

KrasGMU was carried out. As a result of preventive inspections it was revealed that to the level of dental health and hygienic oral care implement of the KrasSMU students of the Institute of Dentistry, had practically no influence the professional knowledge about the rules of personal hygiene.

Key words: students, dental health, preventive inspection.

Литература

1. Дудрова Е.В. Проблемы здоровья современной студенческой молодежи и нерешенные вопросы организации лечебно-профилактической помощи // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 526-530.
2. Круглякова И.П. Медико-социальные аспекты стоматологической заболеваемости студенческой молодежи города Челябинска // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – № 5 (42). – С. 73-77.
3. Лисняк, М.А., Горбач Н.А. Образование и здоровье: концепция оптимизации охраны здоровья преподавателей вуза // В мире научных открытий. – 2011. – № 2. – С. 71-78.

4. Цапаева А.А., Цапаева А.А., Даурова Ф.Ю. и др. Состояние пародонта у студентов - медиков из Юго-Восточной Азии // Пародонтология. – 2008. – № 3. – С. 76-78.

Сведения об авторах

Чижов Юрий Васильевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры-клиники стоматологии ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2243144; e-mail: Gullever@list.ru.

Бакиеева Светлана Лукинична – кандидат медицинских наук, доцент кафедры-клиники терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2202101; e-mail: sbacsheeva@mail.ru.

Корякина Ольга Степановна – ассистент кафедры-клиники терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2202101.

Казанцева Тамара Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры-клиники стоматологии ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2243144; e-mail: Luka_LRC@mail.ru.

Лекции



© ЗАХАРОВА Т. Г.

УДК 618.19 – 006.03

МАСТОПАТИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Т. Г. Захарова

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, зав. – д. м. н., проф. М. М. Петрова.

Резюме. В данной лекции отмечается роль врачей первичного звена медико-санитарной помощи населению – врачей общей практики (семейных врачей) в своевременной диагностике и лечении мастопатии с целью профилактики и раннего выявления рака молочной железы, а также дается современное представление об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечению и профилактике мастопатии.

Ключевые слов : мастопатия, фиброзно-кистозная болезнь, эстрогены, женщина, молочная железа.

Согласно квалификационной характеристике, врач общей практики (семейный врач) должен осуществлять профилактику, диагностику и лечение наиболее распространенных заболеваний в том числе заболеваний молочной железы [4, 8]. 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 (ФКБ), характеризующаяся спектром

пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительно-тканного компонентов.

По сложившейся традиции диагностикой и терапией заболеваний молочной железы занимаются онкологи, очевидно в связи с этим, основное внимание уделялось злокачественным заболеваниям. До последнего времени мастопатии уделялось меньше внимания. В связи с тем, что мастопатия не является злокачественным заболеванием, онкологи до сих пор придерживаются выжидательной тактики ведения больных, ограничиваясь периодически осмотрами. Однако при этом необходимо помнить, что в МКБ – 10, заболевания молочных желез относятся к классу заболеваний репродуктивных органов и этой

проблемой активно стали заниматься гинекологи и данное положение закреплено в Приказе МЗ РФ № 572н от 2012 года «Об утверждении порядка по оказанию медицинской помощи по специальности «акушерство и гинекология» [9]. 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 [8].

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 пременопаузальном и постменопаузальном возрасте, достигая минимальных цифр к 75 годам жизни женщины. Обратная зависимость отмечается в отношении рака молочной железы, частота которого неуклонно растет с увеличением возраста женщины.

Строение молочной железы. Морфомолекулярной единицей молочной железы является альвеола. Пузырек альвеолы выстлан одним слоем железистых клеток лактоцитов, верхушки которых обращены в полость альвеолы. В основании альвеолы расположены миоэпителиальные клетки, обладающие способностью сокращаться и регулировать объем 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 долевы, выстланные двухрядным эпителием. Молочные железы состоят из 15-20 долей с выводными протоками. Эти протоки выстланы двухслойным цилиндрическим эпителием и окружены гладкомышечными 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 от физиологического состояния репродуктивной системы. Таким образом, молочная железа состоит из паренхимы — железистой ткани с проходящими в ней протоками различного калибра;

стромы — соединительной ткани, разделяющие 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 счет 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 % объема всей железы. К концу периода полового созревания масса железы составляет 150-200 г. Во время беременности молочная железа достигает полной морфологической зрелости. Размеры ее увеличиваются за счет 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 еще 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 соединительно-тканевыми прослойками.

Регуляция роста и развития молочной железы происходит под сложным гормональным контролем. Основная роль принадлежит в нем эстрогенам, прогестерону и пролактину [1]. 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 соматотропный гормон, сходный по физиологическому действию с пролактином. Значение трийодтиронина, тироксина, кортизола и инсулина еще 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, 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 еще «дигормональными дисплазиями». Этот термин, не отличающийся точностью, отражает в какой-то степени патогенез и отчасти морфологические изменения. Существует большое число классификаций дигормональных 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 узловатые 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 узловатая 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.

Фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз). Морфологически эта форма ФКМ характеризуется высоко дифференцированной, неосумкованной гиперплазией долек железы. Клинически она проявляется болезненностью, нагрубанием и диффузным уплотнением всей железы или ее 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 нечеткими границами, которые соответствуют участкам гиперплазированных долек и долей. Иногда при обширном процессе тени захватывают всю железу.

Фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброза. 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 уплотненные, тяжистые участки. Фиброзные процессы преобладают у женщин более старшего, пременопаузального возраста. Рентгенологическая картина этой формы ФКМ представляет собой пласти плотных гомогенных участков с выраженной тяжистостью. Рентгенограммы имеют вид «матового стекла».

Фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента. Характерно наличие множественных кистозных образований эластической 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 пременопаузальном 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 четкими контурами. Цвет и консистенция кистозного содержимого различны.

Жидкость частично резорбируется гистиоцитами. Кальцификация, 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 внутريدольковой 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 четких границ, не спаянные с кожей, увеличивающиеся накануне и уменьшающиеся после окончания менструаций. При этой форме ФКМ болезненность наиболее выражена и боль иррадирует в плечо, лопатку. Иногда увеличиваются подмышечные лимфатические узлы.

Кроме того, выделяют особую форму молочной железы в предменструальном цикле — мастодирию, или мастагию — это циклическое нагрубание железы, обусловленное венозным застоем и отеком стромы; молочная железа увеличивается в объеме более чем на 15%.

Этиология и патогенез мастопатии не ясны, хотя по современным представлениям эта патология гормонально обусловлена. Решающая роль в ее развитии отводится прогестерондефицитным состояниям, нарушению функции яичников, при которых имеется абсолютная или относительная гиперэстрогения. Это подтверждается способностью эстрогенов вызывать пролиферацию эпителия 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, т. е. патологией, для которой характерна гиперэстрогения, даже относительная. Вместе с тем, мастопатия наблюдается также у женщин с овуляторным циклом и ненарушенной репродуктивной функцией и даже с явными клиническими проявлениями гиперандрогении (адреногенитальный 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 железы.

Клиническая картина. Мастопатия, очень распространенное заболевание. Основной контингент составляют женщины репродуктивного возраста, причем 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, миома матки, эндометриоз. Многие авторы подчеркивают, что женщины с клиническими проявлениями мастопатии, как правило, не пользуются гормональной контрацепцией. В то же время у женщин, длительное время применявших оральные 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 желез. Боль может иметь локальный характер и иррадиировать в руку или лопатку [10].

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 нед. до менструаций; в железе пальпируются отдельные болезненные уплотненные 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 коричневатозеленый секрет, появляющийся из соска при надавливании на околососковое поле.

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 отеком соединительной ткани, кистозными образованиями и вовлечением их в склерозированные ткани. Примерно 10 % женщин отмечают увеличение лимфатических узлов в подмышечной области и их чувствительность при пальпации.

Диагностика мастопатии. Диагноз мастопатии ставят на основании анамнеза, клинической картины, пальпации молочных желез 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 желез в положении стоя и лежа 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. [14].

Согласно Приказа МЗ РФ № 572н от 2012 года в качестве рекомендуемой структуры в женской консультации предполагается кабинет маммографического (рентгенологического) исследования [9].

В настоящее время в мире в подавляющем большинстве случаев для диагностики рака женской молочной железы (РМЖ) используют рентгеновскую проекционную маммографию, пленочную (аналоговую) или цифровую. В Европе и странах Северной Америки цифровая маммография на основе детекторов прямого преобразования постепенно вытесняет пленочную из-за наличия больших возможностей по работе с полученным изображением и возможности интеграции с медицинской информационной сетью.

В настоящее время во всем 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 1 раз в 2 года.

Маммографию проводят 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 исследования в условиях минимальных лучевых нагрузок. При необходимости используют прицельную рентгенографию или рентгенографию с искусственным контрастированием протоков либо пневмоцистографию. 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 желез.

Ультразвуковое исследование молочных желез проводят также в первую фазу менструального цикла. Ультразвуковое исследование имеет преимущество перед рентгенологическим в выявлении макрокистозных образований, точность диагностики которых составляет для ультразвука 100 %. По данным ВОЗ ультразвуковое исследование у женщин старше 35 лет, как скрининговый метод, проводится один раз в два года [19].

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

Применяют также пункционную биопсию с последующим цитологическим исследованием аспирата. Дифференциальная диагностика направлена прежде всего на выявление предзлокачественных и злокачественных процессов молочных желез. 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 [3].

