

# Молочные железы и гинекологические болезни: от общности патогенетических воззрений к практическим решениям

## Возможности оздоровления женщин с сочетанием миомы матки и доброкачественных дисплазий молочных желез

**В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, М.Н. Масленникова, Е.А. Павлова**

М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2012. — 16 с.

Актуальность проблемы сочетанных заболеваний репродуктивной системы (наиболее распространен «дуг» из миомы матки и болезней молочных желез, особенно у пациенток старшего репродуктивного и перименопаузального возраста) обусловлена прежде всего неуклонным ростом заболеваемости во всем мире. Так, в популяции диффузные доброкачественные дисплазии молочных желез (ДДМЖ) выявляют у 30–70% женщин, а при одновременно наличествующих гинекологических заболеваниях частота ДДМЖ возрастает до 98% [1–3]. Изолированных заболеваний молочной железы вообще не бывает: их диагностируют у 76–80,8% гинекологических больных, и наоборот – гинекологическая заболеваемость у этого контингента составляет 115%, т.е. на каждую женщину с болезнями молочных желез приходится более одного гинекологического диагноза [4, 5].

Диагностика и скрининг до и после хирургического лечения гинекологических заболеваний у женщин, отнесенных к группе высокого риска по развитию ДДМЖ, дискуссионны как по времени проведения, так и по методологии. При сохраненных яичниках у 92% женщин, перенесших гистерэктомию, развивается заболевание молочных желез; именно у них наиболее высок риск рецидивов локализованных форм ДДМЖ (67%) [6]. Ни лечение ДДМЖ, ни реабилитацию после оперативного гинекологического вмешательства нельзя считать полноценными без восстановления гомеостаза репродуктивной системы, однако лечебно-профилактические и организационные мероприятия для комплексного ведения больных с сочетанными заболеваниями половых органов и молочных желез до сих пор не разработаны [7].

Общая вовлеченность и единство реакции органов репродуктивной системы (и матки, и молочных желез) на гормональный дисбаланс – вот что является основной предпосылкой к привлечению гинекологов к лечению молочных желез у женщин с гинекологическими заболеваниями.

### Роль гинекологов в диагностике и лечении заболеваний молочных желез

Согласно «Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи» (приказ №808н), лечение заболеваний молочных желез уже с конца 2010 года окончательно перешло в сферу ответственности акушеров-гинекологов. С момента подписания приказа прошло уже более 2 лет, однако кардинальных изменений в этой области так и не случилось – далеко не каждый акушер-гинеколог считает своим долгом уделить внимание молочным железам. До сих пор неочевиден ответ на чрезвычайно насущный вопрос: готовы ли гинекологи своевременно диагностировать и качественно лечить болезни молочных желез?

В странах Европы гинеколог не сможет работать по специальности, пока не научится проводить операции на молочных железах по поводу опухолей. По всей вероятности, зарубежные коллеги хорошо осознают, что удалить фиброаденому – не значит вылечить женщину, а в полноценности реабилитационных мероприятий врач должен быть заинтересован не меньше, чем в удалении объемного образования. В российском здравоохране-

нии пациентку со злокачественной опухолью логичнее направить к онкологу, однако лечение остальных нераковых заболеваний молочных желез (равно как и всей репродуктивной системы) должно проходить под тщательным контролем гинеколога: одного удаления патологического образования недостаточно, важны последующая реабилитация, диспансерное наблюдение.

К сожалению, так происходит далеко не всегда, о чем красноречиво свидетельствует печальная статистика повторных операций на молочной железе. Их в России образца 2010 года – 27% [8].

