

Лечение больных с фиброзно-кистозной мастопатией, сопровождающейся болевым синдромом

В. А. Синицын, Т. В. Руднева

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (дир. — акад. РАМН проф. В.И. Кулаков), г. Москва

Резюме

Дана оценка клинической эффективности мастодинона при лечении 86 больных с фиброзно-кистозной мастопатией, сопровождающейся болевым синдромом, в возрасте от 24 до 45 лет. Обращено внимание на четкое определение показаний к применению мастодинона. Препарат должен использоваться только при наличии симптомов истинной мастопатии, что является основой эффективного лечения. В результате терапии боли прекратились через 3 мес. у 81,4% больных, а через 6 мес. у 96,5%.

В последнее время отмечается рост числа доброкачественных заболеваний молочных желез, которые выявляются у каждой 4-й женщины в возрасте 30 лет и у 60% пациенток старше 40 лет. Наиболее часто (у 50%) наблюдается диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии [3]. По определению ВОЗ, мастопатия характеризуется широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей с измененным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов. Морфологически доброкачественные изменения представлены протоковой или долевой гиперплазией, перидуктальным фиброзом, увеличенной внутрипротоковой секрецией с разрастанием кистозных структур, аденозом клеток и гипертрофией протоков. Нередко различные формы мастопатии сопровождаются болевым синдромом, который определяют как мастодинию или масталгию [2].

Существует множество теорий, объясняющих этиологию и патогенез масталгии: нарушение эстроген-прогестеронового соотношения, повышение активности альдостерона, увеличение активности в системе ренин-ангиотензин, усиление адреналовой активности, уменьшение количества эндогенных эндорфинов, субклиническая гипогликемия, нарушение метаболизма катехоламинов, гиповитаминоз, кроме того, придается значение стрессовым ситуациям [4].

Недавно проведенные исследования указывают на циклические изменения активности эндогенных опиоидов как возможную патофизиологическую основу масталгии. Имеются сведения, что развитие и прогрессирование мастодинии связано с повышением уровня пролактина, который способен увеличивать число рецепторов эстрадиола в ткани молоч-

ной железы. Эстрогены являются важным модулятором секреции пролактина на уровне гипоталамуса и гипофиза и стимулируют выброс пролактина в кровь. В этой связи гиперэстрогенное состояние оценивается как фактор, определяющий гиперпролактинемия, и может способствовать развитию пролиферативных процессов в ткани молочной железы [1]. Существенное значение имеет раздражение нервных окончаний, вызванное отеком.

Принято выделять циклическую и нециклическую формы масталгии. Циклическая масталгия — довольно распространенное патологическое состояние, проявляющееся болевым синдромом различной степени выраженности и продолжительности в предменструальном периоде. Циклическая масталгия, как правило, имеет двусторонний характер, хотя боли могут локализоваться только в одной молочной железе. Интенсивность ее может быть также асимметричной. Наиболее частая локализация болей — верхненаружные квадранты. Особенно следует отметить связь циклической масталгии с риском развития рака молочной железы [6]. Эти данные подчеркивают важность лечебных мероприятий, направленных на устранение циклической масталгии как фактора риска развития неопластического процесса. Нередко встречаются боли в области молочных желез, не связанные с их патологией, а обусловленные иррадиацией из других патологических очагов (остеохондроз, плечелопаточный периартрит, нейромиозит, артроз плечевых суставов и пр.). Это так называемые ложные масталгии. Дифференциация истинных и ложных масталгий позволяет выбрать адекватную терапию.

Под нашим наблюдением находились 86 пациенток в возрасте от 24 до 45 лет, страда-

ющих диффузной фиброзно-кистозной мастопатией с болевым синдромом. Всем женщинам проводилось комплексное маммологическое обследование: клинический осмотр, по показаниям рентгено-, ультразвуковая или МР-маммография.

