

Программа обследования и лечения пациенток с заболеваниями молочных желез в практике акушера-гинеколога

Т.В.Овсянникова✉

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

В статье представлены программа и этапы обследования молочных желез у пациенток, обращающихся к акушеру-гинекологу. Описаны классификация доброкачественных заболеваний молочных желез, возможности проведения терапии гинекологических заболеваний при дисгормональной патологии и эффективность этой терапии при мастопатии и мастодинии. Представлена группа препаратов, разработанных и зарегистрированных для лечения доброкачественных заболеваний молочных желез. Внимание уделено препарату Мастодион, обладающему многоплановым влиянием на разные звенья эндокринной системы при лечении предменструального синдрома, неполноценной лютеиновой фазы, мастопатии и мастодинии.

Ключевые слова: молочные железы, фиброзно-кистозная мастопатия, масталгия, этапы обследования, эстрогены, прогестерон, пролактин, нейроэндокринная регуляция, Циклодинон, Мастодион.

✉ dr.otoma@yandex.ru

Для цитирования: Овсянникова Т.В. Программа обследования и лечения пациенток с заболеваниями молочных желез в практике акушера-гинеколога. Гинекология. 2017; 19 (1): 37–41.

Screening and treatment of patients with breast diseases in practice of obstetrician-gynecologist

T.V.Ovsyannikova✉

People's Friendship University of Russia. 117198, Russian Federation, Moscow, ul. Miklukho-Maklaya, d. 6

The article presents the program and stages of breast examination in patients seeking an obstetrician-gynecologist. The classification of benign breast diseases (BBD), the possibility of treatment of gynecological diseases with dysgynormonal pathology and the effectiveness of this therapy in mastitis and mastodynia. Submitted by the products developed and registered for the treatment of BBD. Attention is paid to drug Mastodynon possessing a multifaceted effect on various parts of the endocrine system in the treatment of premenstrual syndrome, defective lutein phase, mastitis and mastodynia.

Key words: breast, fibrocystic breast disease, mastalgia, stages of examination, estrogen, progesterone, prolactin, neuro-endocrine regulation, Cyclodynon, Mastodynon.

✉ dr.otoma@yandex.ru

For citation: Ovsyannikova T.V. Screening and treatment of patients with breast diseases in practice of obstetrician-gynecologist. Gynecology. 2017; 19 (1): 37–41.

В быстро изменяющихся условиях работы врача акушера-гинеколога в последние годы требуется регулярная переработка подходов к ведению пациенток, их маршрутизации, алгоритмам обследования, постановке диагноза и назначения комплексного индивидуального лечения. Маршрутизация пациентов – это новая организационная технология и инструмент внедрения федеральных медицинских стандартов оказания медицинской помощи больным, разработанных на основании приказов Минздрава России [1]. В частности, разработка и соблюдение маршрутизации (поэтапного обследования) больных с заболеваниями молочных желез (МЖ) акушером-гинекологом позволяет своевременно направлять пациенток на обследование, строго соблюдать интервалы обследования, определять характер заболевания и необходимость направления к маммологу или онкологу.

Объем диагностических и лечебных мероприятий при заболеваниях МЖ регламентирован следующими документами [2, 3]:

- Приказом Минздрава России №572н от 01.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования ВРТ)»;
- Приказом Минздрава России №915н от 15.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “онкология”».

Этими приказами скрининг доброкачественных заболеваний, предопухолевой и онкологических патологий МЖ пациенток, обратившихся к акушеру-гинекологу, делегирован врачам женских консультаций или смотровых кабинетов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) первичной медико-санитарной помощи.

Таким образом, гинекологам отводится основная роль в проведении первичного обследования и раннего выявления заболеваний МЖ, и именно они являются главными маршрутизаторами этой программы. При обследовании МЖ гинеколог ориентируется на сроки, рекомендованные

в приказе №572н, которые, к сожалению, отличаются от сроков, указанных в приказах онкологов:

- **Ультразвуковое исследование (УЗИ)** МЖ проводится всем пациенткам, обратившимся в гинекологическую клинику, 1 раз в год до 35–36 лет.

- **Маммография** проводится:

– с 37 до 50 лет – 1 раз в 2 года;

– с 50 лет и старше – 1 раз в год.

Таким образом, **I этап маршрутизации** пациенток акушером-гинекологом включает в себя:

- обращение пациентки в регистратуру с целью получения консультации гинеколога;
- направление пациентки в смотровой кабинет данного ЛПУ или сразу на консультацию к гинекологу (в случае отсутствия смотрового кабинета).

