

## ПРОФІЛАКТИКА ТА ДІАГНОСТИКА ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Профілактика пухлин молочної залози розподіляється на первинну та вторинну.

Первинна профілактика полягає у профілактиці тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, надмірної ваги, гіподинамії, стресових ситуацій, надмірного сонячного опромінення.

Вторинна профілактика полягає у ранньому виявленні доброякісних дисгормональних захворювань молочної залози та у своєчасній корекції гормональних розладів, які є передумовою розвитку пухлин.

Кратність та методи обстеження молочних залоз визначаються віком жінки.

### Скринінг патології молочної залози

Вид обстеження	Вік (роки) обстеження	Частота
Самообстеження МЗ	≥20	Щомісячно
Клінічне обстеження МЗ лікарем загального профілю	Всі вікові групи	Щорічно
Мамографія	> 40	Щорічно

### ДІАГНОСТИКА

Клінічне обстеження молочних залоз, окрім пальпації, включає ретельний збір анамнезу з урахуванням факторів ризику розвитку раку молочної залози (РМЖ).

**Фактори ризику розвитку раку молочної залози (В):**

- вік більше 35 років (В);
- сімейний анамнез: при наявності онкопатології у родичів (В);
- вік менархе до 12 років (С);
- перші пологи після 30 років (С);
- менопауза після 55 років (С);
- атипія у результатах попередніх біопсій цих матеріалів (В);
- зловживання алкоголем (вживання більш 100 мл міцних напоїв або 200 мл вина у день)(В);
- вживання екзогенних гормонів: при безперервному вживанні КОК або ЗГТ – більше 10 років (С).

При **клінічному обстеженні** молочних залоз визначаючим є **принцип онкозастереженості**. Клінічні ознаки малігнізації наступні:

- пухлина, яка виявляється при пальпації;
- втягування соска або шкіри соска;
- асиметрія соска;
- ерозія соска;
- біль у МЗ;
- аксиллярна лімфаденопатія;
- набряк верхньої кінцівки;
- набряк шкіри МЗ — “лимонна шкірка”;
- біль в аксиллярній ділянці.

При обстеженні молочних залоз та веденні жінки при виявленні патології МЗ застосовується правило “семи позицій” (В):

- 1) *положення* — обстеження жінки проводиться спочатку у положенні сидячи, далі - стоячи, після цього - лежачи з піднятими руками;
- 2) *розміру* — звертають увагу на асиметрію розмірів залоз;
- 3) *пальпації* — проводиться “за часовою стрілкою годинника” подушечками пальців;
- 4) *тиску* — відмічають щільність молочної залози, за умови наявності утворення — його щільність та зміщення;
- 5) *методика обстеження* — повинна відповідати прийнятим алгоритму;
- 6) *зворотного зв'язку* — передбачає узгодженість та наступність дії спеціалістів різного фаху;
- 7) *диспансерне спостереження*.

При виявленні патології під час проведення скринінгу, здійснюється подальше обстеження стану молочної залози, яке проводиться з використанням “*потрійного тесту*”, що включає:

- клінічне обстеження молочних залоз;
- білатеральну мамографію;
- при наявності об'ємних утворень - тонкогільчату аспіраційну біопсію під контролем УЗД із послідуною цитологією (маніпуляція проводиться підготовленим лікарем УЗД).

Інтерпретація результатів тонкогільчатої аспіраційної біопсії проводиться патоморфологом.

У жінок молодше 35 років з метою зниження променевого навантаження на організм жінки при пальпаторному виявленні об'ємного новоутворення у молочній залозі для діагностики доцільно використовувати замість мамографії УЗД молочних залоз.

#### **Показання до проведення УЗД:**

- скринінг молочних залоз у молодих жінок (до 40 років);
- моніторинг стану молочних залоз у жінок, які приймають гормональні препарати (гестагени, КОК, ЗГТ);
- інтерпретація мамографічних даних щодо визначення структури об'ємних утворень;
- динамічне спостереження за розмірами об'ємних новоутворень у молодих жінок;
- контрольне обстеження після пункційної біопсії та хірургічних втручань на молочній залозі.

Обстеження може проводитись в будь якій фазі менструального циклу. Проте, необхідно враховувати, що при УЗД *недостатня візуалізація ранніх доклінічних форм, невеликих за розміром РМЗ*.

