


16 февраля 1999 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения

В.М. Ореховский



18 февраля 1999 г.

Регистрационный № 23-9902

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЙ
И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

Минск 1999

Учреждение-разработчик: НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова

Авторы: чл.-корр. АМН РБ, д-р мед. наук, проф. Л.А. Путырский, Л.А. Семичковский

Рецензент: д-р мед. наук, проф. Н.И. Крутилина

В предлагаемых рекомендациях рассматриваются вопросы диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желез, профилактики и ранней диагностики рака молочной железы.

Представленные алгоритмы дифференциальной диагностики и комплексного подхода к лечению мастопатий основаны на анализе многолетнего опыта работы маммологической службы НИИ ОМР им. Н.Н. Александрова и призваны систематизировать оказание помощи данной категории больных.

Методические рекомендации предназначены для онкологов, гинекологов, хирургов.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

ВВЕДЕНИЕ

Рак молочной железы (РМЖ) — одна из наиболее агрессивных и часто встречающихся форм злокачественных опухолей у женщин. В развитых странах он прочно занимает первое место в женской онкопатологии, а среднегодовой темп прироста заболеваемости РМЖ составляет 3,8% и не имеет тенденции к снижению.

В Беларуси РМЖ ежегодно заболевает более 2 600 женщин, что в 1997 г. составило 49,0 на 100 000 женского населения. Динамика последнего десятилетия указывает на реальный, не связанный с постарением населения, рост заболеваемости РМЖ.

По данным Национального института рака США (1994), риск заболеть РМЖ в течение жизни имеет каждая восьмая, а умереть — одна из 28 здоровых женщин.

На современном этапе развития клинической онкологии решение проблемы злокачественных новообразований состоит не столько в усовершенствовании терапевтических методов, сколько в возможности предупреждения и ранней диагностики указанных заболеваний, так как, по данным J.A. Henley (1986), около трети случаев рака в мире предотвратимо.

В свете этого становится понятным то пристальное внимание, которое в последние годы обращено на изучение групп лиц с повышенным риском онкологических заболеваний.

Процесс канцерогенеза ограничен крайними вариантами, при первом из которых раковые клетки возникают в результате одномоментной мутации нормальных клеток с их размножением и инвазией. Во втором случае образование злокачественных опухолей — длительный поэтапный процесс предшествующих предопухолевых изменений клеток и тканей. Эта концепция наиболее четко выражена Л.М. Шабодом (1969): «Всякий рак имеет свой предрак».

Сегодня можно с уверенностью утверждать, что имеется тесная патогенетическая связь РМЖ и мастопатий, однако гистологически состояния ткани молочной железы (МЖ) в соотношении с риском развития РМЖ должны быть разделены на 3 категории:

1. Непролиферативные процессы — кисты, папиллярные апокринные изменения, эпителиальные кальцификаты, слабая гиперплазия в обычном месте, фиброаденома. Относительный риск (ОР) возникновения РМЖ минимален (от 0,89 при кистах больших размеров до 3,1 при фиброаденоме). По данным W.D. Dupont и D.L. Page (1985), около 65% эксцизионных биопсий МЖ выполняются по поводу непролиферативных состояний.

2. Пропролиферативные процессы без атипии — умеренные и выраженные гиперплазии обычного строения, внутрипротоковые папилломы, склерозирующий аденоз. Составляют до 25% эксцизионных биопсий. ОР от 1,6 до 2,1.

3. Атипическая гиперплазия (вплоть до *сг in situ*). Различают 2 типа: дольковую и протоковую. Составляют около 4% биопсий. ОР для этой группы не является константой, составляя в пременопаузе от 5,9–12,0 и снижаясь

до 2,3–3,3 в менопаузе. Для первых двух групп менопаузальный статус в значениях ОР не имеет статистической достоверности.

В отношении женщин с отягощенным по РМЖ семейным анамнезом, ОР во всех группах повышается в 2–7 раз (Dupont W.D., 1989).

На долю РМЖ приходится всего 6% произведенных биопсий МЖ, однако именно эта цифра должна побуждать врача к активным действиям, так как прогноз при РМЖ напрямую зависит от стадии заболевания.

С этих позиций одним из важных направлений в профилактике и ранней диагностике РМЖ является изучение факультативно предраковых состояний МЖ, объединенных под термином «мастопатия».

