

**Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное военное образовательное учреждение
высшего образования
Филиал Военно – медицинской академии им. С.М. Кирова
Министерства обороны Российской Федерации**

На правах рукописи

**ШАБАЕВ
Рамис Маратович**

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ
С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КИСТОЗНОГО КОМПОНЕНТА**

14.01.17. – хирургия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Староконь Павел Михайлович

Москва — 2020 г.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	12
1.1. Этиология, патогенез и факторы развития фиброзно–кистозной мастопатии	12
1.2. Классификация фиброзно – кистозной мастопатии	26
1.3. Клиническая картина фиброзно – кистозной мастопатии	30
1.4. Методы диагностики фиброзно – кистозной мастопатии	33
1.5. Консервативные методы лечения ФКМ	39
1.6. Хирургические методы лечения кист молочных желез	40
1.7. Исследование качества жизни, психоэмоционального состояния в хирургии.....	45
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	49
2.1. Дизайн исследования.....	49
2.2. Общая характеристика клинических наблюдений	50
2.3. Диагностическая программа при фиброзно – кистозной мастопатии	57
2.4. Методы хирургического лечения фиброзно – кистозной мастопатии	61
2.5. Методы исследования качества жизни пациенток с ФКМ	66
2.6. Методы исследования психоэмоционального состояния	67
2.7. Статистические методы исследования.....	69
ГЛАВА 3. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ФКМ.....	70
ГЛАВА 4. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНО – КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ	78
4.1. Хирургический метод (традиционный, открытый способ) лечения	

фиброзно – кистозной мастопатии	78
4.2. Лазерная абляция–коагуляция кист молочных желёз под УЗ–навигацией	85
4.3. Склеротерапия кист молочных желёз 1 % раствор натрия тетрадецилсульфата	94
4.4. Анализ отдалённых результатов хирургического лечения кист молочных желез различными методиками за весь период исследования 2011 – 2019 гг.	105
4.5. Организация диспансерного наблюдения за женщинами	108
ГЛАВА 5. ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОК С ФИБРОЗНО – КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	112
5.1. Исследование качества жизни пациенток с ФКМ после хирургического лечения	112
5.2. Исследование психоэмоционального состояния пациенток с ФКМ после хирургического лечения	118
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	122
ВЫВОДЫ	134
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	135
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	136
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	137

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Проблема роста заболеваемости органов женской репродуктивной системы, в том числе и со стороны молочных желез (МЖ), остается актуальной на современном этапе. Решение данной проблемы является важной составляющей здоровья и качества жизни женщин (Чиссов В.И., Давыдов М.И. и соавт., 2013; Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018). Патология МЖ верифицируется у каждой четвертой женщины в возрасте до тридцати лет и у 60% женщин более старшего возраста (Федоров В.Э. и соавт., 2015). Наиболее распространенным заболеванием МЖ является фиброзно–кистозная мастопатия (ФКМ) (Шевченко Ю.Л. и соавт., 2017). По материалам исследований, проведенных отдельными авторами, данное патологическое состояние встречается у 50 – 95% женщин (Куликов В.Г. и соавт., 2012; Прилепская В.Н., 2012; Каприн А.Д. и соавт., 2019). Наблюдается ежегодный рост доброкачественных заболеваний МЖ и прежде всего фиброзно–кистозной мастопатии (Родионов В.В. и соавт., 2019). Особое внимание специалистов хирургического профиля заслуживает ФКМ с преобладанием кистозного компонента. Ранее мастопатия считалась заболеванием женщин зрелого возраста, но в настоящее время патология значительно «омолодилась» и встречается даже у молодых девушек (Путырский Л.А. и соавт., 2008). Установлено, что рак МЖ развивается в 5 раз чаще на фоне доброкачественных образований МЖ. Исходя из этого, доброкачественные заболевания МЖ требуют пристального внимания врачей различных специальностей как патология, имеющая риск озлокачествления (Староконь П.М., Шабает Р.М., 2019).

Хирургическое лечение кист МЖ при ФКМ – наиболее эффективный метод, позволяющий радикально устранить патологический очаг (Шевченко Ю.Л., и соавт 2017). Однако и по настоящее время среди клиницистов не выработана единая точка зрения на показания к оперативному лечению пациенток с кистами различной локализации и этиологии, на выбор метода операции. Преимущественно применяются резекционные методики, которые не лишены ряда недостатков. При этом повысилась роль малоинвазивных технологий, к которым относятся

чрескожные пункционные вмешательства под интраоперационным УЗ–контролем (Вишневыи В.А. и соавт., 2010; Толстиков А.П., Захарова А.В., 2010; Глухов А.А. и соавт., 2013). Ввиду особенностей анатомического строения МЖ малоинвазивные технологии при хирургическом лечении практически не применялись. Прежде всего это связано с трудностями точной визуализации проведения оперативного пособия в тканях МЖ. В связи с совершенствованием методов интраоперационного контроля малоинвазивные оперативные вмешательства при хирургическом лечении кист МЖ находят все более широкое применение (Mirjam C. L. et al., 2016). Такие технологии включают в себя лазерные коагуляции, радиочастотные абляции (РЧА, RIFU) кистозных полостей или точное введение в кисту современных склерозантов (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019; Peek MCL., Douek M., 2017). Применение малоинвазивных технологий при хирургическом лечении кистозного компонента ФКМ позволяет сохранять протоковую систему МЖ, не вызывает грубой рубцовой деформации желез, сокращает период послеоперационного восстановления. Также применение данных методик имеет более значимый косметический эффект, что является одним из важных факторов хирургического лечения данной патологии у женщин (Anna L., Eugene S. Kim., 2014). Малоинвазивные технологии позволяют избежать послеоперационных осложнений (кровотечения, гематом).

Важным результатом малоинвазивных методов хирургического лечения кист МЖ является отсутствие рецидивов заболевания в ближайшие годы и относительно высокий уровень качества жизни (КЖ) женщин после оперативного лечения. Кроме того, применение малоинвазивных технологий более благоприятно воспринимается пациентками в психоэмоциональном плане. Показатели КЖ женщин после хирургического лечения ФКМ с кистозным компонентом являются объективным критерием эффективности выбранного метода (Шашкина М.К. и соавт., 2010).

Степень разработанности темы

Вопрос о выборе и применении малоинвазивных хирургических методов лечения ФКМ с преобладанием кистозного компонента остается дискуссионным.

В ряде работ продемонстрированы малоинвазивные методы хирургического лечения ФКМ (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019; Anna L., Eugene S. Kim., 2014; Mirjam C. L. et al., 2016; Peek MCL., Douek M., 2017). В то же время в литературе отсутствуют данные об эффективности данных методик в лечении ФКМ с кистозным компонентом. Кроме того, не изучалось психоэмоциональное состояние женщин до и после хирургического лечения с применением малоинвазивных технологий. Данные методы лечения ФКМ позволяют уменьшить инвазивность оперативных вмешательств, исключить риск тяжёлых послеоперационных осложнений, снижают риск озлокачествления, минимизируют риск рецидива заболевания. На настоящий момент не накоплен широкий опыт использования малоинвазивных хирургических методов лечения ФКМ с преобладанием кистозного компонента. Также не проводился сравнительный анализ применяемых методов хирургического лечения ФКМ, в том числе и малоинвазивных технологий. Нет единого протокола исследования и интерпретации полученных результатов при ФКМ.

Ожидаемые данные о малоинвазивных технологиях хирургического лечения кист МЖ при ФКМ позволят разработать и выбрать оптимальные методы малоинвазивного хирургического лечения ФКМ.

Цель исследования

Повысить эффективность хирургического лечения фиброно-кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ результатов хирургического лечения фиброно-кистозной мастопатии за период 2011 – 2016 гг.
2. Провести сравнительный анализ эффективности современных методик хирургического лечения кист молочных желез при фиброно-кистозной мастопатии.
3. Разработать метод малоинвазивного хирургического лечения фиброно-кистозной мастопатии путем пункционного склерозирования кист под

УЗ-навигацией с применением современного склерозанта.

4. Изучить качество жизни и психоэмоциональное состояние пациенток после хирургического лечения кист молочных желез с применением различных методик.

Научная новизна исследования

Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения ФКМ с преобладанием кистозного компонента, выполненного с применением различных методик (резекционных и малоинвазивных). Разработан метод склерозирования кист молочных желез под УЗ-навигацией с применением современного склерозанта на основе 1 % раствора натрия тетрадецилсульфата (Патент № RU2669048C1. Шабаев Р.М., Староконь П.М. Способ хирургического лечения кист молочной железы. Опубликовано: 05.10.2018 года. Бюллетень № 28 от 19.10.2018 года). Впервые изучено качество жизни пациенток после хирургического лечения фиброзно-кистозной мастопатии с кистозным компонентом с применением различных методик. Впервые изучено психоэмоциональное состояние пациенток после применения различных методик хирургического лечения фиброзно-кистозной мастопатии.

Теоретическая и практическая значимость работы

Малоинвазивные технологии хирургического лечения ФКМ с преобладанием кистозного компонента под УЗ-контролем являются эффективными оперативными вмешательствами, имеющими ряд преимуществ по сравнению с резекционными методами. Наиболее значимыми позитивными моментами данных методов лечения являются возможность воздействовать на несколько кист во время одного вмешательства, более щадящее действие на ткани железы, не вызывающее ее деформации и нарушения архитектоники протоковой системы, выполнение операции под местным обезболиванием, отсутствие рецидива заболевания в отдаленном периоде, положительный косметический эффект. Важной составляющей эффективности малоинвазивной технологии является интраоперационная визуализация процесса деструктивного воздействия на кисту с

применением ультрасонографии. Данные результаты подтверждаются позитивными показателями качества жизни пациенток и их психоэмоциональным состоянием после малоинвазивных оперативных вмешательств.

Методология и методы исследования

Дизайн диссертации выполнен в виде сравнительного исследования с использованием клинических, лабораторных, инструментальных, аналитических и статистических методов.

Диссертационное исследование выполнялось в несколько этапов:

Первый этап - изучена отечественная и зарубежная литература по проблеме.

Второй этап - проведено накопление клинического материала. В условиях онкологического отделения ведомственного ЛПУ (г. Голицыно) и на клинических базах кафедры хирургии с курсом онкологии и лучевой диагностики филиала ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ (г. Москва) были обследованы 517 пациенток. Из них 359 женщинам выполнена секторальная резекция МЖ, 76 пациенткам выполнялась лазерная абляция–коагуляция кист МЖ и 82 женщинам проведено склерозирование кист МЖ. Всем пациенткам выполнено УЗИ МЖ, органов малого таза, щитовидной железы, определялся гормональный статус пациенток. Проводилось анкетирование пациенток до и после хирургического лечения. Кроме того, проведено обследование и анкетирование 31 женщины без патологии ФКМ – группа сравнения.

Третий этап - проведена статистическая обработка и анализ полученных результатов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Общепринятые методики хирургического лечения фиброзно–кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента (секторальная резекция МЖ) имеют ряд существенных недостатков: рубцовую деформацию органа; нарушение архитектоники протоковой системы МЖ; косметологические дефекты; относительную вероятность возникновения послеоперационных осложнений (воспаления, кровотечения, внутритканевых гематом, болевого

синдрома); риск осложнений наркоза; возможный рецидив заболевания.

2. Применение малоинвазивных технологий хирургического лечения кист молочных желез (лазерная абляция–коагуляция, склерозирование кист современными склерозантами) под УЗ–контролем всего хода оперативного вмешательства являются эффективными методами, обладающими рядом преимуществ: безопасностью; не требуют общего обезболивания; возможностью проведения лечения в амбулаторном режиме; отсутствием рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде.

3. Качество жизни и психоэмоциональное состояние пациенток после проведения малоинвазивных оперативных вмешательств существенно выше по сравнению с показателями у больных после применения резекционных методик.

