

Междисциплинарные аспекты патологии молочной железы: обзор литературы

Т.Ю.Пестрикова[✉], Ю.А.Юрасова, И.В.Юрасов

ФБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России.

680000, Россия, Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35

В обзорной статье представлены данные по частоте, патогенезу патологии молочной железы, включая рак. Приведены общие аспекты по факторам риска как при доброкачественной патологии молочной железы, так и для рака молочной железы. Рассмотрены современные виды классификаций и методов обследования у пациенток с патологией молочной железы. Подчеркнута роль междисциплинарного подхода, а именно преемственности между врачами разных специальностей: акушерами-гинекологами, маммологами, хирургами, онкологами, морфологами. Отмечены преимущества эффективности и безопасности применения негормонального препарата Мамоклам при патологии молочных желез. В результате действия йода, полиненасыщенных жирных кислот омега-3 и хлорофилла, входящих в состав препарата из ламинарии (Мамоклам), происходит нормализация баланса тиреоидных и половых гормонов, процессов пролиферации клеток в ткани молочной железы, что оказывает лечебное действие у больных с фиброзно-кистозной болезнью. Клиническая эффективность препарата Мамоклам достигает 90%. Современный подход рациональной стратегии при любой патологии, включая патологию молочных желез, осуществляется по двум принципам: наличие доказательной базы и регламентирующих документов.

Ключевые слова: междисциплинарный подход, фиброзно-кистозная болезнь, доброкачественная дисплазия молочных желез, рак молочной железы, Мамоклам.

[✉]typ50@rambler.ru

Для цитирования: Пестрикова Т.Ю., Юрасова Ю.А., Юрасов И.В. Междисциплинарные аспекты патологии молочной железы: обзор литературы. Гинекология. 2016; 18 (5): 53–59.

Interdisciplinary aspects of breast pathology: literature review

T.Yu.Pestrikova[✉], Yu.A.Yurasova, I.V.Yurasov

Far Eastern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation.

680000, Russian Federation, Khabarovsk, ul. Murav'eva-Amurskogo, d. 35

In the given review of the article, the data on the frequency, pathogenesis of breast disease, including cancer is presented. The general aspects of risk factors such as benign breast disease, and for breast cancer are also given. The modern types of classifications and survey methods in patients with breast disease, as well as the role of multi-disciplinary approach, namely continuity between the doctors of various specialties: obstetricians, mammalogy, surgeons, oncologists, and morphology are listed as well. The advantages of efficacy and safety of non-hormonal drug Mamoclam in the pathology of the mammary glands are many. As a result of the action of iodine, polyunsaturated fatty acids and omega-3 chlorophyll included in the preparation of laminaria (Mamoclam), normalization occurs and the balance of thyroid hormones, cells, cell proliferation in breast tissue, which has a therapeutic effect in patients with fibrocystic disease. The clinical efficacy of Mamoclam from the kelp reaches 90%. The modern approach of rational strategies for any disease, including breast pathology, carried out on two principles: the existence of evidence and regulatory documents is described in detail.

Key words: interdisciplinary approach, fibrocystic disease, benign breast dysplasia, breast cancer, Mamoclam.

[✉]typ50@rambler.ru

For citation: Pestrikova T.Yu., Yurasova Yu.A., Yurasov I.V. Interdisciplinary aspects of breast pathology: literature review. Gynecology. 2016; 18 (5): 53–59.

Ежегодный рост онкологической патологии органов репродуктивной системы женщины является в настоящее время объективной реальностью. Первое место в структуре онкопатологии репродуктивных органов из года в год занимает рак молочной железы (РМЖ).

Ежегодный прирост РМЖ, по данным Минздрава России, составляет в среднем 6%. Так, показатель контингента пациенток с РМЖ, состоящих на учете в онкологических учреждениях (на конец года) составил в 2013 г. – 730,0; в 2014 г. – 777,3; в 2015 г. – 793,6 (на 100 тыс. женского населения) [1].

В Российской Федерации в общей структуре онкопатологии злокачественные заболевания репродуктивной системы женщины составляют 55%, из них частота РМЖ достигает 28,1% [2]. Ежегодно от РМЖ умирают до 23 тыс. женщин [3], что соответствует 0,03% от численности женского населения РФ. Проблема масштабна: если 5-летняя выживаемость при I стадии рака составляет 94%, то при IV – лишь 35%. Особое беспокойство вызывают угрожающие тенденции «омоложения» РМЖ: за 10 лет заболеваемость женщин в возрасте от 19 до 39 лет выросла на 34% [2, 3].

Помимо РМЖ, существует другие болезни молочной железы, чаще из которых встречается фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) или доброкачественная дисплазия молочных желез (ДДМЖ), диагностируемая у 30–50% женщин репродуктивного возраста. Среди гинекологических пациенток частота ДДМЖ достигает 90% [4].

В связи с этим клиническая актуальность проблемы патологии молочной железы (РМЖ, ДДМЖ), профилактика РМЖ является социально-значимой задачей, требующей применения как современных диагностических методов,

так и использования лекарственных препаратов, направленных на коррекцию возникающих при ДДМЖ нарушений.