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Мастопатия (фиброаденоматоз, болезнь Реклю, фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) и др.) объединяет синдром доброкачественных дисгормональных гиперпластических изменений ткани МЖ с полиморфной клинической и гистологической картиной. По данным Л.Ю. Дымарского (1980), это заболевание имеет 29 синонимов. Частота мастопатий увеличивается из года в год, охватывая 24–40% женщин репродуктивного периода; две трети этих заболеваний составляют диффузные формы. Диффузные мастопатии являются самым частым заболеванием МЖ, более частым, чем истинные опухоли, — доброкачественные и злокачественные вместе взятые.

В настоящее время известно, что изменения в ткани МЖ развиваются вследствие нарушения центральных механизмов нейрогуморальной регуляции, адаптационно-энергетической системы и характеризуются индивидуальным сочетанием многочисленных этиологических факторов, основными из которых являются:

- различные заболевания половой сферы (хронические воспалительные процессы, кистозная дегенерация яичников, аденомиоз);
- неблагоприятные особенности репродуктивного периода (бесплодие, поздние первые роды (старше 30 лет), перенесенный послеродовой мастит, длительное (более 4-х лет) применение внутриматочных спиралей, контрацепция препаратами с высокой дозировкой норстероидов (постинор));
- генетическая предрасположенность по РМЖ и ФКМ (следует помнить, что наследуется не конкретное заболевание, а особенности строения ткани МЖ);
- дисфункция желез внутренней секреции (пролактиномы гипофиза, гиперфункция щитовидной железы);
- гепатопатии (перенесенные инфекционный и сывороточный гепатиты, дискинезия желчевыводящих путей, желчно-каменная болезнь);
- неблагоприятные антропогенные и социальные воздействия (длительный контакт с канцерогенами, работа в зоне воздействия высоких энергий (СВЧ, КВЧ), ионизирующая радиация, неврастения);
- факторы питания (избыточное содержание в пище животных жиров, дефицит витаминов С, Е, А в рационе, злоупотребление продуктами с высоким содержанием метилксантинов (кофе, какао-содержащие продукты, курение).

Гормональный дисбаланс у больных с мастопатией характеризуется повышением секреции пролактина (ПРЛ), тестостерона, кортикостероидов на фоне относительно стабильного уровня эстрадиола и пониженной секреции прогестерона (ПРГ). Особенно важно подчеркнуть значение индекса ПРЛ/ПРГ как при истинном преобладании ПРЛ, так и в случае опосредованного снижения ПРГ. Повышенный уровень тестостерона в сыворотке больных мастопатией опровергает бытующее мнение о ключевой роли мужских половых гормонов в лечении заболевания (Тен С.Б. и соавт, 1996). Более того, установлено, что у женщин с доброкачественными заболеваниями МЖ ускорены процессы ароматизации андрогенов в эстрогены, что при условии повышения значений индекса ПРЛ/ПРГ способствует усилению процессов пролиферации ткани МЖ.

Субъективная оценка состояния МЖ врачами различного профиля приводит к их разобщенности, диагностическим и тактическим ошибкам, не позволяя полностью реализовать потенциал современного комплексного обследования.

МЖ — орган чрезвычайно лабильный и так же, как и матка, подвергается циклическим изменениям. Цикличность состояния МЖ определяет первую фазу менструального цикла как наиболее оптимальный период обследования.

Следует отметить, что состояние МЖ отражает уровень гормонального фона, соответствующего возрасту женщины. Ряд исследователей определяют несколько периодов в жизни женщины:

- ювенильный (с момента формирования МЖ (10–12 лет) до 16–18 лет);
- детородный (до 45 лет);
- климактерический (45–55 лет);
- старческий (после 55 лет).

Данная периодизация помогает клиницисту оценить при пальпации соотношение железистой, жировой и соединительной тканей, хотя полного соответствия между возрастом и состоянием МЖ может и не быть.

При первичном обследовании у большинства женщин, предъявляющих жалобы на изменение состояния МЖ, удастся выявить те или иные отклонения от нормы, среди которых выделяются наиболее распространенные, объединяемые по ведущему клиническому признаку в синдромы (Павлова А.С, 1993):

- синдром узлового образования в МЖ;
- синдром диффузных изменений в МЖ;
- синдром патологической секреции из соска;
- синдром узлового образования в аксиллярной области;
- синдром отечной МЖ;
- синдром увеличения МЖ у мужчин.