Внедрение результатов исследования в практику

Разработанные методы диссертационного исследования внедрены в работу онкологического отделения ведомственного ЛПУ (г. Голицыно), в клиническую практику хирургических отделений ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» (г. Ульяновск), в клиническую практику хирургических отделений ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (г. Ульяновск). Материалы работы используются в учебном процессе на кафедре хирургии с курсом онкологии и лучевой диагностики Филиала Военно–медицинской академии имени С.М. Кирова МО РФ, (г. Москва).

Апробация работы

Диссертационная работа апробирована и рекомендована к защите на межкафедральном заседании кафедры хирургии с курсом онкологии и лучевой диагностики, кафедры неотложной хирургии филиала ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ (г. Москва) и сотрудников 3 Центрального клинического военного госпиталя им. А.А. Вишневского МО РФ 25 ноября 2019 года (протокол №3).

Обсуждение основных положений диссертационной работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на XVI съезде хирургов Республики Беларусь и Республиканской научно-практической

конференции «Хирургия Беларуси на современном этапе» (Гродно, 2018); VII Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 30-летию Ульяновского государственного университета «Медико-физические проблемы экологии человека» (Ульяновск, 2018); 51 научно-практической конференции «Диагностика и лечение внутренних болезней в многопрофильном стационаре» (г. Красногорск, 2019); IV Всероссийской межведомственной научно-практической конференции и учебно-методических сборах хирургов Вооруженных Сил Российской Федерации «Актуальные вопросы военной медицины: современные аспекты хирургии» (г. Санкт-Петербург, 2019).

Связь работы с научными программами, планами

Диссертационная работа выполнена в соответствии с научно-исследовательскими программами кафедры хирургии с курсом онкологии и лучевой диагностики и утверждена на заседании Ученого Совета филиала ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ (г. Москва).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения, результаты и выводы диссертации соответствуют паспорту специальности 14.01.17 – «хирургия» (медицинские науки).

Личный вклад автора

Автором сформулированы цели и задачи исследования. Лично выполнено 145 пациенткам секторальные резекции МЖ, 82 - склерозирование кист МЖ 1% раствором натрия тетрадецилсульфат (Фибро-вейн) и 78 - лазерная абляция–коагуляция кист МЖ. Было проведено исследование по всем разделам диссертации, определен объем и методика исследований, собраны и последовательно проанализированы результаты. Получен патент на новый метод хирургического лечения ФКМ с кистозным компонентом.

Достоверность результатов исследования

Достоверность результатов диссертационного исследования подтверждается достаточным количеством наблюдений, результатами хирургического лечения,

динамическим наблюдением. Научные положения, выводы и практические рекомендации, представленные в диссертации, основаны на фактических данных, представленных в таблицах и рисунках. Анализ полученных результатов подтвержден статистически.

Публикации по теме диссертационной работы

По материалам диссертации опубликованы 14 работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых научных изданиях. Выпущено в печать учебное пособие «Организационные и клинические аспекты лечения мастопатии у женщин-военнослужащих» под редакцией профессора Максимова И.Б. (соавторы Староконь П.М., Шабает Р.М. и др.). Получен патент на изобретение № RU2669048C1. Опубликовано: 05.10.2018 года, бюллетень № 28 от 19.10.2018. Получено 2 рационализаторских предложения.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 151 страницах печатного текста. Состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, три главы собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, список литературы включает 201 источник, из них 128 отечественных, 73 зарубежных авторов и приложение. Работа иллюстрирована 16 рисунками и 44 таблицами.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Этиология, патогенез и факторы развития фиброзно–кистозной мастопатии

Проблема, связанная с ростом заболеваемости органов женской репродуктивной системы, в том числе и со стороны молочных желёз, является актуальной на современном уровне развития медицины (Чиссов В.И., Давыдов М.И. и соавт., 2013; Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018 год). Патологические изменения со стороны молочных желёз верифицируются у каждой четвертой женщины в возрасте до тридцати лет и у 60 % женщин более старшего возраста. Только ФКМ страдают от 50 до 95 % женщин (Прилепская В.Н., 2012; Куликов В.Г. и соавт., 2012; Каприн А.Д. и соавт., 2019). В 2015 году в структуре онкологических заболеваний злокачественные новообразования женских репродуктивных органов составили 38,5 %, рак молочной железы – 21,2 % и занимал одно из первых мест среди злокачественных опухолей (Каприн А.Д., Старинский В.В. и соавт., 2016). За 10 лет стандартизованный показатель заболеваемости вырос на 19,8 %, что составляет 2 % в год (Каприн А.Д., Старинский В.В. и соавт., 2016). В течение первого года с момента установления первичного диагноза умирает 12 % больных с раком молочной железы (Давыдов М.И. и соавт., 2002). Опасная тенденция роста злокачественных новообразований молочных желёз вынуждает разрабатывать современные методы скрининга, ранней диагностики, лечения и оптимизации мероприятий (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2016; Исмагилов А.Х. и соавт., 2018). Данная стратегия направлена на уменьшение смертности и улучшения КЖ женщин (Федоров В.Э. и соавт., 2017).

За последние десять лет число здоровых женщин и девушек снизилось. Патологические изменения со стороны органов репродуктивной системы обладают

80 % девушек и 40 % мужчин (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018). Ежегодно фиксируется 178 000 новых случаев заболевания в США и 43 000 в Великобритании.

Среди диагностируемых злокачественных опухолей рак молочной железы составляет 26 %, на втором месте рак лёгкого - 15 %, на третьем — рак толстой кишки - 11 %. (Чен У.И. и соавт., 2009).

Согласно полученным данным А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой (2016), в 2015 г. прирост рака молочной железы за 10 лет составил 31,2 %. У женщин репродуктивного возраста – 25,2 %. Пятилетняя выживаемость при первой стадии рака достигает 94 %, а при четвертой стадии – 35 %. Наблюдается угрожающая тенденция омоложения рака молочной железы: за 10 лет наблюдается рост данной патологии у пациенток в возрасте от 19 до 39 лет на 34 %. Наиболее частой опухолью у женского населения и наиболее частой причиной смерти (в 98 из 188 стран) является рак молочной железы, от данного злокачественного новообразования страдают женщины всего мира (Каприн А.Д. и соавт., 2016). Среди женского населения РФ РМЖ в структуре онкологической заболеваемости и смертности занимает первое место (Федоров В.Э. и соавт., 2017).

По данным ВОЗ, к концу столетия раком молочных желёз ежегодно будут болеть около 750 тысяч женщин, что будет являться основной причиной смертности женщин в возрасте от 40 до 55 лет (Каприн А.Д. и соавт., 2016). Ежегодно в мире выявляется более 1 млн 300 тыс. новых случаев злокачественных новообразований молочных желёз (ВОЗ). В 2014 году они выявлены у 14,1 млн женщин. Показатель смертности составил 8,2 млн. женщин (Hofwind S. et al., 2012).

Максимальная заболеваемость раком молочных желёз выделяется в возрастном интервале от сорока до шестидесяти лет. В данный период заболевает около 60 % всех женщин, что взаимосвязано с гормональными изменениями, обусловленными началом менопаузы, при которых происходит снижение адаптационных возможностей организма и устойчивости эндокринной системы к воздействию различных факторов (Магометханова Д.М. и соавт., 2013).

В различных государствах мира популяционные риски развития рака молочной железы неодинаковы (Ozanne E.M. et al., 2006; Lakhani S. R. et al., 2012;). В Российской Федерации в 2013 году заболеваемость раком молочной железы составила триста двадцать женщин на сто тысяч населения, примерно 0,008 % женской популяции в год. Из 741 женщин, жительниц Ганы, обратившихся за медицинской помощью, фиброзно-кистозная мастопатия была основной жалобой в 50,2 % случаев. Рак молочной железы был верифицирован у 7,8 % женщин, рецидивирующий рак молочной железы у 0,8 % женщин. В остальных случаях, а это приблизительно 88 %, мастопатия не была связана со злокачественным заболеванием молочных желёз (Clegg – Lamptey J. et al., 2009; The breast cancer conundrum, 2013). В момент изучения взаимосвязи между фиброзно – кистозной болезнью и раком молочных желез с участием 5463 пациенток 28 % женщин (1529 пациенток) сообщили о беспокоящей их масталгии. Однако у 15,8 % пациенток был верифицирован рак молочной железы (Rogulski L. et al., 2013). Таким образом, надо понимать, что масталгия не является маркером раковой трансформации, но ее следует признать значимым фактором риска.

Рак молочной железы – это болезнь гетерогенной природы с явной тенденцией к ежегодному росту (Федоров В.Э. и соавт., 2015). В Российской Федерации происходит ежегодное увеличение заболеваемости раком молочной железы на 3,6 %.

Отмечается тенденция к росту доброкачественных заболеваний молочных желёз, которые диагностируются у 75 – 80 % женщин репродуктивного возраста. Мастопатия оценивается как патология, если имеются клинические проявления. При наличии ФКМ снижается качество жизни (Чернявский А.А. и соавт., 2016).

Ежегодно увеличивается рост числа доброкачественных заболеваний молочных желёз, а именно фиброзно – кистозной мастопатии (болезни) и доброкачественных новообразований (Кулаков В.И. и соавт., 2003; Родионов В.В. и соавт., 2019). Ранее мастопатия считалась болезнью женщин зрелого возраста. В наше время данная патология омолодилась и встречается даже у молодых девушек (Путырский Л.А. и соавт., 2008). Известно, что РМЖ развивается в пять раз чаще

на фоне доброкачественных новообразований МЖ. Исходя из этого, доброкачественные заболевания МЖ представляют большой интерес для врачей как возможный риск озлокачествления (Родионов В.В. и соавт., 2016; Староконь П.М. и соавт., 2019).

К предопухолевым заболеваниям молочных желёз прежде всего относятся различные варианты дисплазии, более известные за рубежом как фиброно – кистозная мастопатия (ФКМ) или «мастопатия» в нашей стране. (Родионов В.В. и соавт., 2018). ФКМ является одним из самых распространённых заболеваний молочных желёз (Коган И.Ю. и соавт., 2008). Статистический учет фиброно – кистозной болезни (ФКБ) не ведется, но, по оценкам ряда авторов, её частота в женской популяции составляет более пятидесяти процентов (Onstad M., Stuckey A., 2013; Dyrstad S., Yan Y., et al., 2015).

В последние годы наблюдается тенденция к росту доброкачественных заболеваний молочных желез, которые выявляются у каждой четвертой женщины в возрасте до тридцати лет. У женщин старше сорока лет различные патологические состояния молочных желез диагностируются в 60 % случаях. Наиболее часто наблюдается диффузная форма ФКМ (в половине всех клинических случаев). Узловые формы ФКМ выявляются у 20 % женщин позднего репродуктивного возраста, фибroadеномы в 18 % случаев, рак молочной железы (МЖ) у 2 % женщин (Черенков В.Г., 2017). Примерно 75 – 80 % женщин репродуктивного возраста страдают различными заболеваниями молочных желез, часто объединяемыми термином “мастопатия”. Мастопатия – это дисгормональное доброкачественное заболевание молочных желёз, характеризующееся гиперплазией ткани (Рожкова Н.И. и соавт., 2015). Мастопатия как патология МЖ известна более 100 лет (Родионов В.В. и соавт., 2016).

Подсчитано, что у каждой второй женщины в течение жизни возможно развитие мастопатии (Goehring C. et al., 1997). В пременопаузальном возрасте ФКМ составляет около 75 % всех доброкачественных заболеваний молочных желёз (Marchant D.J. et al., 2002).

Доброкачественные изменения в молочных железах верифицируются, как правило, при обращении женщин с характерными клиническими проявлениями, либо при скрининговых (диспансерных) исследованиях. Довольно часто встречается диффузная мастопатия (30 – 60 %). Примерно в равных долях наблюдаются фибroadеномы молочных желёз, кисты молочных желёз; узловая мастопатия встречается реже – 1 – 5 % (Радзинский В.Е., 2016). ФКМ распространённая патология, её частота в женской популяции составляет до 50 – 60 % (Onstad M. et al., 2013). Женщины репродуктивного возраста с гинекологической патологией в анамнезе обеспечивают высокий процент заболеваемости ФКМ. Наличие ФКМ у женщин не только ухудшает качество жизни, но и повышает риск развития рака молочной железы в несколько раз. (Высоцкая И.В. и соавт., 2015).