Факторы риска и патогенез диспластических процессов в молочной железе

В отечественной и зарубежной литературе последних лет рассматриваются вопросы о том, что наличие ДДМЖ не является обязательной стадией, предшествующей РМЖ, поскольку первичный РМЖ возникает без предшествующей патологии молочных желез [4]. Тем не менее многими исследователями проводится прямая связь между разными формами мастопатии или ДДМЖ и РМЖ [5].

Таким образом, профилактика и лечение доброкачественных заболеваний молочной железы является реальным путем к снижению онкозаболеваемости и сохранению, в определенной степени, репродуктивного потенциала.

В настоящее время рассматривается не менее 80 факторов риска РМЖ, которые не всегда являются причиной заболевания, однако служат маркером, повышающим вероятность его развития [6].

К основным группам риска РМЖ относятся следующие факторы: генетические, репродуктивные, гормональные, экзогенные.

Сравнительный анализ факторов риска РМЖ и ДДМЖ показал, что определенная корреляция между ними существует, поскольку чем выше в популяции заболеваемость ДДМЖ, тем больше распространенность РМЖ.

Факторы риска развития ДДМЖ

1. Длительный психологический стресс.
2. Гормональный дисбаланс:
 - гипо-/гиперэстрогенизация;
 - гиперпролактинемия;
 - гиперандрогения;
 - гипофункция щитовидной железы.
3. Нейроэндокринные нарушения репродуктивного цикла (нейроэндокринные синдромы):
 - болезнь поликистозных яичников;
 - андрогенитальный синдром;
 - нейро-обменно-эндокринный синдром;
 - предменструальный синдром.
4. Особенности гинекологического анамнеза:
 - раннее менархе (до 12 лет), поздняя менопауза (после 55 лет);
 - отсутствие родов;
 - поздняя первая беременность;
 - возраст первых родов и их количество (женщины, родившие дважды до 25 лет, имеют втрое меньше риск развития мастопатии и РМЖ по сравнению с женщинами, рожавшими только один раз);
 - отсутствие или короткий период грудного вскармливания;
 - аборт;
 - хронические воспалительные заболевания яичников.
5. Индекс массы тела – больше 25 (норма 23–25). При повышении индекса риск увеличивается в 1,5 раза.
6. Наследственность – наличие патологии молочных желез у кровных родственниц увеличивает риск в 6–7,7 раза. Выявлен фактор риска генетической предрасположенности – ген BRCA 1 и 17q 21 хромосомы. Из носителей до 50 лет болеют 50%, до 65 лет – 80%. Риск рака яичника соответственно 23 и 63%. Ген BRCA2 на 13q 12 хромосомы.
7. Сексуальные дисфункции.

В группу риска относят женщин, у которых выявлено 3 и более из перечисленных выше факторов [6, 7].

К генетическим факторам риска относятся семейный РМЖ, наследуемый РМЖ (носительство мутантных генов BRCA1 и BRCA2), мутации других генов (p53, ATM, NBS1, LKB1), генетические синдромы; первично-множественные опухоли, в которых входит РМЖ.

Кроме этого, к группе риска злокачественных процессов молочной железы относятся пациентки:

- имеющиеотягощенную наследственность по онкологическим заболеваниям;
- с признаками облигатного или факультативного предрака, имеющие мутацию генов BRCA или низкий коэффициент соотношения «физиологического» и «канцерогенного» метаболизма эстрогенов 2-гидроксистерона (2-OHE₁) и 16α-гидроксистерона (16α-OHE₁);
- после 50 лет с высоким индексом массы тела при низком коэффициенте 2-OHE₁/16α-OHE₁[6].

Репродуктивные факторы включают раннее менархе (до 12 лет), позднюю менопаузу (после 54 лет), прерывание первой беременности, большое количество абортов (более 3), отсутствие беременностей, поздние первые роды (после 30 лет), нарушение лактации, маститы.

По литературным данным, до 95% женщин с заболеваниями молочных желез имеют сопутствующую патологию органов малого таза (гинекологические заболевания: воспалительные и гиперпластические процессы половых органов), которые служат причиной функциональных и структурных нарушений в регуляции репродуктивной системы женщины [5, 8].

Гормональная зависимость молочной железы обусловлена тем, что она является частью репродуктивной системы, поэтому физиологические процессы, происходящие в тканях молочной железы, находятся под четким контролем эндокринной регуляции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Ведущая роль в возникновении мастопатии принадлежит нарушению эстроген/прогестеронового соотношения. Как известно, эстрогены вызывают пролиферацию протокового альвеолярного эпителия и стромы, стимулируют васкуляризацию и гидратацию соединительной ткани, в то время как прогестерон обеспечи-

Болезни молочной железы (N60–N64) [16]	
N60	ДДМЖ
	Включена: фиброзно-кистозная мастопатия
N60.0	Солитарная киста МЖ
N60.1	Диффузная кистозная мастопатия
	Кистозная молочная железа
	Исключена: с пролиферацией эпителия (№60.3)
N60.2	Фиброаденоз молочной железы
	Исключена: фиброаденома молочной железы
N60.3	Фибросклероз молочной железы
	Кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия
N60.4	Эктазия протоков молочной железы
N60.8	Другие ДДМЖ
N61	Воспалительные болезни молочной железы
N62	Гипертрофия молочной железы
N63	Образование в молочной железе неутюченного
N64	Другие болезни молочной железы
N64.1	Жировой некроз молочной железы
N64.2	Атрофия молочной железы
N64.3	Галакторея, не связанная с деторождением
N64.4	Мастодиния

вает дифференцировку и апоптоз эпителия. Недостаточность прогестеронового воздействия приводит к пролиферации соединительнотканного и эпителиального компонентов молочной железы [9, 10].

