тов, причем возможно применение Гозерелина как в виде монотерапии, так и в комбинации с тамоксифеном, а также в качестве «продолженного адъюванта» после соответствующей химиотерапии (CAF или CMF).

Наиболее целесообразно использовать Золадекс в тех клинических случаях, когда у пациентки не наступает аменорея при проведении цитостатической терапии [7], т.е. Золадекс в монорежиме или в комбинации с тамоксифеном, без сомнения, является «золотым стандартом» адъювантной эндокринотерапии у больных в пременопаузе с РЭ+ опухолями.

Начатое более 100 лет назад изучение механизмов эндокриночувствительности клеток РМЖ, важным этапом которого стало появление таких высокоэффективных препаратов, как Золадекс, анастрозол, фазлодекс, скорее всего, будет способствовать реальному осуществлению генетического регулирования экспрессии соответствующих рецепторов и повышению результативности лечебных воздействий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Beatson G.T. On the treatment of inoperable 10 cases of carcinoma of the mamma: Suggestions for a new method of treatment of illustrative cases. Lancet 1896;ii:104—7.
2. Harris G.W. Nevral control of the pituitary gland. London, 1995.
3. Гарин А.М. Эндокринотерапия и гормонозависимые опухоли. М.; 2005.
4. Rutqvist L.E. Zoladex and tamoxifen for adjuvant treatment of premenopausal women with breast cancer: randomized trials CRC and GIVIO. Proc Am Soc Clin Oncol 1999;18:67a.
5. Davidson N., OЪNeill A., Vukov A. et al. Effectiveness of chemoendocrine therapy in the treatment of node-positive breast cancer patients with hormone receptor-positive tumors: an Eastern Cooperative Oncology Group phase III (E 5188, INF 0101). Proc Am Soc Clin Oncol 1999;18:67a.
6. Tasker R., Hausmaninger H., Samonigg H. et al. A comparison of the efficacy of adjuvant therapy (goserelin plus tamoxifen versus CMF in the treatment of premenopausal women with stage I-II breast cancer): 4 year results of Australian Breast Cancer Study Group. Proc Am Clin Oncol 1999;18:67a.
7. Endocrine Therapy of Breast Cancer. J.R. Robertson, R.I. Nicholson, D.F. Hayes (eds). 2002.
8. Boccardo F., Rubagotti F., Amoroso D. et al. Cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil versus tamoxifen plus ovarian suppression as adjuvant treatment of estrogen receptor-positive pre-/perimenopausal breast cancer patients: results of the Italian Breast Cancer Adjuvant Study Group 02 randomized trial. Clin Oncol 2000;18:2718—27.

ЛЕЧЕНИЕ ДИФФУЗНОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

В.П. Летягин, И.В. Высоцкая

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; ММА им. И.М. Сеченова

В последнее время отмечается резкое возрастание числа пациенток, обращающихся в лечебные учреждения по поводу доброкачественных заболеваний молочных желез. Наиболее часто среди них отмечается так называемая фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), или дисгормональная дисплазия, или мастопатия. По существующим статистическим данным диффузная мастопатия регистрируется у 20–60% женщин, причем 60–80% пациенток относятся к репродуктивному возрасту – 25–45 лет.

По данным Т.Т. Тагиевой [1], доброкачественные заболевания диагностируются у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет и у 60% в возрасте после 40 лет, при том что половину всех клинических случаев составляют различные варианты диффузной ФКБ.

Первые описания клинических проявлений мастопатии относятся к 30-м годам XIX века (Cooper, 1829). Считается, что автором одного из первых классических определений мастопатии является T. Velpean (1838), применивший при описании проявлений данного заболевания термин «хроническая индурация». Позже (1840) R. Brodi в своих работах предложил называть этот процесс «серозно-кистозной опухолью» молочной железы, а Shimmelbusch (1892) – «кистозной аденомой» [2].

Наиболее полно и разносторонне характеристика специфических процессов, происходящих в ткани молочной железы при мастопатии, дана в классическом определении ВОЗ, согласно которому мастопатия – это дисгормональный гиперпластический процесс, характеризующийся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов [3].

Не вызывает сомнений факт, что повышенный интерес к изучению подобного состояния связан, во-первых, с высокой его встречаемостью и, во-вторых, с существованием мнения, что мастопатия является фоном для развития рака молочной железы, риск возникновения которого в данном случае возрастает в несколько раз [4].

Молочная железа – орган-мишень для множества стероидных гормонов. На ее ткань оказывают влияние половые стероиды (эстрогены и прогестерон), гормоны гипофиза, щитовидной железы и коры надпочечников. Поэтому любые изменения в эндокринной системе организма клинически могут проявляться симптомокомплексом мастопатии.

phytoneering

Раскрывая силу растений

Нежная забота о Вашей груди

Мастодинон®

РАСТИТЕЛЬНЫЙ НЕГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

- Лечение мастодинии, мастопатии и предменструального синдрома
- Простота и удобство в применении

BIONORICA®
The phytoneering company

Представительство БИОНОРИКА АГ, Россия
Тел.: (495) 502-90-19, факс: (495) 734-12-00
http://www.bionorica.ru e-mail: bionorica@co.ru

Основная роль в возникновении ФКБ отводится дисгормональным расстройствам, а именно относительной или абсолютной гиперэстрогенизации и прогестерондефицитному состоянию. Подобная ситуация приводит к отеку и гипертрофии внутридольковой соединительной ткани, а пролиферация протокового эпителия – к образованию кист.