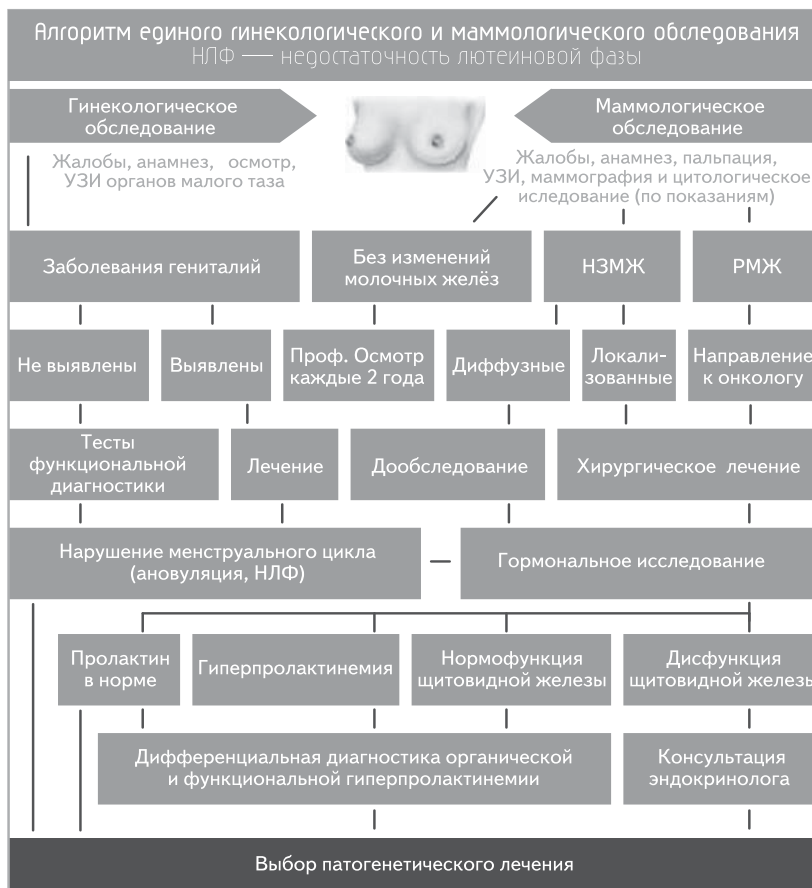
По мнению проф. Т.В. Овсянниковой [8], возможности гинеколога в лечении маммологических заболеваний достаточно широки: нормализация состояния молочных желез реальна в 25–42% случаев (при этом фиброзные компоненты и жировая инволюция, конечно, сохраняются). Даже в тех исключительных случаях, когда основная роль в терапии передана врачу другой специальности, гинекологу необходимо быть в курсе происходящего, поскольку лечение любых заболеваний репродуктивной сферы предусматривает обязательные поправки на состояние молочных желез – эта информация должна прозвучать в описании анамнеза, эндокринного статуса, а также в плане лечения.

Конечно, далеко не все случаи заболеваний молочных желез, даже вызванных гормональным дисбалансом, находятся в компетенции исключительно гинеколога. Например, лечить сочетание повышенного содержания пролактина с гипотиреозом – задача эндокринолога, а макропролактинему следует передать в ведение нейрохирурга. А вот лечение пациентки с подтвержденной результатами КТ или МРТ микропролактиномой следует взять на себя именно гинекологу. Целями терапии в этом случае станут восстановление менструального цикла и репродуктивной функции, купирование галактореи и нормализация состояния молочных желез.

Осуществить гинекологически-маммологический скрининг, уделив должное внимание инструментальным методам диагностики (УЗИ, маммографии), не удастся в обход формирования единой службы гинекологов и маммологов. Это неизбежно: кроме гинекологов, лечить заболевания молочной железы никому, поскольку участково-территориальный принцип в РФ соблюдается только терапевтами и акушерами-гинекологами. Что касается лечения диагностированных нарушений, то диффузные доброкачественные заболевания молочных желез также находятся в ведении участкового гинеколога.

### Этиопатогенез гормонального дисбаланса

Впервые стимулирующее влияние яичниковых гормонов на гиперпластические и опухолевые процессы продемонстрировал еще в 1896 году британский хирург Г.Т. Битсон: после удаления яичников у нескольких больных раком молочной железы произошел заметный регресс опухолей, подтвердивший зависимость роста последних от субстанций, продуцируемых этими половыми железами. Гораздо позже, после открытия эстрогенов в 1929 году, их канцерогенный эффект был установлен и для



**Алгоритм единого гинекологического и маммологического обследования НЛФ**

других гормонзависимых органов (эпителий молочной железы, эндометрий, миометрий и шейка матки). К 70-м годам XX века эстрогеновая теория патогенеза гинекологических опухолей стала общепринятой [9].

В наши дни ведущими отечественными учеными (Сидорова И.С., Кулаков В.И. и соавт.) [10, 11] детально сформулирована концепция гиперпластического синдрома в гинекологии, свидетельствующая о том, что гормональный дисбаланс в репродуктивной системе с одинаковой вероятностью провоцирует нежелательную пролиферацию во всех органах, способных экспрессировать соответствующие рецепторы, в первую очередь – эстрогеновые.

Важно осознавать, что чрезмерные эстрогеновые влияния далеко не всегда связаны с гиперэстрогенией; значительно чаще в клинической практике наблюдается относительная гиперэстрогения, обусловленная дефицитом прогестерона во II фазу менструального цикла [11]. Значительную роль в формировании относительной гиперэстрогении играет повышение концентрации пролактина в крови: этот гормон sensibilizes ткани к эстрогенам, а также в разы повышает количество рецепторов – как собственных, пролактиновых, так и эстрогеновых [12].

