

МАСТОПАТИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Константинов В.К., Степаева И.П.

ГОУ ВПО "Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева", медицинский факультет, г. Саранск

Пролиферативные изменения в молочных железах, происходящие в организме женщины вне беременности, объединяются термином "мастопатия". Эти изменения происходят под влиянием гормональных нарушений. По этой причине мастопатии называют еще дисгормональными гиперплазиями молочных желез. Пролиферативные изменения могут занимать небольшой участок железы, целую долю, квадрант, а иногда – всю молочную железу. Существуют различные классификации мастопатий. Мы различаем мастопатию по стадиям течения патологического процесса в молочных железах. Это стадии: мастодинии, фиброзной, фиброзно-кистозной и кистозной мастопатии. При мастодинии у женщин появляется набухание нескольких долей молочной железы, при пальпации отмечается выраженная боль на этом участке. Все это наблюдается в предменструальном периоде. После окончания очередной менструации боли исчезают. В случаях, когда такое состояние становится стойким, оно требует внимания как пациентки, так и врача. В стадии фиброзной мастопатии при обследовании молочных желез обнаруживается диффузное болезненное уплотнение по ходу расположения долей железы. Чаще уплотнение определяется в верхне-наружном квадранте. Оно не имеет четких контуров. В межменструальном периоде молочные железы могут быть нормальными. Фиброзно-кистозная стадия имеет две формы: узловую и диффузную. При этой стадии мастопатии происходит расширение протоков молочной железы с образованием кист, разрастание соединительной ткани и эпителия, выстилающего протоки. Основными симптомами на этой стадии являются: боли в молочных железах, появление ограниченного или диффузного уплотнения, иногда – выделения секрета из железы. Боли усиливаются за 5-7 дней до наступления очередной менструации, с началом последней боли стихают. При обследовании молочных желез обнаруживаются слегка болезненные умеренной плотности узлы различной величины, не имеющие четких границ. При надавливании пальцами на уплотненный участок в некоторых случаях из соска выделяется секрет, имеющий различную окраску: светло-желтую, желто-коричневую, или темно-коричневую. При контрастной маммографии выявляются расширенные протоки с кистозными образованиями. При кистозной мастопатии в момент обследования обнаруживаются слегка болезненные умеренной плотности узловые образования различной величины, не имеющие четких границ в одной или обеих железах. При обследовании больных в положении на спине участки уплотнения становятся более мягкими и плоскими, уменьшаются в размерах. При надавливании на участок уплотнения в большинстве случаев из соска выделяется секрет, как и при фиброзно-кистозной мастопатии. При контрастной маммографии такая же картина, что и при фиброзно-кистозной мастопатии. По данным многих авторов эта стадия в 1,7 – 50 % случаев переходит в рак молочной железы. Иногда для уточнения диагноза применяем трансиллюминационный и ультразвуковой методы исследования, а также пункционный метод с приготовлением мазка для цитологического исследования.

В течение последних 15 лет под нашим наблюдением находились 89 пациенток с различными стадиями мастопатии. Из них в стадии мастодинии – 19, фиброзной мастопатии – 56, фиброзно-кистозной мастопатии – 12, кистозной – 2 больных. Возраст больных варьировал от 18 до 45 лет. У 3 женщин отмечено перерождение кистозных стадий в рак молочной железы. Все они были прооперированы. У одной из них была двусторонняя кистозная мастопатия. Ей было выполнено полное удаление молочных желез с сохранением кожно-фасциального мешка. Следует отметить, что мастопатия – довольно распространенное заболевание среди женщин репродуктивного возраста. Репродуктивная функция женщин тесно связана с процессами, происходящими в эндокринной и нервной системах под контролем гипоталамуса. Этиология и патогенез мастопатии до настоящего времени окончательно не ясны, хотя, по современным представлениям, она обусловлена нарушением гормонального фона женщины. Развитие мастопатии у женщин мы связываем с нейро-эндокринными нарушениями в организме женщины. По нашим данным, на первом месте в развитии мастопатии стоят нервно-психические расстройства, связанные с сексуальной неудовлетворенностью – у 68 (78 %) женщин. Сексуальная удовлетворенность отмечена только у 21 женщины, что составляет 22 %. Больные мастопатией жаловались на боли в молочных железах, особенно перед началом очередных менструаций, на головные боли и раздражительность, ноющие боли в нижней половине живота, в поясничной области и нередко – на обильные менструальные кровотечения. Учитывая то, что причиной развития мастопатий является нарушение гормонального фона женщин, перед назначением соответствующего лечения больные были проконсультированы врачом-эндокринологом. Существуют многочисленные схемы медикаментозного (консервативного) лечения больных мастопатией. Мы применяли схему лечения, включающую витаминотерапию (раствор аскорбиновой кислоты – 150 мг в/м 1 раз в сутки), общетонизирующую терапию (экстракт пантокрина внутрь по 15-20 капель 2 раза в сутки), седативную терапию (диазепам внутрь по 10 мг 3 раза в сутки) – в течение 1 месяца; дегидратационную терапию за 7 дней до мenses (внутри фуросемид по 20 мг 1 раз в сутки) – в течение 5 дней; препарат калия (панангин по 1 драже 2 раза в сутки), регуляцию процессов тканевого обмена (внутри 0,25 % раствор йодистого калия по 1 чайной ложке 2 раза в день) – в течение 6 месяцев; метилтестостерон (внутри по 0,005 г 3 раза в сутки в течение 5-6 дней с 5-го дня цикла) – в течение 3 месяцев. После курса терапии больным было повторно проведено обследование состояния молочных желез путем пальпации и трансиллюминации, а в некоторых случаях – маммография. Из 89 больных подобная схема лечения оказалась эффективной у 82, т.е. у 92 %, что, на наш взгляд, является хорошим показателем. В 7 случаях женщины вышеприведенный курс лечения

проходили повторно. Как правило, в течение 2 лет больные не предъявляли жалобы на боли, и каких-либо патологических изменений в тканях молочных желез при пальпации не обнаруживалось. Но это не исключало вероятность рецидива мастопатии в последующем. Ввиду возможности развития рака молочной железы, больные мастопатией должны находиться на диспансерном учете в онкологическом диспансере или у хирурга-онколога поликлиники по месту жительства. Наш опыт показывает, что все больные мастопатией должны подвергаться контрольному обследованию. Лечение пациенток данной группы должно быть комплексным с участием эндокринолога, гинеколога и психолога.