

Предменструальный синдром и доброкачественные дисплазии грудных желез: реалии и перспективы

В.Е. Радзинский, И.М. Ордянц

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Предменструальный синдром (ПМС) – сложный патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Симптомы ПМС возникают за 2–10 дней до начала менструации и исчезают в первые ее дни или сразу после окончания [2–4].

Впервые ПМС был описан Франком (R. Frank в 1931 г.) под названием «Premenstrual tension» («предменструальное напряжение»). На сегодняшний момент ПМС считается нозологической единицей и входит в классификацию болезней 10-го пересмотра ВОЗ. Возросший интерес к проблеме ПМС, особенно в развитых странах, объясняется социально-экономическими аспектами, так как в 3–5% случаев симптомы имеют выраженный характер и приводят к снижению работоспособности, качества жизни женщин, а также уровня их семейной и социальной адаптации [6, 7].

Частота ПМС колеблется в широких пределах в различные возрастные периоды жизни женщины и в среднем составляет 25–75% [12–14]. По данным других авторов [1, 10, 11], те или иные проявления этой патологии отмечают до 95% менструирующих женщин в популяции, а более 35% из них прибегают к приему медикаментов для облегчения своего состояния или обращаются за помощью к специалисту, 4–5% женщин страдают от острых проявлений ПМС, приводящих к потере трудоспособности.

Интересно, что факторы риска развития ПМС разнообразны. Среди огромного количества факторов выделяют следующие: европеоидная раса, проживание в крупных промышленных и административных центрах, занятие интеллектуальным трудом, поздний репродуктивный возраст, наличие проявлений ПМС у родственниц первой генерации, частые стрессовые ситуации, частые беременности или их отсутствие, выкидыши и/или искусственные аборты в анамнезе, токсикоз беременных и/или послеродовая депрессия в анамнезе, наличие побочного действия во время приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК), воспалительные заболевания половых органов или гинекологические операции в анамнезе, генитальный кандидоз, нейроэндокринные заболевания, особенно ожирение, недостаточная физическая активность, несбалансированное питание (недостаточность кальция, калия, микроэлементов, витаминов группы В и С, полиненасыщенных жирных кислот, антиоксидантов в рационе), перегрузки в работе при отсутствии рационального режима труда и отдыха [5, 8, 9].

На сегодняшний момент существует множество теорий, объясняющих механизмы возникновения ПМС. Однако наиболее распространенной является гормональная теория, в основе которой лежит нарушение соотношения эстрогенов и гестагенов в сторону повышения уровня эстрогенов. В 1931 г. R. Frank предположил, что ПМС – это результат абсолютной или относительной гиперэстрогении. В дальнейшем внимание исследователей было направлено на изучение состояния эндометрия в предменструальный период. На основе этих наблюдений были сделаны выводы, что причиной

гиперэстрогении и развития ПМС чаще всего является недостаток секреции прогестерона в лютеиновую фазу цикла. Действительно, ПМС не возникает до пубертата, после менаузы, во время беременности (R.T. Frank, 1931). Исследования, базирующиеся на определении уровней гормонов, биопсии эндометрия и изучения состава слизи шейки матки, подтвердили недостаточность функции желтого тела у женщин с ПМС. Именно этот гормональный дисбаланс и определяет основные клинические проявления ПМС.

В последние годы большое число отечественных и особенно зарубежных исследований посвящено изучению причин возникновения ПМС, ведущим симптомом которого является циклическая болезненность и нагрубание грудных желез, обусловленная венозным застоем и отеком стромы. Известно, что грудные железы одной и той же женщины могут в значительной мере менять свое строение в зависимости от фазы менструального цикла. В лютеиновую фазу под влиянием прогестерона происходят пролиферативные изменения в протоках и эпителии грудных желез, в клетках накапливается секрет – наблюдается отечность стромы и усиливается кровенаполнение, что может проявляться в виде предменструального «напряжения» грудных желез. Наряду с этим прогестерон способствует выведению натрия из организма, что обусловлено в основном угнетением канальцевой реабсорбции и увеличением клеточной фильтрации. Секреторные преобразования железистого компонента на фоне дефицита прогестерона сопровождаются задержкой жидкости, которая в основном концентрируется в жировых и соединительнотканых элементах, увеличением массы грудной железы за счет протоков и стромальной ткани, перерастяжением ткани, приводя к формированию болевого синдрома.