Особое внимание уделялось характеристике болей в молочных железах: продолжительности, интенсивности, локализации, зависимости от фаз менструального цикла. В качестве лечебного средства использовался мастодинон (Бионорика АГ, Германия), представляющий собой комплекс лекарственных трав: витекса священного, стеблелиста василистниковидного, цикламена европейского, чилибухи, ириса, тигровой лилии. Действие его заключается в снижении повышенного уровня пролактина за счет допаминергического эффекта, что способствует сужению протоков, снижению активности пролиферативных процессов, уменьшению образования соединительнотканного компонента, устранению недостаточности желтого тела и нормализации эстроген-прогестероновых нарушений через гипоталамо-гипофизарную систему. Препарат в значительной мере уменьшает отек молочных желез, снижает болевые ощущения, способствует обратному развитию дегенеративных изменений тканей молочной железы. Кроме того, на фоне лечения значительно улучшается эмоционально-психическое состояние женщин (повышается работоспособность, уменьшается раздражительность). Препарат назначался по стандартной схеме в течение 3-6 мес. Лечебный эффект оценивался один раз в 3 мес в первую фазу менструального цикла по следующим критериям [5]:

1. субъективная оценка на основании жалоб больной;
2. осмотр маммологом;
3. рентгеномаммография;
4. ультразвуковая маммография;
5. магнитно-резонансная маммография.

Проведен анализ данных, полученных при объективном обследовании женщин.

Осмотр маммологом осуществлялся каждые 3 мес. на протяжении года. Осмотрены 86 женщин. В течение наблюдения на фоне терапии при пальпации отмечалось снижение плотности молочных желез, исчезновение явлений нагрубания, уменьшение болезненности, значительно сократилось число пальпируемых гиперплазированных долек. Положительная динамика клинической картины совпадала со снижением интенсивности болевого синдрома.

Рентгеномаммография выполнена 30 (34,9%) больным до начала лечения и через 12 мес. Следует отметить, что на протяжении года

больные осматривались маммологом каждые 3 мес. Рентгеномаммография выполнялась женщинам старше 40 лет. Динамическое наблюдение показало уменьшение «рентгенологической плотности» тканей молочных желез, уменьшение площади и плотности гиперплазированных железистых долек, исчезновение или уменьшение количества мелких кист размером 0,3-0,6 мм. Не отмечено увеличения размеров более крупных кист (0,7-0,9 мм). Ультразвуковая маммография произведена 56 (56,1%) пациенткам. Обследование проводилось до начала лечения, через 3, 6 и 12 мес. На фоне лечения отмечено снижение гиперэхогенности железистого компонента (уменьшение отека тканей), снижение числа расширенных протоков, уменьшение неровности их контуров и карманообразных расширений в них. Наблюдалось уменьшение количества мелких кист.

МР-маммография (бесконтрастная) проведена в 4 случаях до лечения и через 6 мес. от начала лечения. На фоне терапии мастодином отмечалось уменьшение интерстициального отека тканей молочной железы и ретроаммарной клетчатки, снижение венозного застоя, уменьшение размеров мелких кист.

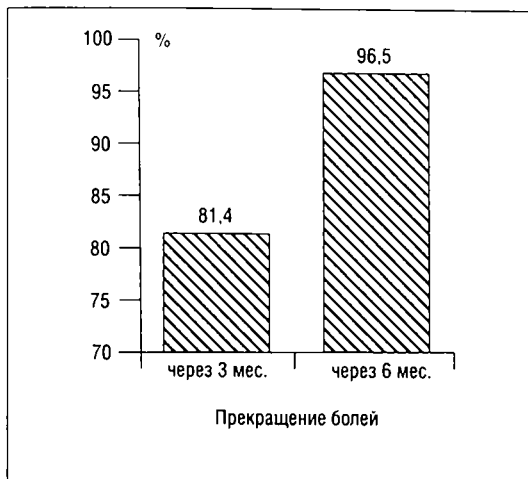
Лечение проводилось по следующему принципу: если болевой синдром купировался в течение первых 3 мес., то лечение продолжалось 3 мес. Если явления масталгии сохранялись после трехмесячной терапии, то лечение проводилось еще в течение 3 мес., т.е. полный курс длился 6 мес. Болевой синдром, оцениваемый на основании жалоб больных, мы разделили следующим образом:

- резко выраженный;
- умеренно выраженный;
- слабо выраженный.

В нашем исследовании у 31 (36,05%) больной болевой синдром оценивался как резко выраженный, у 40 (46,5%) как умеренно выраженный и у 15 (17,45%) как слабо выраженный.