Пролактин – пептидный гормон передней доли гипофиза, уникален многонаправленностью своих физиологических эффектов. Как оказалось, у него нет целевой рецептивной ткани, и практически все клетки и ткани находятся под его воздействием.

Пролактин способствует активному росту эпителиальных клеток, вызывает дилатацию млечных протоков, повышает чувствительность тканей к эстрадиолу, стимулирует увеличение числа рецепторов эстрогенов в молочной железе [11, 12].

В новейших научных публикациях патогенез заболевания молочных желез связывают с работой гипоталамо-гипофизарной оси. Избыток пролактина косвенно способствует канцерогенезу и метастазированию, усиливает клеточную пролиферацию и васкуляризацию тканей.

Многочисленные исследования, в том числе с весьма продолжительным периодом наблюдения (20 лет), показывают корреляцию между повышенным уровнем пролактина и риском РМЖ, высокой агрессивностью опухоли, склонностью к образованию метастазов и низкой долгосрочной выживаемостью пациенток. Предполагают, что пролактин может провоцировать развитие не только РМЖ, но и рака матки, яичников, простаты, толстой и прямой кишки, языка. Тем не менее, хотя гиперпролактинемия сегодня рассматривают как самостоятельный фактор риска РМЖ, ее одной недостаточно для возникновения опухоли, нужно «сопровождение» – эстрогены.

Существенную роль в формировании злокачественных опухолей молочной железы играет также нарушение баланса метаболизма эстрогена. В норме уровень физиологического показателя метаболита 2-OHE₁ должен более чем вдвое превышать концентрацию пролиферативного 16α-OHE₁ [7, 9, 11].

Важно помнить о том, что гиперпролактинемия, особенно длительная (не привязанная к репродуктивному задачу), является нефизиологичной и небезопасной. Увеличение концентрации пролактина свыше 50 мЕд/л (25 нг/мл) в двух последовательных пробах – повод для медикаментозной коррекции фитопрепаратами а при их неэффективности – агонистами дофамина [9, 11].

Щитовидная железа как важнейшее звено нейроэндокринной системы оказывает значительное влияние на

функцию репродуктивной системы, состояние молочных желез. Гормоны щитовидной железы опосредованно регулируют синтез и метаболизм половых гормонов. Эстрогены, в свою очередь, повышают чувствительность тиреотрофов к тиреолиберину, что приводит к усилению ее функции. Снижение концентрации тироксина, трийодтиронина обуславливает повышенное высвобождение пролактина и, соответственно, развитие гиперпролактинемических состояний и дальнейшей цепи дисгормональных процессов. Многочисленные исследования указывают на взаимосвязь между нарушением функции щитовидной железы и дисфункцией яичников. Имеются убедительные данные о сочетании изменений функции щитовидной железы с резким снижением уровня гормонов желтого тела [10–12].

Особенностью пролактина является его многонаправленность. Практически все клетки и ткани относятся к пролактинозависимым [12].

У больных с ФКБ гиперпролактинемия нередко сочетается с нарушением функции щитовидной железы. Тиреотропный рилизинг-гормон является стимулятором секреции не только тиреотропного гормона, но и пролактина [13].

К экзогенным факторам патологии молочной железы относят проживание в экологически загрязненных регионах, воздействие ионизирующей радиации и химических канцерогенов. Следует отметить, что малоподвижный образ жизни, особенности питания являются важнейшими факторами, оказывающим влияние на возникновение целого ряда заболеваний [7].

По мнению ряда авторов, пища, богатая насыщенными жирами животного происхождения, углеводами, частое употребление копченого мяса, рыбы, а также неумеренное потребление алкоголя могут способствовать развитию РМЖ, стимулируя секрецию эстрогенов и пролактина. В свою очередь, рациональное питание, подразумевающее ограничение калорийности продуктов, преимущественное потребление растительных жиров, насыщение рациона морепродуктами, овощами, фруктами ведет к снижению частоты заболеваний молочных желез. Фактором профилактики заболеваний молочных желез является обогащение диеты продуктами, содержащими селен, марганец, цинк, йод, витамины А, Е, С, D, группы В (фолаты, В₁, В₂, В₃ и особенно В₆), линоленовую кислоту и т.д. [4, 5, 9, 11].

Классификация доброкачественной патологии молочных желез

Предложено множество классификаций ФКБ (мастопатия) молочных желез.

Однако ни одна из них в полной мере не отражает всего многообразия морфологических изменений в тканях молочных желез.