Отдельно может быть выделен синдром оперированной МЖ.

Наряду с этим, у 10–20% женщин, не предъявляющих жалоб и не имеющих клинических изменений, при диспансеризации маммографически выявляют непальпируемые образования, которые требуют индивидуализации диагностического процесса.

Учитывая особенности работы врача общей практики, подробнее остановимся на первых двух синдромах.

СИНДРОМ ПАЛЬПИРУЕМОГО УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Из доброкачественных заболеваний этим синдромом наиболее часто проявляются фиброаденома, киста, узловая мастопатия, липома, реже — листовидная фиброаденома, различные виды гранулем, галактоцеле и др.

Из злокачественных процессов чаще всего выявляются опухоли эпителиального происхождения (различные виды рака), гораздо реже — опухоли соединительно-тканной природы (разновидности сарком).

Фиброаденома — наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль МЖ. Манифестирует в возрасте 15–35 лет. По гистологическому строению различают периканаликулярную, интраканаликулярную и смешанную формы. Малигнизация отмечается в 1–1,5% случаев. Клинически фиброаденома — плотное, подвижное, не связанное с кожей образование с четкими контурами, без заинтересованности регионарного лимфатического аппарата. Цитологически определяется умеренно пролиферирующий железистый эпителий. Вопреки распространенному мнению, капсулы фиброаденома не имеет. При лечении оптимальна секторальная резекция МЖ в экономных пределах.

Киста обычно связана с дисгормональными процессами, застоём секрета в расширенных протоках с последующей их закупоркой. Различают солитарные, множественные и многокамерные кисты. Как правило, множественные кисты носят двухсторонний характер. Размеры их варьируют от 0,5 до 6–8 см. Солитарные кисты развиваются за довольно короткий срок (2–4 недели) на фоне имеющейся диффузной мастопатии. При пальпации определяются как округлые, довольно четкие, слегка напряженные и болезненные баллотирующие образования без кожных симптомов (в редких случаях отмечается симптом умбиликации). При аспирационной биопсии легко получается жидкость, центрифугат которой исследуется. Цитологически определяется мезотелий. Особое внимание должно быть обращено на кисты с геморрагическим содержимым, указывающим на имеющееся разрастание на стенке кисты.

Кисты с геморрагическим содержимым, а также рецидивирующие за короткий срок после аспирации подлежат хирургическому лечению в объеме стандартной секторальной резекции МЖ. Солитарная киста после аспирации содержимого может быть наполнена воздухом в аналогичном объеме с последующей маммографией (пневмокистография) (Gros Ch., 1957). Данная процедура помогает в диагностике пристеночных образований, а также способствует лучшей облитерации кисты.

Локализованная (очаговая) мастопатия не имеет четкого определения в литературе. Является наиболее трудной формой в дифференциальной диагностике заболеваний МЖ. Частота ее составляет около 16% всех случаев мастопатии. Развивается как следствие нелеченных диффузных мастопатий и обычно носит односторонний характер. Клинически характерно наличие довольно четкого плотноэластического подвижного уплотнения веретенообразной либо другой формы, не спаянного с кожей и подлежащими тканями, с циклическим характером течения. Циклическость течения процесса выступает как ведущий дифференциально-диагностический признак. Цитологически выявляется пролиферация железистого эпителия различной степени выраженности. Лечение оперативное в объеме стандартной секторальной резекции МЖ со срочным гистологическим

исследованием. Обнаружение при морфологическом исследовании очагов *in situ* или малых раков Т1а-с является показанием для расширения объема вмешательства до радикальной мастэктомии по Маддену при центральной и медиальной локализации очага либо радикальной резекции МЖ с подмышечно-подключичной лимфаденэктомией при наружных локализациях процесса. При выполнении органосохраняющих операций обязательным является срочное морфологическое исследование краев отсечения ткани железы.