Мастопатия – полиэтиологическое заболевание, основные факторы риска рака молочной железы и мастопатии совпадают (Беспалов В.Г. и соавт., 2015; Родионов В.В. и соавт., 2018). Пусковым механизмом ФКМ чаще является нарушение гормонального гомеостаза (Сенча А.Н., 2018). Dyrstad S.W. et al., 2015 выполнили анализ 32 эпидемиологических ретроспективных и проспективных наблюдений о связи ФКМ с риском появления злокачественного новообразования молочной железы. Относительный риск рака молочных желез при непролиферативных формах ФКМ статистически недостоверно поднимался до 1,17, при пролиферативных формах без атипии – достоверно поднимался до 1,76, а при пролиферативных формах с атипией – до 3,93 (Collins L.C. et al., 2016).

По определению ВОЗ (1984) мастопатия или доброкачественная дисплазия молочной железы (МЖ) представляет собой «комплекс процессов, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей МЖ с формированием ненормальных соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов и образованием изменений фиброзного, кистозного, пролиферативного характера, которые часто, но не обязательно, сосуществуют».

Мастопатия – диффузное доброкачественное заболевание молочных желез, различающееся по клиническим, морфологическим и этиологическим проявлениям, наиболее распространено у женщин репродуктивного возраста (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2016). Это обобщающее название доброкачественных изменений молочных желёз, значительно отличающихся между собой по анатомическим признакам, клиническому проявлению и той опасности малигнизации, которая вынуждает рассматривать мастопатию как предраковое заболевание (Серов В. Н. и соавт., 2004). Фиброзно – кистозная мастопатия оценивается как заболевание, в случае присутствия выраженных клинических симптомов, ведущее за собой снижение качества жизни (Чернявский А.А., Кочуева М.В., 2016). ФКМ характеризуется нарушением развития железистой и соединительной ткани, провоцирующим нарушение кровоснабжения желёз и образование кист. Как правило, диагностируется у женщин 30 – 50 – летнего возраста. Пик заболеваемости приходится на возраст 45 лет (Прилепская В.Н., Ледина А.В., 2012).

Молочные железы – гормонозависимые органы, относящиеся к репродуктивной системе женщины, которые развиваются и начинают функционировать под влиянием целой системы гормонов: гонадотропных гормонов гипофиза (фолликулостимулирующего и лютеинизирующего), хорионического гонадотропина, рилизинг – факторов гипоталамуса, пролактина, тиреотропного гормона, кортикостероидов, инсулина, эстрогенов, прогестерона, андрогенов (Керчелаева С.Б. и соавт., 2016). Молочная железа (лат. *glandula mamma* или *mamma*) – парный орган, который относится к типу апокринных желёз кожи. Она является производным эктодермы (по гистогенезу) и развивается из четвертой пары молочных точек, появляющихся у эмбриона на втором месяце жизни вдоль двух молочных линий (Sadler T.W. et al., 2009; Osborne M.P. et al., 1991). Паренхима молочной железы представлена сложными альвеолярно – трубчатыми железами, сгруппированными в мелкие дольки (Коган И.Ю. и соавт., 2008). Доля – основная функциональная единица молочной железы. Внутри доли находятся дольки. От 10 до 100 альвеол соединяются и образуют проток дольки, а

от двадцати до сорока дольковых протоков – долевыми протоками, которые радиально сходятся по направлению к соску, у основания которого ампулообразно расширяются, образуя млечные синусы. В области соска млечные протоки снова сужаются и, соединяясь по две – три, открываются на верхушке соска точечными отверстиями в количестве 15 – 20 шт., что соответствует числу долей МЖ (Кушлинский Н.Е. и соавт., 2005). В области ареолы вместе с сальными и потовыми железами насчитывается до 12 бугорков (бугорки Монтгомери). Некоторые исследователи считают их добавочными молочными железами. Во время беременности они увеличиваются (Каприн А.Д. и соавт., 2017).

Топографические зоны МЖ делятся на верхне – наружный, верхне – внутренний, нижне – наружный, нижне – внутренний. Отдельно определяют центральную зону, входящую в неё ареолу и сосок (Терентьева О.И. и соавт., 2017). Железа отделена от фасции грудной мышцы, на которой она расположена, от кожного покрова хорошо выраженным жировым слоем. Знание строения лимфатической системы МЖ приобретает особую роль для понимания основных путей диссеминации злокачественного новообразования молочной железы и роли прогностических факторов (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018). Лимфатическая система молочной железы состоит из внутриорганных лимфатических капилляров (сосудов, создающих сети и сплетения) и внеорганных отводящих сосудов (коллекторов и регионарных групп лимфатических узлов) (Чиссов В.И. и соавт., 2008; Исмагилов А.Х. и соавт., 2018).

Все физиологические и патологические процессы молочной железы происходят в эпителии и соединительной ткани протоково – дольковой единицы. Согласно современным концепциям, молочные железы находятся под влиянием целого комплекса гормонов. Первостепенная роль принадлежит эстрогенам и прогестерону. Изменения их концентрации влияют на морфологические характеристики и функциональное состояние железы. (Корженкова Г.П., 2013).

В предменструальном периоде количество железистых ходов увеличивается, в дольках выражена отёчность тканей, железистые ходы расширены, эпителий их набухает (Манушарова Р.А., Черкезова Э.И., 2008). В репродуктивном периоде

молочная железа является гормонально – зависимым органом. Это проявляется в том, что строение МЖ меняется в разные фазы менструального цикла. Данные изменения касаются прежде всего долек молочной железы. Перед менструальным циклом альвеолы долек увеличиваются в объёме, происходит отёк внутريدольковой стромы. После окончания менструации эпителий утрачивает признаки секреции и пропадает отёк внутريدольковой стромы (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018).

У пожилых женщин спустя примерно 15 лет после наступления климакса альвеолярных элементов совсем мало. Железистые ткани представлены только в виде протоков. Одни из них с суженными, иногда полностью спавшимися просветами, другие протоки, наоборот, растянуты, нередко кистозно растянуты. Данное увеличение протоков является возрастным физиологическим изменением, и его не следует принимать за проявление фиброзно – кистозной болезни (мастопатии) (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018).

Влияние на рост молочной железы в пубертатном периоде оказывают эстрогены. Первая реакция на повышение уровня эстрогенов – это увеличение размеров молочной железы и пигментация ареолы. Развитие эстрогеновых рецепторов невозможно без участия пролактина. Для полной дифференцировки молочной железы требуется синергизм в действии инсулина, кортизола, тироксина, пролактина и гормона роста (Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 1994). Большое значение имеет состояние рецепторного аппарата молочной железы (J. Barrat, L. Marpeau, L.Larue et al., 1990).

Появление у женщин чувства распирания, нарастание отёчности стромы, увеличение кровенаполнения, появление уплотнений в лютеиновую фазу менструального цикла – это результат пролиферативных изменений протоков и эпителия молочной железы под влиянием прогестерона (Мустафин Ч.К., 2011; Прилепская В.Н. и соавт., 2003). Нормальное функционирование молочных желёз зависит от адекватного соотношения концентраций эстрадиола и прогестерона в их тканях. Нарушение этого соотношения приводит в начале к развитию функциональных нарушений, а в дальнейшем и к морфологическим изменениям,

причем ведущая роль в возникновении ФКБ принадлежит не столько абсолютному увеличению эстрогенов, сколько относительной гиперэстрогении, возникающей вследствие недостатка продукции прогестерона во II фазу менструального цикла. Гормональный дисбаланс в сторону дефицита прогестерона вызывает морфофункциональную перестройку МЖ, сопровождается отёком и гипертрофией внутридольковой соединительной ткани, а избыточная пролиферация эпителия протоков, приводящая к их обструкции, при сохраненной секреции в альвеоле, приводит к увеличению альвеол и развитию кистозных полостей (Мустафин Ч.К., 2008).

Всеми признана связь патологий со стороны молочных желёз и органов малого таза, однако в России ещё не разработана система комплексного подхода к лечению данных патологий (Родионов В.В. и соавт., 2018). Сравнение изменений МЖ при миоме матки и воспалительных патологиях органов малого таза показало, что частота патологических изменений в МЖ при миоме матки достигает 90 %. ФКМ (узловые формы) имеет место обычно при сочетании миомы матки с аденомиозом (Ордянец И.М., Коган Е.А., 2019).

Высокая частота патологических изменений в молочных железах происходит на фоне различных гинекологических заболеваний (Прилепская В.Н. и соавт., 2002; Lakhani S.R. et al., 2012). Доказано, что у 60 – 92 % женщин гиперпластические процессы женских половых органов сочетаются с диффузными доброкачественными заболеваниями молочных желёз, что связано с единством патогенеза и морфологических процессов, происходящих в матке и молочных железах (Рожкова Н.И., Бурдина И.И. и соавт., 2015).

Молочные железы являются частью репродуктивной системы женщины, развитие и функция которых находится под сложным контролем эндокринной системы (Родионов В.В. и соавт., 2018). Ткань молочных желез является мишенью для половых гормонов, пролактина, соматотропного и плацентарных гормонов, а также гормонов других эндокринных желез, которые принимают активное участие в формировании и развитии молочных желез в пубертатном периоде, в репродуктивном возрасте, во время беременности и лактации, а также в периоде

постменопаузы. Среди них особое место занимает пролактин, который оказывает многообразное действие на ткани молочных желёз, стимулируя обменные процессы в эпителии молочных желёз на протяжении всей жизни женщины (Hulka B.S., 1990; Hammond M. E. et al., 2010).

Молочные железы находятся под гормональным влиянием, основными гормонами являются гормоны гипофиза, половые стероидные гормоны, гормоны щитовидной железы, поджелудочной железы, надпочечников и пр. (Рожкова Н.И. и соавт., 2015).

Ещё на ранних этапах изучения ФКМ была отмечена связь между развитием доброкачественных заболеваний молочных желёз и повышением его уровня, что связано со способностью пролактина увеличивать число рецепторов эстрадиола в тканях молочных желёз (Мальцева Л.И. и соавт., 2018; Giatto S. et al., 1991). При сохранённом менструальном цикле эстрогены являются важным модулятором секреции пролактина, действуя на уровне гипоталамуса и гипофиза, стимулируя выброс пролактина в кровяное русло, в связи с чем гиперэстрогенное состояние оценивается как фактор, определяющий гиперпролактинемию, и может способствовать развитию пролиферативных процессов в тканях молочных желез (Должиков А.А., Петров С.В., 2014; Мальцева Л.И. и соавт., 2018)

В основе ФКМ лежит нарушение регулярной деятельности ЦНС и гипоталамо – гипофизарной системы, функции надпочечников, яичников, щитовидной железы, печени, влияющее на гормональный статус и вследствие чего, приводящее к изменениям самой структуры МЖ (Чернявский А.А. и соавт., 2016).

Молочная железа – это орган – мишень для основного количества гормонов и факторов роста. Одну из главных ролей играют половые гормоны. (Андропова Н.В. и соавт., 2015; Dietel M., 2010; Stingl J., 2011). Повышенный уровень пролактина провоцирует высокую агрессивность опухолей, повышенный риск метастазирования и низкую долгосрочную выживаемость (Bernichtein S. et al., 2010). За последние два десятка лет исследования, которые были проведены, показывают корреляцию между повышенным уровнем пролактина и риском озлокачествления образований МЖ (Tworoger S.S. et al., 2013). Высокий уровень

пролактина может спровоцировать онкопроцесс в простате, языке, толстой и прямой кишке, матке и яичниках (Berinder K. et al., 2011). Также немаловажным аспектом является транзиторная гиперпролактинемия, как нарушение менструального цикла – овуляторные и ановуляторные. С повышением уровня пролактина ассоциированы предменструальный синдром, масталгия, дисменорея, менструальная мигрень (Рожкова Н.И., Мексих Е.В., 2015).