Наибольшее распространение в настоящее время получила клинико-рентгенологическая классификация Н.И.Рожковой (1993 г.), позволяющая выделить диффузные и узловатые формы, которые диагностируются при ультразвуковом сканировании и морфологическом исследовании:

- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз);
- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
- смешанная форма диффузной фиброзно-кистозной мастопатии;
- склерозирующий аденоз;
- узловатая фиброзно-кистозная мастопатия.

Степень выраженности этих процессов на маммограммах Н.И.Рожкова предлагает условно определять по соотношению соединительнотканно-железистого комплекса и жирового фона:

- нерезко выраженная мастопатия – состояние, при котором жировая ткань преобладает над паренхимой железы;
- мастопатия средней степени выраженности – состояние, когда жировая ткань и плотные структуры, формирующие

молочную железу, находятся приблизительно в равных соотношениях;

- выраженная степень мастопатии – состояние, при котором молочная железа представлена в основном соединительнотканными железистыми структурами, жировой ткани мало [14, 15].

Морфологически мастопатию подразделяют на:

- мастопатию без пролиферации (1-я степень);
- мастопатию с пролиферацией эпителия (2-я степень);
- мастопатию с атипической пролиферацией эпителия (3-я степень).

Две последние формы расценивают как предопухолевые.

Попытка единой систематизации диспластических процессов в молочных железах отражена в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1998, Женева) [16]; см. таблицу.

Методы диагностики патологии молочных желез

Согласно Приказу №572н, молочные железы находятся в зоне ответственности акушеров-гинекологов. Однако эти органы репродуктивной системы заслуженно остаются объектом внимания врачей разных специальностей [17, 18].

Диагностику молочных желез необходимо проводить в 1-ю неделю менструального цикла, так как в этот период максимально реализован апоптоз, молочные железы наименьшего размера, не отечны. Женщины в постменопаузе намечают по своему усмотрению любой, но всегда определенный день месяца. Клиническое обследование позволяет выявить до 10% случаев рака.

Клиническое обследование молочной железы включает:

- выяснение жалоб;
- сбор анамнеза;
- осмотр, пальпацию (в положении стоя, лежа) ткани молочных желез, сосков, региональных лимфатических узлов.

Диагностические методы включают проведение:

- маммографии (до 35 лет – по показаниям, после 35 лет 1 раз в 2 года, после 50 лет – 1 раз в год) в прямой и боковой проекциях (наиболее информативна маммография в боковой проекции);
- ультразвукового исследования молочных желез (при необходимости с доплеровскими методиками);
- радиотермометрии (исследование температуры паренхимы молочной железы при помощи электромагнитных волн).

Помимо этого, выполняют цитологическое исследование отделяемого из соска.

К специальным методам исследования относят:

- биопсию (прицельная пункционная, секторальная) с цитологическим или гистологическим исследованием биоптата («золотой стандарт диагностики»);
- пневмоцистографию;
- дуктографию;
- генетическое консультирование.

Генетическое консультирование необходимо выполнять у лиц:

- с отягощенным онкологическим семейным анамнезом с целью выявления носителей мутированных генов – BRCA1, BRCA2;
- носителей мутационных генов, которые имеют повышенный на 80% риск заболевания молочных желез;
- с мутациями генов BRCA.

Дифференциальная диагностика, оперативное лечение и диспансерное наблюдение узловых мастопатий, а также доброкачественных и злокачественных опухолей проводится онкологами.

Медикаментозное лечение доброкачественных диффузных изменений молочной железы с учетом сопутствующей гинекологической патологии осуществляется гинекологами в соответствии с «Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи» женщинам с патологией молочных желез (Приказ МЗСР РФ № 572 от 12 ноября 2012 г), который регламентирует участие врачей акушеров-гинекологов женских консультаций в выявлении онкопатологии молочной железы [17].

Лечебные и профилактические мероприятия при патологии молочной железы

Основным принципом лечения патологии молочной железы является воздействие на первопричину болезни. Поэтому лечение у гинеколога необходимо проводить пациенткам при наличии патологии репродуктивной системы; у эндокринолога – пациенткам с эндокринной патологией; у терапевта – если присутствует органическая патология пищеварительного тракта и печени; у психотерапевта или невропатолога – при ДДМЖ центрального генеза.

Показанием для проведения хирургического лечения является наличие:

- узловых пролиферативных форм;
- пролиферации эпителия в кистах более 20 мм;
- кист более 20 мм без пролиферации (подлежат пунктированию, при повторном наполнении кисты – операция);
- микрокальцинатов на маммограммах;
- неэффективности консервативной терапии.

Консервативные методы лечения применяются только при диффузных формах мастопатии. В связи с полиэтиологичностью этой патологии в настоящее время отсутствует единый общепризнанный стандарт в лечении ДДМЖ. Каждый случай требует индивидуального подхода врача. Предложено множество гормональных и негормональных препаратов, вариантов, схем и методов их применения. Кратковременность эффекта или неуспех примененной терапии часто связан только с симптоматическим лечением и отсутствием индивидуального анализа генетических факторов, гормонального статуса, наличия сопутствующей гинекологической, соматической и эндокринной патологии, особенностей психоэмоционального фона и сексуальной жизни женщин.

Принципы консервативного лечения мастопатий включают:

- индивидуальность;
- комплексность (гормональные, немедикаментозные);
- непрерывность и этапность;
- раннее начало;
- длительность.