Листовидная фиброаденома (филлоидная фиброаденома, *cystosarcoma filloides*) составляет около 3% всех фиброаденом (Демидов В.П. и соавт., 1984). Возникает у женщин репродуктивного возраста обычно из внутрипротоковой фиброаденомы. В большинстве случаев листовидная фиброаденома имеет доброкачественный характер. Гистологически различают два варианта опухоли (Chowahury Ch. et al., 1984): доброкачественную и злокачественную листовидные фиброаденомы. Злокачественный вариант встречается в 3–5% случаев. Возможное метастазирование носит преимущественно гематогенный характер. Клинически филлоидная фиброаденома мало отличима от обычной. Опухоль более 5 см может иметь дольчатое или слоистое (листовидное) строение, возможно усиление подкожного сосудистого рисунка над опухолью. Макроскопически представляет собой «инкапсулированный» узел дольчатого или слоистого строения плотноэластической консистенции, на разрезе синюшно-сероватого цвета. Лечение хирургическое в объеме секторальной резекции МЖ. При опухоли больших размеров в случае злокачественной листовидной фиброаденомы показано выполнение мастэктомии по Маддену.

Галактоцеле является вариантом ретенционной кисты и возникает в период лактации вследствие закупорки одного из млечных протоков. Обычно локализуется в ареолярной области и определяется в виде четкого, умеренно болезненного, более плотного, чем киста, округлого образования. Кожа и ареола не изменены. При пункции получают молозивное или сметанообразное содержимое белого или желтого цвета. Доброкачественный при цитологическом исследовании характер процесса предполагает эвакуацию галактоцеле с введением в полость небольших количеств воздуха и этилового спирта с целью облитерации кисты. Галактоцеле рецидивирующего характера диктует необходимость выполнения экономной секторальной резекции МЖ преимущественно из параареолярного разреза.

Гранулематозные поражения МЖ (липогранулемы, воспалительные псевдоопухоли различного генеза) составляют, по нашим данным, 0,55% всех заболеваний МЖ, до 1,8% доброкачественных состояний и около 7,6% образований, подозрительных на РМЖ. **В большинстве случаев гранулематозные процессы, симулируя РМЖ, не диагностируются до операции.** Клинически проявляются в виде плотных образований с нечеткими контурами, в ряде случаев с отеком и втяжением кожи, увеличением аксиллярных лимфоузлов, что усиливает сходство со злокачественным процессом. По нашим данным, у 21,9% больных с гранулематозными поражениями МЖ отмечены положительные результаты «трайпл-теста» (сочетание клинических, маммографических и цитологических признаков РМЖ). Разрешить эти трудности помогает диагностическая секторальная резекция МЖ, хотя полностью оценивать истинный характер процесса рекомендуется после плановой проводки препарата.

В дальнейшем больные могут нуждаться в дообследовании в зависимости от этиологии гранулематозного процесса (туберкулез, бруцеллез, фелиноз, коллагенозы, микозы и др.) и назначения этиотропного и противовоспалительного лечения.

Липома — жировое образование МЖ, возникающее у женщин старше 40 лет, определяемое в виде округлого или овального подвижного узла эластической консистенции с четкими контурами, не связанное с кожей и без заинтересованности регионарных лимфоузлов. Жир в цитограммах и маммографические данные предполагают выполнение экономной секторальной резекции МЖ.

Хондрома, гамартома, сосудистые опухоли МЖ встречаются крайне редко.

Основным дифференциально-диагностическим приемом в диагностике узловых образований МЖ служит осмотр и пальпация МЖ в различных положениях тела больной (стоя и лежа). При этом, в отличие от РМЖ, доброкачественные образования, как правило, изменяют локализацию, размеры и консистенцию.

Клинические различия узловых образований МЖ указаны в данных методических рекомендациях только с целью облегчить врачу процесс дифференциальной диагностики, так как в большинстве случаев любое очаговое образование МЖ требует дообследования больной в оснащенном медучреждении с целью исключения узловой формы РМЖ.

СИНДРОМ ДИФФУЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Наблюдается при различных формах мастопатии и характеризуется болями (масталгия), периодическими молозивными выделениями из сосков, пальпируемой диффузной дольчатостью и тяжестью преимущественно в наружных квадрантах МЖ (проекция железистого треугольника). Определенное значение имеет цикличность проявлений масталгии, т.к. отмечено, что нециклическая масталгия более устойчива к лечению, чем циклические боли (Gateley C.A. et al., 1992).

Циклическая масталгия чаще встречается в возрастном промежутке 30–40 лет. Характер болей в МЖ обычно двухсторонний тупой или жгучий с иррадиацией в подмышечную область. Циклическая масталгия обыкновенно начинается за 7–10 дней до наступления менструации, исчезая с ее началом. Течение хроническое, продолжающееся до менопаузы. В 20–25% случаев наблюдается спонтанное излечение.

