

# Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез. Современный подход к профилактике и лечению

Д.М.Магометханова<sup>1,2</sup>, З.С.Зайдиева<sup>✉2</sup>, Г.С.Богданова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиника «Мать и дитя» Савеловская. 127159, Россия, Москва, ул. Б. Новодмитровская, д. 23, стр. 2;

<sup>2</sup>ГБУЗ Городская клиническая больница №29 им. Н.Э.Баумана Департамента здравоохранения г. Москвы. 111020, Россия, Москва, Госпитальная пл., д. 2

Фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) – одно из частых заболеваний в женской популяции. Методы ее профилактики и лечения не теряют своей актуальности, особенно у женщин раннего репродуктивного возраста. Мамоклам – препарат выбора в профилактике развития ФКБ и ее комплексной терапии после искусственного прерывания беременности.

**Ключевые слова:** фиброзно-кистозная болезнь, профилактика, Мамоклам.

✉dr.zaydieva@mail.ru

**Для цитирования:** Магометханова Д.М., Зайдиева З.С., Богданова Г.С. Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез. Современный подход к профилактике и лечению. Consilium Medicum. 2016; 18 (6): 63–66.

## Fibrocystic disease of the breast. The modern approach to prevention and treatment

D.M.Magometkhanova<sup>1,2</sup>, Z.S.Zaydieva<sup>✉2</sup>, G.S.Bogdanova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinic "Mother and child" Savelovskaya. 127159, Russian Federation, Moscow, ul. B. Novodmitrovskaya, d. 23, str. 2;

<sup>2</sup>N.E.Bauman City Clinical Hospital №29 of the Department of Health of Moscow. 111020, Russian Federation, Moscow, Hospital'naia pl., d. 2

Fibrocystic disease (FCD) is one of the most common diseases in the female population. The methods of its prevention and treatment does not lose its relevance, especially in the early women of reproductive age. Mamoklam – the drug of choice in the prevention of FCB and its complex therapy after Artificial abortion.

**Key words:** fibrocystic disease, prevention, Mamoklam.

✉dr.zaydieva@mail.ru

**For citation:** Magometkhanova D.M., Zaydieva Z.S., Bogdanova G.S. Fibrocystic disease of the breast. The modern approach to prevention and treatment. Consilium Medicum. 2016; 18 (6): 63–66.

Мастопатия, или фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов тканей молочной железы (МЖ), широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений, является на сегодняшний день одним из самых частых заболеваний женской половины человечества.

В клинической практике наиболее удобной и часто используемой является классификация, предложенная Н.И.Рожковой в 1983 г.

Диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии:

- диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
- диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
- диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента;
- смешанная форма диффузной мастопатии;
- склерозирующий аденоз.

ФКБ является доброкачественным заболеванием, однако в ряде случаев данная патология может явиться промежуточной стадией в развитии злокачественного процесса, что требует внимания клиницистов к этому диагнозу [1–4].

Риск рака МЖ является минимальным при непролиферативной ФКБ; при пролиферативной – возрастает в 2–4 раза, достигая наиболее высоких цифр при атипичной пролиферации эпителия [2, 5, 6].

В основе патологического процесса в МЖ при ФКБ лежат различного рода гормональные нарушения, проявляющиеся в относительном увеличении уровня эстрогенов, пролактина; нарушения метаболизма эссенциальных жирных кислот, микроэлементов и витаминов; психоэмоциональные нарушения и т.д. [6–9]. Эстрогены оказывают преимущественно пролиферативное влияние на процессы в МЖ путем прямой стимуляции клеток или опосредованной – через экспрессию полипептидных факторов роста, действующих на эпителий МЖ в качестве ауто- и пара-

кринных стимуляторов пролиферации [10]. Роль прогестерона заключается в стимуляции развития альвеол МЖ, предотвращении пролиферации и обеспечения дифференцировки на дольки, торможении митотической активности эпителиальных клеток молочных протоков [10]. Под его влиянием в лютеиновую фазу менструального цикла происходят отек и набухание внутريدольковой системы, реактивная трансформация эпителия, снижается экспрессия рецепторов эстрогенов и уменьшается локальный уровень активных эстрогенов в ткани МЖ [2, 11, 12].