Алгоритм терапии ДДМЖ состоит из 3 этапов;

- I этап – устранение этиологических факторов;
- II этап – патогенетическая терапия, нормализация нейроэндокринных нарушений;
- III этап – реабилитация – длительная поддержка функционирования молочных желез на физиологическом уровне.

Комплексная терапия ДДМЖ предусматривает сочетанное применение гормональных и негормональных, медикаментозных и немедикаментозных методов лечения. Мастопатия, как правило, развивается на фоне генитальной и экстрагенитальной патологии, поэтому лечение должно начинаться с диагностики и терапии фоновых заболеваний – это первый и важнейший принцип этиопатогенетической терапии.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения наиболее значимым фактором в сохранении и восстановлении здоровья человека является здоровый образ жизни, определяющий более 50% индивидуального здоровья, и лишь 10% его зависит от практической медицинской помощи.

К принципам здорового образа жизни относятся:

- рациональное сбалансированное питание с соблюдением режима приема пищи;
- умеренная индивидуально дозированная физическая активность;
- умеренное употребление алкоголя;
- сексуальное здоровье;
- исключение интенсивного загара, физиотерапии на грудную клетку и родоновых ванн;
- отказ от курения;
- профилактика нарушений здоровья (профилактические осмотры, диспансеризация, санаторно-курортное лечение) [11–13].

Логическая взаимосвязь между ДДМЖ и РМЖ объяснима общностью факторов риска доброкачественных и злокаче-

ственных заболеваний молочных желез, в том числе влияний, провоцирующих патологический процесс: эмоциональные стрессы, вредные привычки, в том числе алиментарные, а также дисгормональные и метаболические нарушения.

Установлено, что в основе патогенеза большинства заболеваний молочных желез лежит абсолютный или относительный дефицит прогестерона. В этих условиях не происходит физиологического апоптоза активных клеток железистой ткани. В молочной железе начинают преобладать пролиферативные процессы. Сроки перехода функциональных нарушений в органические индивидуальны. Тем не менее воздействовать на факторы, способные впоследствии привести к раку *in situ*, можно и нужно еще до развития клинической симптоматики. Именно поэтому крайне важна ранняя диагностика ДДМЖ и изменений в организме, обусловленных гормональным дисбалансом [19–21].

На основании изложенного поиск современных методов лечения и профилактики, направленный на снижение представленных ранее факторов риска (дисгормональных, метаболических) по развитию патологии молочных желез является важной социальной проблемой. По свидетельству ряда ученых, морская капуста омолаживает, продлевает жизнь, повышает интеллектуальный потенциал и препятствует развитию атеросклероза. Столь благотворное влияние ламинарии объясняется уникальным сочетанием микроэлементов, витаминов, а также присутствием веществ, препятствующих образованию тромбов, и особого биологически активного соединения – β -ситостерина, который растворяет холестеринные бляшки на стенках сосудов, пораженных атеросклерозом. Лидером по содержанию йода можно смело назвать морскую капусту (ламинарию), съедобную морскую водоросль. Йод в ней содержится вместе с витаминами и другими важными микроэлементами, такими как калий, бром, магний, в результате такого соседства йод легче усваивается организмом и медленнее из него выводится. Помимо положительного влияния на щитовидную железу, также важны противораковые свойства йода. Научные тесты показали, что при воздействии йода на эстроген-чувствительные клетки РМЖ происходит их менее вероятный рост и распространение. ФКБ является состоянием, для которого характерны наличие отечности, чувствительности и дискомфорта в груди. На фоне приема препаратов йода у 98% женщин было отмечено отсутствие болезненности в груди к концу исследования [22, 23].

В связи с этим разработка и использование новых препаратов из природных материалов всегда представляла особый интерес, поскольку у растительных препаратов всегда меньше ограничений к использованию, а также меньше риск побочных эффектов. Кроме этого, препараты из природных материалов обладают большим спектром влияния на разные органы и системы человеческого организма, регулируют дисгормональные и метаболические процессы.

Одним из таких современных негормональных препаратов, представленным на отечественном рынке в последние годы, является препарат Мамоклам. Препарат производят из липидного комплекса бурой морской водоросли ламинарии. Механизмы лечебного действия Мамоклама у больных с ФКБ связаны с содержанием в этом средстве йода, полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) типа омега-3 и хлорофилла. Состав Мамоклама представлен следующими компонентами: йод в органической форме – 100 мкг, ПНЖК омега-3 – 40 мг, хлорофилл – 10 мг [24]. Йод в тканях молочной железы связывается с липидами, которые регулируют процессы пролиферации клеток молочной железы и оказывают антиоксидантное действие [23]. ПНЖК омега-3 через вмешательство в синтез простагландинов нормализуют баланс половых гормонов, что может объяснить их лечебное действие при ФКБ. Хлорофилл обладает антиоксидантным, противовоспалительным, антимуtagenным и антиканцерогенным действием [24, 25].