Нециклическая масталгия чаще встречается в возрастном промежутке 40–50 лет, продолжительность болей обычно короче, спонтанное их прекращение отмечают до 50% пациенток. Характер болей в МЖ может быть односторонним.

В других случаях масталгия является следствием межреберной невралгии (сегменты Th IV–VI), плечелопаточного периаартрита при остеохондрозе, герпетических поражений кожи грудной стенки и др.

По данным Wisbey J.R. et al. (1983), масталгия в 67% случаев была циклической, в 26% — нециклической, а в 7% была вызвана другими причинами (отраженные боли).

При комплексном пальпаторном и рентгеносонографическом обследовании выделяют мастопатию с преобладанием железистого или фиброзного компонентов.

Морфологически различают пролиферативную и непролиферативную формы мастопатии. Для всех возрастных групп сохраняется одно и то же соотношение между пролиферативными и непролиферативными формами, равное примерно 1:3. Как нами указывалось, риск малигнизации значительно выше в группе пролиферативных форм. Прролиферативные формы мастопатии в ряде случаев обуславливают безуспешность консервативного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ДИФФУЗНЫХ МАСТОПАТИЙ

Лечение диффузных мастопатий — задача сложная и многогранная. Основной вопрос при этом — можно ли полностью вылечить мастопатию?

Ответом может служить то обстоятельство, что мастопатия в ряде случаев является факультативно предраковым заболеванием, что диктует необходимость проведения медикаментозного лечения и периодического контроля. С учетом известного высказывания о том, что «лечение мастопатии — это лечение основного заболевания», оно должно начинаться с выяснения причин, приведших к развитию или клинической манифестации мастопатии. Это достигается путем проведения посистемного анкетирования, затрагивающего состояние различных систем организма женщины и ее образа жизни. Наиболее совершенные анкеты включают до 50–55 вопросов (Сидоренко Л.Н., 1991).

Лечение диффузных мастопатий должно быть комплексным.

В начале лечения очень важно разъяснить больной характер этого заболевания (что это доброкачественный процесс, а совсем не что-то близкое к раку), устранив тем самым панический страх перед онкологом и вселив ей уверенность в возможность жить до глубокой старости. Далее необходимо указать, что лечение мастопатии часто длится годами, порой с возвратами болей в МЖ, что совсем не обязательно говорит об ухудшении состояния самих желез. Женщины должны знать, что лечение не всегда приводит к быстрому успеху, поскольку не все причины, вызывающие мастопатию, можно устранить, а, следовательно, их негативное влияние может периодически проявляться. Успеха можно добиться только совместными усилиями врача и пациента.

Основу консервативного лечения диффузных мастопатий составляют:

- микройодотерапия;
- противовоспалительное лечение;
- витаминотерапия;
- гормонотерапия;
- прием седативных средств, а также в дополнение к вышесказанному лечение сопутствующей патологии и режимные мероприятия.

Обоснованием использования **микройодотерапии** в лечении мастопатии послужили исследования, показавшие, что недостаток йода способен повышать чувствительность протокового и долькового эпителия МЖ к эстрогенной стимуляции, равно как микродозы йода способствуют лютеинизации фолликулярных кист,

нормализуя овариальный цикл. При этом отмечается уменьшение или исчезновение клинических признаков мастопатии. Микродозы йода принимают ежедневно в виде 0,25%-го раствора йодистого калия по одной чайной ложке в день после еды, запивая молоком. Превышение дозировок препарата ведет к перегрузке щитовидной железы, обострению хронических заболеваний желудка и гепатобилиарной системы, не улучшая общего эффекта. Йодид калия используется длительно, в течение 3–8 мес. В качестве второй линии лечения возможно назначение 3%-го раствора KI совместно с 30%-м раствором димексида в виде компрессов на молочные железы во II фазе месячного цикла в течение 2–3 мес.

Противовоспалительное лечение направлено на ликвидацию интерстициального отека межтучной ткани МЖ и снижение болевого синдрома. Используются: хлорид кальция 10% по 1 столовой ложке 2 раза в день после еды в течение месяца; индометацин по 25 мг 2–3 раза в день после еды в течение 3–4 недель; десенсибилизирующие средства (кетопрофен, диазолин). По данным Marnett L.J. (1992), ингибиторы синтеза простагландинов (индометацин) способны блокировать канцерогенное действие животных жиров.