Повышением концентрации пролактина могут сопровождаться любые нарушения функций гипоталамуса (инфекционные поражения, травмы), аденома гипофиза (пролактиномы), эктопическая секреция гормона и другие эндокринные нарушения, в некоторых случаях даже поражение печени и хроническая почечная недостаточность, воздействие токсинов и т.д. У пациенток с генетической предрасположенностью к гиперпролактинемии даже обычные стрессы повседневной жизни вызывают гуморальный дисбаланс. Учитывая физиологический антагонизм пролактина и прогестерона, весьма ожидае-

мым следует признать формирование недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла и относительной гиперэстрогении. В сочетании с избыточной экспрессией эстрогеновых рецепторов на поверхности клеток гормоночувствительных тканей данный патогенетический механизм и формирует клиническую картину собственно гиперпластического синдрома в репродуктивной системе [13].

Сбои в нейрогуморальной регуляции менструального цикла – не единственный гормонально обусловленный элемент патогенеза гинекологических заболеваний и ДДМЖ. Не меньшую роль в возникновении данной группы нарушений могут играть стероидные ксенобиотики (поступающие извне с пищей и водой), конкурентно связывающиеся с рецепторами к половым гормонам. Именно глобальность воздействия любых гормоноподобных и гормональных веществ (как чужеродных, так и эндогенных) на рецепторный аппарат всей репродуктивной системы обуславливает неоспоримую связь и общность многих гинекологических заболеваний (миомы матки, эндометриоза, гиперплазии эндометрия) и доброкачественных заболеваний молочных желез – гормонорецепторные ткани на неблагоприятные раздражители реагируют синхронно.

**Пролиферативный синдром в органах репродуктивной системы у женщин**

Итак, результаты научных исследований свидетельствуют о том, что патогенез пролиферативных дисплазий в органах репродуктивной системы напрямую связан с гормональным дисбалансом, состоящим из трех ключевых компонентов:

- 1) относительная гиперэстрогения;
- 2) дефицит прогестерона;
- 3) повышенное содержание пролактина.

Результат – морфофункциональная перестройка железистого и стромального компонентов как в молочной железе, так и в матке.

При нормальном двухфазном цикле органы репродуктивной системы претерпевают циклические изменения: в первую половину цикла эстрогены стимулируют рост эпителия и соединительнотканной основы, а после овуляции прогестерон останавливает этот процесс, одновременно запуская митоз в железистых участках ткани. Недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла – дефицит прогестерона – приводит к тому, что эпителиально-стромальная часть органов репродуктивной системы продолжает пролиферировать и во II фазу цикла, формируя механическое препятствие для оттока железистого секрета и создавая предпосылки для формирования отека и кист [14]. В эту обобщенную схему укладывается как патогенез ДДМЖ, так и схема развития гиперплазии эндометрия и миом матки. Что касается последних, в настоящее время известно, что клетки миомы матки секретируют пролактин [15, 16], таким образом замыкая порочный круг нефизиологичных гормональных влияний.

В связи с этим вполне логичным представляется фармакологическое восполнение дефицита гестагенных влияний. Однако при наличии миомы матки (а это каждая третья-четвертая женщина в популяции) такое назначение не всегда уместно. С одной стороны, синтетические прогестины в комплексной терапии позволяют повысить терапевтический эффект до 78–83% [17], однако, с другой стороны, у больных с миомой такое назначение может спровоцировать рост образования в матке.

Понимание данной проблемы диктует необходимость перекрестного скрининга всех больных, обращающихся как с жалобами, относящимися к репродуктивной системе, так и с проблемами молочных желез. Только обладая всей полнотой сведений о состоянии репродуктивной системы женщины, врач способен назначить продуманное и эффективное лечение. И не последнее место в линейке эффективных средств могут занимать современные фитопрепараты.

### Фитотерапевтические средства как стартовая терапия

В 70-е годы XX века доля фитопрепаратов в реестре лекарственных средств составляла 30%, а уже к 2000 году этот показатель возрос до 55% [18]. Так, проявляется интересная тенденция новейшей фармакологии – обращение к резервам фармакогнозии, науки о лекарственных растениях. Данные доказательной медицины подтверждают эффективность растительных и гомеопатических препаратов в лечении мастопатии и других гипертрофических дисплазий у женщин [2, 4]; в зависимости от клинической формы заболевания фитотерапия обеспечивает значимое улучшение или выздоровление 40–87% пациенток.