В соответствии с инструкцией препарат Мамоклам следует применять внутрь до еды, разовая доза составляет 1–2 таблетки, 2–3 раза в сутки с равными промежутками в течение дня (суточная доза 3–6 таблеток). Продолжитель-

ность курса лечения колеблется от 1 до 3 мес. При необходимости рекомендуется повторять курсы лечения после перерыва от 2 нед до 3 мес.

Клинические испытания препарата Мамоклам были проведены в трех клиниках, назначенных Фармакологическим комитетом Минздрава России: НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова Минздрава России (Санкт-Петербург), Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Москва) и Городском маммологическом диспансере Комитета здравоохранения г. Москвы. Во всех трех клиниках у лекарственного препарата Мамоклам выявлена выраженная лечебная активность у пациенток, страдающих ФКБ [20, 24–26].

Высокая клиническая эффективность препарата Мамоклам (90%) в сочетании с низкой частотой побочных эффектов позволяет рекомендовать его применение для лечения доброкачественных заболеваний молочной железы, в частности ФКБ, как в виде монотерапии, так и в составе комплексных лечебных мероприятий. По мнению клиницистов, активно использующих этот препарат, целесообразно проведение как минимум двух циклов лечения в год. В клиническом исследовании у больных с диффузной ФКБ Мамоклам существенно ослаблял проявления масталгии и дисменореи, уменьшал объем менструальной кровопотери, ослаблял пальпаторные признаки ФКБ.

Так, в результате применения препарата были отмечены следующие изменения: уменьшились проявления масталгии и предменструального синдрома у 88,4 и 92% пациенток соответственно. При этом более чем у 1/2 больных наблюдали полную регрессию масталгии и предменструального синдрома. Показано и лечебное действие на проявления дисменореи у 67,4% пациенток, что выразалось в укорочении овариальных циклов, уменьшении продолжительности менструаций и ослаблении их обильности. В результате лечения препаратом Мамоклам у 66,2% больных наблюдали полную или частичную регрессию одной или всех измеренных кист в молочной железе [26, 27].

До лечения разные психоэмоциональные расстройства имелись у всех женщин (100%). В результате лечения у 41,9% пациенток отмечалось положительное влияние Мамоклама на психоэмоциональное состояние, что выразалось в повышении активности, улучшении настроения, исчезновении чувства тревоги, нормализации сна [27, 28].

Следовательно, применение препарата Мамоклам в результате действия йода, ПНЖК омега-3 и хлорофилла нормализует баланс тиреоидных и половых гормонов, процессы пролиферации клеток в ткани молочной железы, что оказывает лечебное действие у больных с ФКБ. Биологические эффекты препарата Мамоклам определяются входящими в его состав эссенциальными макро- и микроэлементами (кальцием, магнием, цинком, калием, марганцем, железом, кобальтом, медью, селеном) [29, 30].

Таким образом, на основании проведенных многоцентровых исследований было доказано, что лекарственный препарат Мамоклам оказывает выраженное лечебное действие у больных из группы риска РМЖ, страдающих диффузной мастопатией. Мамоклам, содержащий антиканцерогенные вещества и предупреждающий канцерогенез молочной железы, безопасен при длительном применении. Перспективным направлением представляется его назначение как для патогенетического лечения мастопатии, так и в качестве средства для снижения риска РМЖ [29–31].

Заключение

При ведении пациенток с заболеваниями молочной железы большую роль играет междисциплинарный подход, а именно – преемственность между врачами разных специальностей: акушерами-гинекологами, маммологами, хирургами, онкологами, морфологами.

Тактика врачей регламентированы действующими приказами Минздрава России:

- Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ Минздрава РФ № 572н.

• Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»: Приказ Минздрава РФ, № 915н.

Современный подход рациональной стратегии при любой патологии, включая патологию молочных желез, осуществляется по двум принципам: наличие доказательной базы и регламентирующих документов.

Использование в каждодневной клинической практике двух указанных принципов направлено на улучшение качества оказания медицинской помощи у пациенток с патологией молочной железы.