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 желез. 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 не 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, исключающих злокачественные заболевания молочных желез, пролиферативные изменения эпителия молочных желез, наличие кальцинатов в ткани железы.

Консервативной терапии 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); антипролактиновые препараты (бромкриптин, достинекс, карбеголин); препараты йода (микродозы); витамины Е, А, В1, В2; 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-го по 25-й день

цикла. Гестагенный препарат местного применения при мастопатии или мастодинии – 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 [5,6].

На основании многочисленных исследований установлено, что применение оральных контрацептивов снижает частоту рака молочной железы и развитие мастопатии. Как уже указывалось, среди женщин, применяющих гормональную контрацепцию, мало больных с ФКМ. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) вводят организм женщины на низкий уровень гормонов, гораздо ниже ее собственного, что снижает процессы пролиферации в молочных железах. С этой целью используют: жанин, марвелон, ярину, фемоден, логест и др. [2].

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 приеме эстроген-гестагенных препаратов. Витамин Е принимают по 100-400 мг/сут. в течение 2 мес; после 2-месячного перерыва курс лечения повторяют. Препарат вследствие своего антисклеротического действия особенно показан женщинам старше 45 лет. Рекомендуются, также витамины А, В1, В2 в течение длительного времени.

Для лечения ФКМ применяют препараты йода. Многие годы онкологи и гинекологи назначают микродозы йодида (0,25% раствор йодида калия по 10 мл 4 раза в день) в течение 6-12 мес 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 желез 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 тканей молочной железы. Препарат хорошо зарекомендовал себя при лечении рака молочной железы, причем регрессия процесса наблюдается даже

при диссеминированной форме. Для лечения мастопатии тамоксифен назначают по 10 мг (1 таблетка) в день. После 2 нед. приема отмечается снижение уровня гонадотропинов и соответственно подавление функции яичников. После 10-12-недельного приема 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 мес.

Применяют так же препараты, подавляющие секрецию пролактина – бромокриптин (парлодел), агонист дофамина – основного регулятора синтеза пролактина в гипофизе. Назначают препарат при выраженной цикличности мастопатии (ухудшение 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, т.е. состояния, которым свойственна гиперпролактинемия, являются протекторами мастопатии и новообразований молочной железы. И тем не менее парлодел оказывает благоприятное действие при мастопатии даже при нормальном содержании пролактина [12,16].

В развитии отека, венозного стаза в молочных железах при мастопатии и особенно мастодинии определенную роль играют простагландины. Это дает 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 тяжелых гастритах.

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

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

Гомеопатические препараты (Ременс, Мастодион, 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 [11,12, 13, 15].

Фитотерапия (используется только в качестве дополнения к основному лечению). Энзимные препараты обладают

противоотечным, противовоспалительным, вторично-анальгезирующим и иммуномодулирующим действием [7].

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 2 вида оперативного вмешательства – секторальная резекция (вместе с сектором молочной железы удаляют опухоль) и энуклеация (вылущивание) опухоли или кисты (удаляют только опухоль/кисту) [17, 18, 19, 20].

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-х месяцев);

– если киста единичная – показано удаление жидкости путем пункции (прокола образования), но при рецидиве узловой кисты показано ее вылущивание.

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

Профилактика мастопатии

– 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 желез в положении лежа и стоя, пальпацию начинают с подмышечной области по направлению к соску, далее грудь исследуют вертикально сверху вниз мягкими движениями;

– при обнаружении подозрительных образований – срочно к врачу. Чем раньше будет начато лечение, тем легче будет предотвратить развитие мастопатии и онкологии;

– беременность и лактация, отказ от аборт;

– регулярная половая жизнь;

– прием 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 в семье. Он должен обучать женщин методам самообследования молочных желез, прививать нормы здорового образа жизни, своевременно выявлять мастопатию, направить на обследование для уточнения диагноза и исключение рака.

MASTOPATIA IN PRACTICE OF THE FAMILY PHYSICIAN

T. G. Zaharova

Krasnoyarsk state medical university named
after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. In this lecture was noted the role of the physicians in primary health care - general practitioners (family doctors) in the timely diagnosis and treatment of mastopatia for the prevention and early detection of breast cancer, and gives an advanced understanding of the etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, treatment and prevention of mastopatia.

Key words: mastopatia, fibrocystic disease, estrogens, female, breast.

Литература

1. Андреева Е.Н., Хомошина М.Б., Руднева О.Д. Пролактин и молочные железы // Гинекология. – 2012. – Т. 14, № 1. – С. 12-17.

2. Апетов С.С., Калиниченко С.Ю., Агафонова А.В. и др. Влияние терапии половыми гормонами на состояние молочных желез у женщин с дефицитом андрогенов и фиброзно-кистозной болезнью // Гинекология. – 2012. – Т. 14, № 3. – С. 58-62.