Данные исследований последних лет свидетельствуют о том, что предменструальную масталгию следует относить к дисгормональным расстройствам, существенно увеличивающим риск развития доброкачественных заболеваний грудных желез. В течение менструального цикла происходят циклические процессы пролиферации эпителия в альвеолах и протоках грудных желез, меняется проницаемость базальных мембран, клеточного состава стромы, наблюдается изменение тонуса сосудов и соотношения объема артериовенозного кровотока в каждой альвеоле, в межальвеолярных протоках и соединительнотканной строме, составляющей основу всей железы в целом. Постоянная изменчивость морфофункциональных структур и высокая степень чувствительности к гормональным воздействиям приводят к частому возникновению различных заболеваний грудных желез.

Таким образом, степень взаимосвязи этих процессов, в частности ПМС и доброкачественных заболеваний грудных желез (ДЗГЖ), а главное – возможность их прогнозирования, профилактики и лечения, остается предметом дискуссии.

Цель исследования – разработать и внедрить в клиническую практику комплексный метод прогнозирования, профилактики и лечения женщин с ПМС и ДЗГЖ.

Для решения поставленных задач были обследованы 190 женщин с ПМС, из них 90 в сочетании с диффузными формами ДЗГЖ (основная группа) и 100 без заболеваний ДЗГЖ (контрольная группа). В соответствии с целью и задачами исследования разработана программа исследований, предусматривающая проведение клинико-статистического анализа, комплекса гормональных, иммунологических исследований, рентгенологического и сонографического исследований грудных желез.

Критерии отбора женщин: наличие ПМС, подтвержденного функциональными, лабораторными (оценка гормонального статуса: уровень прогестерона, эстрагенов, ФСГ, ЛГ, пролактин) и инструментальными методами исследования (ультразвуковое исследование грудных желез и органов малого таза, маммография). Программа обследования включала учет и регистрацию следующих факторов: возраст, наследственность, социальный статус, вредные привычки, экстрагенитальные и перенесенные инфекционные заболевания в анамнезе, факторы репродуктивной, генеративной и лактационной функций, методы контрацепции, заболевания грудных желез в анамнезе.

При рассмотрении среднего показателя возраста установлено, что возраст женщин с ПМС без ДЗГЖ составил $34,49 \pm 6,99$ года, что достоверно ниже, чем в группе с ПМС и ДЗГЖ ($36,83 \pm 5,86$ года, $p < 0,05$). Наследственная предрасположенность к возникновению маммологических и онкологических заболеваний в основной группе встречалась в три раза чаще, к гинекологическим заболеваниям – в два раза чаще, чем в группе сравнения. В отношении вредных привычек риск развития ДЗГЖ достоверно увеличивался у курящих женщин в два раза (23,3% и 8% соответственно). В среднем показатели массы тела и роста в основной группе и группе сравнения практически равнозначны. Вместе с тем в основной группе почти половина женщин имела ожирение I–III степени ($p < 0,05$). У 87,1% пациенток основной группы и у 54% группы сравнения возраст менархе составил 13–15 лет. У женщин с нерегулярным менструальным циклом был в 2 раза выше риск развития ДЗГЖ. Анализ проявлений ПМС, который был выявлен среди женщин обеих групп, показал, что мастодиния встречалась в 3 раза чаще в основной группе, чем в контрольной. Особый интерес, на наш взгляд, представлял синдром предменструального напряжения, в симптоматике которого доминировала мастодиния. Наличие боли в грудных железах, нагрубание, чувство тяжести отмечали более чем каждая третья пациентка с диффузными формами ДЗГЖ. При изучении генеративной функции установлено, что в основной группе повторнородящих женщин было в 2 раза меньше, чем в контрольной, т.е. на одну рожавшую женщину в основной группе приходится 1,1 родов, а в контрольной группе – 1,4. Что касается самопроизвольного прерывания беременности, то в основной группе аборт встречались в 2 раза чаще, чем в контрольной.