Вторым провоцирующим фактором является нарушение нормального уровня пролактина и возникновение состояния, называемого гиперпролактинемией. К причинам, вызывающим гиперпролактиемию, относят увеличение числа пролактинсекретирующих клеток, повышенную секрецию тиреотропного гормона, применение некоторых лекарственных препаратов (обычно агонистов дофамина). Увеличение уровня пролактина приводит к нагрубанию, болезненности и отеку ткани молочной железы преимущественно во второй фазе менструального цикла.

Вышеописанные клинические изменения, вне всякого сомнения, требуют определенной коррекции.

В последнее время в качестве корригирующего лечения все более широко используется фитотерапия, в частности препарат Мастодинон, разработанный немецкой компанией «Бионорика АГ» (Германия). В основе механизма его действия лежит установленное *in vitro* дофаминергическое воздействие на Д2-рецепторы гипоталамуса, приводящее к снижению уровня пролактина. Клинически действие препарата проявляется сужением расширенных протоков, снижением активности пролиферативных процессов, в значительной степени уменьшаются отек и болевые ощущения.

Первые упоминания клинического использования плодов Авраамова дерева (*Vitex agnus castus*) – основного действующего вещества препарата Мастодинон – относятся к древности (IV век до н.э.) и связаны с именем Гиппократа. И только с 1970-х годов началось его активное клиническое применение.

По данным Московского маммологического диспансера, из 225 пациенток с диффузной ФКБ у 171 (76%) в процессе лечения Мастодиноном было отмечено явное субъективное улучшение состояния в виде уменьшения нагрубания молочных желез и исчезновения болевого синдрома. Клинические данные в 72% случаев были подтверждены результатами обследований (рентгеномаммография + УЗИ и термография). Отсутствие субъективного и объективного эффекта отмечено только у 49 (21,7%) пациенток, а отрицательная динамика – только в 5 случаях.

Среди 46 больных с кистозной формой ФКБ 29 (63%) отметили явное клиническое улучшение, в 14 (30,5%) случаях стойкого эффекта не отмечено и всего 3 больные сообщили об ухудшении самочувствия.

Высокую эффективность продемонстрировал Мастодинон при лечении мастодинии. Из 89 больных с выраженным болевым синдромом в процессе терапии полный эффект зарегистрирован у 75 (84,2%).

Л.М. Бурдина [5], оценивая результативность лечения Мастодиноном, отмечает, что наибольшей эффективностью препарат обладает в отношении диффузной формы ФКБ, сопровождающейся выраженным болевым синдромом, а также нагрубанием и ощущением тяжести в молочных железах. При анализе результатов использования препарата в группе из 1472 больных у 1064 отмечена субъективная и объективная положительная динамика. При лечении пациенток с поликистозом результаты, по мнению автора, не столь показательны: так, положительный эффект зарегистрирован в 45,5% случаев, а у 6 (7,8%) женщин отмечена отрицательная динамика в виде увеличения диаметра заполненных кист.

Аналогичные результаты приводят в своих работах В.П. Летягин и соавт. [6]. По данным авторов, при лечении мастодинии и нагрубания молочных желез в группе молодых пациенток клинико-рентгенологическая эффективность Мастодинона составила 79,4%, что значительно превышает результаты, полученные при использовании отвара из сбора трав (54,1%) и йодистых препаратов (63,4%). В терапии кистозной формы ФКБ эффективность Мастодинона была несколько ниже (45,7%) и уступала комбинации фитотерапии и бета-каротина (61,4%). Наконец, самой низкой была эффективность применения Мастодинона при лечении фиброзной формы мастопатии – 40,8%.

Большинство авторов сходятся во мнении, что основным показанием к использованию препарата должна быть диффузная ФКБ с выраженной масталгией на фоне гиперпролактинемии либо мастопатия с преобладанием кистозного компонента.

Помимо высокой эффективности препарат отличается удобством использования, что немаловажно для современных женщин. Стандартный режим назначения предусматривает двукратный прием 30 капель готового раствора либо использование таблетированной формы в дозировке 1 таблетка 2 раза в день. Длительность применения определяется индивидуально в зависимости от эффективности и остаточной клинической симптоматики. Препарат характеризуется хорошей переносимостью: наиболее часто регистрируемыми побочными эффектами являются небольшое увеличение массы тела, гастроинтестинальные расстройства, головная боль, которые в большинстве своем носят преходящий характер.

В заключение хотелось бы отметить, что высокая эффективность и хорошая переносимость Мастодинона в определенных клинических ситуациях уже сделали его стандартом терапевтической коррекции, позволяющей большинству женщин забыть о проявлениях такого широко распространенного заболевания, как фиброзно-кистозная мастопатия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тагиева Т.Т. Мастопатия: негормональные средства лечения. Гинекология 2004;6(5).
2. Мустафин Ч.К. Вопросы диагностики и лечения диффузной мастопатии. Доктор Ру. 2005;(5).
3. Практическая маммология. Под ред. акад. М.И. Давыдова и проф. В.П. Летягина. М., Практическая медицина; 2007.
4. Манушарова Р.А. Лечение диффузной фиброзно-кистозной болезни. Леч врач 2006;(3).
5. Бурдина Л.М. Лечение заболеваний молочных желез и сопутствующих нарушений менструального цикла. Леч врач 1999;(8).
6. Опухоли молочной железы (клиника, диагностика, лечение, прогноз). Под ред. проф. В.П. Летягина. М., Ярк; 2000. с. 12–4.