При первичном обращении пациентки наряду со сбором анамнеза и гинекологическим обследованием врач должен провести пальпацию МЖ в положении стоя и обследование региональных лимфатических узлов. Пациенткам до 37 лет ежегодно рекомендуется УЗИ МЖ, а с 37 лет – маммография. При регулярном ритме менструаций обследование проводится до 10-го дня цикла, при аменорее и олигоменорее – на любой день.

II этап маршрутизации: гинеколог получает ультразвуковое или рентгенологическое заключение обследования МЖ. В зависимости от результатов пациентки могут быть разделены на 3 группы:

- а) изменений со стороны МЖ не выявлено, даются рекомендации о сроках дальнейшего проведения обследования с интервалами, указанными в приказе №572н;
- б) получено заключение о дисгормональных изменениях МЖ: разные варианты фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ), аденоз, жировая инволюция и др.;
- в) выявлены очаговые образования МЖ: узловая ФКМ, фиброаденома(ы), киста(ы), атерома, липома, внутрипротоковая папиллома или образования, подозрительные на онкологию.

У пациенток первых 2 групп гинеколог продолжает гинекологическое обследование и лечение акушерских и гинекологических заболеваний. Тем не менее на консультацию к маммологу может быть направлена женщина при сомнительных, по мнению гинеколога, результатах ультразвукового или рентгенологического обследования.

Пациентки 3-й группы обязательно сразу направляются на консультацию к онкологу-маммологу.

Доброкачественные изменения МЖ

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (1984 г.), **мастопатия, или фиброзно-кистозная болезнь**, представляет собой «...комплекс процессов, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей МЖ с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов и образованием в МЖ изменений фиброзного, кистозного и пролиферативного характера, которые часто, но необязательно сосуществуют». В основе патологического процесса лежат гормональные нарушения, проявляющиеся относительным увеличением уровня эстрогенов и его активных метаболитов в ткани МЖ в сочетании с относительным снижением уровня прогестерона, нарушением метаболизма эссенциальных жирных кислот, нередко на фоне психоэмоциональных и иногда психических нарушений [4–6].

Мастопатия является самым распространенным заболеванием МЖ у женщин разных возрастных групп, а некоторые ее формы могут быть фоном для развития рака МЖ (РМЖ). Частота мастопатии в популяции женщин моложе 30 лет составляет около 30% и возрастает до 60% и более в возрасте старше 40 лет. У пациенток с гинекологическими заболеваниями доброкачественные заболевания МЖ (ДЗМЖ) диагностируются в 35–92% случаев и зависят от особенностей менструально-репродуктивной функции и вида патологии [7, 10, 12].

В клинической практике наиболее удобна классификация доброкачественных изменений МЖ, основанная на результатах клинко-рентгенологического обследования, которая максимально согласуется с УЗИ и результатами морфологических методов. По этой классификации мастопатия разделяется на две формы: диффузную и узловую (локализованную) ФКМ. Выделение этих форм имеет клиническое значение, так как определяет тактику ведения больных. При диффузной форме мастопатии с/без масталгии (мастодинии) возможно проведение необходимой оперативной и консервативной терапии сопутствующих гинекологических заболеваний. При очаговой форме ФКМ показана консультация онколога-маммолога [8].

III этап маршрутизации – это обследование, которое пациентка проходит у маммолога или онколога-маммолога.

При узловых заболеваниях МЖ и в случае подозрения на злокачественное образование объем диагностики, лечение и последующее диспансерное наблюдение проводятся согласно стандартам ведения онкологических больных [3, 7].

При доброкачественных очаговых образованиях после дополнительного обследования и оперативного лечения к гинекологу для дальнейшей терапии и наблюдения возвращаются пациентки с подтвержденными доброкачественными образованиями и непролиферативным вариантом узловой ФКМ. В заключении маммолога даются рекомендации по дальнейшему ведению и срокам наблюдения за пациенткой.

Женщины с пролиферативным вариантом узловой ФКМ остаются под наблюдением у онколога-маммолога, и терапия гинекологических заболеваний проводится с учетом рекомендаций этого специалиста.

На **IV этапе маршрутизации** у гинеколога наблюдаются и проводят лечение несколько групп пациенток:

- пациентки, у которых при УЗИ или рентгенологическом обследовании заболеваний МЖ не выявлено;
- женщины с ДЗМЖ (ФКМ, аденоз) и пациентки после оперативного лечения доброкачественных очаговых образований.