Причиной развития дисгормональной гиперплазии МЖ может явиться повышение уровня пролактина вне беременности и лактации (Радзинский В.Е., 2015; Мальцева Л.И. и соавт., 2018). Некоторые исследователи отмечали его значительное повышение в крови в течение менструального цикла у женщин, страдающих ФКМ, в сравнении с его уровнем в крови здоровых женщин (Botiga J. et al., 1984). По другим наблюдениям, уровень пролактина остаётся нормальным (Kubista E., Muller G., Spona J., 1983). Некая противоречивость полученных данных, по – видимому, связана как с характером нарушений в гипоталамо – гипофизарно – яичниковой системе, так и со сроками определения уровня пролактина в сыворотке крови. Последнее наиболее актуально для транзиторной формы гиперпролактинемии, для которой характерно повышение уровня пролактина только к концу менструального цикла (Beskrovniy S. et al., 1997). Патогенетическая роль пролактина в развитии ФКБ до конца не уточнена. С одной стороны, рост содержания последнего в сыворотке крови является только маркером центральных, гипоталамо – гипофизарных нарушений в системе регуляции репродуктивной функции, но, с другой, избыток пролактина оказывает прямой стимулирующий эффект на пролиферативные процессы в периферических органах мишенях, реализуемый путем усиления продукции эстрогенов яичниками. Как уже упоминалось, имеет значение также способность пролактина увеличивать содержание рецепторов эстрадиола в тканях МЖ (Botiga J. et al., 1984).

Изучение пролактина началось в 1920 – х годах, когда он впервые был обнаружен как лактогенная субстанция в экстракте гипофиза коров. Только полвека спустя человеческий пролактин был выделен как отдельная молекула. Лишь тогда его значимость заинтересовала ученых, как оказалось, это

единственный гормон передней доли гипофиза, не имеющий клеток – мишеней (Веропотвелян П.Н., 2011). В настоящее время пролактин рассматривается как гормон с широчайшим спектром физиологических эффектов. Практически все клетки организма пролактинозависимы (Grattan D.R., 2015). Пролактин – пептидный гормон, за его синтез отвечают клетки передней доли гипофиза. В крови здоровых женщин репродуктивного возраста уровень пролактина колеблется от 150 мМЕ/л до 700 мМЕ/л (Клинические рекомендации, 2013), причем в лютеиновую фазу его содержание выше, чем в фолликулиновую (Das D. et al., 2015).

Также одной из причин патологической гиперпролактинемии являются нарушение функции гипоталамуса (инфекции, травмы), аденомы гипофиза (пролактиномы), эктопическая секреция гормона, гипотиреоз, синдром поликистозных яичников, климактерический синдром, недостаточность надпочечников, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, опоясывающий лишай, внутриматочная контрацепция, воздействие токсических факторов, различные стрессовые ситуации, которые могут сопровождаться эпизодами гиперпролактинемии. Рост уровня пролактина сопровождается отёком и болезненностью МЖ. Также могут наблюдаться общие вегетативные расстройства: мигреноподобные головные боли, отеки конечностей, боли и вздутие живота. Данный симптомокомплекс получил название предменструального синдрома (ПМС). (Мустафин Ч.К., 2013; Радзинский В.Е., 2015).

Возникновению фиброаденоматоза МЖ могут предшествовать заболевания нервной системы, болезни печени, патология репродуктивной системы, патология надпочечников, изменения в состоянии щитовидной железы (Магометханова Д.М. и соавт., 2013; Радзинский В.Е., 2015). По данным Сидоренко Л.Н. (1991), основными из них являются: стрессовые ситуации, присутствующие в жизни каждой женщины (неудовлетворенность семейным положением, своим положением в обществе, бытовые конфликты, конфликтные ситуации на работе, психические стрессы и др.), так как любой стресс сопровождается различными нарушениями нейроэндокринной системы; факторы сексуального характера;

факторы репродуктивного характера (количество беременностей, родов, аборт, возраст при беременности и родах, рождение крупного плода, длительность лактации, время появления менархе и наступления менопаузы и др.); гинекологические заболевания, в первую очередь, воспалительные процессы в малом тазу; эндокринные нарушения (дисфункция щитовидной железы, метаболический синдром, синдром поликистозных яичников, сахарный диабет 1 – го и 2 – го типов и др.); патологические процессы в печени и желчных путях; наследственная (генетическая) предрасположенность.

Во время стресса в организме в целях самозащиты включается целый комплекс реакций со стороны эндокринной системы, имеющий название общего адаптационного синдрома Г. Селье.

К факторам репродуктивного характера относят возраст первых менархе, количество беременностей, количество аборт, длительность лактации и т.д. Неблагоприятными являются слишком раннее менархе и поздняя менопауза, ановуляторные циклы, поздняя первая беременность, отказ от кормления ребенка грудью, искусственные прерывания беременности (Федоров В.Э. и соавт., 2015). Патологические изменения в тканях МЖ находятся в прямой зависимости от времени появления менархе и первой беременности, в обратной от количества детей. Своевременное менархе и первая беременность в 18 – 20 лет обладают защитным влиянием. У первородящих до 19 лет риск появления патологических процессов в МЖ более чем в 3 раза ниже, чем у женщин, впервые родивших в 35 лет и позже. С увеличением количества нормальных родов уменьшается риск появления указанных изменений. Вскармливание ребенка грудью менее 5 месяцев является также неблагоприятным фактором. Особенно неблагоприятно на состоянии МЖ отражается количество аборт, равное или превышающее три, поскольку желтое тело в полной мере «расцветает» во время беременности. После прерывания беременности оно продолжает длительное время функционировать, что сопровождается поступлением в кровь избыточного количества прогестерона. Это приводит к подавлению выработки лютеинизирующего гормона (ЛГ) гипофиза и повышению продукции фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). В

результате возникает дисбаланс гормонов, что приводит к преобладанию процессов пролиферации в тканях органов – мишеней (Кулаков В.И., 2008).

Среди этиологических факторов дисгормональных гиперплазий МЖ ключевая роль принадлежит гинекологическим заболеваниям, а именно воспалительным процессам придатков матки (Мустафин Ч.К., 2013; Радзинский В.Е., 2015), довольно высокая частота (60 – 92 %) доброкачественных заболеваний МЖ наблюдается у пациенток с эндометриозом и миомой матки. Больше всего гинекологическая патология сочетается с диффузными изменениями в МЖ. При миоме матки и генитальном эндометриозе ФКМ отмечалась в 72 % и 66 % случаев, а узловатая форма ФКБ зафиксирована в 17 % и 18 % наблюдений. При миоме матки чаще выявляются кисты молочных желез и узловатая форма мастопатии – 18 %. У женщин, страдающих гиперпластическими гинекологическими заболеваниями (эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, полипы), в 74,4 % случаев развиваются диффузная и узловатая формы мастопатии, сопровождающиеся гиперплазией железистого компонента (Рожкова Н.И., Бурдина И.И. и соавт., 2015). Нужно отметить, что при генитальном эндометриозе в большинстве наблюдений (37 %) в МЖ превалирует гиперплазия железистого компонента, в то время как при миоме матки чаще (36,4 %) наблюдается гиперплазия железистого и фиброзного компонентов стромы (Гусейнов А.З., 2015).

Нарушения менструальной функции – это клиническая манифестация неблагополучия в нейроэндокринной системе. К числу наиболее часто встречаемых патологических состояний относятся: ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы, олигоменорея, дисфункциональные метроррагии. Патология обусловлена гиперпролактинемией, нехваткой прогестерона, а позже и гиперэстрогенией, что является одной из причин в развитии фиброзно – кистозной мастопатии (Рожкова Н.И., Бурдина И.И. и соавт., 2015).

При эпидемиологических исследованиях показано, что у больных, страдающих ФКМ, выявляется большая, чем в общей популяции, частота встречаемости заболеваний щитовидной железы (от 9 до 50 % и более). (Беспалов В.Г., Травина М.Л., 2015). Гипофункция щитовидной железы увеличивает риск

возникновения ФКМ по сравнению со здоровыми женщинами в 3,8 раза. Тиреотропин – рилизинг – гормон гипоталамуса – является стимулятором не только тиреотропного гормона, но и пролактина гипофиза. При гипофункции щитовидной железы увеличивается выброс тиреотропин – рилизинг – гормона, что приводит к гиперпролактинемией (Каприн А.Д., Рожкова. Н.И., 2019).

Высокая частота сочетания указанных заболеваний свидетельствует о едином генезе и синхронном развитии патологических процессов в МЖ и гениталиях. В связи с этим ряд авторов (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018) предлагают рассматривать гиперпластические заболевания как генерализованный процесс в репродуктивной системе, что требует единой тактики лечения этих пациентов.

1.2. Классификация фиброзно – кистозной мастопатии

С 1995 года в соответствии с Международной классификацией болезней 10 – го пересмотра во всех странах, включая Россию, нераковые заболевания молочной железы, в том числе мастопатия, обозначаются как доброкачественная дисплазия молочной железы. Их распространенность в популяции по разным данным достигает 60 % (Naderi A/ Prolactin – induced protein in breast cancer. 2015). По данным Проблемной комиссии по морфологии опухолей АМН СССР, разработана классификация дисгормональных дисплазий, в основу которых положена гистологическая классификация опухолей МЖ ВОЗ (1969). Выделяют: непролиферативную мастопатию (дольковая, протоковая, кистозная, фиброзная), пролиферативную эпителиальную (солидная, сосочковая, криврозная), фиброэпителиальную (цистоаденопапиллома), миоэпителиальную (склерозирующий аденоз). Второе издание вышло в 1984 году, а дополненное - в 2003 году.

Также существовала в 1960 – е годы классификация Д.И. Головина, который выделял следующие формы дисплазии: мезоплазию; аденому; филлоидную фиброаденому; фиброаденоматоз (мастопатию); фиброзирующий аденоз; филлоидную фиброаденому; цистаденопапиллomu; эктазию крупных протоков с перидуктальным маститом.

Наиболее простая, достаточно информативная к выбору лечебной тактики клинико – рентгенологическая классификация МЗ РСФСР (1985 г.):

I. Диффузная мастопатия:

- 1) диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз);
- 2) диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента (фиброаденоматоз);
- 3) диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
- 4) смешанная форма диффузной мастопатии (фиброзно – кистозная мастопатия).

II. Узловая мастопатия.

III. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные процессы:

- 1) аденома;
- 2) фиброаденома;
- 3) внутрипротоковая папиллома;
- 4) киста.

IV. Особая форма – листовидная (феллоидная) опухоль.

Л.Н. Сидоренко (1991) предлагает шестибальную клиническую оценку состояния МЖ по данным осмотра и пальпации:

- слабо выраженный фиброаденоматоз;
- умеренно выраженный фиброаденоматоз;
- выраженный диффузный кистозный фиброзный фиброаденоматоз;
- резко выраженный диффузный кистозный или фиброзный фиброаденоматоз;
- локализующийся фиброаденоматоз на фоне диффузного;
- локализованный фиброаденоматоз на фоне диффузного.

По данным Е.М. Самунджан (1979), различаются фиброзная, кистозная и фиброзно – кистозная формы фиброаденоматоза.

Н.И. Рожкова (1993) предлагает выделять следующие формы мастопатии:

1. Диффузная мастопатия

- 1.1. Диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз)
- 1.2. Диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента
- 1.3. Диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента
- 1.4. Смешанная форма диффузной мастопатии
- 1.5. Склерозирующий аденоз
2. Узловая мастопатия
 - 2.1. Фиброаденома (липома, фибролипома)
 - 2.2. Солитарная киста

В клинической практике такое деление позволяет выделить диффузные и узловые формы с помощью ультразвукового сканирования и маммографии. Выделение этих форм имеет принципиальное значение, т.к. определяет дальнейшую тактику ведения больных (Ганцев Ш.Х. и соавт., 2014).

