

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ

С.Г. Приймак

Буковинський державний медичний університет

Резюме

У статті проаналізовано клінічну ефективність застосування препарату Квінол для лікування фіброзно-кістозної мастопатії в пацієнок після гістеректомії.

Ключові слова

Фіброзно-кістозна мастопатія, гістеректомія.

За останні роки в усьому світі відзначена тенденція до зростання частоти доброякісних захворювань молочних залоз, найбільш поширеною формою яких є фіброзно-кістозна мастопатія (ФКМ). Приймаючи до уваги різноманітність факторів, що призводять до розвитку мастопатії, до теперішнього часу відсутня єдина думка щодо вибору раціональної терапії захворювання. Відсутні також і єдині стандарти лікування поєднаної патології молочних залоз і міоми матки, яка, за даними різних авторів, має місце в 76-87% спостережень.

Результати досліджень останніх років дозволяють розглядати в сукупності патогенез мастопатії й гіперпластичних захворювань матки. До чинників ризику та ланок патогенезу цих патологічних процесів відносяться підвищена проліферативна активність клітин, експресія чинників зростання, зниження апоптозу, активізація процесу неоангіогенезу.

Можливим варіантом вирішення проблеми лікування поєднаної патології матки та молочних залоз є використання препарату Квінол.

Мета дослідження — вивчення ефективності препарату Квінол для лікування дифузної фіброзно-кістозної мастопатії в пацієнок, що піддалися гістеректомії з приводу симптомної міоми матки.

© С.Г. Приймак

Матеріали та методи дослідження

У дослідження були включені 44 пацієнтки віком 39-50 років, які перенесли оперативне лікування в обсязі лапароскопічної субтотальної чи тотальної гістеректомії зі збереженням придатків матки з приводу симптомної міоми матки. У всіх пацієнок через 3 роки після проведення лапароскопічної гістеректомії при комплексному обстеженні молочних залоз, що включав огляд, пальпацію, мамографію та ультразвукове дослідження (УЗД), була діагностована дифузна ФКМ (ДФКМ).

Показання до оперативного лікування у обстежених хворих наведені в табл. 1. Як видно із таблиці, серед показань до лапароскопічної гістеректомії у хворих із ДФКМ і міомою матки переважали різні порушення менструального циклу, що призводять до

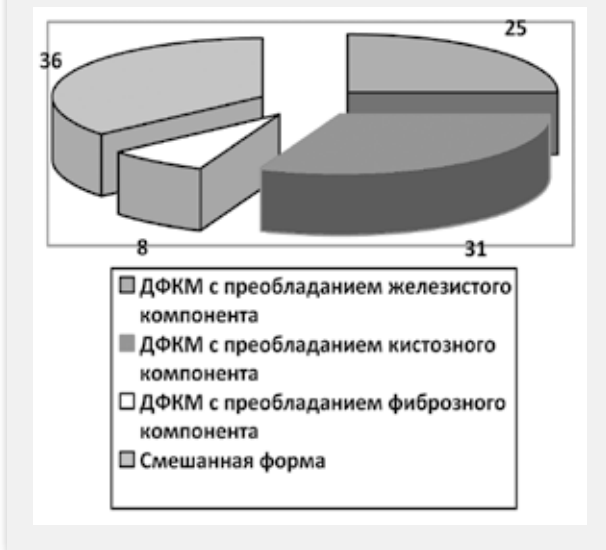
Таблиця 1.

Показання до лапароскопічної гістеректомії

Міома матки великих розмірів	абс.	%
Міома матки, менометрорагія	16	37,3
Швидке зростання міоми матки	23	51,9
	9	10,8

Рисунок 1.

Нозологічні форми ФКМ у обстежених пацієнток



анемії, і міоми матки великих розмірів із порушенням функції тазових органів. Середній розмір видалених маток склав 12-13 тижнів вагітності. Показання до видалення шийки матки були такими: дисплазія, лейкоплазія, ектопія в поєднанні з рубцевою деформацією.

Розподіл пацієнток, які включались у дослідження за нозологічними формами ФКМ, наведено на рис. 1.

Як видно на рисунку, серед патологічних змін молочних залоз переважала змішана форма ДФКМ, була відзначена в 36% спостережень. ДФКМ із переважанням кистозного компонента мала місце в 31% хворих, включених у дослідження. Переважання залозистого та фіброзного компонентів відзначено у 25% і 8% пацієнток відповідно.