Бланк ультразвукового или рентгенологического заключения, рекомендации маммолога или онколога должны

быть вклеены в историю болезни пациентки. Диагноз гинекологических заболеваний у пациенток с изменениями МЖ ставится на основании клинических проявлений, данных анамнеза, соматического, эндокринного, неврологического и гинекологического статуса, оцениваются психоэмоциональное состояние женщины, результаты маммографического исследования и/или УЗИ. Такой комплексный подход позволяет провести рациональное лечение и исключить побочные реакции и нежелательные осложнения. Отечественные маммологи считают главным при выборе терапии больных с ДЗМЖ индивидуальный подход с учетом возможных причин нарушения нормального состояния МЖ, которые возникают на фоне нейроэндокринных и/или гинекологических заболеваний [9–11].

Принципы терапии

Соблюдение диеты – один из наиболее простых и доступных методов для большинства женщин. Существует взаимосвязь между употреблением кофеина, теобромина, теофиллина и развитием мастопатии. В связи с этим ограничение таких продуктов, как кофе, чай, шоколад, какао, или полный отказ от их употребления может существенно уменьшить боли и чувство напряжения в МЖ. Мастопатия, как и РМЖ, имеет связь с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, хроническими запорами, изменением кишечной микрофлоры и недостаточным количеством клетчатки в ежедневном рационе. Исключение заболеваний печени и желудочно-кишечного тракта проводится всем пациенткам с мастопатией, особенно с нарушением жирового обмена. При мастопатии и мастодинии рекомендуются пища, богатая клетчаткой, и достаточное количество жидкости: не менее 1,5–2 л в день [10, 14].

Проводить терапию гормональными препаратами и только с целью лечения мастопатии или мастодинии, если отсутствуют сопутствующие гинекологические заболевания, нецелесообразно. Для этих целей существует группа препаратов, в показаниях которых имеются ФКМ и масталгия: Мастодион, Индиол Форто, Прожестожель, Мастопол [8, 12–14].

В настоящее время накоплены клинические данные, подтверждающие возможность применения разных методов терапии гинекологических заболеваний, в том числе и гормональных, у женщин с ФКМ и масталгией. В ряде случаев в результате терапии отмечаются стабилизация изменений в МЖ, исчезновение симптомов масталгии, положительная динамика дисгормональных заболеваний на фоне нормализации гинекологического статуса. При ФКМ и масталгии рекомендуется назначение практически всех лекарственных препаратов, применяемых в гинекологической клинике [5, 9, 15].

Прогестагены

Дидрогестерон, микронизированный прогестерон, диенгест, 17-оксипрогестерон, медроксипрогестерон и др. назначаются по короткой и непрерывной схеме. Короткая схема, 10–14 дней (дидрогестерон или микронизированный прогестерон) применяется для регуляции менструального цикла при аменорее, или олигоменорее, или коррекции функции желтого тела при регулярном цикле. Длительность терапии определяется врачом индивидуально для каждой пациентки. Непрерывная схема терапии прогестагенами с первого дня спонтанного или искусственно вызванного цикла показана пациенткам с генитальным эндометриозом и гиперплазией эндометрия в среднесуточных дозах по схемам, предложенным отечественными авторами.

Влияние прогестагенов на состояние МЖ оценивалось у пациенток с неполноценной лютеиновой фазой, гиперплазией эндометрия и генитальным эндометриозом и ФКМ. Через 3 цикла непрерывного приема прогестагенов боли купировались у 45–60% женщин, а через 6 и более циклов – у 86% из них. Данные УЗИ МЖ свидетельствовали о положительной динамике у 50% пациенток с мастопатией и преобладанием кистозного компонента [5]. После 24 мес непрерывного приема диенгеста в дозе 20 мг/сут пациентками с эндометриозом достоверное уменьшение разме-

ров МЖ, уменьшение отека и регрессия клинических проявлений мастопатии отмечены у подавляющего большинства из них [9, 16, 17].

Комбинированные эстроген-гестагенные препараты (ЭГП) при доброкачественной дисплазии МЖ назначаются:

- при решении вопросов контрацепции;
- для восстановления менструального цикла у пациенток с нерегулярными менструациями и синдромом поликистозных яичников;
- у пациенток с генитальным эндометриозом и гиперплазией эндометрия.