Обращает на себя внимание достаточно низкий уровень соматического здоровья у женщин с ПМС и ДЗГЖ. Так, если частота экстрагенитальных заболеваний в контрольной

группе составляла 234%, то в основной – 265%. В основной группе имела место тенденция к увеличению заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) (гипертоническая болезнь), гепато-билиарной и мочевыделительной систем. При анализе гинекологических заболеваний обследованных женщин их распространенность в основной группе составила 80,7%, а в контрольной – 35,7%. По частоте встречаемости лидировали заболевания шейки матки, миома матки, эндометриоз, аденомиоз, гиперплазия эндометрия и воспалительные заболевания половых органов.

С целью выяснения связи между ПМС и диффузными формами ДЗГЖ использовали непараметрический метод корреляционного анализа (метод Spearman), учитывая, что большинство анализируемых признаков имеют распределение, отличное от нормального, и ряд качественных признаков (возрастные группы, гинекологические заболевания, эндокринные заболевания, индекс массы тела, характеристики менструальных выделений) носят порядковый (степенной) характер.

Факторы, влияющие на риск возникновения доброкачественных дисплазий грудных желез у женщин с ПМС

Поиску и изучению факторов, влияющих на риск возникновения ДЗГЖ, посвящено огромное количество эпидемиологических, клинических и экспериментальных исследований (Зубкин В.И., 2003; Хасханова Л.Х., 2002). Однако литературные данные о связи различных факторов с риском развития ДЗГЖ нередко противоречивы, это побуждает к дальнейшим, более углубленным и детальным изысканиям в этом направлении.

При осуществлении аналитического эпидемиологического исследования использовали принцип парного контроля, т.е. к каждому конкретному больному с ПМС и ДЗГЖ подбирали парный контроль – женщина без заболеваний грудной железы, но с ПМС, данные которой сопоставимы по возрасту, месту жительства, образованию, характеру трудовой деятельности. При математико-статистической обработке материала подсчитывали удельный вес лиц с различными значениями изучавшихся факторов и параметров в группах больных с ПМС и ДЗГЖ и в группе женщин без заболеваний грудных желез, но с ПМС.

Анализ проявлений ПМС, который был выявлен среди женщин обеих групп, показал, что в основной группе ПМС встречался в 2 раза чаще, чем в контрольной группе (табл. 1).

При анализе форм проявления ПМС (табл. 2) в основной группе чаще отмечали цефалгию, депрессию и агрессию.

Таблица 1

Проявление ПМС ($\chi^2=13,2164$; $p=0,0003$)

Группы	N	Нет	Да
Основная	90	53(58,9%)	37(41,1%)
Контрольная	100	80(80%)	20(20%)
ВСЕГО	190	125(65,8%)	65(34,2%)

Таблица 2

Формы проявления ПМС ($\chi^2=17,6653$; $p=0,0014$)

Группы	N	Наличие и формы ПМС				
		Нет	Цефалгия	Нервно-псих. (депрессия)	Нервно-псих. (агрессия)	Мастодиния
Основная	90	53(59,1%)*	4(4,4%)	5(5,7%)	6(7,1%)	21(23,3)*
Контрольная	100	81(81%)	3(3%)	5(5%)	5(5%)	6(6%)
ВСЕГО	190	126(66,3%)	7(3,9%)	10(5,5%)	12(6,4%)	34(18,1)

* – $p=0,0002$.

Клинико-anamнестические факторы, влияющие на развитие ДЗГЖ у женщин с гинекологическими заболеваниями (непараметрическая корреляция Spearman)

Факторы	N	Spearman R	t (N-2)	p-level
Наследственность	310	0,16	2,93	0,004
Возраст менархе	310	0,13	2,24	0,026
Возраст начала половой жизни	310	0,27	4,87	0,000...
Масса тела	310	-0,30	-4,24	0,000...
Курение	310	0,19	3,30	0,001
Паритет	310	-0,22	-4,01	0,000...
Предменструальный синдром	310	0,21	3,70	0,000...
Оральная контрацепция	310	-0,12	-2,05	0,041
Заболевания щитовидной железы	310	0,14	2,54	0,011
Заболевания шейки матки	310	0,19	3,34	0,000...
Эндометриоз	310	0,15	2,73	0,007
Миома матки	310	0,26	4,67	0,000...
Аденомиоз	310	0,11	1,98	0,048
Гиперплазия эндометрия	310	0,12	2,06	0,041
Воспалительные заболевания	310	-0,31	-5,70	0,000...