Среди растений, используемых для лечения дисменореи и заболеваний молочных желез, выделяется витекс священный (прутняк обыкновенный, *Vitex Agnus Castus* [лат.], chaste-tree [англ. – дерево целомудрия, непорочности]). Использование плодов витекса священного при женских болезнях не только описано в большинстве исторических медицинских источников, но и в наши дни рекомендуется «Экспертной комиссией Е» по лекарственным растениям для лечения нарушений менструального цикла, ПМС и мастодии (Германия) [19, 20]. Экстракт плодов витекса священного входит в состав препаратов «Мастодинон®» (производится с 1975 года), «Циклодинон®», а также содержится в других лекарственных средствах.

Экстракт плодов витекса священного, действующее вещество фитопрепарата «Мастодинон®», положительно влияет на гормональный фон двумя основными путями.

1. Выраженное допаминергическое влияние на лактотрофные клетки гипофиза обеспечивает нормализацию содержания пролактина в крови на фоне умеренной гиперпролактинемии (не более 1000 мМЕ/мл в двух раздельно взятых пробах).

2. Экстракт плодов витекса священного нормализует концентрацию прогестерона при недостаточности лютеиновой фазы цикла, тем самым исправляя гормональный дисбаланс в виде относительной или абсолютной гиперэстрогении.

Одна из наиболее показательных работ – двойное слепое исследование с участием 121 пациентки, где действие «Мастодинона» сравнивали не только с плацебо, но и с «иконной эффективностью» – собственно гестагенами. Критерием успеха терапии была избрана интенсивность мастодии. Ключевой показатель достоверно снизился у 74,5% пациенток, принимавших «Мастодинон» в течение 3 мес; при этом эффективность плацебо составила 36,8%, а производные прогестерона смогли обеспечить 82% улучшений. Примечный случай для клинической акушерской практики, когда эффективность фитотерапевтического средства сопоставима с эталонным гормональным эффектом [21].

Согласно результатам другого плацебо-контролируемого двойного слепого исследования [22], на фоне лечения у 86% пациенток с циклической масталгией снижается содержание пролактина в крови, у 65% восстанавливается менструальный цикл, уменьшаются симптомы масталгии. При непереносимости или противопоказаниях к приему агонистов допамина назначение лекарственных средств на основе прутняка обыкновенного оказывается достойной терапевтической альтернативой [21, 23].

### Изучение эффективности препарата на основе витекса священного в реабилитации пациенток с миомой и ДДМЖ

Научных данных, подтверждающих терапевтическую ценность экстракта из плодов витекса священного при лечении дисгормональных состояний репродуктивной системы (в том числе и молочных желез), в настоящее время накоплено достаточно, однако уже упоминавшаяся неразрывная патогенетическая связь ДДМЖ с гиперпластическими заболеваниями органов женской репродуктивной системы вынуждает исследователей расширять научные интересы в сторону сочетанных форм дисгормональных нарушений.

В связи с этим в 2012 году на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (клиническая база – гинекологическое отделение ГКБ № 12 г. Москвы) было проведено исследование, целью которого стали разработка и обоснование лечебных мероприятий по оздоровлению пациенток, страдающих миомой матки и ДДМЖ, после хирургического лечения.

#### Клиническая характеристика пациенток

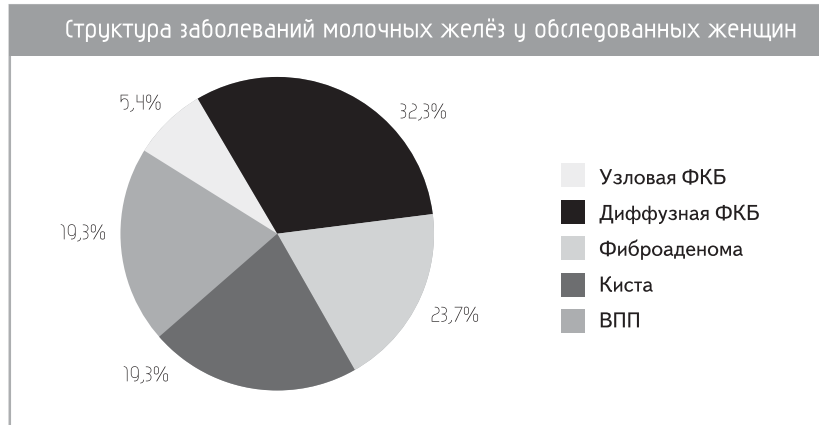
В исследование вошли 93 женщины с соответствующими клиническими характеристиками (миома матки и ДДМЖ); средний возраст участниц составил 44,8±0,53 года. По схеме единого гинекологического и маммологического скрининга было организовано параллельное обследование: клинические методы, УЗИ органов малого таза и молочных желез, маммография, тесты функциональной диагностики, эндокринологическое обследование, по показаниям – пункции молочных желез с цитологическим и гистологическим исследованием.