По субъективной оценке, основанной на жалобах больных, получены следующие результаты лечения. Боли прекратились в течение 3 мес. у 70 (81,4%) человек из 86, получавших препарат. Лечение продолжалось в течение 3 мес. Однако контроль за больными осуществлялся на протяжении еще 9 мес. Случаев рецидива явлений масталгии не отмечалось. Боли прекратились в течение 6 мес. у 13 (15,2%) больных из 86. Наблюдение за этой группой больных продолжалось еще 6 мес. Таким образом, суммарная эффективность лечения в течение 6 мес. составила 96,5%. Высокие показатели эффективности лечения во многом объясняются тщательным отбором больных,

Рисунок 1. Эффективность лечения больных с кистозно-фиброзной мастопатией с учетом прекращения болей



основанном на дифференциации истинных и ложных масталгий. У одной (1,1%) больной эффект был неполный: боли в молочных железах уменьшились, но не прекратились.

У 2 (2,3%) больных эффекта не отмечено совсем.

Результаты эффективности лечения в течение 3 и 6 мес. представлены на рис. 1.

Оценка эффективности лечения проводилась с учетом выраженности болевого синдрома. Боли прекратились в течение 3 мес. У больных следующих групп:

- у 26 (84%) из 31 больной с резко выраженным болевым синдромом;
- у 32 (80%) из 40 больных с умеренно выраженным болевым синдромом;
- у 12 (80%) из 15 со слабо выраженным болевым синдромом.

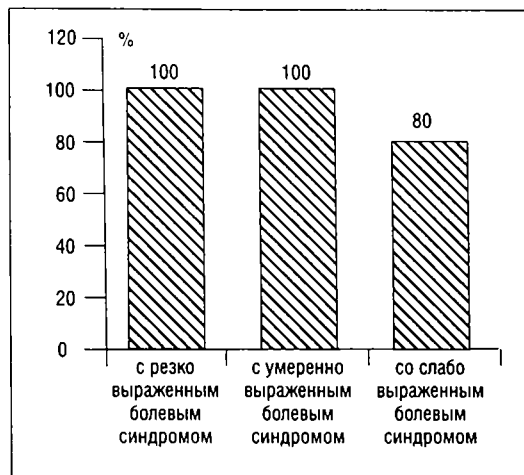
Общий эффект в группе — 81,4%.

Боли прекратились в результате лечения в течение 6 мес.:

- у 5 (16%) человек из 31 с резко выраженным болевым синдромом;
- у 8 (20%) из 40 больных с умеренно выраженным болевым синдромом;
- у 2 (13,3%) из 15 эффекта не было, и у одной (6,7%) эффект был неполным (боли стихли, но не исчезли).

Таким образом, эффект лечения на протяжении 6 мес у больных с резко выраженным синдромом составил 100%, с умеренно выраженным — 100%, со слабо выраженным — 80%. Суммарный эффект лечения на протяжении 6 мес составил 96,5% (83 больных из 86). У 1 больной с неполным эффектом и у 2 с отсутствием

Рисунок 2. Эффективность лечения больных с кистознофиброзной мастопатией в зависимости от степени выраженности болевого синдрома



эффекта лечение было продолжено. Результаты лечения будут оценены в дальнейшем.

Эффективность лечения в зависимости от степени выраженности болевого синдрома представлена на рис. 2.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы.

Перед назначением мастодиона необходимо установить причину болей в области молочных желез. Если эти боли обусловлены заблевами позвоночника, суставов и пр., то назначение препарата нецелесообразно.

Адекватная терапия позволила достигнуть высоких показателей: у 96,5% женщин полностью исчезли явления масталгии. Все объективные методы обследования больных при масталгии имеют для характеристики эффективности лечения второстепенное значение. Ведущим фактором является субъективная оценка, основанная на жалобах больной.

Литература

1. Вишневский А. С., Сафронникова Н. Р., Мельникова Н. Ю., Григорьева Т. А. Журн. акуш. и жен. болезней 2000; XLIX: выпуск 2: 39-41.
2. Кулаков В. И., Волобуев А. И., Сеницын В. А. и др. Гинекология 2003; 5: 3: 113-115.
3. Кулаков В. И., Волобуев А. И., Сеницын В. А., Руднева Т. В. Заболеваемость молочных желез у гинекологических больных: Материалы Всерос. конф. «Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии в маммологии». М 2003; 72-73.
4. Летягин В. П. Мастопатия. Рус. мед. журн. 2000; 8: 11: 468.
5. Сеницын В. А., Руднева Т. В. Диагностика заболеваний молочных желез. Рос. вестн. акуш.-гин. 2003; 3: 4: 64-66.
6. Plu-Bureau G. Br J Cancer 1992; 65: 945-949.