При **остром или обострении хронического воспаления придатков матки** лечение мастопатии следует начинать с антибиотикотерапии с целью устранения воспалительных явлений и нормализации функционирования яичников. Наряду с антибиотиками гинекологи могут назначать противовоспалительные препараты и физиотерапевтические процедуры. В дальнейшем рекомендуется противорецидивное лечение, в противном случае на успех в лечении мастопатии рассчитывать сложно.

Как известно, связь **факторов питания** с риском возникновения РМЖ несомненна. Огромное значение при этом имеет недостаток в пище основных природных антиоксидантов-витаминов групп С, Е, А и селена. Именно они во многом могут предупредить возникновение злокачественных опухолей, в том числе и РМЖ, влияя на процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ). По литературным данным, около 40% больных мастопатией имеют нарушения витаминного баланса. Этим может объясняться развитие мастопатии на фоне имеющихся гепатопатий, в результате которых наступает нарушение синтеза транспортного ретинолсвязывающего белка в печени, приводящее к состоянию стойкого А-авитаминоза. В таких условиях снижается способность организма поддерживать морфологическую специфику различных форм эпителия, в том числе и МЖ. Рекомендуемые дозировки витаминов при мастопатиях могут варьировать от физиологических до мегадоз, согласно концепции Лайнуса Полинга. По данным Т.С. Морозкиной (1989), изолированное применение физиологических доз ретиноидов может усиливать пролиферацию клеток, а равно и способность отдельно принимаемых мегадоз витаминов А и Е интенсифицировать канцерогенез путем усиления ПОЛ. Использование природных бета-каротинов ограничивается их в 5–6 раз меньшей активностью, чем эфирных производных. Нами предложено использование антиоксидантного комплекса жирорастворимых витаминов С, Е, А (АК) в терапии диффузной мастопатии. Данный комплекс разработан в 1985 г. проф. Т.С. Морозкиной и В.Н. Суколинским и успешно применяется в НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова в лечении больных с различными формами злокачественных новообразований. АК применяется нами в течение 10 дней по схеме:

- витамин А — 100 000 МЕ;
- витамин Е — 300 мг;
- витамин С — 2,0 г однократно после еды.

При поддерживающем лечении возможно использование витаминных препаратов, содержащих антиоксидантную формулу С, Е, А (антиоксикапс, тривит). Объективный эффект при использовании АК в комплексном лечении диффузной мастопатии был получен у 79,2% больных (47,1% — контроль).

К **гормонотерапии** мастопатий необходимо относиться крайне осторожно. Прошли времена, когда женщинам, не живущим регулярной половой жизнью, сплошь и рядом назначали метилтестостерон. Вышеуказанные данные свидетельствуют о повышении уровней тестостерона в крови больных мастопатией. Нами гормонотерапия используется в исключительных случаях, когда в результате проводимого лечения сохраняются выраженные молозивные выделения из сосков. Тогда в состав лечения возможно включение синтетического центрального блокатора пролактина — бромокриптина (бромэргона, парлодела) в дозировке по 1/2 табл. 2 раза в день во II фазе месячного цикла в течение 2–3 мес. Хотя бромокриптин не относится к истинно гормональным препаратам, побочные эффекты при его применении, по данным различных авторов, доходят до 45%, а 11% больных бывают вынуждены прекратить лечение. Перед началом терапии бромокриптином необходимо исследование уровня сывороточного пролактина. Что касается других видов гормонального лечения мастопатии, то следует предостеречь врачей от широкого применения прогестинов, андрогенов, гормонов щитовидной железы, антиэстрогенов. Гормональное лечение можно назначать только после консультации соответствующего специалиста (эндокринолога, гинеколога, онколога) в случаях безуспешного лечения рутинными методами.