Число гинекологических заболеваний на каждую из обследованных пациенток в среднем составило 1,66±0,8 (низкий индекс гинекологического здоровья).

У 23,7% была диагностирована диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии, у 76,3% – локализованные формы ДДМЖ.

Подавляющее большинство пациенток обеих групп практически с одинаковой частотой высказывали жалобы, связанные с наличием ДДМЖ: 77 (82,8%) отметили циклический болевой синдром, нагрубание, чувство распирания желез накануне менструации, а 14 (15,1%) женщин указали на наличие светлых выделений из сосков. Жаловались на наличие опухолевидного образования в молочной железе 48 (51,6%) обследованных больных.

Нарушения гормонального гомеостаза имели место у всех обследованных женщин до хирургического лечения. Соотно-



**Структура заболеваний молочных желез у обследованных женщин**

Примечание. ФКБ – фиброзно-кистозная болезнь; ВПП – внутрипротоковая папиллома

шение концентраций ЛГ/ФСГ было нарушено и превышало 1,0 (с наибольшими значениями у пациенток с сочетанием локализованных форм ДДМЖ и миомы матки). Среднее значение содержания пролактина в плазме крови не превышало абсолютных норм у большинства исследуемых, что согласуется с постулатом о том, что патогенез заболеваний молочных желез в большей степени связан не с абсолютной гиперпролактинемией, а с характером взаимосвязи гормона с рецепторами в ткани молочной железы.

Среднее значение содержания эстрадиола в плазме крови у пациенток было повышено; у каждой шестой обследованной диагностирована абсолютная гиперэстрогения, а у каждой третьей пациентки наблюдался несомненный дефицит прогестерона.

**Оценка эффективности лечебных мероприятий**

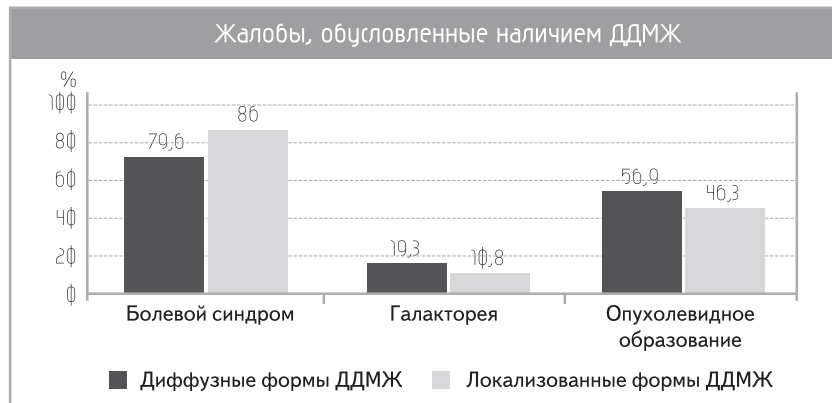
Пациентки перенесли следующие оперативные вмешательства: более половины (60,2%) – секторальные резекции со срочным гистологическим исследованием, каждая шестая – пункции кист с последующим введением склерозантов (17,1%), у 22% женщин была проведена надвлагалищная ампутация матки. Сочетанные операции проводили в единичных случаях.

Чтобы проанализировать эффективность комплексного подхода (оперативное вмешательство + консервативный реабилитационный этап) к лечению женщин с сочетанными гиперпластическими заболеваниями половых органов (миома матки и ДДМЖ), участниц исследования рандомизировали на группы. В основной группе 63 пациентки проходили комплексную терапию, из них 27 получали гормональные средства в индивидуально подобранной форме, а 36 пациенток – фитопрепарат на основе витекса священного.

•27 (55,6%) пациенткам предлагалось гормональное лечение препаратами: трансдермально и перорально прогестагенами, комбинированными низко- и микродозированными эстроген-гестагенными препаратами (КОК), агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ), дофаминэргическими препаратами. Тактику гормонального лечения определяли с учетом гинекологического заболевания, состояния молочных желез, наличия и объема оперативных вмешательств и эндокринных нарушений.

•36 (44,4%) пациенток получали фитопрепарат. Выбор фитотерапии был обусловлен категорическим отказом от гормональной терапии или наличием абсолютных противопоказаний к ее назначению. Предпочтение отдали препарату, содержащему по вышеуказанным эффектам (дофаминэргический и нормализующий концентрацию прогестерона) лекарственное растение *Agnus castus* («Мастодион®»). Препарат назначали вне зависимости от менструального цикла без перерыва не менее 3–6 мес по 30 капель или 1 таблетке утром и вечером. В целом длительность приема препарата не была ограничена. При этом 30 женщин контрольной группы прошли только оперативное лечение, подписав информированный отказ от консервативного этапа.