Литература/References

1. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2015 году. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент медицинской помощи и службы родовспоможения. М., 2016. / *Osnovnye pokazateli deiatel'nosti akusbersko-ginekologicheskoi sluzhby v Rossiiskoi Federatsii v 2015 godu. Ministerstvo zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii. Departament meditsinskoi pomoshchi i sluzhby rodovspomozheniia. M., 2016. [in Russian]*
2. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д.Каприна, В.В.Старинского, Г.В.Петровой. М., 2016. / *Zlokachestvennye novoobrazovaniia v Rossii v 2014 godu (zabolevaemost' i smertnost'). Pod red. AD.Kaprina, VV.Starinskogo, GV.Petrovoi. M., 2016. [in Russian]*
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. / *Kaprin AD, Starinskii VV, Petrova GV. Zlokachestvennye novoobrazovaniia v Rossii v 2012 godu (zabolevaemost' i smertnost'). M.: FGBU «MNIIOI im. PA. Gertsena» Minzdrava Rossii, 2014. [in Russian]*
4. Молочная железа: рак и предраковые заболевания. Под ред. В.Н.Тарутинова. К.: Полиграфист, 2006. / *Molochnaia zheleza: rak i predrakovye zabolevaniia. Pod red. VN.Tarutinova. K.: Poligrafist, 2006. [in Russian]*
5. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. 3-е изд., перераб. и дополн. СПб.: Гиппократ, 2007. / *Sidorenko LN. Mastopatiia. 3-e izd., pererab. i dopoln. SPb.: Gipokrat, 2007. [in Russian]*
6. Диагностика рака молочной железы. Под ред. В.А.Хайленко, Д.В.Комова, В.Н.Бозатырева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. / *Diagnostika raka molochnoi zhelezy. Pod red. VA.Khailenko, DV.Komova, VN.Bogatyreva. M.: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2005. [in Russian]*
7. Абрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). М.: Изд-во Димитрейд График Групп, 2007. / *Asbrafian LA, Kiselev VI. Orukholi reproduktivnykh organov (etiologiya i patogenez). M.: Izd-vo Dimitreid Grafik Grupp, 2007. [in Russian]*
8. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Воспалительные заболевания в гинекологии. М.: Литтерра, 2009. / *Pestrikova T.Iu., Iurasov IV, Iurasova EA. Vospalitel'nye zabolevaniia v ginekologii. M.: Litterra, 2009. [in Russian]*
9. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии. Под ред. И.С.Сидоровой, Т.В.Овсянниковой, И.О.Макаровой. М.: МЕДпресс-информ, 2009. / *Ambulatorno-poliklinicheskaiia pomoshch' v akusberstve i ginekologii. Pod red. IS.Sidorovoi, TV.Ovsiannikovoi, IO.Makarova. M.: MEDpress-inform, 2009. [in Russian]*
10. Окулов А.Б., Адамьян Л.В., Бровин Д.Н., Богданова Е.А. Молочные железы и их заболевания у детей: Руководство для врачей. М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2010. / *Okulov AB, Adamian LV, Brovin DN, Bogdanova EA. Molochnye zhelezy i ikh zabolevaniia u detei: Rukovodstvo dlia vrachei. M.: OOO Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2010. [in Russian]*
11. Гинекология. Национальное руководство: краткое издание. Под ред. Г.М.Савельевой, Г.Т.Сухих, И.Б.Манухин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. / *Ginekologiya. Natsional'noe rukovodstvo: kratkoe izdanie. Pod red. GM.Savel'evoi, GT.Sukhib, IB.Manukhin. M.: GEOTAR-Media, 2015. [in Russian]*
12. Ласачко С.А., Квашенко В.П., Яшина Е.Г. Диагностика и возможности терапии мастодии в практике акушера-гинеколога. *Новости медицины и фармации.* 2007; 3 (207): 8. / *Lasachko SA, Kvaschenko VP, Iashina EG. Diagnostika i vozmozhnosti terapii mastodii v praktike akusbera-ginekologa. Novosti meditsiny i farmatsii. 2007; 3 (207): 8. [in Russian]*
13. Руководство по репродуктивной медицине. Под ред. Б.Кирра, Р.Блэуэлла и Р.Азиза. Пер. с англ. М.: «Практика», 2015. / *Rukovodstvo po reproduktivnoi meditsine. Pod red. BKirra, RBlekuella i Raziza. Per. s angl. M.: «Praktika», 2015. [in Russian]*
14. Рожкова Н.И. Маммологическая служба Российской Федерации. *Вестн. рентгенологии и радиологии.* 2002; 5. / *Rozhkova NI. Mammologicheskaiia sluzhba Rossiiskoi Federatsii. Vestn. rentgenologii i radiologii. 2002; 5. [in Russian]*
15. Беспалов В.Г., Травина М.Л. Фиброзно-кистозная болезнь и риск рака молочной железы (обзор литературы). *Опухоли женской репродуктивной системы.* 2015; 11 (4): 58–70. / *Bespalov VG, Travina ML. Fibrozno-kistoznaia bolez' n' i risk raka molochnoi zhelezy (obzor literatury). Oukholi zhen'skoi reproduktivnoi sistemy. 2015; 11 (4): 58–70. [in Russian]*
16. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (акушерство, гинекология, перинатология). 10-й пересмотр. ВОЗ. Женева, 2005. / *Mezhdunarodnaia statisticheskaia klassifikatsiia boleznei i problem, sviazannykh so zdorov'em (akusherstvo, ginekologiya, perinatologiya). 10-i peresmotr. VOZ. Zheneva, 2005. [in Russian]*
17. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ Минздрава РФ, 1 ноября, 2012. № 572н. / *Ob utverzhdenii Poriadka okazaniia meditsinskoi pomoshchi po profilii «akusherstvo i ginekologiya (za isklucheniem ispol'zovaniia vspomogatel'nykh reproduktivnykh tekhnologii)»: Prikaz Minzdrava RF, 1 noiabria, 2012. № 572n. [in Russian]*
18. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»: Приказ Минздрава РФ, 15 ноября, 2012. № 915н. / *Ob utverzhdenii Poriadka okazaniia meditsinskoi pomoshchi naseleniiu po profilii «onkologiya»: Prikaz Minzdrava RF, 15 noiabria, 2012. № 915n. [in Russian]*
19. Grattan DR. 60 yeas of neuroendocrinology: the hypothalamo-prolactin axis. *J Endocrinol* 2015; 226 (2): 101–22. [PMCID: 26101377].
20. Магомедханова Д.М., Зайдиева З.С., Богданова Г.С. Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез. Современный подход к профилактике и лечению. *Consilium Medicum.* 2016; 18 (6): 52–55. / *Magometkhanova DM, Zaidieva ZS, Bogdanova GS. Fibrozno-kistoznaia bolez' n' molochnykh zhelez. Sovremennyi podkhod k profilaktike i lecheniiu. Consilium Medicum. 2016; 18 (6): 52–55. [in Russian]*
21. Горячева Л.А., Пинхосевич Е.Г. Фитотерапия при заболеваниях молочных желез. М., 2006. / *Goriacheva LA, Pinkhosevich EG. Fitoterapiia pri zabolevaniiaakh molochnykh zhelez. M., 2006. [in Russian]*
22. Гельдвинс Ю.А., Синкевич П.Л. Определение содержания йода в продуктах питания. *Химия в школе.* 2007; 10: 61–4. / *Gel'dzbins IuA, Sinkevich PL. Opredelenie soderzhaniiia ioda v produktakh pitaniia. Khimiiia v sbkole. 2007; 10: 61–4. [in Russian]*
23. Вафина Л.Х., Подкорытова А.В. Новые продукты функционального питания на основе биоактивных компонентов бурых водорослей. *Известия ТИИРО.* 2009; 156: 348–56. / *Vafina LKh, Podkorytova AV. Noveye produkty funktsional'nogo pitaniia na osnove bioaktivnykh komponentov buriykh vodoroslei. Izvestie TIINRO. 2009; 156: 348–56. [in Russian]*
24. Беспалов В.Г. Лечебно-профилактические препараты из морских водорослей. СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2005. / *Bespalov VG. Lechebno-profilakticheskie preparaty iz morskikh vodoroslei. SPb.: Izd-vo Politekhn. un-ta, 2005. [in Russian]*
25. Беспалов В.Г. Мастопатия и лекарственный препарат мамоклам. Пособие для врачей. СПб., 2008. / *Bespalov VG. Mastopatiia i lekarstvennyi preparat mamoklam. Posobie dlia vrachei. SPb., 2008. [in Russian]*
26. Беспалов В.Г., Бараши Н.Ю., Иванова О.А. и др. Изучение лекарственного препарата «Мамоклам» для лечения больных с фибroadenomатозом молочных желез. *Вопр. онкологии.* 2005; 51 (2): 241–6. / *Bespalov VG, Barash NIu, Ivanova OA i dr. Izuchenie lekarstvennogo preparata «Mamoklam» dlia lecheniia bol'nykh s fibroadenomatozom molochnykh zhelez. Vopr. onkologii. 2005; 51 (2): 241–6. [in Russian]*
27. Прилепская В.Н., Тагиева Т.Т. Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез: возможности негормональной терапии. *Медлайн экспресс.* 2008; 5: 66–74. / *Prilepskaia VN, Tagieva TT. Fibrozno-kistoznaia bolez' n' molochnykh zhelez: vozmozhnosti negormonal'noi terapii Medlain ekspress. 2008; 5: 66–74. [in Russian]*
28. Чулкова О.В., Чулкова Е.А. Современный взгляд на возможности терапии фиброзно-кистозной болезни и вторичную профи-