У ряда больных мастопатией наблюдаются признаки **неврастении**, которая часто выражается в так называемой «поломке биологических часов» — нарушении ритма день–ночь. В данном случае рекомендуется использование схемы лечения неврозов по А.М. Свядоцу: экстракт элеутерококка 20–25 капель утром, настойка валерианы или пустырника 25–30 капель на ночь. Лечение продолжается в течение месяца с последующей резкой отменой препаратов с целью дальнейшего самостоятельного восстановления организмом цикла дневной активности. Можно рекомендовать и другие седативные средства: микстуру Кватера по 1 столовой ложке 2–3 раза в день, капли Морозова по 20 капель 2–3 раза в день, новопассит по 1 чайной ложке 2–3 раза в день, отвар успокоительного чая по 100 мл 1–2 раза в день. Продолжительность приема составляет около 1–2 мес. В случаях стойких нарушений со стороны нервной системы могут быть назначены транквилизаторы: диазепам, реланиум, седуксен (5–15 мг в сутки), элениум (10–20 мг в сутки), мезапам, рудотель (10–30 мг в сутки) и др.

Среди **режимных мероприятий** рекомендуются ограничение активной инсоляции (загар ради загара); выбор адекватного метода контрацепции, снижение потребления животных жиров до 15% общей

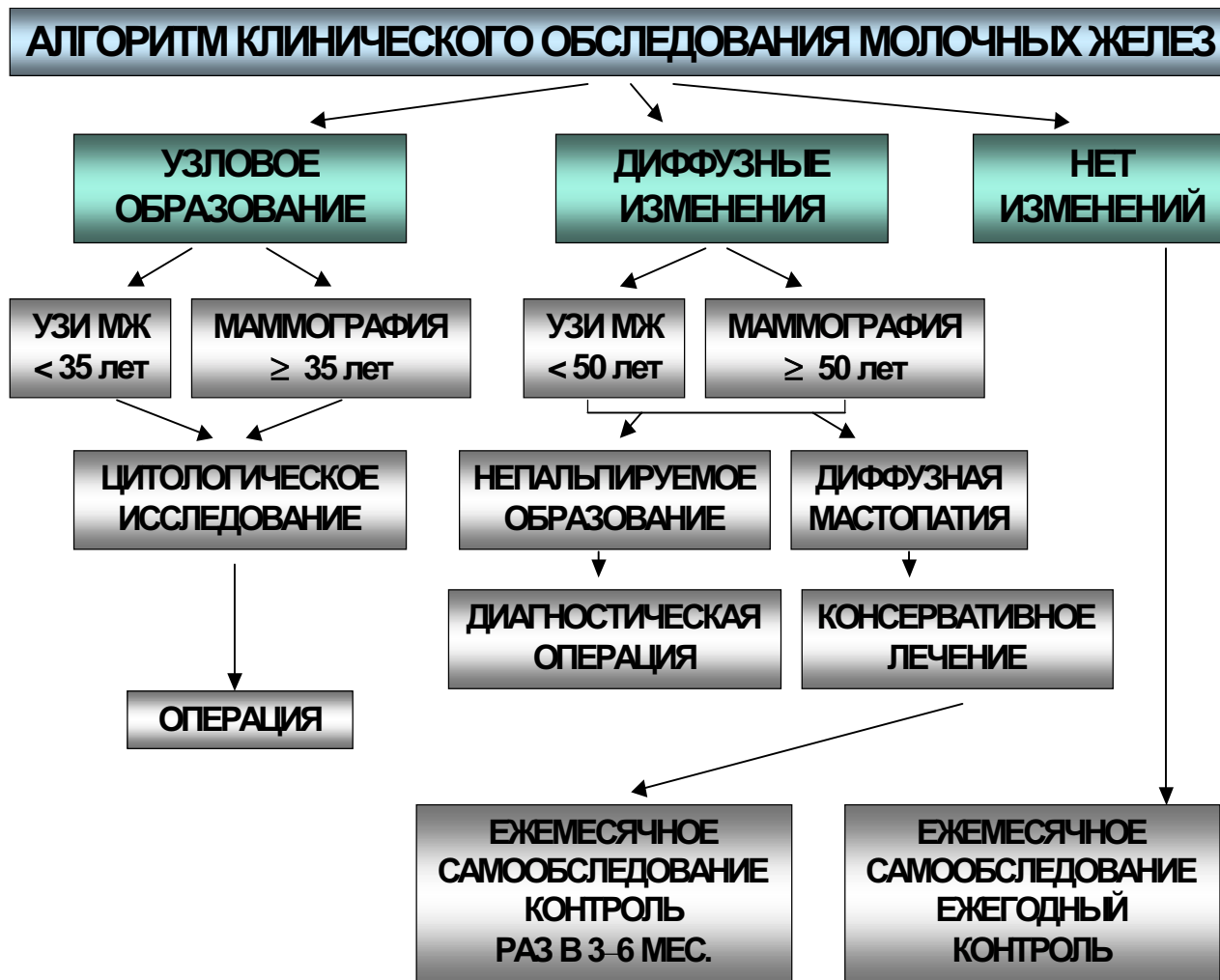
калорийности, отказ от чрезмерного употребления продуктов, содержащих метилксантины, препятствующих утилизации печенью эндогенных половых гормонов (какаосодержащие продукты, кофе, продукты сгорания табака). По данным французских ученых, только выполнение диетических мероприятий приводит к субъективному улучшению у 60% больных мастопатией без дополнительного лечения. Особое внимание на указанные мероприятия следует обратить при лечении больных с нарушенной функцией печени. Им целесообразно назначить гепатопротекторы (легалон по 1 табл. 3 раза в день после еды, карсил по 1 табл. 3–4 раза в день, Liv-52 по 2 табл. 3 раза в день), липотропные препараты (липоевая, линоленовая кислота, липамид, липостабил), желчегонные (аллохол, холензим по 1–2 табл. 2–3 раза в день после еды).