В соответствии с целями и задачами исследования была разработана программа обследования женщины, включающая клинико-статистический анализ, показатель визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Пациенток с помощью ВАШ просили отмечать интенсивность масталгии в течение предменструального периода и на 3–4-й дни следующего цикла (от 0 мм – отсутствие боли до 100 мм – нестерпимая боль). В течение всех циклов пациентки записывали интенсивность боли (нет боли, умеренная или сильная) в дневники регистрации боли.



**Жалобы, обусловленные наличием ДДМЖ**



Краткая характеристика исследований, посвященных эффективности «Мастодинона»

Место и дизайн исследования	Методы оценки	Результаты
Московский маммологический диспансер: 1836 женщин с различными формами мастопатии, ПМС, дисменореей. Сроки наблюдения: от 8 мес до 1,5-2 лет	Субъективная оценка, осмотр, УЗИ, рентгенография	Из 1472 больных с мастопатией значительное облегчение почувствовали 72,3%. У пациенток с ПМС и масталгией в подавляющем большинстве случаев был достигнут положительный эффект. При выраженной мастопатии у 45,5% пациенток болезненные ощущения заметно ослабли и снизилось предменструальное напряжение
Российский федеральный маммологический центр на базе РНЦРР: 120 женщин 20-55 лет с диффузной мастопатией, 85% – с масталгией. Сроки наблюдения: 3 мес	Субъективная оценка, осмотр, маммография, УЗИ	У 55,6% больных диффузной фиброзно-кистозной мастопатией с преобладанием фиброзного, 188,9% – железистого и 89,7% – кистозного компонентов наблюдался положительный эффект. Интенсивность масталгии в баллах снизилась наиболее наглядно у пациенток с выраженным болевым синдромом (30%). Объективно улучшение сопровождалось уменьшением плотности и отека тканей на маммограммах [3]
Маммологическое отделение РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН: 225 пациенток с диффузной фиброзно-кистозной мастопатией	Маммография, УЗИ и термография	У 76% было отмечено явное субъективное улучшение состояния (уменьшение нагрубания, болевого синдрома). Из 89 пациенток с выраженным болевым синдромом за время лечения полное исчезновение боли произошло у 84,2% [5]
Кафедра радиологии с курсом маммологии РМАПО (Москва): 141 пациентка с фиброзно-кистозной мастопатией и предменструальным синдромом [24]. Сроки наблюдения: 2 года; оценка эффективности - через 3 мес после начала лечения, после 3-месячного перерыва и через 12 мес после повторного лечения	Осмотр, УЗИ и радиотермометрия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 мес – жалоб на масталгию стало меньше, набухание и нагрубание молочных желез сохранились лишь у 21% женщин, однако и они отметили облегчение. У пациенток с уплотнениями в молочных железах во второй половине менструального цикла в 43% случаев симптом исчез полностью. Остальные больные отметили улучшение.</li> <li>• За время перерыва болевой синдром возобновился у 19,9% пациенток. Набухание и нагрубание молочных желез продолжались у 34% женщин. Выделения из сосков прекратились у всех больных. У 14,2% пациенток уплотнения в молочных железах стали меньше.</li> <li>• Через 12 мес после повторного лечения боль прошла; набухания, нагрубания и выделений из молочных желез не наблюдалось</li> </ul>

По итогам анализа клинической эффективности стала очевидна действенность консервативного реабилитационного этапа при ведении пациенток: до начала лечения количество дней, когда наблюдалась сильная боль, было почти одинаково у женщин из обеих терапевтических подгрупп. В ходе лечения показатель заметно снизился, причем в группе «Мастодинона» сокращение болевых ощущений происходило быстрее, а эффект оказался более заметным – после 3-месячного лечения снижение болевых ощущений по визуально-аналоговой шкале составило 36,5 мм, тогда как результат гормональной терапии был несколько скромнее – визуальный эквивалент боли сократился на 23,6 мм.

Сопоставление результатов оценки состояния обследованных женщин, отказавшихся после оперативных вмешательств на матке и молочных железах от консервативного лечения, показало, что болевые ощущения сохранились у 96,5% женщин, причем усугубление болевого синдрома при уклонении от предложенной терапии в 2,5 раза чаще наблюдалось в когорте с локализованными формами ДДМЖ.

На фоне проведенной терапии с применением «Мастодинона» были зафиксированы позитивные изменения в гормональном гомеостазе участниц: уровень пролактина сократился до 391,75 мМЕ/л (верхняя граница физиологической нормы – 530 мМЕ/л). Достоверных различий в содержании эстрадиола обнаружено не было: до лечения – 178,2±34,5 пмоль/л, после курса фитотерапии – 186,7±38,2 пмоль/л, зато концентрация прогестерона убедительно возросла (с 8,7±0,19 до 10,8±0,21 нмоль/л).