Однако мастодинией они страдали в 4 раза чаще, чем в контрольной группе.

Таким образом, высокий риск развития ДЗГЖ у каждой второй женщины обуславливают гинекологические нарушения, связанные с недостаточностью лютеиновой фазы, ПМС. Недостаточная изученность патогенетических механизмов развития ДЗГЖ чрезвычайно затрудняет возможность целенаправленного прогнозирования, а следовательно и профилактику этих заболеваний у женщин с ПМС. Самым простым и доступным для лечебного учреждения любого уровня подходом к прогнозу развития ДЗГЖ остается подход, основанный на анализе данных общего, гинекологического и маммологического анамнезов, а также клинических данных, полученных при гинекологическом и маммологическом обследовании (клинико-anamнестический подход).

Выявление зависимости между развитием ДЗГЖ у женщин с ПМС и рассматриваемыми клинико-anamнестическими факторами

Учитывая, что большинство анализируемых признаков имеют распределение, отличное от нормального, и ряд качественных признаков (возрастные группы, гинекологические заболевания, эндокринные заболевания, индекс массы тела, характеристики менструальных выделений) носят порядковый (степенной) характер. С целью выяснения связи между ДЗГЖ и данными критериями использовали непараметрический метод корреляционного анализа (метод Spearman).

В результате проведенного анализа были выявлены следующие факторы, влияющие на развитие ДЗГЖ (табл. 3). R – коэффициент корреляции Spearman, t – критерий Student, p-level – уровень значимости.

Из представленных в табл. 3 данных следует, что достаточно сильная статистически значимая положительная связь обнаружена между ПМС и ДЗГЖ (R= 0,21).

Определение вероятности развития ДЗГЖ у женщин с ПМС для каждого из выявленных факторов риска

При анализе абсолютных и относительных показателей связи ДЗГЖ и возможных факторов риска (номинальные признаки) также обнаружено, что решающая роль в разви-

тии ДЗГЖ принадлежит предменструальному, так как при наличии только этого фактора шансы развития ДЗГЖ расцениваются как «окончательные» (при наличии ПМС шансы развития ДЗГЖ в 2 раза выше, чем при других факторах, среднее значение вероятности составляет $72 \pm 10,08\%$, а в контрольной $47,96 \pm 11,22\%$ ($p < 0,001$)).

Иными словами, ценность данного критерия такова, что ПМС являются с прогностической точки зрения «монополярными», тогда как шансы возникновения ДЗГЖ для других факторов расцениваются как «маловероятные» или как «практически отсутствуют», или как «статистически не значимы». Действительно, атрибутивный риск для таких факторов, как ПМС, то есть та часть риска ДЗГЖ, которая может быть устранена при патогенетически обоснованном консервативном лечении, составляет 87%.

Прогнозирование развития ДЗГЖ у женщин с ПМС на основании совокупности выделенных факторов риска

В клинической практике приходится рассматривать совокупное, а не индивидуальное влияние факторов риска на возможность развития патологического состояния. Поэтому с целью построения статистической модели для прогнозирования вероятности развития ДЗГЖ по имеющимся факто-



Рис. 1. Отношение шансов (риск развития ДЗГЖ при наличии фактора, разы)

Таблица 4

Результаты логистического регрессионного анализа, отражающего совокупное влияние факторов риска на развитие ДЗГЖ

Факторы риска	Регрессионные коэффициенты
Константа В0	
Курение	9
Отягощенная наследственность	2,5
Заболевания щитовидной железы	9
Возраст менархе	4,5
Предменструальный синдром	16,5
Возраст начала половой жизни	1,6
Количество родов	2
Заболевания шейки матки	5,5
Эндометриоз	1
Миома матки	5
Аденомиоз	12
Гиперплазия эндометрия	6,5
Оральных контрацептивов	40
ИМТ	0,5

Для модели: $\chi^2(6) = 148,06; p=0,000...$

рам риска (то есть, рассматриваем совокупность признаков) был применен множественный логистический регрессионный анализ (табл. 4).