Отсутствие отрицательного влияния ЭГП на МЖ при длительном их назначении с лечебной и контрацептивной целью доказано многочисленными работами зарубежных и отечественных авторов [18–20]. Назначение ЭГП в течение 3 мес вызывает уменьшение более у 25% пациенток с масталгией и полное исчезновение болевых ощущений у 36–40% из них. Положительное влияние этой группы препаратов заключается в уменьшении отека, нагрубания, снижении плотности тканей молочной железы, уменьшении объема железистого компонента и нарастания жировых включений. Прием монофазных комбинированных оральных контрацептивов в течение года снижает риск развития мастопатии на 40–75%, и частота положительных эффектов возрастает с увеличением длительности приема препаратов [19, 20].

Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ): бусерелин, трипторелин (Декапептил депо, Диферелин) 3,75 мг, лейпролелин (Люкрин депо) 3,75 мг назначают пациенткам с генитальным эндометриозом и гиперпластическими процессами эндометрия в сочетании с ДЗМЖ. У больных с эндометриозом назначение аГнРГ в течение 3–6 мес вызывает стабилизацию развития разных форм мастопатии у 47–65% пациенток, исчезновение дискомфорта и напряжения МЖ, а также уменьшение их размеров уже через 3 мес терапии. Практически аналогичные данные по изменению состояния МЖ у женщин с эндометриозом получены при назначении даназола в дозе 400 мг/сут и гестринона в дозе 2,5 мг 1 раз в неделю в течение 6 мес. У 75–79% женщин отмечено постепенное исчезновение масталгии, отека и нагрубания МЖ. Положительный эффект сохранялся в течение 1 года после прекращения лечения [16, 17, 21].

Клинико-гормональное исследование и УЗИ свидетельствуют о том, что у пациенток с гиперпролактинемией изменения МЖ диагностируются в 92% случаев: ФКМ, ранние инволютивные изменения, фибroadенома и др. Когортные исследования последних лет не выявили повышения частоты онкологических заболеваний МЖ у этих пациенток [23]. Патогенетически обоснованной терапией с целью восстановления менструально-репродуктивной функции и стабилизации состояния МЖ при гиперпролактинемии является назначение агонистов допамина.

При умеренной функциональной или транзиторной гиперпролактинемии эффективно применение Циклодинона, представляющего собой монопрепарат, полученный из экстракта прутняка (*Agnus castus*) без добавления других компонентов. Циклодинон, связываясь с D₂-рецепторами на лактотрофах, оказывает нормализующее действие на уровень пролактина, стероидных гормонов, регулирует менструальный цикл, оказывая лечебный эффект на мастопатию и масталгию. Прием препарата производится ежедневно на протяжении 3–6 мес по 40 капель или по 1 таблетке 1 раз в день без перерыва.

Бромокриптин и пролонгированные агонисты допамина (Берголак, Достинекс, Агалатес) назначаются в течение 6–24 мес и более в зависимости от вида гиперпролактинемии. Терапия проводится в непрерывном режиме 6–12–24 мес и более в зависимости от уровня пролактина и вида заболевания (функциональная или органическая патология). Лечение гиперпролактинемических состояний препаратами агонистов допамина, восстановление овуляторных циклов, регулярных менструаций и репродуктивной функции тормозят дальнейшее развитие заболеваний МЖ и являются профилактикой возникновения новых форм гиперпластических процессов [5, 22, 23].

С целью восстановления менструальной и репродуктивной функции у пациенток с бесплодием, ФКМ и мастодинией возможно назначение всех видов терапии:

- противовоспалительные препараты, включая разные виды физиотерапии и бальнеолечения (воспалительный генез и трубно-перитонеальное бесплодие);
- прогестагены, ЭГП, аГнРГ и др.;
- прямые и непрямые стимуляторы овуляции: кломифен цитрат (Клостилбегит), рекомбинантные фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, хорионический гонадотропин; менотропин, препараты хорионического гонадотропина и др.

Комплексная терапия и восстановление овуляторных циклов при эндокринных формах бесплодия приводят к улучшению состояния МЖ практически у каждой 4-й пациентки, однако не исключают необходимость постоянного наблюдения после беременности и родов [5, 13, 22].

Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) не повышает риск развития РМЖ у женщин, принимающих МГТ, позволили сделать ряд важных выводов, которые сформулированы в рекомендациях по менопаузальной терапии и сохранению здоровья женщины [15, 24].