В группе контроля, отказавшейся от комплексной реабилитационной терапии, болевые ощущения сохранились у 96,5% женщин. Состояние молочных желез не только не стабилизировалось – пролиферативные процессы прогрессировали с формированием новых образований.

По данным контрольной ультразвуковой маммографии, выполненной через 3 мес лечения, значительное улучшение

картины (снижение гиперэхогенности [отека] железистого компонента, сокращение числа расширенных протоков и мелких кист, уменьшение неровности контуров) наблюдали у 52,1% пациенток, лечившихся с применением гормональных средств, однако на фоне фитотерапии показатель оказался сопоставимым – 45,5%.

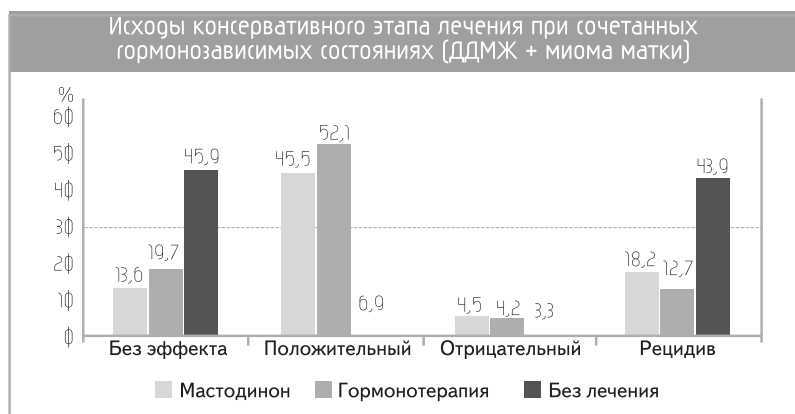
И наконец, самое существенное – на фоне комплексного лечения сочетанных заболеваний матки и молочных желез (с помощью гормональных средств либо препарата на основе экстракта плодов витекса священного) число рецидивов узловых форм сократилось вдвое по сравнению с группой контроля.

**ВЫВОДЫ**

Таким образом, консервативное лечение в рамках программы реабилитации позволяет улучшить качество жизни у 46–52% пациенток с сочетанными заболеваниями молочных желез и половых органов, сократить прогрессирование и число рецидивов ДДМЖ у больных с миомой матки с 44% до 13–18%. Указанная тактика способствует устранению гормонального дисбаланса, улучшению состояния молочных желез (по данным УЗИ). Поскольку достоверных различий по эффективности гормональной и фитотерапевтической реабилитации не выявлено, выбор конкретного препарата должен зависеть от клинической ситуации.

Препарат на основе витекса священного «Мастодинон®» продемонстрировал в исследовании сопоставимую с гормональными средствами действенность в плане улучшения качества жизни и профилактики прогрессирования доброкачественных заболеваний молочных желез.

В группе без консервативной терапии оперативное лечение не улучшило состояния молочных желез. Во всех случаях, когда яичники были сохранены полностью или частично, а гормональной коррекции имеющихся нарушений в послеоперационном периоде обеспечено не было, состояние молочных желез не



**Исходы консервативного этапа лечения при сочетанных гормональнозависимых состояниях (ДДМЖ + миома матки)**

только не стабилизировалось – пролиферативные процессы прогрессировали с формированием новых локализованных образований. У 45,9% прооперированных по поводу миомы пациенток не произошло изменений в состоянии молочных желез, еще 3,3% женщин отметили ухудшение; достоверный рецидив дисплазии произошел у 43,9%, и лишь 6,9% сообщили о некотором улучшении состояния. Очевидно, именно неэффективность изолированной хирургической тактики приводит к тому, что повторные операции по поводу ДДМЖ проводятся у 27,5% пациенток – необычайно высокий показатель.

С тех пор как приказом № 808н лечение заболеваний молочных желез оказалось рекомендовано гинекологам, у миллионов женщин появился реальный шанс обрести полноценное здоровье репродуктивной системы под ответственным наблюдением одного специалиста. Однако настоящая помощь невозможна без внедрения тотального единого гинекологического и маммологического скрининга, без патогенетичес-

кой общности назначаемой терапии. Учитывая значительную распространенность дисгормональных нарушений у женщин и их несомненную роль в патогенезе наиболее распространенных дисплазий репродуктивной системы, к своевременной диагностике и лечению этих состояний необходимо подходить комплексно, а не делить пациентку на «этажи» и «сферы влияния».