По международной классификации болезней X пересмотра (МКБ – 10):

N60 – доброкачественная дисплазия молочной железы (включена фиброзно – кистозная мастопатия);

N60.0 – солитарная киста молочной железы;

N60.1 – диффузная кистозная мастопатия (исключена с пролиферацией эпителия);

N60.2 – фиброаденоз молочной железы (исключена фиброаденома молочной железы);

N60.3 – фибросклероз молочной железы (кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия);

N60.4 – эктазия протоков молочной железы;

N60.8 – другие доброкачественные дисплазии молочной железы;

N60.9 – доброкачественная дисплазия молочной железы неуточнённая.

В отечественной литературе в понятие мастопатия вкладывают все доброкачественные изменения МЖ. Разделение мастопатии на диффузную и узловую формы удобно для клиницистов, однако морфологически при доброкачественных дисплазиях различают две основные формы:

непролиферативную и пролиферативную, в основу которых положена гистологическая классификация опухолей молочных желез ВОЗ (1969). Поэтому данная классификация большее значение имеет для онкологов – маммологов (Вельшер Л.З. и соавт., 2014).

Существует классификация, основанная на делении мастопатии по степени выраженности пролиферации:

I степень – фиброзно – кистозная мастопатия без пролиферации;

II степень – фиброзно – кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия без атипии;

III степень – мастопатия с атипической пролиферацией эпителия. Причём вторую и третью степени относят к предраковым заболеваниям. К. Prechtel (Prechtel et al., 1979) считал, что на долю мастопатии первой степени относится семьдесят процентов, второй степени – двадцать один процент и третьей степени – пять процентов случаев. Известно, что непролиферативная форма ФКМ играет определённую роль в канцерогенезе МЖ. (Андреева Е.Н. и соавт., 2010). Описывая слизистую метаплазию эпителия кист, обращают особое внимание на этот вид метаплазии, как на фактор, увеличивающий риск развития рака МЖ. Риск озлокачествления при непролиферативной форме составляет 0,9 %, при умеренной пролиферации – 2,3 %, при резко выраженной пролиферации – 31,4 %. По данным гистологических исследований операционного материала, рак МЖ сочетается с дисгормональной дисплазией молочной железы в 46 % случаев (Poleshuck E.L. et al., 2009).

Коллегия американских патологов рекомендовала подразделять пациенток с ФКМ на три категории в зависимости от выявленных при пункционно – аспирационных биопсий МЖ морфологических изменений: 1) непролиферативная – риск рака молочных желёз не повышен и равен популяционному; 2) пролиферативная без атипии – риск рака молочных желез повышен в 1,5 – 2 раза по сравнению с популяцией; 3) пролиферативная с атипией – риск рака молочных желез повышен в 4 – 5 раз по сравнению с популяцией (Hartmann L.C. et al., 2005). При биопсии МЖ и морфологическом обследовании примерно у 5 % женщин с

мастопатией выявляется атипичическая гиперплазия (Socolov D. et al., 2015).

Также существует международная система интерпретации и протоколирования визуализации МЖ – классификация BI – RADS. (Hille Y. et al., 2012; Marmot M.G. et al., 2013; Forskningsrad N., 2015). Breast Imaging – Reporting and Data System – система описания и обработки полученных данных, лучевых методов BI – RADS исследований МЖ, составленная Американским Колледжем Радиологов (American College of Radiology, 2003). Классификация BI – RADS создана для стандартизации оценки результатов маммографии по степени риска наличия злокачественных новообразований МЖ. Также она была распространена впоследствии на оценку результатов МРТ и УЗИ (Фисенко Е.П., Ветшева Н.Н., 2017; Heinig. J. et al., 2007). Тем самым снимает проблему разобщённости используемых понятий в описании выявленных изменений в МЖ при УЗИ, маммографическом и МРТ исследованиях (Стенина М.Б. и соавт., 2016).

Категория BI – RADS: 0 – требуется дообследование (рентгеновская маммография, МРТ, др.); 1 – отрицательная (образования выявлены); 2 – доброкачественные изменения (плановое наблюдение согласно возрасту); 3 – вероятно доброкачественные изменения (повторное обследование через короткий интервал времени (3 – 6 мес.); 4 – подозрение на рак (биопсия); 5 – характерно для рака (биопсия); 6 – рак, подтверждённый биопсией, проведение необходимых лечебных мероприятий (Фисенко Е.П., Ветшева Н.Н., 2017; Шумакова Т.А. и соавт., 2018; Goldkamp A.L. et al., 2010; Patterson S.K., Neal C.H. et al., 2014).

1.3. Клиническая картина фиброзно – кистозной мастопатии

Клиническая картина фиброзно – кистозной мастопатии, как правило, складывается из трех симптомов (жалоб): тянущие боли в МЖ; отечность в обеих МЖ; патологические выделения из сосков МЖ (Чернявский А.А, Кочуева М.В., 2016).

Основной жалобой при фиброзно – кистозной мастопатии, как показывает практика, является боль – масталгия (Ngo C., Seror J., et al., 2015). Характер боли может быть разнообразным. Боль имеет циклический характер, как правило, усиливается в предменструальный период, либо начинается со второй половины

менструального цикла (Рожкова Н.И., Бурдина И.И. и соавт., 2015). Боль может не иметь взаимосвязи с циклом, а появляться в результате стресса или других внешних ситуационных факторов. По интенсивности боль можно разделить на сильную (при прикосновении одежды) и слабую, невыраженную (появление ощущения дискомфорта) (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019).

Масталгия - одна из основных жалоб, с которыми женщины обращаются к врачам (Ngo C., Seror J., et al., 2015). Исследования показали, что с болями в МЖ в разные периоды своей жизни встречались хотя бы один раз около 70 % опрошенных пациенток. Из них каждая десятая женщина испытывает боли более пяти дней в течение одного месяца. (Ласачко С.А. и соавт., 2007).

По данным Ader D.N. и Browne N.W. (1997) в США более 70 % пациенток испытывают болевые ощущения перед менструацией и только у трети из них наблюдаются пальпаторные изменения, характерные для ФКБ (Ader DN. et al., 1999).

Масталгия встречается приблизительно у 30 % здоровых женщин как самостоятельный предменструальный симптом и при незначительной степени выраженности не требует медикаментозной терапии. Среди женщин с предменструальным синдромом масталгия имеет место более чем в 60 % случаев (Габуня М.С., 2001; Прилепская В.Н., Ледина А.В., 2012). Появление болезненного периодического нагрубания молочных желёз также может возникать при приеме гормональных контрацептивов с различной частотой (от 10 % до 40 %) в зависимости от состава данного препарата, как правило в первые месяцы («период адаптации») (Габуня М.С., 2001; Ласачко С.А., 2003; Schindler A. et al., 1998). Масталгия может быть начальным признаком или одним из симптомов фиброзно – кистозной мастопатии (Ayers J. W. et al., 1983). Мастодиния не является заболеванием, угрожающим жизни и здоровью женщины, однако боль в молочных железах может быть очень выраженной, вызывать сильные беспокойства, физический и психологический дискомфорт и приводить к отказу приема гормональных препаратов с целью лечения и контрацепции (Максимов М.Л., 2014).

Клиническая манифестация ФКМ чаще всего приходится на четвертый десяток жизни женщины. Жалобы предъявляют только 30 % пациенток, имеющих это заболевание (Lang C.A. et al., 1999).

Одним из проявлений мастопатии является синдром предменструального напряжения, который выражается в появлении ощущения распираания, нарастании отечности стромы, увеличении кровенаполнения, появлении уплотнений в лютеиновую фазу менструального цикла – это результат пролиферативных изменений протоков и эпителия молочной железы под влиянием прогестерона. Иногда появляются кровянистые, серозные, молочные или гнойные выделения из сосков (Прилепская В.Н. и соавт., 2003; Мустафин Ч.К., 2011).

Согласно описанию, выраженность болевого синдрома может быть подразделена на 4 категории, или степени тяжести: 1) отсутствие боли; 2) легкая степень – боль носит циклический характер, не влияет на повседневную активность пациентки, хорошо купируется диуретическими препаратами и анальгетиками; 3) средняя степень – боль носит циклический характер, однако может усиливаться перед менструацией, частично купируется диуретическими или анальгетическими препаратами, не влияет на повседневную активность пациентки, но не позволяет выполнять усиленную работу; 4) тяжелая степень – боль часто носит постоянный характер, нарушает повседневную активность, не купируется диуретиками и анальгетиками. При этом женщины могут характеризовать боль следующим образом: тупая, острая, стреляющая боль, боль от прикосновения, от давления, боль при движении, а также ощущение тяжести в молочных железах. (Коган И.Ю. и соавт., 2008). По данным ряда авторов (Ader D.N., Shriver C.D., 1999), клинически значимой является боль средней или тяжелой степени тяжести при её длительности 6 – 7 дней и более в течение месяца. Согласно Khan S.A., Arkarian A.V. (2002), до 28 % женщин с болевым синдромом в молочных железах испытывают тяжелую или средней степени тяжести масталгию. Vorher H. (1988) выделяет несколько этапов клинического течения ФКМ. Первый этап наблюдается у женщин 20 – 30 лет, характеризуется болью в молочных железах и их повышенной чувствительностью, которая появляется за одну неделю до наступления менструального цикла. Чаще

поражены верхненаружные квадранты, где наблюдается уплотнение ткани. Второй этап (женщины 30 – 40 лет) характеризуется усилением и увеличением продолжительности болевого синдрома (до 2 – 3 недель). В некоторых случаях боль носит ациклический, постоянный характер, определяется зернистость или «узловатость» ткани и фиброзно – кистозные зоны диаметром 2 – 3 см. На третьем этапе (после 40 лет) боль может длиться как 2 – 3 недели, так и носить постоянный характер. При этом в молочных железах резко выражен фиброз, обнаруживаются единичные или множественные кисты достаточно крупных размеров.

1.4. Методы диагностики фиброзно – кистозной мастопатии

Маммология – это раздел медицины, которой занимаются специалисты различного профиля, что показывает насколько многообразно влияние на МЖ (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018).

Осмотр и пальпация — основные и доступные методы - проводятся врачом в положении стоя (с опущенными и поднятыми вверх руками) и также в горизонтальном положении (Шевченко Ю.Л. и соавт., 2017).. Учитываются аномалии (добавочные молочные железы), изменение формы и объема, изменение цвета кожных покровов (наличие и степень выраженности венозного рисунка, кожные симптомы). Пальпаторно обследуют всю железу последовательно по квадрантам и область субмаммарной складки. При пальпации молочных желез определяются участки болезненных уплотнений без четких границ в виде тяжей, а также грубые железистые дольки как правило, наблюдаются изменения в верхненаружных квадрантах, которые в функциональном отношении являются наиболее активными. (Мустафин Ч.Н. 2014; Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists., 2016; Терентьева О.И. и соавт., 2017;).

Необходимо руководствоваться Приказом МЗ РФ №572н, который регламентирует обязательное скрининговое обследование женщин старше 35 лет. Пациентки старше тридцати пяти лет в обязательном порядке направляются на выполнение маммографии с интервалом один раз в два года при отсутствии патологий молочных желез.

Доказано, что наиболее эффективным методом ранней диагностики новообразований молочных желёз является рентгеновская маммография. Это безальтернативный метод исследования МЖ, дающий возможность выявлять все известные разновидности новообразований МЖ (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019). Рентгеновская маммография является «золотым стандартом» диагностики РМЖ ((Шевченко Ю.Л. и соавт., 2017; Шумакова Т.А. и соавт., 2018).

В настоящее время увеличение выживаемости и снижение смертности населения от злокачественного новообразования МЖ связано с широкомасштабным внедрением маммографического скрининга (Семиглазов В.Ф. и соавт., 2014).

Рентгеновская маммография позволяет распознать патологические изменения в молочных железах в 95 – 97 % случаев (Терентьева О.И. и соавт., 2017). Маммография является ведущим методом скрининга (Maureen Sanderson et al., 2015). В мировой практике общепринято (ВОЗ, 1984), начиная с 39 лет проводить маммографическое исследование 1 раз в 2 года (при отсутствии показаний для более частого обследования), после 50 лет — 1 раз в год. Исключением являются женщины до 39 лет, кормящие, беременные женщины и подростки, которым маммография противопоказана. В большинстве стран мира принята программа маммографического скрининга для женщин в возрасте 40 – 55 лет и старше (Holland W.W. et al., 2008).