При анализе бинарных признаков получена количественная характеристика факторов риска возникновения ДЗГЖ у женщин с ПМС в виде отношения шансов (рис. 1).

Наши результаты позволили сделать вывод о единстве механизмов развития патологических изменений органов-мишеней (матки и грудных желез). Поэтому первый принцип нашего алгоритма заключался в подсчете факторов риска возможного развития ДЗГЖ всем пациенткам с ПМС при первичном обращении к гинекологу с последующим обязательным обследованием грудных желез.

В связи с тем, что в основе ПМС может лежать недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла, на наш взгляд терапия прогестероном является патогенетически обоснованной. Впервые гестагенотерапия была с успехом применена К. Dalton еще в 1964 г. и успешно применяется до сих пор. Следует отметить, что назначение гормональных средств требует тщательного предварительного обследования и правильного подбора препаратов, поскольку при неудачном выборе терапии может наблюдаться обострение болевого синдрома, пролиферация тканей грудных желез, вплоть до развития узловых образований, возникновения кист и т.д.

Гестагены оказывают не только местное, но и центральное действие, в результате чего происходит снижение уровня эстрогенов в плазме крови, инактивация эстриола и уменьшение числа рецепторов эстрогенов в тканях грудных желез, поэтому применение гестагенных препаратов при наличии ПМС и масталгии является патогенетически обоснованным.

С целью дальнейшего анализа эффективности комплексного подхода в лечении 90 женщин с сочетанными заболеваниями половых органов (ПМС) и грудных желез (диффузные формы ДЗГЖ) нами было произведено подразделение на группы:

I группа (28 женщин) с ПМС и ДЗГЖ, которым проводили терапию только системным гестагенным препаратом Утрожестан (рег ос 100 мг утром и 200 мг вечером с 16-го по 25-й день менструального цикла);

II группа (30 женщин) с ПМС и ДЗГЖ, которым проводили лечение препаратом Прожестожель (по 2,5 мг в форме геля на кожу каждой грудной железы 1–2 раза в день с 16-го по 25-й день менструального цикла);

III группа (32 женщины) с ПМС и ДЗГЖ, которым была назначена комбинированная терапия Утрожестаном и Прожестожелем.

При назначении гормональных препаратов в течение 3 менструальных циклов учитывали результаты тестов функциональной диагностики и данные гормональных исследований, пациенткам с ПМС, недостаточностью лютеиновой фазы назначали прогестагены (Утрожестан, микронизированный прогестерон). При противопоказаниях к назначению системной гормональной терапии во всех группах прогестерон назначался трансдермально (Прожестожель – гель, содержащий прогестерон). **Трансдермальный способ введения гестагена позволяет воздействовать на железистый эпителий, в результате чего снижается проницаемость капилляров, уменьшается степень отека тканей грудной железы и исчезают симптомы масталгии, а также происходит блокада циклов быстрых эпителиальных митозов, стимулируемых эстрогенами.**

Уровень ЛГ, ФСГ, пролактина определяли на 5–8-й день менструального цикла, а эстрадиола и прогестерона на 21–22-й день цикла. Среднее значение содержания гонадотропных гормонов (ФСГ и ЛГ) на 5–8-й день менструального цикла у обследованных женщин до лечения находилось в пределах абсолютной нормы. Соотношение ЛГ/ФСГ нарушено у всех пациенток, превышает 1 и составляет 1,14. Среднее значение содержания пролактина в плазме крови до лечения составило в среднем $278,5 \pm 21,2$ мМЕ/л. У каждой шестой обследованной выявлена абсолютная гиперэстрогения. Среднее значение содержания эстрадиола в плазме крови до лечения составило $414,4 \pm 19,8$ пг/мл. У каждой второй пациентки до лечения диагностирована абсолютная гипопрогестеронемия. Соотношение уровня эстрадиола и прогестерона в периферической крови во II фазу менструального цикла у большинства больных изменено в сторону гиперэстрогении по сравнению с аналогичными нормативными показателями. Эти данные свидетельствуют о нарушении стероидобразования у всех обследованных пациенток.