У больных с ФКБ гиперпролактинемия нередко сочетается с нарушением функции щитовидной железы [13, 14]. Тиреотропный рилизинг-гормон является стимулятором секреции не только тиреотропного гормона, но и пролактина. Стрессовые ситуации, заболевания иммунной системы, инфекции и др. приводят к изменению биосинтеза тиреоидных гормонов, нарушению функции щитовидной железы и, как следствие, развитию ФКБ [5, 8, 9].

Одним из клинических проявлений ФКБ являются боли (масталгия) в МЖ и ощущения дискомфорта, увеличение их объема, нагрубание (мастодиния). У большинства пациенток симптомы масталгии и мастодинии усиливаются за несколько дней до ожидаемой менструации и прекращаются или уменьшаются после ее окончания, у меньшинства они не связаны с фазами цикла и могут иметь перманентный характер.

### Терапия

Цель консервативного лечения при ФКБ – улучшение качества жизни за счет устранения субъективных проявлений болезни и прекращения морфологического прогрессирования процесса. Одним из современных негормональных препаратов, имеющихся на отечественном рынке, является Мамоклам.

Препарат производят из липидного комплекса бурой морской водоросли ламинарии. Механизмы лечебного действия Мамоклама у больных с ФКБ связаны с содержа-

нием 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 [1].

Йод в тканях МЖ связывается с липидами, которые регулируют процессы пролиферации клеток МЖ и оказывают антиоксидантное действие [4, 13, 14]. ПНЖК омега-3 через вмешательство в синтез простагландинов нормализуют баланс половых гормонов, что может объяснять их лечебное действие при ФКБ. Хлорофилл обладает антиоксидантным, противовоспалительным, антимуtagenным и антиканцерогенным действием.

Таким образом, применение препарата Мамоклам в результате действия йода, ПНЖК омега-3 и хлорофилла нормализует баланс тиреоидных и половых гормонов, процессы пролиферации клеток в ткани МЖ, что оказывает лечебное действие у больных с ФКБ [1, 2, 5]. Биологические эффекты Мамоклама определяются входящими в его состав макро- и микроэлементами – кальцием, магнием, цинком, калием, марганцем, железом, кобальтом, медью, селеном. [5, 12, 15]. По мнению клиницистов, активно использующих этот препарат, целесообразно проведение как минимум двух циклов лечения в год [5, 13, 14].

### Материалы и методы

Нами было проведено исследование, целью которого явилась оценка эффективности препарата Мамоклам у пациенток раннего репродуктивного возраста в качестве средства профилактики развития и лечения ФКБ после медицинского прерывания беременности.

В исследование были включены 32 женщины раннего репродуктивного возраста (18–35 лет). Средний возраст пациенток составил 27±1,2 года. Во всех случаях беременность была прервана в сроках гестации 6–12 нед по социальным или медицинским показаниям.

Обследование пациенток проводилось при первой явке и установке факта беременности; через 7 дней после ее прерывания; по окончании лечения (через 3 мес) по следующей схеме: анализ анамнестических данных; осмотр, пальпация МЖ с оценкой клинической симптоматики; эхография молочных желез. Обследование после лечения проводили в I фазе менструального цикла. Мамоклам назначался 2 курсами продолжительностью 30 дней с перерывом в 2 нед, внутрь до еды по 2 таблетки 3 раза в день.

У подавляющего большинства пациенток, несмотря на ранний репродуктивный возраст, имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Искусственные аборты в анамнезе отмечены у 37,5% женщин, неразвивающаяся беременность и самопроизвольные прерывания – у 25%. У 87,5% женщин в анамнезе имелись указания на перенесенные ранее гинекологические заболевания, среди которых наиболее часто встречались хронические воспалительные процессы придатков и матки. Более 1/2 (68,75%) пациенток страдали от явления масталгии во II фазу менструального цикла.

Все изложенное является дополнительным доказательством того, что ФКБ возникает чаще всего на неблагопри-

ятном преморбидном фоне и лечение должно иметь комплексный характер.