В комплексном лечении мастопатии не последняя роль принадлежит **фитотерапии**, способной оказывать многостороннее положительное влияние на организм (противовоспалительное, мочегонное, иммуностимулирующее). Эффект фитотерапии проявляется постепенно, что указывает на целесообразность ее использования во второй линии лечения в течение нескольких месяцев. В Приложении 2 приводятся некоторые схемы фитотерапии мастопатии.

Изолированное хирургическое лечение локализованных форм мастопатии без выяснения причин заболевания и последующего этиотропного лечения не гарантирует полного исчезновения болей и не исключает появления новых очагов уплотнения.

В завершение предлагается разработанный в НИИ ОМР им. Н.Н. Александрова алгоритм тактики врача при обследовании МЖ (Приложение 1).

Авторы надеются, что предлагаемые методические рекомендации найдут свое применение в широких медицинских кругах республики и тем самым укрепят позиции в профилактике и борьбе с раком молочной железы.



ФИТОТЕРАПИЯ ДИФFUЗНОЙ МАСТОПАТИИ

1. Смешать 1 десертную ложку тысячелистника, 1 десертную ложку хвоща полевого, 1 десертную ложку можжевельных ягод, 1 столовую ложку кукурузных рылец. Одну столовую ложку смеси залить 200 мл кипящей воды и настаивать 30 мин. Процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день после еды.

2. Смешать 1 столовую ложку листа крапивы, 1 столовую ложку череды, 1 десертную ложку травы фиалки трехцветной, 1 десертную ложку хвоща полевого, 1 десертную ложку корня валерианы. Одну столовую ложку смеси залить 200 мл кипящей воды, довести до кипения, остудить. Процедить. Принимать по 1/3 стакана 2 раза в день.

3. Смешать 1 десертную ложку сухих листьев эвкалипта, 1 десертную ложку череды. Одну столовую ложку смеси залить 200 мл кипящей воды, прибавить 1 чайную ложку чистотела, настаивать 30 мин. Принимать по 2 столовые ложки в день.

4. Смешать 1 столовую ложку зверобоя, 1 столовую ложку подорожника, 2 столовые ложки череды, 1 десертную ложку валерианы. Одну столовую ложку смеси залить 200 мл кипящей воды, настаивать 40 мин. Процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3–4 раза в день после еды.

5. Смешать 1 столовую ложку зверобоя, 1 столовую ложку сушеных ягод малины, 1 столовую ложку красной рябины, 1 десертную ложку полыни. Залить водой (1 л), кипятить 5–10 мин, остудить. Процедить. Принимать по 1/2 стакана 3–4 раза в день.

6. Перегородки грецких орехов (20–25 шт.) поместить в 100 мл 70%-го спирта и настаивать в темном месте в течение 10 дней. Принимать по 15–20 капель 3 раза в день.

7. Чагу (березовый гриб) измельчить на крупной терке или мясорубке, полученную массу залить водой, нагретой до 50°, в соотношении 1:5. Настаивать 48 часов. Настой процедить и к полученной жидкости добавить воды до первоначального объема. Принимать до 3 стаканов настоя в сутки, небольшими порциями. Можно использовать готовый экстракт чаги — бефунгин согласно прилагаемой инструкции.