**“Золотим стандартом” обстеження молочних залоз є білатеральна мамографія (А), що обумовлено:** радіорезистентністю тканини зрілої молочної залози, низькою дозою опромінення сучасних апаратів, високою ефективністю діагностики безсимптомних злоякісних пухлин: 85-90% (В).

Інформативність та діагностична цінність мамографії визначається мамографічною щільністю.

**Мамографічна щільність** – це ступінь рентгенологічної щільності тканини молоч-

ної залози.

Висока мамографічна щільність відмічається при перевазі фіброзної тканини, низька — при жировій інволюції МЗ, проміжна - при тому або іншому ступені візуалізації протокових структур.

Оцінка мамографічної щільності при інтерпретації мамограм проводиться рентгенологом відповідно до наступної класифікації.

**Класифікація мамографічної щільності молочної залози** (Wolfe J.N., 1987; Byrne C., Schairer C., 1995), відповідно до якої визначаються чотири типи мамограм:

N1 — паренхіма представлена цілком або майже цілком жировою тканиною, можуть бути поодинокі фіброзні сполучнотканинні тяжі.

P1 — візуалізуються протокові структури, які займають не більше 25% обсягу молочної залози.

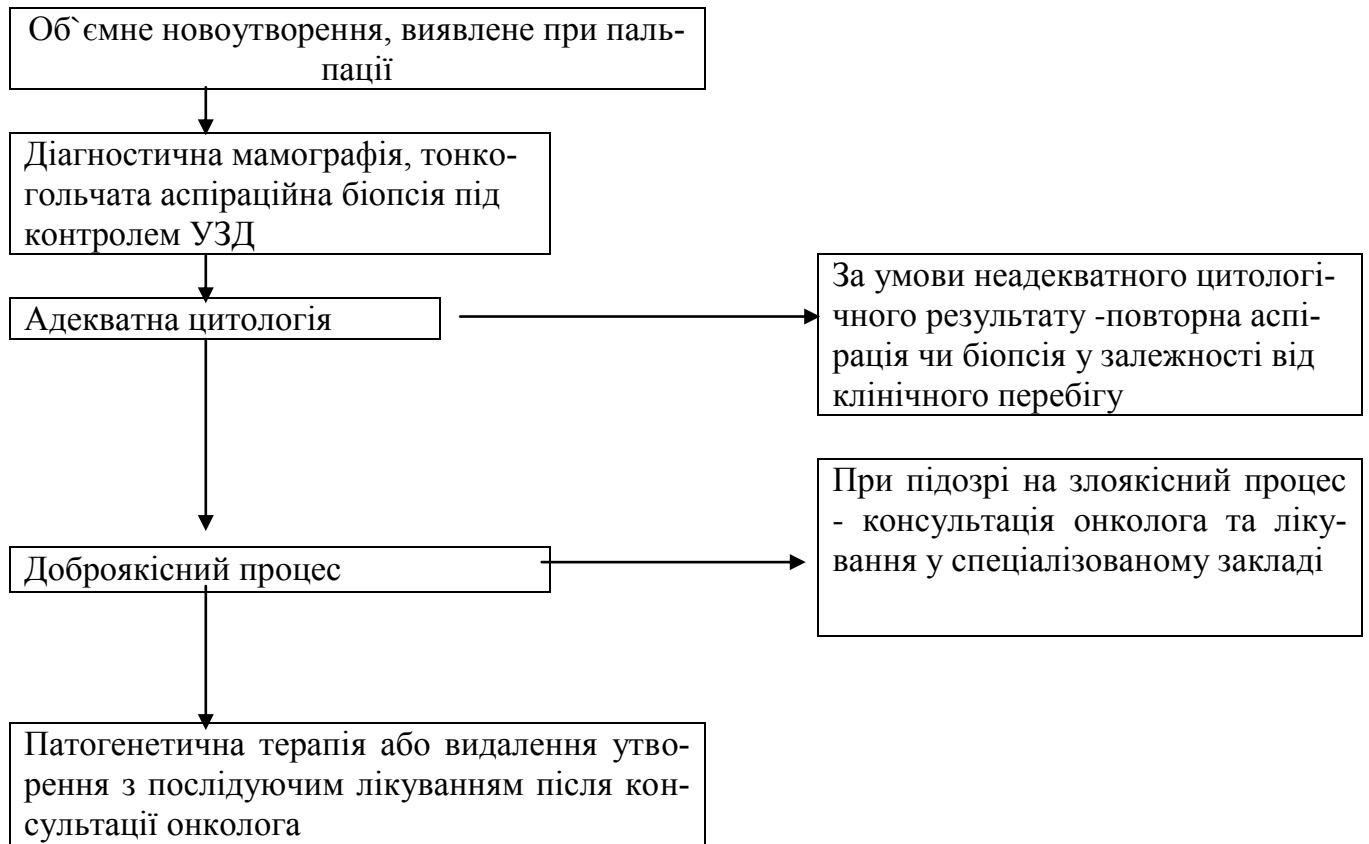
P2 — протокові структури займають більше 25% обсягу молочної залози.