В проспективном когортном исследовании французских ученых (59 216 женщин обследовались в течение 8 лет) показано, что использование микронизированного прогестерона и дидрогестерона в составе комбинированной МГТ не повышает риск развития РМЖ. При использовании других прогестагенов возможно повышение риска онкологической патологии. Датское рандомизированное контролируемое исследование показало, что использование комбинированной МГТ в течение 10 лет у женщин в пери- и ранней постменопаузе не повышало риск РМЖ, и эта тенденция сохранялась на протяжении последующих 6 лет наблюдения. Смертность от РМЖ (относительный риск 0,42, доверительный интервал 0,18–0,97) была гораздо ниже, чем в контрольной группе, в результате ранней диагностики опухолей на ранней стадии заболевания. И наконец, метаанализ, включающий наблюдение за 67 370 женщинами, продемонстрировал отсутствие повышения риска РМЖ при приеме МГТ менее 5 лет. Учитывая, что РМЖ растет длительно, в течение 10–15 лет и более, определение опухоли на фоне МГТ, по-видимому, является результатом стимуляции уже ранее существовавшего рака, который не был выявлен до начала терапии. Результаты этих и других исследований еще раз указывают на необходимости обязательного обследования МЖ перед назначением МГТ и строгого контроля в процессе проведения терапии.

Препараты для лечения мастопатии и масталгии

Наряду с терапией гинекологических заболеваний, на фоне которой происходит нормализация состояния МЖ, в настоящее время широко применяются препараты, разработанные непосредственно для лечения мастопатии и масталгии [8, 11, 12].

Мастодинон – фитопрепарат, который зарегистрирован как лекарственное средство для комплексного лечения заболеваний МЖ в сочетании с гинекологическими заболеваниями [8, 25, 26]. Это единственный препарат, который возможно назначать одновременно для лечения гинекологических заболеваний и ДЗМЖ с/без масталгии.

Препарат состоит из продуктов 6 лекарственных растений, и его основным действующим началом является *Agnus castus* – прутняк, или монашій перец, снижающий повышенный уровень пролактина. В его состав входят также компоненты, обладающие седативным, мочегонным, обезболивающим эффектом. В исследованиях *in vitro* была продемонстрирована активность экстракта ВНО1095, который входит в состав Мастодинона, в отношении β_2 -, κ - и μ -опиоидных рецепторов. Одними из механизмов терапевтического действия Мастодинона при мастопатии являются способность связываться с опиоидными рецепторами и усиление анальгезирующего эффекта препарата. Положительный клинический эффект в виде уменьшения болей, отека железы, напряжения и ее нагрубания проявляется уже к концу 2–3-й недели приема препарата.

Показаниями для назначения Мастодинона при ДЗМЖ у гинекологических больных являются:

- предменструальный синдром (мастодиния, повышенная нервозность, головные боли, отеки, запоры);
- ФКМ;
- масталгия;
- нарушение менструального цикла (нерегулярные менструации);
- бесплодие на фоне недостаточности лютеиновой фазы.

Одной из наиболее частых жалоб у пациенток с предменструальным синдромом является масталгия, которая диагностируется у 80–85% пациенток. У 30–35% из них определяется мастопатия, у 25–30% – транзиторная гиперпролактинемия, иногда в сочетании с галактореей.

Лечебный эффект Мастодинона при предменструальном синдроме обеспечивается влиянием ряда компонентов на нейроэндокринные механизмы регуляции функции яичников, в результате чего устраняется дисбаланс между эстрогенами и прогестероном, восстанавливается овуляция и нормализуется менструальная функция. У подавляющего большинства пациенток на 2-й неделе терапии полностью прекращается нагрубание и снижается интенсивность болей в МЖ, а также уменьшаются выделения молока из сосков при мастопатии в сочетании с галактореей. Препарат снижает чувство волнения, раздражительность и частоту мигренозных болей [22].

Есть данные о нормализации соотношения эстрогеновых метаболитов на фоне 3-месячного применения Мастодинона, что способствует нормализации и торможению пролиферативного процесса в МЖ [28].

У пациенток с мастодинией без органических изменений МЖ прекращение болей отмечено у 78–80% больных. У пациенток с умеренно выраженной формой ФКМ эффективность препарата составляет 72%, а при выраженной форме – более чем 50% [25, 26].

Терапевтические возможности Мастодинона позволяют рекомендовать его пациенткам после хирургического и медикаментозного аборта с целью подавления пролиферативной активности тканей МЖ, которая длительно сохраняется после прерывания беременности [8, 25, 26].