При анализе кривых базальной температуры установлено, что нормальный двухфазный цикл имела только каждая четвертая женщина. Практически у каждой второй пациентки выявлена недостаточность лютеиновой фазы, ановуляция выявлена у каждой четвертой-пятой пациентки. Таким образом, тесты функциональной диагностики показали, что нарушение процессов овуляции и фазности менструального цикла отмечается у 46,6% больных. Наиболее часто диагностировали недостаточность лютеиновой фазы цикла. Анало-

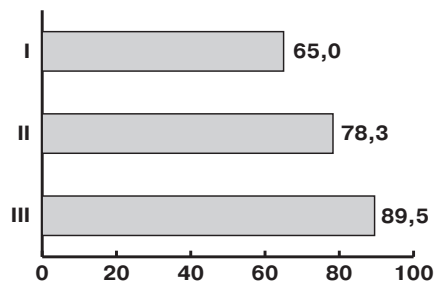


Рис. 2. Эффективность гормональной терапии гестагенами, используемыми на заключительном этапе лечения

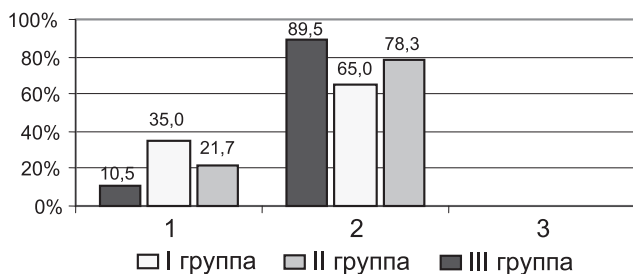


Рис. 3. Сравнительный анализ эффективности терапии гестагенами в сочетании ПМС и ДЗГЖ

гичные данные получали и при исследовании феномена «зрачка».

Оценку эффективности проводимого лечения выполняли через 3 мес от его начала.

Анализ клинической эффективности консервативной терапии позволил убедиться в позитивном эффекте подобной тактики ведения пациенток с сочетанными гинекологическими нарушениями (ПМС) и заболеваниями грудных желез, причем реализация такого оказалась наиболее выраженной на 40% при комбинированной форме лечения.

По данным рентгеномаммографического исследования, проводимого врачами, не имевшими информации о полученном консервативном лечении, снижение оптической плотности грудных желез за счет уменьшения железистого и кистозного компонентов, а также отсутствие тенденции к локализации процесса и образованию новых узловых очагов расценивалось как рентгенологические признаки улучшения и/или стабилизации процесса. У больных изменения в грудной железе были представлены диффузными формами ДЗГЖ: фиброзно-кистозной мастопатией с преобладанием аденоза, кистозного компонента и с преобладанием фиброза. При повторном рентгеномаммографическом исследовании, проведенном через 3 мес от начала лечения диффузных форм ДЗГЖ у женщин с ПМС, наилучшие результаты лечения были у женщин, получавших перорально и трансдермально прогестагены (эффективность – 89,5%). Высокая эффективность данного метода лечения, вероятно, объясняется выявленным, как указано ранее, прогестерондефицитным состоянием обследованных больных.

Препарат Прожестожель достигает органов-мишеней, не разрушаясь в печени и не оказывая неблагоприятных системных эффектов на организм. Его абсорбция при нахождении на коже составляет около 10% дозы, позволяет, с одной стороны, уменьшить применяемую дозу препарата, с другой стороны, создать высокую концентрацию в зоне действия (в 10 раз выше, чем в системном кровотоке).

Таким образом, на течение заболевания в той или иной степени положительный эффект оказывали все использованные гормональные препараты, что свидетельствует о целесообразности комбинированной гормональной терапии как основного гинекологического заболевания, так и для воздействия на органы-мишени – грудные железы.