Скарги на масталгію різної інтенсивності пред'являли всі 44 пацієнтки дослідження. Із них практично в третини — 13 (30,1%) жінок — больові відчуття носили виражений характер. Близько половини пацієнток — 22 (49,4%) характеризували болі в молочних залозах як помірні та 9 (20,5%) — як слабо виражені.

Усім пацієнткам незалежно від форми мастопатії препарат **Квінол** був призначений у дозі **400 мг на добу** (по 1 капсулі 2 рази на день) протягом півроку з динамічною оцінкою стану молочних залоз через 3 і 6 місяців під контролем УЗД. Оскільки всім пацієнткам до початку дослідження проводилася маммографія, що підтверджує діагноз ФКМ, рентгенологічне дослідження молочних залоз в динаміці не виконувалося.

Результати та їх обговорення

Після проведеного 3- і 6-місячного курсу лікування індол-3-карбінолом у ході обстеження пацієнток були отримані такі результати. Двоє хворих (ДФКМ з переважанням фіброзного компонента та змішаною формою ДФКМ) через розвиток виражених диспепсичних порушень (нудота, діарея) на тлі лікування Квінолом відмовилися від тривалого прийому препарату й вибули з дослідження. Ще одна пацієнтка з ДФКМ із переважанням залозистого компонента припинила прийом препарату через розвиток алергічної реакції. Інші 41 (96,4%) пацієнтка відзначили хорошу переносимість препарату.

Зникнення больового синдрому після 3-місячного курсу прийому **Квінолу** констатовано в 13 (28,7%) пацієнток. Із них спочатку 10 жінок пред'являли скарги на слабковиражені больові відчуття в молочних залозах і, відповідно, 3 — на помірний характер болю.

Зменшення больових відчуттів у молочних залозах спостерігалось в 23 жінок (51,3%). Із них у 13 відзначено динаміку больових відчуттів із помірних до слабких, а в 10 — із виражених до помірних.

Відповідно, 9 хворих (20,0%) за період спостереження суб'єктивно не відзначили будь-якої динаміки. У 7 із них больові відчуття зберегли помірний характер, а у 2 — виражений.

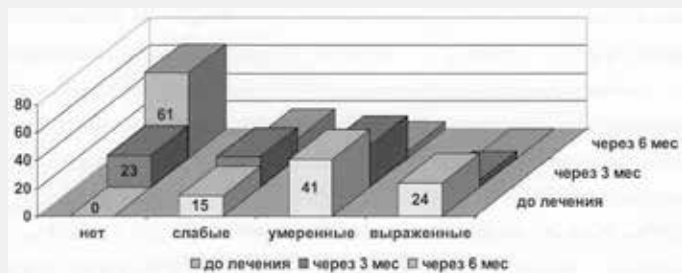
Через 6 місяців прийому Квінолу позитивну динаміку суб'єктивно відзначили всі 41 пацієнтка. При цьому зникнення болю в молочних залозах у цілому спостерігалось в 34 жінок (76,3%), зменшення больових відчуттів — у 10 пацієнток (23,7%). Серед останніх у 8 спостереженнях (17,5%) відзначені слабковиражені болі в молочних залозах, і лише в 3 жінок (6,2%) мав місце помірний характер больових відчуттів. Таким чином, виражені больові відчуття після 6 місяців прийому Квінолу не відчувала жодна пацієнтка.

Динаміка больових відчуттів у молочних залозах у обстежених пацієнток на фоні прийому **Квінолу** наведена на рис. 2.

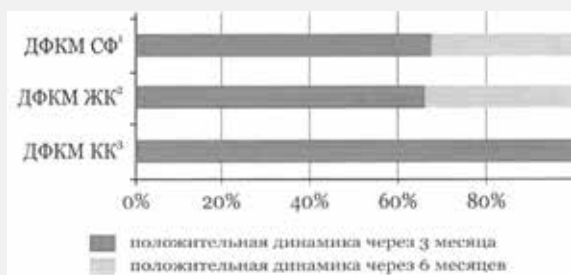
Об'єктивно позитивна динаміка лікування визначалася при огляді, пальпації й УЗД молочних залоз. Критеріями позитивного ефекту прийому Квінолу слугували: зменшення набряку, болючості, неоднорідності структури молочних залоз, зниження ехогенності тканини, зменшення розміру кіст у діаметрі на 2-3 мм (від 0,9-1,5 мм до 0,7-1,2 мм) і діаметра молочних ходів, переважання сполучнотканинного малюнка.