В настоящее время наиболее распространенным методом исследования МЖ является рентгеновская маммография. Его точность высока при исследованиях МЖ с большим количеством жировой клетчатки, т.е. на фоне возрастной инволюции, и резко снижается при оценке рентгенологически «плотных» желез, т.е. у молодых женщин и на фоне диффузной дисгормональной мастопатии [11, 16]. При обследовании пациенток раннего репродуктивного возраста с диффузными процессами в МЖ на первое место выходит эхография как метод, не связанный с работой источника ионизирующего излучения, позволяющий оценить структуру МЖ независимо от типа их строения и дающий возможность многократного динамического контроля. Учитывая возраст наших пациенток, метод рентгеновской маммографии в нашем исследовании не применялся.

Эхографию проводили на современном ультразвуковом приборе с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц. Всем пациенткам проводилось измерение толщины слоя железистой ткани в каждом секторе МЖ вдоль обрабатываемых радиарных линий, сходящихся к соску, в месте, где его толщина наибольшая.

Критерием исключения из исследования было наличие у женщин узловой формы ФКБ и склерозирующего аденоза, заболеваний почек, гиперфункции щитовидной железы, а также прием оральных контрацептивов после медицинского прерывания беременности.

Основными эхографическими симптомами диффузной мастопатии являются: утолщение слоя железистой ткани более 14 мм; фиброзные изменения (фиброз стенок протоков, междольковых перегородок); изменения показателей эхоплотности железистой ткани, не соответствующие возрасту пациентки; наличие множественных кист; дуктэктазия; изменения сосково-ареолярного комплекса (дуктэктазия и фиброз стенок крупных протоков); несоответствие типа строения молочной железы возрасту [11, 16].

### Результаты

При мастопатии с преобладанием железистого компонента выявлялся утолщенный железистый слой в виде сплошного пласта железистой ткани средней или сниженной эхогенности. При преобладании фиброзного компонента определялся умеренно утолщенный железистый слой с явлениями фиброзирование железистой ткани в виде диффузного повышения ее эхогенности и линейного фиброза, проявляющегося уплотнением стенок млечных протоков, междольковых перегородок и Куперовых связок. Мастопатии с преобладанием кистозного компонента часто сочетались с явлениями фиброзирование железистой ткани и дуктэктазией.

Как видно из представленных данных, при первой явке часть женщин уже имели ту или иную форму ФКБ (13 человек). После прерывания беременности и при повторной явке на исследование проявления данного заболевания имели место в 100% случаев, с тем распределением по формам, которое представлено в таблице. Как мы видим, лидирующие позиции как при 1-й, так и при 2-й явке занимают

Клиническое наблюдение (32 пациентки)			
ФКБ, диффузная форма, %	Явка		
	1-я	2-я	3-я
• с преобладанием кистозного компонента	12,5	31,25	6,25
• с преобладанием фиброзного компонента	6,25	15,6	6,25
• с преобладанием железистого компонента	6,25	18,7	3,1
• смешанная форма	15,6	34,4	9,4

диффузная (с преобладанием кистозного компонента) и смешанная формы.

Возникшие после искусственного прерывания беременности изменения той или иной степени в молочной железе у 100% пациенток не являются открытием и еще раз подтверждают четкую связь гормонального дисбаланса в организме с развитием ФКБ.

Для практикующих врачей это должно быть очередным доказательством того, что после искусственного прерывания беременности надо предпринять все меры скорейшего восстановления организма женщины после испытанного гормонального стресса. При проведении этих мероприятий МЖ должна курироваться наравне с репродуктивной системой.

По результатам полученного наблюдения мы хорошо видим, как меняется клиническая картина (см. таблицу), что оправдывает назначение соответствующей терапии (в нашем случае – препарата Мамоклам) в ближайшие сроки после искусственного прерывания беременности. Однако эта же картина говорит о том, что, по всей видимости, для ряда пациентов целесообразно повторение курса терапии для получения должного эффекта. В нашем исследовании этим женщинам было рекомендовано продолжить прием препарата Мамоклам в дозе 2 таблетки 3 раза в день в течение 30 дней с повторной явкой по окончании курса. Пациентки, имевшие выраженную положительную динамику, были приглашены на осмотр через 6 мес.