Результаты многочисленных научных работ, проведенных в лучших исследовательских центрах мира со строжайшим соблюдением критериев доказательной медицины, подтверждают, что этиотропные возможности фитотерапевтических средств на основе экстракта плодов витекса священного весьма ценны для профилактики и лечения доброкачественных диспластических состояний в женской репродуктивной системе. Это особенно важно в клинических ситуациях, связанных с невозможностью назначения гормональной терапии или при наличии противопоказаний к оперативному лечению.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. Гинекология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- Сутурина Л.В., Попова Л.Н. Влияние бромкриптина и циклодинона на клинические симптомы и уровень пролактина с гиперпролактинемией репродуктивного возраста // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – Т. 9, № 2. – С. 41–43.
- Мустафин Ч.К. Актуальные аспекты лечения диффузных мастопатий // Леч. врач. – 2008. – № 10. – С. 18–24.
- Радзинский В.Е. Молочные железы и гинекологические болезни. – М., 2010. – 304 с.
- Летягин В.П., Высоцкая И.В. Лечение диффузной фиброзно-кистозной болезни. Опухоли женской репродуктивной системы. – 2007. – № 1–2. – С. 47–49.
- Хасханова Л.Х. Прогнозирование, ранняя диагностика и лечение нераковых заболеваний молочных желез после хирургического лечения гинекологических заболеваний: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2003. – 47 с.
- Коновалова В.Н. Дискуссионные вопросы тактики ведения женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2009. – № 6. – С. 6–12.
- Алеев И.А. Готовы ли акушеры-гинекологи лечить заболевания молочных желез? Коллегиальное обсуждение проблемы // StatusPraesens. – 2012. – № 4 (10). – С. 70–76.
- Cramer D.W., Knapp R.C. Review of epidemiologic studies of endometrial cancer and exogenous estrogen // Obstet. Gynecol. – 1979. – № 54 (4). – P. 521–526.
- Киселев В.И., Сидорова И.С., Унанян А.Л., Муйжнек Е.Л. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика. – М.: Медпрактика-М, 2010. – 468 с.
- Caruso-Nicoletti M. et al. // Ital. J. Ped. – 2003. – Vol. 29. – P. 110–113.
- Бубликов И.Д., Куликов Е.П., Варенов Б.М. Гормональный статус у больных мастопатией // Вопросы онкологии. – 2000. – Т. 46, № 2. – С. 172–174.
- Прилепская В.Н., Тагиева Т.Т. Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез: возможности негормональной терапии // Медлайн-Экспресс. – 2008. – № 5. – С. 10–17.
- Mansel R.E., Webster D.J.T., Sweetland H.M. Breast pain and nodularity // Benign disorders and diseases of the breast. Elsevier. – 2009. – P. 107–139.
- Филиппов О.С. Доброкачественные заболевания молочных желез. – М.: МЕД пресс, 2008. – 112 с.
- Радзинский В.Е. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии. – 8-е изд., испр. и доп. – М.: Канц-Эксмо, 2008. – 317 с.
- Рожкова Н.И., Меских Е.В. Мастодинон: возможности применения при различных формах мастопатии // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2008. – № 4. – С. 46–47.
- Цой Л.К. Лекарственная терапия диффузной мастопатии и ПМС // Эффективная фармакотерапия. Онкология, гематология и радиология. – 2010. – № 3. – С. 2–7.
- Daniele C., Coon J.T. Vitex agnus castus: A systematic review of adverse events // Drug Safety. – 2005. – № 28 (4). – P. 331.
- Вуттке В., Ярри Г., Зайдлова-Вуттке Д. и др. Терапевтические возможности экстрактов из аврамова дерева (Vitex Agnus castus) в гинекологической практике // Пробл. репродукц. – 2009. – № 4. – С. 53–58.
- Сметник В.П., Бутарева Л.Б. Опыт применения фитопрепарата «Циклодинон» («Агнукастон») у пациенток с недостаточностью функции желтого тела и гиперпролактинемией // Проблемы репродукции. – 2005. – № 5. – С. 1–4.
- Halaska M., Beles P., Gorkow C., Sieder C. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a Vitex agnus castus extract: results of a placebo-controlled double-blind study // Breast. 1999. – Aug. – № 8 (4). – P. 175–181.
- Kilicdag E.B., Tarim E., Bagis T., Erkanli S., Aslan E., Ozzahin K., Kuscu E. Fructus agni casti and bromocriptine for treatment of hyperprolactinemia and mastalgia // Int J Gynaecol Obstet. – 2004. Jun. – № 85 (3). – P. 292–293.
- Рожкова Н.И., Меских Е.В. Применение Vitex agnus-castus при различных формах мастопатии // StatusPraesens. – 2012. – № 1 [7]. – С. 39–43.