DY — надзвичайно щільна (непрозора) паренхіма (“дисплазія”), що зазвичай вказує на гіперплазію сполучної тканини.

Встановлення мамографічної щільності має важливе діагностично-прогнозне значення: ризик розвитку раку молочної залози у жінок із підвищеною мамографічною щільністю у 3 рази вищий, ніж у жінок із нормальною мамографічною щільністю (B).

***Прийом екзогенних естрогенів та гестагенів підвищують щільність тканини молочної залози на мамограмі (А), чим знижують діагностичні можливості мамографії при виявленні ранніх стадій раку молочної залози. Це вимагає більш уважного підходу до оцінки мамограм у разі обстеженні пацієнток, які приймають гормональні препарати.***

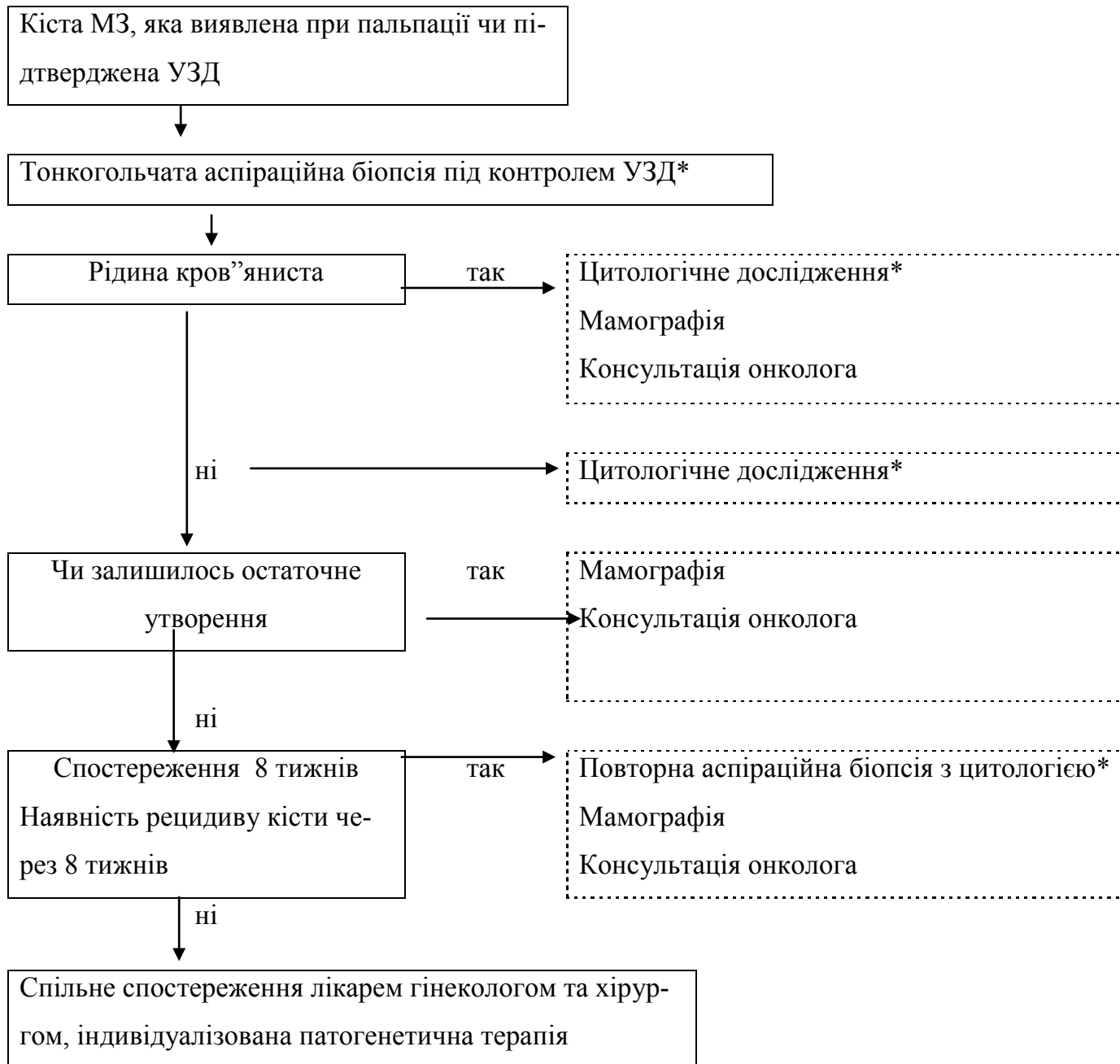
**Алгоритм ведення жінок старше 35 років при виявленні об'ємного новоутворення у молочній залозі (В).**