Мастодинон назначают по 30 капель (или 1 таблетке) 2 раза в день в течение 3 мес без перерыва, независимо от фазы менструального цикла. При выраженных болевых проявлениях лечение должно быть регулярным и более длительным (до 6 мес), с периодическим повторением курсов приема препарата. Побочные явления крайне редки и встречаются в случае непереносимости какого-либо ингредиента препарата.

Таким образом, Мастодинон является эффективным препаратом для лечения ряда гинекологических заболеваний, мастодинии, ФКМ и пролактики ДЗМЖ.

К препаратам для лечения дисгормональных заболеваний МЖ также относятся Индинол Форто и Прожестожель.

Индинолкарбинол (Индинол Форто) является селективным модулятором эстрогеновых рецепторов. В основе терапевтического эффекта препарата Индинол Форто лежит его антиэстрогенное и антипролиферативное действие при мастопатии. Показания: циклическая масталгия, в том числе на фоне доброкачественной гиперплазии МЖ. Суточная доза препарата составляет 400 мг, длительность терапии не менее 6 мес. Данные УЗИ и пальпации МЖ в плацебо-контролируемом исследовании продемонстрировали положительную динамику течения заболевания в группе пациенток, получавших Индинол Форто, по сравнению с группой плацебо, соответственно 60,4% и 29,2% [6, 8, 27].

Прожестожель – гель, содержащий микронизированный прогестерон (1 г прогестерона на 100 г геля), для местного применения. Клинический эффект препарата проявляется через 3 мес: у 75–80% пациенток с масталгией и у 27% – с галактореей. Лечебный эффект достигается непосредственно в органе-мишени, при этом концентрация гормона в ткани в 10 раз выше, чем в системном кровотоке, что позволяет уменьшить дозу применяемого препарата по сравнению с пероральным путем введения [9, 14].

В заключение следует отметить, что роль акушера-гинеколога в ранней диагностике заболеваний МЖ неопределима, так как практически нет ни одной женщины, которая хотя бы раз в жизни не посетила этого врача, а значит, именно акушер-гинеколог первым имеет возможность оценить состояние МЖ, выявить доброкачественные и онкологические заболевания у подавляющего большинства женщин гинекологической клиники.