## Выводы

Таким образом, Мамоклам можно рекомендовать в качестве препарата выбора для профилактики развития ФКБ и ее комплексной терапии у женщин после проведения искусственного прерывания беременности. Эффективность в сочетании с низкой частотой побочных реакций, доступностью для пациенток и хорошей переносимостью позволяет рекомендовать его применение в широкой клинической практике. Необходимо помнить, что лечение больных с доброкачественными заболеваниями МЖ должно быть комплексным, длительным, с учетом гормональных особенностей, сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, подключением при необходимости врачей смежных специальностей: маммологов, хирургов, онкологов.

## Литература/References

1. Беспалов В.Г. Мастопатия и лекарственный препарат мамоклам. Методическое пособие для врачей. СПб.: Игра света, 2008; 68: 9–14. / Bespalov V.G. Mastopatiia i lekarstvennyi preparat mamoklam. Metodicheskoe posobie dlia vrachei. Spb.: Igra sveta, 2008; 68: 9–14. [in Russian]
2. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность). Под ред. В.И.Чиссова, В.В.Старинского, Г.В.Петровой. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена Росмедтехнологий», 2008. / Zlokachestvennye novoobrazovaniia v Rossii v 2006 godu (zabolevaemost' i smertnost'). Pod red. V.I.Chissova, V.V.Starinskogo, G.V.Petrovoi. M.: FGU "MNIOI im. P.A.Gertsena Rosmedtekhologii", 2008. [in Russian]
3. Кира Е.Ф., Скрябин О.Н., Цвелев Ю.В. и др. О повышении эффективности диагностики, лечения и профилактики дисфункциональных заболеваний молочных желез. Журн. акушерства и женских болезней. 2000; 1: 95–9. / Kira E.F., Skriabin O.N., Tsvlev Iu.V. i dr. O povyshenii effektivnosti diagnostiki, lecheniia i profilaktiki disfunktsional'nykh zabolevanii molochnykh zhelez. Zhurn. akusherstva i zhen'skikh boleznei. 2000; 1: 95–9. [in Russian]
4. Тагиева Г.Т. Мастопатия: негормональные методы лечения. Гинекология. 2004; 6 (5): 228–30. / Tagieva G.T. Mastopatiia: negormonal'nye metody lecheniia. Gynecology. 2004; 6 (5): 228–30. [in Russian]
5. Прилепская В.Н., Швецова О.Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принципы терапии. Маммолог. 2005; 4: 19–25. / Prilepskaia V.N., Shvetsova O.B. Dobrokachestvennye zabolevaniia molochnykh zhelez: printsipy terapii. Mammolog. 2005; 4: 19–25. [in Russian]
6. Plu-Bureau G, LeMG, Silruk-Ware B, Thalabard JC. Cyclical mastalgia and breast cancer risk: results of a French cohort study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006; 15: 1229–31.