Маммографию проводят в двух проекциях (прямой — краниокаудальной и боковой) на 5 – 10 день менструального цикла, когда паренхима молочной железы менее отечна и болезненна, а при отсутствии менструации — в любой день. В ряде случаев целесообразно использовать прицельную рентгенографию с прямым увеличением рентгеновского изображения (Серов В.Н. и соавт., 2004). К факторам риска относят высокую маммографическую плотность, повышающую риск возможности развития онкопроцесса в 2 – 3 раза при плотности 25 – 50 % и в 4 – 6 раз при плотности более 75 % (Boyd N. et al., 2009).

Преимущества данного метода исследования: высокая информативность; возможность получение многопроекционного изображения молочной железы;

визуализация образований с всевозможными проявлениями; скоплений микрокальцинатов размером более 50 мк и локальной тяжистой перестройки структуры, выявления злокачественного новообразования внутри протока размером от 1 до 3 мм; возможна дифференциальная диагностики. Применение широкого спектра неинвазивных и инвазивных методик обследований, включая дуктографию с точностью 96 %. Осуществление контролируемой пункционно-аспирационной биопсией кист и возможность одновременного их склерозирования (проведения склеротерапии), выполнение контролируемой биопсии образований, выполнение предоперационной маркировки. А также осуществление рентгенографии удалённого участка – сектора молочной железы, выявление начальных признаков заболевания. Оценка степени распространенности онкопроцесса и характер его роста, оценка состояния второй МЖ. Маммографической диагностики внутрипротоковых патологий МЖ (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019).

Несмотря на эффективность рентгенологического метода, у ряда больных разрешающая способность маммографии снижается. Это наблюдается при выраженных диффузных формах мастопатии у молодых пациенток с плотными молочными железами, при наличии имплантатов, выраженных воспалительных изменениях, при отёке железы и фоновых заболеваниях типа фиброаденоматоза (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019). В таких клинических случаях наиболее информативным является УЗИ молочных желёз.

Мультипараметрическая ультразвуковая диагностика за последние годы заняла ведущие позиции в ранней и дифференциальной диагностике патологии молочных желёз (Родионов В.В, и соавт 2019). Современные методики УЗИ сделали существенный шаг вперёд за счёт передовых технологий (Сенча А.Н., 2018).

Преимуществами ультразвуковых исследований при патологии МЖ являются: безопасность в плане дозовой нагрузки; дифференциальная диагностика солидного и полостного образования (практически 100 % диагностика кист любого размера); оценка состояния силиконовых имплантатов молочных желёз;

обследование молочных желез в острый период травмы или воспаления; визуализация регионарных лимфатических узлов; проведение прицельных пункционных биопсий под объективным визуальным контролем пальпируемых и непальпируемых образований в молочной железе; многократное динамическое исследование в процессе лечения (Озерова О.Е., 2001; Фисенко Е.П. и соавт., 2013; Шевченко Ю.Л. и соавт., 2017). С внедрением цифровых технологий диагностические возможности ультразвукового сканирования расширились благодаря энергетическому доплеру, бесконтрастной и эхоконтрастной ангиографии, эластографии (Гусейнов А.З., 2015).

Точность УЗИ в диагностике патологии МЖ у молодых женщин составляет 95,5 %, а комбинация УЗИ с маммографическим исследованием повышает качество диагностики и точность до 97,7 %, а чувствительность до 99 – 100 % (Wild J.J. et al., 1952; Кованов В.В., 1995; Родионов В.В. и соавт 2019)

УЗИ является ведущим методом среди неионизирующих методов диагностики заболеваний МЖ (Ли С.А. и соавт., 1995; Шевченко Ю.Л. и соавт., 2017). УЗИ безвредно для пациентов, атравматично, не имеет возрастных ограничений (Куницына Т.А., Тахтамыш А.Н., 1995). УЗИ МЖ показано женщинам в возрасте до 39 лет, у которых маммографическое исследование затруднено из – за плотного, однородного фона железы (что встречается у 57 % пациенток). В то же время такая архитектура железы создает благоприятные условия для УЗИ (Кованов В.В., 1995; Родионов В.В. и соавт 2019). Сегодня чувствительность УЗИ в выявлении патологии МЖ колеблется от 69 до 100 %, при специфичности от 86 % до 100 % и точности от 75 % до 100 % (Cassano E. et al., 1997; Svane G.E., 2000). По данным Saitoh R., точность УЗИ возрастает с увеличением размера узлового образования. В настоящее время УЗИ является основным методом диагностики кист МЖ, при этом чувствительность метода составляет 93 – 100 %. Минимальные размеры кисты, выявляемой при УЗИ, равны 2 мм (Heeten den G.J., van Rooij W.J., Roukema J.A., 1993).

Показания к УЗИ молочных желез: комплекс жалоб и симптомы, часто встречающиеся при патологии молочных желез; изменение формы молочной

железы, втяжение соска МЖ, болезненность и дискомфорт молочных желёз; боль в области железы вне зависимости от цикла; патологические выделения из соска молочной железы; пальпируемые новообразования в молочных железах; данные других методов инструментального исследования, свидетельствующие о наличии патологии со стороны молочных желёз; наблюдение в раннем послеоперационном периоде; ежегодное профилактическое обследование – диспансеризация (Сенча А.Н., 2018).

Применение «симбиоза» инструментальных методов (маммографического и ультразвукового) в исследовании МЖ позволяет распознавать патологию в МЖ в 95 – 97 % случаев (Сотникова Л.С., 2011; Шевченко Ю.Л. и соавт., 2017).

При неубедительных результатах снимках маммографии и УЗ-исследованиях МЖ в серошкальных режимах в качестве дополнительных опций могут применяться дуплексное (триплексное) обследование с применением режимов цветового доплеровского картирования, энергетического доплеровского картирования (Weismann C., Mayr C. et al., 2011). УЗИ МЖ с контрастированием обладает высокой чувствительностью, но низкой специфичностью, что приводит к большому количеству ложноположительных исследований.

В настоящее время все чаще стали использовать радиотермометрический метод исследования. Принцип действия радиотермометрии основан на измерении собственного электромагнитного излучения. Радиотермометрия определяет основные формы мастопатии по изменению электропроводности тканей МЖ. Аномально высокая электропроводимость свидетельствует о риске возникновения опухолей, является показанием к дополнительным методам обследования (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019). Приказ МЗ России от 01.12.2005 года №744 радиотермометрия РТМ – 01 – РЭС молочных желёз включен в стандарт медицинской помощи.

Согласно В.К. Боженко (Боженко В.К. и соавт., 2016), причинами различной патологии МЖ могут быть гормональные нарушения систем «гипофиз – щитовидная железа», «гипофиз – надпочечники», нарушение выработки половых гормонов (Боженко В.К. и соавт., 2016). При исследовании патологии МЖ

необходимо включать гормональные исследования, а именно: фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), тиреотропного гормона (ТТГ), свободного Т4, пролактина, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, кортизола крови) (Samoli E., Trichopoulos D. et al. 2013).

В последнее время все чаще стали применять магнитно – резонансную томографию (МРТ). МРТ является современным и высокоинформативным методом диагностики патологических изменений органов человека (Абельская И.С. и соавт., 2016). Недаром великий Н.И. Пирогов вложил столько труда в изучение анатомии поперечных срезов тел, как бы предугадав их будущую роль в диагностическом изображении, полученном при МРТ. Внедрение в клиническую практику магнитно – ядерного резонанса даёт изображение молочных желёз и точно определяет локализации объёмного образования и морфологию поражения (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018).

МРТ позволяет получать изображения срезов молочных желез в любой проекции с высоким разрешением. Высокая специфичность достигается при динамическом исследовании с внутривенным введением контрастных средств. Динамическая МРМ (магнитно – резонансная маммография) с введением контрастных средств позволяет идентифицировать клинически скрытые объёмные образования МЖ на ранних этапах. При исследовании женщины не подвергаются воздействию ионизирующего облучения. (Харченко В.П., Рожкова Н.И., 2009; Рожкова Н.И. и соавт., 2015).

При совместном анализе данных маммографии, сонографии и МРТ молочных желёз диагноз устанавливается в 100 % случаев (Ватанха Сузан Сабир Кызы и соавт., 2017).

В случае выявления образования в МЖ или подозрительных участков на маммограмме с целью дифференции злокачественных процессов осуществляется его пункционная биопсия с последующим морфологическим исследованием. На данный момент используют следующие методы биопсии: тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия; трепанобиопсия; стереотаксическая

биопсия; эксцизионная биопсия. (Коган И.Ю. и соавт., 2008; Волченко Н.Н. и соавт., 2017).

1.5. Консервативные методы лечения ФКМ

Своевременное и эффективное лечение является не только залогом сохранения здоровья женщин, но и позволяет сохранить женскую индивидуальность, психологическое равновесие (Мустафин Ч.К., 2011). В настоящее время для лечения диффузной формы ФКМ применяется широкий спектр лекарственных средств: витаминные, общеукрепляющие препараты, восстанавливающие психоэмоциональное состояние, гормональные препараты (Мустафин Ч.К., 2013). Одна из причин появления ФКМ – недостаточная выработка в организме женщины прогестерона. Низкий уровень данного гормона приводит к отеку соединительной ткани МЖ. В результате этого возрастает капиллярный кровоток, что приводит к напряжению МЖ, проявляющегося ноющими болями. Исходя из этого, в настоящий момент разрабатываются и активно внедряются препараты, способные восстанавливать гормональный статус женщины (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018). Применяется препарат 1 % прогестерон (Прожестожел) и его аналоги. Данный препарат препятствует увеличению проницаемости капилляров под влиянием эстрогенов, увеличивает рост молочных протоков и ацинусов, блокирует быстрые митозы клеток эпителия, спровоцированные эстрогенами (Овсянникова Т.В., 2017). В результате такого фармакологического действия уменьшается отёк ткани МЖ, отсутствуют жалобы, характерные для мастопатии. Также блокируются рецепторы пролактина в ткани МЖ, что приводит к снижению лактопоза. Локальное применение данного препарата не оказывает системного воздействия на весь организм. Результативность прожестожеля доказана многочисленными исследованиями (Харченко В.П., Рожкова Н.И., 2009). Эффективным лекарственным препаратом для лечения ФКМ является индинол форте. Данный препарат используется для патогенетической и противорецидивной терапии гиперпластических изменений в тканях МЖ и иных эстрогензависимых органов (David R. Gratta, Endocrinol J., 2015) Из действующих препаратов также необходимо отметить мастодион –

лекарственное средство на растительной основе, в составе которого содержится несколько растений, которые оказывают понижающее влияние на уровень пролактина в железистой ткани МЖ. Это единственный препарат, который возможно применять одновременно для лечения доброкачественных патологий молочных желёз и гинекологических заболеваний (Овсянникова Т.В., 2017; Webster D.E. et al., 2011). Мастопол – препарат в комбинации из 3 растительных и 1 минерального компонентов с подтверждённой и доказанной эффективностью в лечении доброкачественных заболеваний МЖ. Данный препарат оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, иммуномодулирующее, антиоксидантное и противоотечное действие (Рожкова Н.И. и соавт., 2015; Сотникова Л.С. и соавт., 2016; Кузнецова И.В., 2017). Мастопол показал высокую эффективность в лечении масталгии и диффузных доброкачественных изменений молочных желёз. После применения данного препарата положительная динамика наблюдается в кратчайшие сроки (Рожкова Н.И., Бурдина И.И. и соавт., 2015). Препарат фемигландин, в состав которого входит масло примулы вечерней и альфа – токоферол, купирует масталгию. Также показано применение фемивелла при недоразвитии МЖ при дисфункции яичников в целях профилактики онкологических заболеваний МЖ. Кламин, ламинари слоевища, фитолон, ольхон – 3, кошачий коготь, вобэнзим, веторон – Е, Макси Байкал – данные препараты обладают онкопрофилактическими, иммуностимулирующими, гепатопротекторными действиями, восстанавливают липидный обмен, снижают болевой синдром и применяются в комплексном лечении мастопатии (Сотникова Л.С. и соавт., 2016; Кузнецова И.В., 2017; Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018).