## Алгоритм ведення пацієток молодше 35 років при виявленні об'ємного новоутворення МЗ (В)



## Алгоритм ведення пацієнок молодше 35 років з кістою молочної залози (В)



*Примітка:* \* у всіх випадках наявності атипії у результаті цитологічного дослідження – консультація онколога.

При визначенні тактики ведення пацієнок з ДЗМЗ велику значимість має узгоджена взаємодія спеціалістів різного фаху, що представлено у вигляді алгоритму 4.

**Алгоритм взаємодії лікарів різного фаху при обстеженні жінок групи ризику розвитку дисгормональних захворювань молочної залози та визначення тактики їх лікування**



**Медикаментозні засоби, що рекомендуються пацієнткам з дисгормональними розладами в репродуктивній системі з метою запобігання розвитку пухлин молочної залози.**

№	Групи препаратів. Патогенетичне обґрунтування їх дії	Препарати. Рекомендовані дози та режими прийому
<b><i>Антистресові препарати</i></b>		
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- антистресова дія</li> <li>- ноотропний ефект</li> <li>- покращення мікроциркуляції та обмінних процесів в ЦНС з метою нормалізації регуляції в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ново-пасит по 1 табл. 2-3 раз/добу</li> <li>2. Н-ка пустирнику по 30-50 крапель до їжі 3-4 раз/добу</li> <li>3. 4. Магне В<sub>6</sub> по 1 табл. 3 раз/добу</li> <li>4. Н-ка валеріани</li> <li>5. Препарати, що містять поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК)</li> </ol>
<b><i>Вітаміни, антиоксиданти</i></b>		
2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- антиоксидантна дія</li> <li>- нормалізація взаємовідносин в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники</li> <li>- участь в синтезі стероїдних гормонів</li> <li>- адаптогенна дія</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Віт. В<sub>1</sub> по 1,0 в/м`язово</li> <li>2. Віт. В<sub>2</sub> по 1,0 в/м`язово</li> <li>3. Віт. В<sub>3</sub> по 1,0 в/м`язово</li> <li>4. Віт. С по 500 мг/добу з 1-го по 25-й день менструального циклу</li> <li>5. Віт. Е по 200 мг/добу з 14-го по 25-й день менструального циклу</li> <li>6. Віт. А 150000-200000 МО/добу з 5-го по 25-й день менструального циклу</li> <li>7. Фолієва кислота</li> <li>8. Полівітаміни</li> </ol>
<b><i>Імунокоректори, адаптогени</i></b>		
3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- стимуляція клітинного та гуморального імунітету;</li> <li>- підвищення неспецифічної резистентності організму;</li> <li>- підвищення адаптаційних можливостей організму;</li> <li>- протизапальна дія;</li> <li>- зниження продукції факторів росту</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тімалін по 1,0 мл в/м`язово №10</li> <li>2. Метилурацил по 500 мг 3 раз/добу</li> <li>3. Препарати системної ензимотерапії</li> <li>4. Ербісол 1 амп. внутрішньом`язово №10 щоденно</li> </ol>
<b><i>Препарати, що порушують функцію ШКТ</i></b>		