- лактику рака молочной железы. *Гинекология*. 2016; 18 (5): 20–3. / *Chulkova O.V., Chulkova E.A. Sovremennyi vzgliad na vozmozhnosti terapii fibrozno-kistoznoi bolezni i vtorichnuiu profilaktiku raka molochnoi zbelezy. Ginekologiya*. 2016; 18 (5): 20–3. [in Russian]
29. Беспалов В.Г., Бараиш Н.Ю., Иванова О.А. и др. Изучение лекарственного препарата «Мамоклам» для лечения больных с фибroadеноматозом молочных желез. *Вопр. онкологии*. 2005; 51 (2): 241–6. / *Bespalov V.G., Barash N.Yu., Ivanova O.A. i dr. Izuchenie lekarstvennogo preparata «Mamoklam» dlia lecheniia bol'nykh s fibroadenomatozom molochnykh zhelez. Vopr. onkologii*. 2005; 51 (2): 241–6. [in Russian]
30. Беспалов В.Г. Лечение мастопатии и первичная профилактика рака молочной железы. *Лечащий врач*. 2007; 5: 88–90. / *Bespalov V.G. Lechenie mastopatii i pervichnaia profilaktika raka molochnoi zbelezy. Lechaschiy vrach*. 2007; 5: 88–90. [in Russian]
31. Беспалов В.Г. Современные возможности лечения мастопатии и профилактики рака молочной железы. *Поликлиника*. 2007; 5: 5–8. / *Bespalov V.G. Sovremennye vozmozhnosti lecheniia mastopatii i profilaktiki raka molochnoi zbelezy. Poliklinika*. 2007; 5: 5–8. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Пестрикова Татьяна Юрьевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ДВГМУ. E-mail: typ50@rambler.ru

Юрасова Елена Анатольевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ДВГМУ. E-mail: urasovaea@yandex.ru.

Юрасов Игорь Владимирович – д-р мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ДВГМУ