1.6. Хирургические методы лечения кист молочных желёз

При отсутствия положительной динамики консервативного лечения ФКМ с преобладанием кистозного компонента возникает необходимость в применении более радикальных методов лечения – применение хирургических методов (Шевченко Ю.Л. и соавт., 2017). Показания к хирургическому лечению фиброзно – кистозной мастопатии: при узловых пролиферативных формах ФКМ; при кистах свыше 2,0 см; при рецидивах (повторных наполнениях кист молочных желёз, после

ранее проведённой тонкоигольной пункционной биопсии с аспирацией содержимого кисты); присутствие микрокальцинатов на маммографических снимках; нет положительной динамики после проведённого консервативного лечения; наличие пристеночного компонента в кисте ((Шевченко Ю.Л. и соавт., 2017). Методические рекомендации по профилактике рака молочной железы. Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы». Москва. 2018).

Наиболее используемым методом хирургического лечения ФКМ в настоящее время является секторальная резекция МЖ, заключающийся в удалении сектора МЖ, содержащего кисту или несколько кист ((Шевченко Ю.Л. и соавт., 2017; Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2019). Недостатками такого метода является значительная травматичность операции, относительно длительный срок пребывания в стационаре (в среднем 5 – 8 дней), необходимость общей анестезии, возможный риск возникновения послеоперационных осложнений, таких как кровотечение; появление лимфореи; нагноение послеоперационной раны. В отдалённом периоде после секторальной резекции могут наблюдаться осложнения: нарушение архитектоники МЖ, приводящее к патологии лактации (Хусаинова Т.Н. и соавт., 2009). Из эстетических дефектов наблюдаются деформация МЖ, келоидные рубцы. Сам факт наличия рубцов на молочной железе может влиять на психоэмоциональное состояние пациенток. Также есть риск появления дефекта в МЖ, который приведёт в дальнейшем к дискомфорту в ношении специальной одежды у женщин, проходящих службу, или формы, необходимой при определённой специфике выполняемых работ (Староконь П.М. и соавт., 2019).

На современном этапе развития клинической медицины многие оперативные пособия носят малоинвазивный характер: пункции под контролем УЗИ, эндовидеохирургические, внутрисосудистые и внутрисветные операции и т.д. Все шире применяются малоинвазивные хирургические технологии (Франк Г.А. и соавт., 2014; Мурунова Ю.Н. и соавт., 2017; Азиззода З.А., и соавт., 2019). Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в настоящее время отсутствует единая точка зрения на показания к оперативному лечению пациентов с кистами

различной локализации. При этом повысилась роль малоинвазивных методик, к которым относятся чрескожные пункционные вмешательства под УЗ-контролем (Толстиков А.П., Захарова А.В., 2010; Вишневский В.А. и соавт., 2010; Глухов А.А. и соавт., 2013).

Ещё более 100 лет назад А.А. Китер рекомендовал лечить кисты пункциями с последующем ведением в полость кисты настойки калия йодида. Reclus (1883) предлагал проводить пункции с целью диагностики кист и «плотных опухолей». Данная методика являлась не только диагностической, но и терапевтической (Арабчян М.И. и соавт., 2018).

Зарубежные исследования подтверждают эффективность процедуры пункционно – аспирационной биопсии (ПАБ) в диагностике и лечении патологических доброкачественных образований (Мурунова Ю.Н и соавт., 2017). ПАБ является надёжным методом, который отвечает современным требованиям онкохирургии (Абунагимов В.М., 2016; Азиззода З.А. и соавт., 2019).

Длительное время применялся метод склерозирования кист 96 % этанолом. Необходимо отметить, что данный метод имеет ряд недостатков, что не способствовало его широкому внедрению (Толстиков А.П., Захарова А.В., 2010; Вишневский В.А. и соавт., 2010; Глухов А.А. и соавт., 2013). Прежде всего, это относительно высокая токсичность препарата и деструктивное действие на протоки молочных желёз. Отмечен высокий болевой порог при склеротерапии этанолом. После проведения методики могут формироваться остаточные полости. При применении этанола в качестве склерозанта отмечено дубильное воздействие его на стенку кисты, что препятствует обратной резорбции жидкости из остаточной полости и не способствует спадению стенок полости кисты. Данное обстоятельство является прямым путём к рецидиву заболевания (Зотов А.С. и соавт., 2005).

В клинической практике использовались и другие склерозанты, но необходимо отметить, что каждый из них имел свои преимущества и недостатки, что не позволяло их применять широко (Толстиков А.П., Захарова А.В., 2010; Вишневский В.А. и соавт., 2010; Глухов А.А. и соавт., 2013). Так определённые надежды возлагают на хирургический клей «Сульфакрилат», выпускающийся

отечественной промышленностью. Способ малоинвазивного хирургического лечения кист МЖ включает пункцию кисты МЖ под УЗ–контролем, аспирацию содержимого кисты, введение в полость кисты хирургического клея "Сульфакрилат". После накопления препарата происходит склерозирование кисты МЖ. Рассасывание клея полностью происходит к 30 – 45 дню после введения (Харченко В.Н. и соавт., 1998)

В качестве склерозирующего вещества используется газ «озон». Озонотерапия – один из способов склерозирования кист МЖ с использованием озонкислородной смеси под УЗ–контролем. Вводится в полость кисты озонкислородная смесь (40 – 80 мкг/мл). При использовании данного способа происходит облитерация стенок кистозной полости. Озон обладает антивирусным, антибактериальным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием. Озонотерапия особо эффективна при наличии воспалительных процессов в кисте МЖ. Однако данную методику необходимо проводить в условиях операционного блока под УЗ–навигацией и рентген аппарата, далеко не каждое лечебное учреждение может позволить себе такие условия. Сложной является возможность хранения, закупка, доставка данной огнеопасной, дорогостоящей смеси в лечебное учреждение (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018).

Используются и другие способы введения склерозирующих веществ в полость кисты. Широкое применение получил пункционный метод (Мурунова Ю.Н. и соавт., 2017). Эффективность данного метода способствовала внедрению в медицинскую практику методов визуального контроля за точностью выполнения данной методики. Это стало возможным с внедрением ультразвуковых методов навигации, которые повышают возможность с высокой точностью произвести пункцию кист, аспирацию, точное введение склерозирующего вещества как по топографии, так и по объёму (Иванов В.А., 2008; Азиззода З.А., и соавт., 2019). Применяется способ лечения кист МЖ, согласно которому склерозант вводят по катетеру, проведённому в сосок МЖ сквозь млечный синус и далее в долевого проток и полость кисты (Зубкин В.И. и соавт., Способ лечения кисты молочной железы. Патент РФ № 2185198. 2002). Данный метод не получил широкого

распространения в клинической практике, так как при введении катетера сквозь протоки молочных желёз (проведённого через сосок) происходит повреждение (воспаление) стенок протоков, что ведёт в дальнейшем к нарушению оттока молока из долек молочных желёз у кормящей матери, вследствие чего происходит лактостаз, который может осложниться в дальнейшем маститом. Данный способ категорически не подходит молодым женщинам, которые планируют беременность (Долгих Р.Н. и соавт., 2018).

Однако применение склерозирующих веществ, в том числе этилового спирта или сульфакрилата, требует осторожности, поскольку их действие не столь однозначно. Кроме выраженных болевых ощущений, их применение инициирует ряд эффектов на тканевом и клеточном уровне, что требует дополнительного изучения. Вышеуказанные методики не используются для лечения многокамерных и рецидивирующих кист МЖ. В связи с этим единственным способом их лечения является выполнение секторальной резекции МЖ (Шабаев Р.М. и соавт., 2017).

В настоящее время перспективным малоинвазивным методом хирургического лечения ФКМ является введение в полость кистозных образований под УЗ–навигацией раствора натрия тетрадецилсульфата. Данный препарат обладает выраженным склерозирующим действием и широко применяется в флебологии при лечении различных форм варикозной болезни (Савельев В.С. и соавт., 2013). Применяется 1 % раствор препарата. Объем вводимого раствора склерозанта составляет от 0,25 до 1,0 мл. За один сеанс склерозируют не более 6 кист. Объем кист и их топика определяются с помощью УЗИ, что позволяет более полноценно облитерировать их полость склерозантом. (Шабаев Р.М., Староконь П.М. Способ хирургического лечения кист молочной железы. Патент № 2017136931. 2018).

В клинической практике все шире применяются медицинские лазеры. Их внедрение позволило решить целый ряд задач: снизить травматичность оперативных вмешательств, уменьшить риск интраоперационных кровотечений, повысить общие результаты лечения, снизить частоту инфекционных осложнений и т.д. (Староконь П.М. и соавт., 2018). Лазеры нашли своё применение при лечении

ФКМ. Так, разработан способ термотерапии кист МЖ с использованием лазера. Данный метод хирургического лечения основан на воздействии лазерного излучения на кисту МЖ (биологическую ткань). При отсутствии признаков злокачественного роста под ультразвукографическим контролем в кисту (образование) полипозиционно вводят ряд игл – проводников размером 14 G. Число игл равно количеству зон лазерного воздействия. После расположения игл – проводников производят поэтапное (через канал каждой иглы) воздействие на стенку кисты высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 805 нм в непрерывном режиме мощностью 1,5 – 2,0 Вт в течение 5 – 10 минут. Подведение лазерного излучения осуществляют с помощью гибкого кварцевого световода диаметром 600 мкм. При выполнении лазерной термотерапии после извлечения световода из канала последней иглы – проводника создают дозированную компрессию тканей молочной железы на 2 часа путём наложения давящей повязки (Ануфриева С.С. и соавт., 2007).

Необходимо отметить, что на современном этапе развития клинической медицины применение малоинвазивных хирургических технологий лечения ФКМ приобретает все более широкое распространение (Староконь П.М., Шабает Р.М., 2019). Прежде всего это стало возможным с развитием внутритканевой навигации и контроля за выполнением технологии. Широкое применение в клинике современных УЗ аппаратов, мобильность их использования, высокая точность навигации выполняемых технологий позволяет эффективно внедрять малоинвазивные методы хирургического лечения ФКМ (Иванов В.А., 2008; Азизода З.А. и соавт., 2019). Проведённые исследования отдалённых результатов лечения мастопатии с применением малоинвазивных технологий подтвердили их высокую эффективность (Староконь П.М. и соавт., 2018).

1.7. Исследование качества жизни, психоэмоционального состояния в хирургии

Одним из важных факторов реализации национальной программы по повышению здоровья нации является качество жизни (Каприн А.Д., Рожкова Н.И., 2018). В медицинской литературе за рубежом используется термин «related quality

of life» – «качество жизни, связанное со здоровьем» (Пушкарь Д.Ю., 2005; Burt R. et al., 2003).

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии (Новик А.А. и соавт., 2007; Bowling A. et al., 1996; Lepège A. et al., 2004). Данный метод достаточно широко стали использовать в медицине для экспертизы, внедрения новых методик и изучения социальных вопросов (Новик А.А. и соавт., 2007).

В последнее десятилетие практически все многоцентровые рандомизированные исследования по сравнению эффективности различных программ терапии наряду с традиционными клиническими критериями изучения эффективности лечения включают оценку качества жизни (Жаров М.А., 2008; Шакирова А.Р., 2010).

В настоящее время во всех разделах медицины уделяется большое внимание оценке самочувствия пациентов. Показателями эффективности любого вида лечения являются физикальные данные, лабораторные показатели и нередко просто отсутствие жалоб (Добровольский С.Р., 2008; Макушкин Р.З. и соавт., 2009). До последнего времени результаты лечения в общем и хирургического в частности оценивали, в основном исходя из результатов традиционных клинических исследований. При этом не учитываются психоэмоциональные, физические и другие важные субъективные параметры здоровья пациентов. В настоящее время исследование КЖ, связанного со здоровьем, признано важной составляющей комплексной оценки эффективности хирургического лечения. При этом полагают, что качество жизни объективно отражает восприятие человеком его физического, психологического, эмоционального и социального функционирования (Вон С.Д., 2011; Серикова С.Н., 2012).

