



© Т. Н. Коломойцева, О. А. Орлов,
В. Н. Микова

ГУЗ «Пермский краевой онкологический
диспансер», Пермь, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ РЕЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

УДК: 618.19-006:618.177-021.6:615.357.03

■ Доброкачественные дисплазии молочных желез широко распространены, особенно среди женщин репродуктивного возраста. Прерывание нежелательной беременности оказывает выраженное негативное воздействие на женский организм, в том числе на молочные железы. В исследовании оценена возможность использования современного высокоэффективного гормонального внутриматочного средства Мирена® при различных формах диффузной мастопатии.

■ **Ключевые слова:** мастопатия; гормональная внутриматочная релизинг-система.

В понятие «мастопатии» ВОЗ включает дисгормональный гиперпластический процесс, характеризующийся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений в ткани молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительно-тканного компонентов. Заболеваемость мастопатией среди женского населения составляет 30–63%, в группе женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, достигает 95% [1]. Различают несколько форм диффузных мастопатий в соответствии с морфорентгенологическими особенностями: диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз), диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента, диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента [2, 3].

Лечение таких форм мастопатии консервативное. Оно включает витамины, энзимотерапию, ингибиторы синтеза простагландинов, иммуностропные средства, фито- и гормонотерапию. Одной из возможностей гормонотерапии диффузных мастопатий является использование гормональных контрацептивов, которые могут оказывать не только контрацептивное, но и лечебное воздействие. Новыми технологиями в гормональной контрацепции является разработка альтернативных пролонгированных методов, в частности внутриматочной гормональной релизинг-системы Мирена®. Левоноргестрел, входящий в состав ЛНГ-ВМС Мирена® является самым активным из известных гестагенов, обладает сильным антиэстрогенным и антигонадотропным эффектами и слабыми андрогенными свойствами. Доказано, что Мирена обладает не только контрацептивными, но и лечебными преимуществами при идиопатических меноррагиях, миоме матки, эндометриозе [4, 5].

Цель исследования

Оценка состояния молочных желез на фоне использования внутриматочной гормональной релизинг-системы Мирена®.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе Пермского краевого онкологического диспансера за период с 2005 по 2008 г. Нами обследовано 87 женщин в возрасте от 19 до 45 лет с различными проявлениями дисгормональной дисплазии молочных желез.

Всем пациенткам проведено общеклиническое обследование, гинекологический осмотр с расширенной кольпоскопией и цитологическим исследованием соскоба с шейки матки, осмотр и пальпация молочных желез и региональных лим-

Таблица 1

Анамнез беременных, погибших вследствие ревматических пороков сердца

Формы мастопатии	1-я группа, n=65	2-я группа, n=22
Диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента	39 (60)	12 (54,5)
Смешанная фиброзно-кистозная мастопатия	15 (23)	6 (27,3)
Диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента	11 (16,9)	4 (4,2)

фатических узлов, УЗИ молочных желез и малого таза на аппаратах экспертного класса на 7–10 день цикла, по показаниям — рентгенологическая маммография, при наличии кист проводили тонкоигольную биопсию молочных желез, цитологическое исследование пунктата и отделяемого из сосков. Обследование молочных желез проводили через 3, 6, 12 месяцев наблюдения. Состояние молочных желез прослежено в течение 1376 менструальных циклов. Выделены 2 группы пациенток в зависимости от используемого метода контрацепции: 1-я группа — пациентки с ЛНГ-ВМС Мирена® (65 женщин), 2-я группа (контрольная) — 22 пациентки, не использующие контрацепцию или применяющие низкоэффективные методы предохранения от беременности (барьерные и физиологический). Вычисления и статистическую обработку результатов выполняли с помощью программного пакета Microsoft Excel 2007 для Windows XP. Для статистического анализа динамики и различия полученных данных рассчитывали среднюю арифметическую и ее ошибку, критерий t Стьюдента и вероятность различий (p).

Результаты и обсуждение

Все пациентки предъявляли жалобы, характерные для мастопатии: предменструальная масталгия — 64 человека (73,6%), боли в молочных железах, не связанные с менструальным циклом — 17 пациенток (19,5%), боли в области какой-либо молочной железы с иррадиацией в подлопаточную область — 6 человек (6,9%).

Среди обследованных пациенток сочетание патологии молочных желез и гинекологические заболевания имели 89,5% женщин. В 1 группе пациенток с диффузной мастопатией с преобладанием фиброзного компонента основной сопутствующей гинекологической патологией явилось сочетание миомы матки с генитальным эндометриозом (41%) и аденомиоз (20,5%).

В 1-й группе пациенток срок использования ЛНГ-ВМС Мирена® составил в среднем 12,5 месяца. В большинстве случаев Мирена была введена с лечебной и контрацептивной целью — 42 человека (64,6%), только лечебной — 16 человек (24,6%), контрацептивной — 7 человек (10,8%).

Клиническое обследование состояния молочных желез у пациенток 1-й и 2-й групп позволило выя-

вить различные варианты диффузной мастопатии: диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента, смешанная фиброзно-кистозная мастопатия, диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (таблица 1).