Парентеральное введение препарата (препарат Утрожестан), депонируясь в организме, создает высокую концентрацию гормона в плазме крови и не обеспечивает поддержания постоянного уровня гормонов в грудной железе. Этого недостатка лишен трансдермальный способ ведения гестагена (препарат Прожестожель). Накожные аппликации на область грудных желез применяют с целью повышения концентрации прогестерона в тканях грудных желез и воздей-

ствия таким образом на состояние железистого эпителия и сосудистой сети. Однако при необходимости сочетанного воздействия на матку и грудные железы при ПМС и ДЗГЖ трансдермальную терапию целесообразно дополнять системным путем введения прогестерона (Утрожестан), обладающего токолитическим (блокирует эффект окситоцина; блокирует α -адренергическую стимуляцию; уменьшает количество рецепторов к окситоцину; уменьшает синтез и число рецепторов к простагландину Г-2а), анксиолитическим (воздействует на ГАМКергические структуры мозга и обеспечивает нейропротекторное действие, положительно влияя на эмоциональную и психическую деятельность женщины) и антиальдостероновым (конкурентно взаимодействует с рецепторами альдостерона, таким образом регулируя водно-электролитный баланс в организме) действием.

Целесообразность комплексного подхода к лечению женщин с сочетанными заболеваниями ПМС и ДЗГЖ подтверждают следующие данные: отсутствие эффекта от лечебного бездействия и, что еще хуже, – отрицательный исход (рецидив заболевания), были в три раза ниже у когорты пациенток, получавших комплексное лечение (рис. 3).

Проведенное консервативное лечение позволило улучшить качество жизни пациенток с сочетанными заболеваниями грудных желез и половых органов на 43,4%, провести профилактику прогрессирования и рецидивирования диффузных форм ДЗГЖ у больных с ПМС с 36,7% до 15,9%.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что лечение гестагенами (Утрожестан, Прожестожель) женщин, страдающих болезнями грудных желез в сочетании с ПМС, является профилактическим мероприятием в отношении прогрессирования и рецидивирования ДЗГЖ у данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

- Алборова Б.Г. Современные подходы к лечению фиброзно-кистозной болезни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 19 с.
- Ардус Ф.А., Асриян Я.Б., Овсянникова Т.В. Возможности терапии дисгормональной патологии молочных желез у женщин с гинекологическими заболеваниями //Русский медицинский журнал. – 2008. – № 16 (16). – С. 1064–1068.
- Беспалов В.Г. Лечение мастопатии и первичная профилактика рака молочной железы //Лечащий врач. – 2007. – № 5. – С. 88–89.
- Высоцкая И.В., Летагин В.П., Ким Е.А. Дисгормональные дисплазии молочных желез //Маммология. – 2006. – № 2. – С. 10–12.
- Громова А.Л. Натуральный прогестерон и агонисты дофаминергических рецепторов в лечении синдрома циклической масталгии //Маммология. – 2006. – № 4. – С. 20–23.
- Кириллов В.С. Патогенетический подход к лечению различных вариантов мастопатии //Лечащий врач. – 2005. – № 1.
- Лапочкина Н.П. Профилактика и ранняя диагностика диспластических и пограничных заболеваний молочных желез у женщин с гинекологической патологией: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 44 с.
- Летагин В.П., Высоцкая И.В., Ким Е.А. Факторы риска развития рака молочной железы //Маммология. – 2006. – № 4. – С. 10–12.
- Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Лечение диффузной фиброзно-кистозной мастопатии //Лечащий врач. – 2006. – № 3. – С. 44–47.
- Прилепская В.Н. Современные подходы к лечению фиброзно-кистозной мастопатии //Гинекология. – 2007. – Экстравыпуск. – С. 9–14.
- Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром //Гинекология. – 2005. – № 4 (7). – С. 235–238.
- Радзинский В.Е. Молочные железы и гинекологические болезни. – М., 2010. – 303 с.
- Тагиева Т.Т. Доброчастотные заболевания молочных желез у женщин позднего репродуктивного возраста: возможности трансдермальной гестагенной терапии //Гинекология. – 2005. – № 4 (7). – С. 284–289.
- Тагиева Т.Т. Фиброзно-кистозная мастопатия //Гинекология. – 2005. – № 3 (7). – С. 184–189.