Рисунок 2.

Динаміка больових відчуттів у молочних залозах в обстежених пацієнток

**Рисунок 3.**

Позитивна об'єктивна динаміка стану молочних залоз на фоні прийому Квінолу: 1. ДФКМ СФ – змішана форма дифузійної ФКМ; 2. ДФКМ РК – дифузна ФКМ з перевагою залозистого компонента; 3. ДФКМ КК – дифузна ФКМ з перевагою кістозного компонента



У цілому об'єктивна позитивна динаміка, через 3 і 6 місяців після початку лікування відзначена в 32 (72,5%) і 41 (92,5%) пацієнток відповідно.

Найкращий ефект від лікування через 3 місяці прийому препарату був відзначений у хворих на ДФКМ з переважанням кістозного

компонента: у всіх 26 жінок об'єктивно констатована позитивна динаміка.

У пацієнток зі змішаною формою ДФКМ і ДФКМ із переважанням залозистого компонента позитивна динаміка через 3 місяці прийому **Квінолу** встановлена у 19 (67,9%) і в 17 (65,0%) спостереженнях відповідно.

У 6 хворих на ДФКМ із переважанням фіброзного компонента, незважаючи на суб'єктивне зменшення больового синдрому, об'єктивно якої-небудь динаміки не було виявлено.

Через 6 місяців прийому **Квінолу** позитивна динаміка в стані молочних залоз відзначена в усіх пацієнток зі змішаною формою ДФКМ і ДФКМ із переважанням залозистого компонента. Максимальний ефект був досягнутий також у всіх хворих із ДФКМ із переважанням кістозного компонента. У той же час, у пацієнток із ДФКМ із переважанням фіброзного компонента об'єктивно якої-небудь динаміки раніше не було встановлено.

Позитивна об'єктивна динаміка стану молочних залоз через 3 і 6 місяців після початку прийому Квінолу при різних формах ДФКМ наведена на рис. 3.

Висновки

Таким чином, результати проведеного дослідження підтвердили клінічну ефективність і доцільність призначення препарату Квінол пацієнткам із ФКМ після хірургічного лікування міоми матки в обсязі гістеректомії.

Надійшла до редакції 17.04.2015 р.

Список використаної літератури

1. Висоцька И.В. Сучасні можливості терапії фіброзно-кістозної хвороби // Пухлини жіночої репродуктивної системи. – 2011. – № 1, 2. – С. 44-46.
2. Коган И.Ю. Мастопатия: нові підходи до діагностики і патогенетичної терапії // Журнал акушерства і жіночих хвороб. – 2011. – Том LIX, вип. 1. – С. 66-71.
3. Радзинский В.Е. Молочні залози і гінекологічні хвороби / В.Е. Радзинский. ЗМ. – Status Praesens. – 2010. – 303 с.
4. Ашрафян Л.А., Кисельов В.И. Современные возможности профилактики и ранней диагностики предрака и рака репродуктивных органов // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 4. – С.24-29.
5. Ляшенко А.А., Кисельов В.И., Северин Е.С. Индол-3-карбинол терапевтичні і профілактичні ефекти на пухлині молочної залози // Молекулярна медицина. – 2005. – № 2. – С.20-25.
6. Рожкова Н.И., Меских Е.В. Лікування доброякісних захворювань молочної залози // Пухлини жіночої репродуктивної системи. – 2007. – № 4. – С.23-24.
7. Вихляева Е.М. Гістеректомія та її наслідки // у кн.. Керівництво по діагностиці і лікуванню лейоміоми матки. – М., МЕД-пресс-информ» . – 2004. – С. 319-364.
8. Сметник В.П., Коновалова В.Н., Леонова Н.Ю. Патолофізіологія і терапія доброякісних захворювань молочних залоз: дискусійні питання // Проблеми репродукції. – 2009. – № 1. – С.93-100.
9. Байлюк Е.Н. Клініко-морфологічні особливості проліферативних процесів в молочній залозі у хворих міомою матки // Журнал акушерства і жіночих хвороб. – 2011. – Том LIX, вип. 1. – С. 98-106.
10. Идрисова Э.А., Бадгоева О.Х., Власов Р.С., Макарова И.И., Гурiev Т.Д. Поєднання гіперпроліферативних захворювань матки і молочних залоз: можливості таргентної терапії // Проблеми репродукції: матеріали IV міжнародного конгресу з репродуктивної медицини. – Спец. вип. 2010. – С. 186-187.