Ультразвуковая эхография молочных желез при фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием фиброзного компонента характеризуется повышением эхогенности паренхимы, за счет чередования гиперэхогенных соединительно-тканых элементов среди менее эхогенных железистых структур, определяются дилатированные млечные протоки с утолщенными стенками, с анэхогенным содержанием в просвете. У пациенток со смешанной фиброзно-кистозной мастопатией удается четко визуализировать множественные кисты овальной или округлой формы с четкими контурами и отсутствием внутренних эхосигналов, диффузно разбросанные по всей ткани молочных желез. При маммографии определяли множество мелких нечетко контурированных очагов уплотнения ≤ 1 см. Аденоз молочных желез характеризовался гиперплазией железистых долек.

Проведенные клинико-ультразвуковые и рентгенологические (по показаниям) исследования через 3 месяца наблюдения показали отсутствие каких-либо значимых изменений со стороны молочных желез у пациенток 1-й и 2-й групп.

Клинико-лабораторные исследования, проведенные через 6 и 12 месяцев наблюдения, свидетельствовали о положительной динамике со стороны молочных желез у пациенток 1-й группы. У 56 пациенток (86,2%) отмечено отсутствие предменструального напряжения молочных желез, повышение работоспособности и настроения. По данным ультразвуковой эхографии, положительная динамика со стороны молочных желез выражалась в уменьшении плотности железистого и фиброзного компонентов при смешанной и фиброзной мастопатии, наличии единичных мелких кистозных включений. При сравнении частоты встречаемости различных форм мастопатии через 12 месяцев наблюдения отмечена наибольшая положительная динамика у больных 1 группы с сочетанием аденомиоза и диффузной мастопатии с преобладанием фиброзного компонента. Если до лечения частота данного вида мастопатии в обеих группах была примерно одинакова (60 и 54,5% соответственно), через 6 месяцев наблюдения данный показатель