3. Булынский Д. Н., Васильев Ю.С. Современные технологии диагностики и лечения рака молочной железы: учебное пособие / Под ред. С. В. Яйцева. – Челябинск, 2009. – 84 с.

4. Государственный образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности: № 040110 «Общая врачебная практика (семейная медицина)». – М., 2005. – 85 с.

5. Коновалова В.Н. Дискуссионные вопросы тактики ведения женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2009. – № 6. – С. 6-12.

6. Писарева Л.Ф., Одинцова И.Н., Слонимская И.М. и др. Оценка деятельности диагностического центра по выявлению предопухолевой и опухолевой патологии молочной железы // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. LV111, № 2 – С. 43-47.

7. Прилепская В.Н., Тагиева Т.Т. Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез: возможности негормональной терапии // Медлайн – Экспресс. – 2008. – № 5. – С. 7-10.

8. Приказ № 237 от 26 августа 1992 года МЗ РФ «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)».

9. Приказ № 572н МЗ РФ от 01.11.2012 г «Об утверждении порядка по оказанию медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

10. Пашов А.И., Шилова О.Ю., Егорова А.Т. и др. Гиперпластические процессы молочной железы в практике акушера-гинеколога // Методические рекомендации

для студентов высших медицинских учебных заведений, клинических ординаторов и врачей интернов, врачей акушеров-гинекологов, онкологов. — Красноярск, 2005. — 44 с.

11. Радзинский В.Е. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии. — 8-е изд. — М.: ЭКСМО, 2008. — 317 с.

12. Радзинский В.Е. Молочные железы и гинекологические болезни. — М.: Status Praesens, 2010. — 304 с.

13. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Масленникова М.Н. и др. Возможности терапии миомы матки и доброкачественной дисплазии молочных желез // Акушерство и гинекология. — 2013. — № 4. — С. 44-47.

14. Рожкова Н.И., Меских Е.В. Мастодион: возможности применения при различных формах мастопатии // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2008. — № 4. — С. 46-47.

15. Семикопенко В.М., Киреева М.К., Рожкова Н.И. Влияние минерального обмена на показатели электропроводности при заболеваниях молочной железы // Гинекология. — 2012. — Т. 14, № 6. — С. 28-34.

16. Сутурина Л.В., Попова Л.Н. Динамика клинических симптомов и коррекция антиоксидантной недостаточности у женщин с диффузной мастопатией при использовании

растительного препарата мастодион // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 8-1. — С. 56-59.

17. 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. — № 9(2). — С. 41-43.

18. Фирсова С.С. Здоровье женщины. — М.: «Эсмо», 2010. — 256 с.

19. Чхиквадзе, В. Д. Хирургическое лечение рака молочной железы. — Маммология: национальное руководство / Под ред. В. П. Харченко, Н. И. Рожковой. — М., 2009. — С. 227-250.

20. Petri A.L. Alcohol intake, type of beverage, and risk of cancer in pre- and postmenopausal women // Alcoholism: Clinical & Experimental Research. — 2004. — Vol. 28, № (7). — P. 1084-1090.

Сведения об авторах

Захарова Татьяна Григорьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической терапии, семейной медицины и здорового образа жизни с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8 (391) 2244261; e-mail: tania.zah2012@yandex.ru.

Страницы истории



© ГАЛАКТИОНОВА М. Ю., ПРАХИН Е. И., МАНЧУК В. Т.

УДК 616-053.2 (571.51-21 Красноярск)

КРАСНОЯРСКАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ШКОЛА

М. Ю. Галактионова¹, Е. И. Прахин¹, В. Т. Манчук²

¹ ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов;

² ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, и. о. директора — д. м. н., проф. С. В. Смирнова.

*«...Мы с вами призваны стоять на страже детского здоровья
И наше кредо — исцелять! — теплом своим, своей любовью!
Пусть белый голубь пронесет благую весть по всей России:
«Земля спасение обретет в лице твоём — ПЕДИАТРИЯ!»*

Резюме. История формирования красноярской педиатрической школы непосредственно связана с историей развития педиатрического факультета, в 55-летней летописи которого отмечено особое влияние московской и ленинградской школ педиатрии. Научные идеи основоположников успешно развивают многочисленные ученики. Вклад красноярских ученых в развитие службы охраны здоровья подрастающего поколения, в решение задач приоритетного национального проекта здравоохранения трудно переоценить. Красноярская педиатрическая школа занимает достойное место среди российских педиатрических школ, об этом свидетельствует значимость научно-исследовательских разработок для практического здравоохранения, медицинских технологий профилактики и лечения широко распространенных заболеваний у детей, внедрения современных педагогических методов подготовки врачей педиатров и последипломного совершенствования их знаний.

Ключевые слов : Красноярский государственный медицинский университет, история, педиатрия, педиатрический факультет, научно-педагогическая школа.