7. Антипов М.С., Костенко Т.И. Фиброзно-кистозная мастопатия. Журн. практич. врача акуш.-гин. 2003; 1: 3–6. / Antipov M.S, Kostenko T.I. Fibrozno-kistoznaia mastopatiia. Zhurn. praktich. vracha akush.-gin. 2003; 1: 3–6. [in Russian]
8. Зотов А.С., Велик Е.О. Мастопатии и рак молочной железы. М.: МЕДпресс-информ, 2005. / Zotov A.S., Velik E.O. Mastopatii i rak molochnoi zhelezy. M.: MEDpress-inform, 2005. [in Russian]
9. Ильин А.Б., Бескровный С.В. Молочная железа как орган репродуктивной системы женщины. Журн. акуш. и жен. бол. 2000; 2: 51–2. / Il'in A.B., Beskrovnyi S.V. Molochnaia zheleza kak organ reproduktivnoi sistemy zhenshchiny. Zhurn. akush. i zhen. bol. 2000; 2: 51–2. [in Russian]
10. Серова О.Ф., Антонова Е.Г. Факторы риска развития фиброзно-кистозной мастопатии в репродуктивном возрасте и современные подходы к ее лечению. Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. 2003; 4: 75–9. / Serova O.F., Antonova E.G. Faktory riska razvitiia fibrozno-kistoznoi mastopatii v reproduktivnom vozraste i sovremennye podkhody k ee lecheniiu. Voпр. giiekol., akush. i perinatol. 2003; 4: 75–9. [in Russian]
11. Заболотская Н.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Под ред. В.В.Митькова, М.В.Медведева. Т. 2. М.: Видар, 1996; с. 331–67. / Zabolotskaia N.V. Klinicheskoe rukovodstvo po ul'trazvukovoi diagnostike. Pod red. V.V.Mit'kova, M.V.Medvedeva. T. 2. M.: Vidar, 1996; s. 331–67. [in Russian]
12. Летагин В.П., Высоцкая И.В., Ким Е.А. Факторы риска развития рака молочной железы. Маммология. 2006; 4: 10–2. / Letiagin V.P., Vysotskaia I.V., Kim E.A. Faktory riska razvitiia raka molochnoi zhelezy. Mammologii. 2006; 4: 10–2. [in Russian]
13. Каневцоо В.В. Оптимизация подходов к диагностике и лечению заболеваний молочных желез. Учебно-методическое пособие. М., 2001. / Kanevtsoo V.V. Optimizatsiia podkhodov k diagnostike i lecheniiu zabolovaniy molochnykh zhelez. Uchebno-metodicheskoe posobie. M., 2001. [in Russian]
14. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Зубкин В.И., Иванова Т.Н. Лечение фиброзно-кистозной мастопатии. Фарматека. 2003; 11: 46–9. / Radzinskii V.E., Ordianets I.M., Zubkin V.I., Ivanova T.N. Lechenie fibrozno-kistoznoi mastopatii. Farmateka. 2003; 11: 46–9. [in Russian]
15. Горюшина О.Г. Мастопатия. Под ред. В.Ф.Семиглазова. СПб.: Карэ, 2000. / Goriushina O.G. Mastopatiia. Pod red. V.F.Semiglazova. SPb.: Kare, 2000. [in Russian]
16. Зайцев А.Н., Веснин А.Г., Семиглазов В.Ф. и др. Эхографические варианты фиброаденоматоза и диагностика минимальных карцином молочной железы. Вопр. онкологии. 1998; 44 (2): 198–202. / Zaitsev A.N., Vesnina A.G., Semiglazov V.F. i dr. Ekhnograficheskie varianty fibroadenomatosa i diagnostika minimal'nykh kartinom molochnoi zhelezy. Voпр. onkologii. 1998; 44 (2): 198–202. [in Russian]
17. Горячева Л.А., Пинхосевич Е.Г. Фитотерапия при заболеваниях молочных желез. М., 2006. / Goriacheva L.A., Pinkhosevich E.G. Fitoterapiia pri zabolovaniakh molochnykh zhelez. M., 2006. [in Russian]
18. Хайленко В.А., Легкое А.А., Бурдина Л.М. и др. Дисплазия молочной железы (фиброзно-кистозная болезнь). Методическое пособие для врачей. М., 1999. / Khailenko V.A., Legkoe A.A., Burdina L.M. i dr. Displaziia molochnoi zhelezy (fibrozno-kistoznaia bolezn'). Metodicheskoe posobie dlia vrachei. M., 1999. [in Russian]
19. Giustarini E, Pinchera A, Fierabracci P et al. Thyroid autoimmunity in patients with malignant and benign breast diseases before surgery. Eur J Endocrinol 2006; 154: 645–9. / [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Магометханова Джамиля Магометовна** – канд. мед. наук, врач ультразвуковой диагностики. Клиника «Мать и дитя» Савеловская; Перинатальный центр ГБУЗ ГКБ №29 им. Н.Э.Баумана  
**Зайдиева Зуля Семеновна** – канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог Перинатального центра ГБУЗ ГКБ №29 им. Н.Э.Баумана. E-mail: dr.zaydieva@mail.ru  
**Богданова Галина Сергеевна** – зав. отд-нием ультразвуковой диагностики Перинатального центра ГБУЗ ГКБ №29 им. Н.Э.Баумана