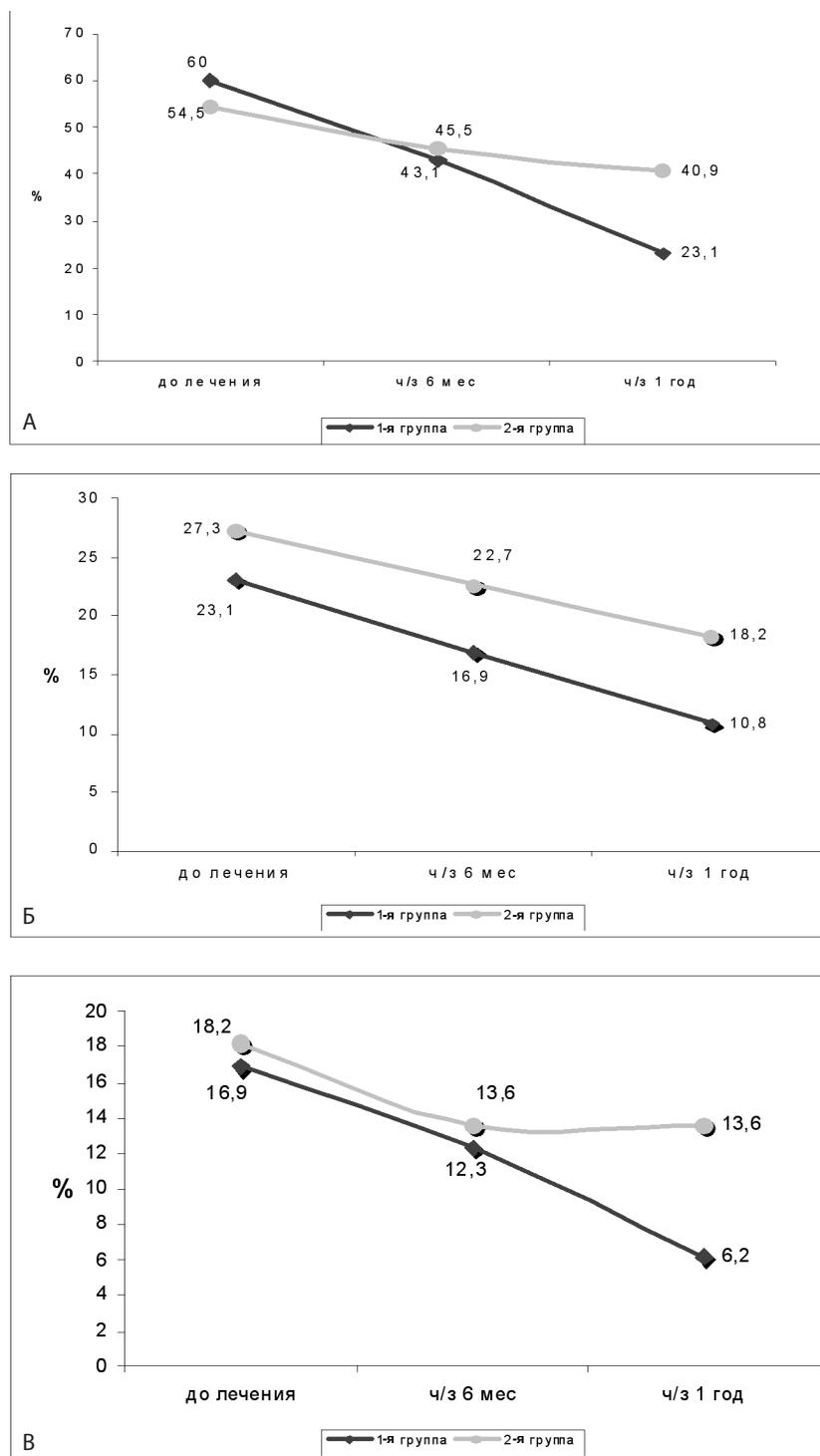


График 1. Частота встречаемости различных форм мастопатии у обследуемых в процессе наблюдения.

А — Диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента (%)

Б — Смешанная фиброзно-кистозная мастопатия (%)

В — Диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (%)

составил 43,1 и 45,5 соответственно, через 12 месяцев — 23,1% и 40,9% ($p < 0,05$) (график 1, А). У пациенток 1-й группы со смешанной и диффузной мастопатией с преобладанием железистого компонента также отмечено снижение частоты встречаемости мастопатии через 12 месяцев наблюдения

($p < 0,05$) (график 1, Б, В). Однако выраженность предменструальной масталгии сохранялась в течение 4–5 месяцев, особенно у пациенток со смешанной фиброзно-кистозной мастопатией.

Таким образом, использование современного высокоэффективного метода контрацеп-

ции — ЛНГ-ВМС Мирена® является оптимальным у женщин с сочетанием пролиферативных процессов миометрия с диффузной мастопатией с преобладанием фиброзного компонента. Помимо контрацептивного эффекта, внутриматочная гормональная релизинг-система оказывает и протективный эффект в отношении молочных желез. В нашем наблюдении не отмечено случаев ухудшения течения диффузной мастопатии, что послужило бы поводом для отмены препарата.

Литература

1. Аисьеба С. Д. Место УЗИ в комплексной диагностике опухолевых и предопухолевых заболеваний молочных желез: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 1998.
2. Заболотская Н. В., Заболотский В. С. Ультразвуковая маммография: учебный атлас. — М., 1997.
3. Прилепская В. Н., Швецова О. Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принципы терапии // Гинекология. — 2000. — Т. 2, № 6. — С. 201–204.
4. Рожкова Н. И., Меских Е. В. Оценка эффективности фитотерапии мастодиномом и гелариумом у больных с диф-

фузными формами мастопатии // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2008. — № 4. — С. 46–47.

5. Трофимова Е. Ю. Ультразвуковая диагностика заболеваний молочной железы // Визуализация в клинике. — 2002. — № 6. — С. 44–50.

Статья представлена М. А. Тарасовой,
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

THE USE OF THE MIRENA INTRAUTERINE SYSTEM BY WOMEN WITH BENIGN MAMMARY DYSPLASIA

Kolomoitseva T. N., Orlov O. A., Mikova V. N.

■ **Summary:** Benign mammary dysplasia is common among women, especially women in the reproductive age group. Termination of unwanted pregnancy has a significant negative influence on the woman's organism, including mammary glands. The study assesses the possibility of using Mirena®, a modern, highly effective hormone-releasing intrauterine device, among women with diffuse mastopathy.

■ **Key words:** mastopathy; hormone-releasing intrauterine device.

■ Адреса авторов для переписки

Коломоицева Татьяна Николаевна — к. м. н., гинеколог-эндокринолог.

Пермский краевой онкологический диспансер, Пермь, Россия.
614066, Россия, Пермь, ул. Баумана, 15.

E-mail: kolomoiceva@yandex.ru

Орлов Олег Алексеевич — д. м. н., главный врач Пермского краевого онкологического диспансера.

Пермский краевой онкологический диспансер, Пермь, Россия.
614066, Россия, Пермь, ул. Баумана, 15.

E-mail: kolomoiceva@yandex.ru

Микова Вера Николаевна — врач функциональной диагностики (УЗИ).
Пермский краевой онкологический диспансер, Пермь, Россия.

614066, Россия, Пермь, ул. Баумана, 15.

E-mail: kolomoiceva@yandex.ru

Kolomoitseva Tatyana Nikolaevna — the candidate of medical sciences, gynecologist, endocrinologist.

Regional Oncological Dispensary, Perm, Russia.
614066, Russia, Perm, Baumana Street, 15

E-mail: kolomoiceva@yandex.ru

Orlov Oleg Alekseevich — doctor of medical sciences, head of administration.

Regional Oncological Dispensary, Perm, Russia.
614066, Russia, Perm, Baumana Street, 15

E-mail: kolomoiceva@yandex.ru

Mikova Vera Nikolaevna — specialist in functional diagnostics.

Regional Oncological Dispensary, Perm, Russia.
614066, Russia, Perm, Baumana Street, 15

E-mail: kolomoiceva@yandex.ru