Литература/References

1. Схема маршрутизации пациентов: общие положения. *zdravru / Skhema marsrutizatsii patsientov: obshchie polozheniia. zdravru [in Russian]*
2. Приказ МЗ РФ №572н от 01.11.2012. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования ВРТ)». / *Prkaz MZ RF №572n ot 01.11.2012. «Ob utverzhdenii poriadka okazaniia meditsinskoj pomoshchi po profilu akusherstva i ginekologii (za isklucheniem ispol'zovaniia VRT)» [in Russian]*
3. Приказ МЗ РФ №915н от 15.11.2012. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология». / *Prkaz MZ RF №915n ot 15.11.2012. «Ob utverzhdenii Poriadka okazaniia meditsinskoj pomoshchi po profilu «onkologiya» [in Russian]*
4. Корженкова Г.П. Совершенствование диагностики рака молочной железы в условиях массового маммографического обследования женского населения. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Обнинск, 2013. / *Korzenkova G.P. Sovershenstvovanie diagnostiki raka molochnoi zhelezy v usloviakh massovogo mammoigraficheskogo ob sledovaniia zhen'skogo naseleniia. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Obninsk, 2013. [in Russian]*
5. Асриян Я.Б. Особенности влияния гормональной терапии на состояние молочных желез у больных с нарушениями менструального цикла эндокринного генеза. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. / *Asriian Ya.B. Osobennosti vliianiia gormonal'noi terapii na sostoianie molochnykh zhelez u bol'nykh s naruseniiami mestrual'nogo tsikla endokrinnoho geneza. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2010. [in Russian]*
6. Ашрафян Л.А., Бабаева Н.А., Антонова И.Б. и др. Уровень баланса эстрогенных метаболитов при раке молочной железы и пути его коррекции. Опухоли женской репродуктивной системы. 2015; 3: 22–9. DOI:10.17650/1994-4098-2015-11-3-22-29 / *Asbrafian L.A., Babaeva N.A., Antonova I.B. i dr. Uroven' balansa estrogennykh metabolitov pri rake molochnoi zhelezy i puti ego korektsii. Opuhobli zhen'skoi reproduktivnoi sistemy. 2015; 3: 22–9. DOI:10.17650/1994-4098-2015-11-3-22-29 [in Russian]*
7. Национальное руководство по маммологии. Под ред. В.П.Харченко, Н.И.Рожковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. / *Natsional'noe rukovodstvo po mammologii. Pod red. V.P.Kharchenko, N.I.Rozbkovoi. M.: GEOTAR-Media, 2009. [in Russian]*
8. Диффузные доброкачественные заболевания молочной железы. Диагностика и лечение. Руководство для врачей. Под ред. В.А.Солодкого, Н.И.Рожковой. М.: Спец. изд-во мед. книг, 2012. / *Diffuznye dobrokachestvennye zabolevaniia molochnoi zhelezy. Diagnostika i lechenie. Rukovodstvo dlia vrachei. Pod red. V.A.Solodkogo, N.I.Rozbkovoi. M.: Spets. izd-vo med. knig, 2012 [in Russian]*
9. Молочные железы и гинекологические болезни. Под ред. В.Е.Радзинского. М.: StatusPraesens, 2012; s. 182–206; 229–49. / *Molochnye zhelezy i ginekologicheskie bolezni. Pod red. V.E.Radzinskogo. M.: StatusPraesens, 2012; s. 182–206; 229–49. [in Russian]*
10. Габуния М.С. Репродуктивное здоровье женщины и состояние молочных желез. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001. / *Gabunia M.S. Reproduktivnoe zdorov'e zhen'skoi i sostoianie molochnykh zhelez. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2001. [in Russian]*
11. Рожкова Н.И., Подзолкова Н.М., Овсянникова Т.В. Молочная железа и пролактин: новые данные. StatusPraesens. 2016; 4 (33): 48–55. / *Rozbkova N.I., Podzolkova N.M., Ovsiannikova T.V. Molochnaia zheleza i prolaktin: novie dannye. StatusPraesens. 2016; 4 (33): 48–55. [in Russian]*
12. Рожкова Н.И., Меских Е.В., Бурдина Л.М. и др. Лекарственная патогенетическая коррекция доброкачественных заболеваний молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2008; 2: 48–54. DOI:10.17650/1994-4098-2008-0-2-48-54 / *Rozbkova N.I., Mesikh E.V., Burdina L.M. i dr. Lekarsvennaia patogeneticheskaia korektsiia dobrokachestvennykh zabolevanii molochnoi zhelezy. Opuhobli zhen'skoi reproduktivnoi sistemy. 2008; 2: 48–54. DOI:10.17650/1994-4098-2008-0-2-48-54 [in Russian]*
13. Овсянникова Т.В. Медицина молочной железы. Пост-релиз и материалы научной программы. М., 2016. / *Ovsiannikova T.V. Meditsina molochnoi zhelezy. Post-relez i materialy nauchnoi programmy. M., 2016. [in Russian]*
14. Беспалов В.Г., Травина М.Л. Фиброзно-кистозная болезнь и риск рака молочной железы (обзор литературы). Опухоли женской репродуктивной системы. 2015; 4 (11): 58–70. DOI:10.17650/1994-4098-2015-11-4-50-70. / *Bespalov V.G., Travina M.L. Fibrozno-kistoznaia bolezni i risk raka molochnoi zhelezy (obzor literatury). Opuhobli zhen'skoi reproduktivnoi sistemy. 2015; 4 (11): 58–70. DOI:10.17650/1994-4098-2015-11-4-50-70. [in Russian]*
15. Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин зрелого возраста. Клинические рекомендации. М., 2012; с. 37–57. / *Menopauzal'naiia gormonoterapiia i sokhranenie zdorov'ia zhen'skoi zrelago vozrasta. Klinicheskie rekomendatsii. M., 2012; s. 37–57. [in Russian]*
16. Терентьев И.Г., Терентьева О.Н. Комплексный подход оценки риска рака молочной железы при использовании гормональной терапии. Мед. альманах. 2010; 3: 37–9. / *Terent'ev I.G., Terent'eva O.N. Kompleksnyi podkhod otsenki riska raka molochnoi zhelezy pri ispol'zovanii gormonal'noi terapii. Med. al'manakh. 2010; 3: 37–9. [in Russian]*
17. Schindler AE, Henkel A, Christensen B et al. Dienogest and the breast. *Gynecol Endocrinol* 2009; 25 (7): 472–4. DOI:10.1080/09513590902836536.
18. Прилепская В.Н. Гормональная контрацепция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014; с. 21–6; 206–10. / *Prilepskaia V.N. Gormonal'naiia kontratsepsiia. M.: GEOTAR-Media, 2014; s. 21–6; 206–10. [in Russian]*
19. Савельева И.С. Влияние гормональных контрацептивов на риск развития рака молочной железы. Гинекология. 1999; 1 (1): 14–7. www.consilium-medicum.com/media/gynecology/n1/14.shtm. / *Savel'eva I.S. Vliianie gormonal'nykh kontratseptivov na risk razvitiia raka molochnoi zhelezy. Gynecology. 1999; 1 (1): 14–7. [in Russian]*
20. Vessely M, Yeates D. Oral contraceptives and benign breast disease: an update of findings in large cohort study. *Contraception* 2007; 76 (6): 418–24. DOI:10.1016/j.contraception.2007.08.011
21. Габуния М.С., Братик А.В., О.И.Мисиева. Состояние молочных желез у больных с генитальным эндометриозом и миомой матки при лечении агонистами гонадотропных гормонов. Вестн. Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. 1999; 3: 18–21. / *Gabunia M.S., Bratik A.V., O.I.Misheva. Sostoianie molochnykh zhelez u bol'nykh s genital'nym endometriozom i miomoi matki pri lechenii agonistami gonadotropnykh gormonov. Vestn. Ross. assotsiatsii akusherov-ginekologov. 1999; 3: 18–21. [in Russian]*
22. Овсянникова Т.В., Асриян Я.Б., Камиллова Д.П. Состояние молочных желез у женщин с гиперпролактинемией. В сб.: Материалы II Международного конгресса: репродуктивное здоровье семьи. М., 2008; с. 184–5. / *Ovsiannikova T.V., Asriian Ya.B., Kamilova D.P. Sostoianie molochnykh zhelez u zhen'skoi s giperprolaktinemiie. V sb.: Materialy II Mezhdunarodnogo kongressa: reproduktivnoe zdorov'e sem'i. M., 2008; s. 184–5. [in Russian]*
23. Dekkers OM, Ebremsen V, Bengtson M et al. Breast cancer risk in hyperprolactinemia: a population-based cohort study and meta-analysis of the literature. *Eur J Endocrinol* 2015; 173 (2): 269–73. DOI:10.1530/EJE-15-0282
24. Макаров И.О., Овсянникова Т.В., Гуриев Т.Д., Чулкова Е.А. Влияние гормональной терапии на состояние молочных желез в постменопаузе. Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. 2010; 9 (4): 77–80. / *Makarov I.O., Ovsiannikova T.V., Guriev T.D., Chulkova E.A. Vliianie gormonal'noi terapii na sostoianie molochnykh zhelez v postmenopauze. Vopr. ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2010; 9 (4): 77–80. [in Russian]*
25. Рожкова Н.И., Меских Е.В. Возможности фитотерапии при различных формах мастопатии (обзорная статья). Проблемы репродукции. 2011; 2: 18–24. DOI:10.17650/1994-4098-2010-0-3-27-34 / *Rozbkova N.I., Mesikh E.V. Vozmozhnosti fitoterapii pri razlichnykh formakh mastopatii (obzornaia stat'ia). Problemy reproduktivnoi. 2011; 2: 18–24. DOI:10.17650/1994-4098-2010-0-3-27-34 [in Russian]*
26. Овсянникова Т.В. Терапия дисгормональной патологии молочных желез мастодиноном. Рос. мед. журн. 2009; 17 (16): 10–8. / *Ovsiannikova T.V. Terapiia disgormonal'noi patologii molochnykh zhelez mastodinonom. Ros. med. zhurn. 2009; 17 (16): 10–8. [in Russian]*
27. Киселев В.Н., Сметник В.П. и др. Индолкарбинол – метод мультиадресной терапии при циклической мастодии. Акушерство и гинекология. 2013; 7: 56–63. / *Kiselev V.N., Smetnik V.P. i dr. Indolkarbinol – metod mul'titargetnoi terapii pri tsiklicheskoj mastodii. Akusherstvo i ginekologiya. 2013; 7: 56–63. [in Russian]*
28. Элькад Е.В., Сотникова Л.С., Тонких О.С. и др. Состояние гормональной регуляции при фиброзно-кистозной мастопатии. Мать и Дитя в Кузбассе. 2011; 1: 342–6. / *Elkad E.V., Sotnikova L.S., Tonkikh O.S. i dr. Sostoianie gormonal'noi regulatsii pri fibrozno-kistoznoi mastopatii. Mat' i Ditiia v Kuzbasse. 2011; 1: 342–6. [in Russian]*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Овсянникова Тамара Викторовна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: dr.otoma@yandex.ru