4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- гепатопротекторна дія</li> <li>- жовчогінна дія</li> <li>- регуляція екскреторної, евакуаторної та дезінтоксикаційної функції ШКТ</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Алохол 1-2 табл. 3-4 раз/добу 1 місяць</li> <li>2. Хофітол 2-3 табл. Чи 2,5-5 мл 3 раз/добу 10-20 днів</li> </ol>
<b>Препарати, які мають гормональну і гормоноподібну дію</b>		
5.	<p>призначаються згідно виявлених в результаті обстеження порушення гормонального гомеостазу індивідуально у кожному конкретному випадку</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- антиестрогенні препарати</li> <li>- препарати допамінергічної дії, направленої на зниження рівня пролактину</li> <li>- препарати, що регулюють локальний гормоногенез у тканинах молочної залози</li> </ul>	<p><i>Агоністи допамінових рецепторів</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бромкриптин ½ чи 1 табл. /добу 3-6 міс.</li> <li>2. Кабероглін ½ чи 1 табл. 2 рази на тиждень 3-6 міс.</li> <li>3. Мастодинон 30 крап. 2 рази на добу 1-3 міс.</li> <li>4. Циклодинон по 1 табл. 3 рази на день</li> </ol>
<i>Аналоги Гн-РГ</i>		
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- пригнічення функції гіпофізу (медикаментозна менопауза);</li> <li>- зниження стероїдогенезу в яєчниках;</li> <li>- зниження синтезу факторів росту;</li> <li>- зменшення захвату тимідина міоцитами;</li> <li>- блокада сприйняття до естрогенів та гестагенів;</li> <li>- зменшення клітинної проліферації</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бусерелін по 3,75 мг втришньом`язово 1 раз в 28 днів №3-6, або Бусерелін спрей 900 мг на добу 28 днів</li> <li>2. Тріпторелін по 3,75 мг внутрим`язово 1 раз в 28 днів №3-6</li> <li>3. Гозерелін по 3,6 мг підшкірно 1 раз в 28 днів №3-6</li> </ol>
<i>Гестагени</i>		
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- пригнічення експресії естрогенних рецепторів;</li> <li>- зниження чутливості тканин пухлини до естрогенів;</li> <li>- блокування росту на рівні нодозного проліферату;</li> <li>- максимальна локальна дія при мінімальних системних ефектах</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прогестерон гель місцево 2-5 г на добу в II фазі МЦ чи безперервно</li> <li>2. Дідрогестерон – 20 мг с 11-го 25-й день МЦ</li> </ol>

*Взаємодія спеціалістів може забезпечити виявлення причинно-послідовних взаємозв'язків у розвитку даної патології, особливо у випадках поєднання її з гінекологічними захворюваннями і, відповідно, призначення патогенетичної терапії, а також визначити ризик виникнення онкологічного захворювання та забезпечити їх своєчасне лікування.*

Завданням лікаря акушера-гінеколога є профілактика патології молочної залози шляхом надання акушерсько-гінекологічної допомоги відповідно до затверджених нормативів та пропаганди грудного вигодовування народжених дітей, своєчасне виявлення ранніх проявів патології молочної залози та скеровування пацієнтки на поглиблене обстеження з урахуванням факторів ризику розвитку РМЗ.

**Відповідно до сучасних принципів ведення пацієнтки з ДЗМЖ здійснюється одночасно з дослідженням особливостей гормонального гомеостазу з подальшою корекцією виявлених дисфункції гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи на тлі лікування наявної соматичної патології з періодичним УЗД і мамографічним контролем, що сприятиме запобігання онкопатології.**

**Перелік обстежень жінок з ДЗМЗ:**

- гормональне обстеження гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи;
- обстеження функції щитоподібної залози;
- дослідження на інсуліно-резистентність;
- обстеження функції печінки;
- обстеження функції ВНС та ЦНС;
- дослідження функції наднирників.

При виявленні відхилень проводяться комплекс патогенетичних профілактичних заходів, спрямованих на стабілізацію гормонального та імунного гомеостазу, функції ШКТ, стану центральної і вегетативної нервової системи.