Степень воздействия метода лечения на состояние здоровья зависит от характера заболевания, а выбор хирургического вмешательства или консервативного лечения обусловлен наличием абсолютных или относительных показаний или противопоказаний (Добровольский С.Р. и соавт., 2008; Староконь

П.М., Шабает Р.М., 2019). Исследования, посвященные этой тематике, показывают, что оценка качества жизни, сделанная больным, часто не совпадает с оценкой, которая дана врачом. Расхождение при этом составляет 20 – 60 %. (Вон С.Д., 2011).

Хирургические методы лечения всегда предполагают необходимый уровень готовности пациента к временному дискомфорту, а также к определенному риску во имя будущего улучшения. Проблема изучения качества жизни оперированных больных в последнее время стала приобретать все большее значение в клинической хирургии (Шакирова А.Р., 2010; Д.М. и соавт., 2009). Большинство исследователей используют оценку качества жизни больных как интегральный показатель эффективности метода хирургического лечения (Кубышкин В.А. и соавт., 2006; Сосницкая Д.М. и соавт., 2013).

Турко Т.В. (2004) в своём исследовании доказала, что качество жизни у больных непаразитарными кистами печени ниже, чем у здоровых людей. Сравнение качества жизни у больных с различными методиками оперативного лечения не изучали.

Нельзя оставить без внимания также психоэмоциональный статус пациентов, которые оцениваются с помощью шкал самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина (адаптирована на русский язык Ю.Л. Ханиным) и шкалы психосоциального стресса Л.Ридера (Смирнова Л.Е. и соавт., 2015; Кузьмина О.И., Дружинина А.В., 2016). Предлагаемая шкала Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина (шкала самооценки уровня тревожности) является методом самооценки уровня тревожности в настоящий момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагируя состоянием тревоги. Реактивная тревожность определяется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, иногда — тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными, невротическими срывами и

психосоматическими заболеваниями. Тревожность не является изначально негативным феноменом. Определённый уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги». Шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина состоит из двух частей, отдельно оценивающих реактивную тревожность (РТ, высказывания № 1 по 20) и личностную тревожность (ЛТ, высказывания № 21 по 40) (Кузьмина О.И., Дружинина А.В., 2016).

Опросник психосоциального стресса Л. Ридера представляет собой шкалу, при обработке данных, полученных с помощью этой шкалы, подсчитывается сумма баллов по всем 7 пунктам, которая затем делится на 7. Этот средний балл вычитается из 4. В результате определяется показатель психосоциального стресса, который может варьироваться от 0 до 3 баллов. В зависимости от этого показателя испытуемого относят к группе с высоким, средним или низким уровнем психосоциального стресса (Смирнова Л.Е. и соавт., 2015).

Многообразие подходов к выбору лечебной тактики, различные варианты хирургических вмешательств, развитие современных методов хирургии заставляют задуматься над исследованием оптимального выбора лечения кист молочных желёз (Староконь П.М., Шабает Р.М., 2019).

С целью внести ясность по ряду неизученных проблем и улучшить результаты лечения больных с кистами молочных желёз, мы и предприняли данное исследование.

Фиброзно – кистозная мастопатия - широко распространенная патология женской репродуктивной системы. Наличие данной патологии является высокой зоной риска перерождения в злокачественное новообразование. Широкое применение методов хирургического лечения ФКМ является стимулом для поиска наиболее эффективных современных технологий. Часто применяемая секторальная резекция МЖ не приносит желаемого результата. Болевой синдром, нарушение архитектоники МЖ, косметологические дефекты, послеоперационные осложнения - данные моменты присущи при применении секторальной резекции. Такие симптомы практически отсутствуют при применении малоинвазивных методов

хирургического лечения: лазерной абляции кистозных компонентов и склеротерапии с применением современных склерозантов. Данные методики подтвердили свою эффективность, доступность, а также хорошие отдаленные результаты.

Проанализировав современную литературу, можно сделать вывод, что в настоящее время в литературе практически отсутствуют новые данные о современных хирургических малоинвазивных технологиях лечения ФКМ, а те малоинвазивные хирургические методы, которые были приведены выше, были открыты и применены в XX и в начале XXI века. Например, такой метод как склерозирование кист молочных желёз 96 % этиловым спиртом был открыт ещё 100 лет назад. Во многих лечебных учреждениях до сих пор применяются исключительно резекционные методики лечения ФКМ. В то же время применение малоинвазивных технологий подтвердило свою эффективность.

Суммируя вышеизложенное, можно сказать что изучение и внедрение современных малоинвазивных методик лечения ФКМ с преобладанием кистозного компонента является актуальной технологией профилактики озлокачествления патологического процесса. Основоположник отечественной онкологии академик Н.Н. Петров писал: «Мы знаем так много о причинах рака, что не только возможно, но и совершенно необходимо поставить противораковую борьбу на рельсы профилактики».

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования

Исследование ретроспективное, проспективное, рандомизированное, контролируемое. Продолжительность работы – 4 года. Исследование одобрено местным комитетом по этике. Исследование проходило в онкологическом

отделении ЛПУ г. Голицыно и на клинических базах кафедры хирургии с курсом онкологии и лучевой диагностики филиала ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ (г. Москва).

Критерии включения. В исследование включались пациентки старше 18 лет, поступившие в лечебное учреждение с кистами МЖ – фиброзно–кистозной мастопатией для оперативного лечения. Всем пациенткам перед лечением проводилось УЗИ молочных желез, маммографическое исследование, определялся гормональный статус, проводились общеклинические исследования. При выявлении патологий со стороны МЖ проводилось лечение в ЛПУ. Полученные данные обследования сопоставляли между группами больных с учетом их репрезентативности.

Критерии исключения. Наличие у пациенток злокачественного новообразования МЖ. Также не включались в исследование пациентки после лечения злокачественных новообразований, беременные и кормящие женщины. Кроме того, исключались пациентки с хирургической менопаузой после ранее проведенных оперативных вмешательств, таких, как тиреоидэктомия, экстирпация матки, овариоэктомия.

2.2. Общая характеристика клинических наблюдений

В работе использованы исследовательские материалы, полученные в ведомственном ЛПУ (г. Голицыно) и на клинических базах кафедры хирургии с курсом онкологии и лучевой диагностики филиала ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ (г. Москва) с 2011 по 2019 гг.

Для полноты исследования проведён ретроспективный анализ 214 историй болезни пациенток, проходивших лечение по поводу ФКМ с кистозным компонентом с 2011 по 2016 гг. в онкологическом отделении ЛПУ (г. Голицыно).

За весь период с 2011 по 2019 гг. с ФКМ хирургическое лечение проведено 517 пациенткам. Виды оперативных вмешательств, выполненные по поводу изучаемой патологии, распределились следующим образом (табл. 1). Около 70 % больных выполнялось традиционное оперативное пособие – секторальная резекция молочной железы. Около 30 % женщин с ФКМ вмешательство проведено

малоинвазивным оперативным пособием. Клинические исследования пациенток проводились в ЛПУ комплексно, учитывая возраст, длительность основного заболевания, анамнез, наличие сопутствующих заболеваний и ранее проводимых оперативных вмешательств.

Таблица 1 – Операции при фиброзно – кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента, выполненные за период 2011 по 2019 гг.

Наименование операции	Количество	%
Секторальная резекция МЖ	359	69,4
Лазерная абляция – коагуляция кист МЖ	76	14,7
Склерозирование кист МЖ	82	15,9
Всего	517	100

С 2016 по 2019 гг. проводили проспективное исследование, в работу которого внесены результаты лечения 303 женщины с фиброзно – кистозной мастопатией (ФКМ). Возраст пациенток составил от 21 до 67 лет (средний возраст $40,6 \pm 2,1$ лет). Распределение женщин с ФКМ по возрасту представлено в таблице 2. Все пациентки госпитализировались в стационар в плановом порядке или находились на амбулаторном лечении с диагнозом фиброзно – кистозная мастопатия.

Все пациентки предъявляли жалобы на эпизодические тянущие боли в молочных железах. Характер и локализация болей были различными. Так, 97 женщин (32 %) предъявляли жалобы на боли в левой молочной железе. У 67 женщин (22 %) имелись жалобы на тянущие боли в правой МЖ. У 103 (34 %) женщин боли локализовались в обеих МЖ. 36 женщин (12 %) не предъявляли жалоб на боли в молочных железах. Они предъявляли жалобы на наличие самих кист молочных желёз (табл. 3). У 115 женщин (38 %) отмечено отделяемое зеленоватого цвета из сосков МЖ. Большинство из обследованных женщин (264 - 87 %) открыто заявляли о наличии различных психоэмоциональных расстройств (нарушение сна, периодическая тревога, проблемы на работе (службе), постоянная усталость, апатия и т.д.).

Таблица 2 – Возраст оперированных пациенток

Возраст, лет	Абсолютное	%
21 – 30	23	7,6
31 – 40	108	35,6
41 – 50	119	39,3
51 – 60	46	15,2
61 – 67	7	2,3

В результате исследования установлено, что кисты молочных желёз малого размера (менее 2 см) практически не имеют клинической симптоматики. Большинству женщин ранее лечение по поводу ФКМ не проводилось. 203 женщины (67 %) ранее получали консервативное лечение. Проводимое лечение было несистематическим, не более 3 – 5 мес., с временным эффектом. Длительность заболевания ФКМ в среднем составляла около $4,7 \pm 1,3$ лет.

Таблица 3 – Распределение пациенток в зависимости от локализации болей в молочных железах

Локализация	Абсолютное	%
Боли в левой молочной железе	97	32
Боли в правой молочной железе	67	22
Боли в обеих молочных железах	103	34
Жалобы не предъявляли	36	12
Всего пациенток	303	100

По характеру происхождения у всех пациенток кисты были истинными серозными. Локализация кист молочных желёз: в правой молочной железе - у 82 пациенток (27,1 %), в левой молочной железе - у 56 пациенток (18,5 %), в обеих молочных железах - у 165 пациенток (54,4 %) (табл. 4).

Таблица 4 – Локализация кист молочных желёз

Локализация	Результаты
-------------	------------

В правой молочной железе	82 (27,1 %)
В левой молочной железе	56 (18,5 %)
В обеих молочных железах	165 (54,3 %)
Всего пациенток	303 (100 %)

Важным является расположение кист в МЖ (табл 5). Так, распределение кист МЖ по квадрантам: в верхне – наружном квадранте МЖ у - 161 пациенток (53 %), в верхне – внутреннем квадранте МЖ у 73 пациенток (24 %), в нижне – наружном квадранте МЖ у 42 пациенток (14 %), в нижне – внутреннем квадранте - у 27 женщин (9 %).

Таблица 5 – Локализация кист по квадрантам молочной железы

Локализация	Результаты
Верхне – наружный квадрант молочной железы	161 (53 %)
Верхне – внутренний квадрант молочной железы	73 (24 %)
Нижне – наружный квадрант молочной железы	42 (14 %)
Нижне – внутренний квадрант молочной железы	27 (9 %)
Всего	303 (100 %)

Множественные кисты МЖ имелись у 202 (66,6 %) женщин. Единичные кисты - у 80 пациенток (26,4 %), а у 21 (7 %) женщин наблюдалось по две – три кисты (табл. 6).

Таблица 6 – Распределение больных в зависимости от количества кист молочных желёз

Показатели	Результаты
Множественные кисты	202 (66,6 %)
Единичные кисты	80 (26,4 %)
По две – три кисты	21 (7 %)
Всего пациенток	303 (100 %)

При множественных кистах МЖ их размеры колебались от 0,3 до 5,0 см. Диаметр солитарных кист МЖ определён в пределах от 1,0 до 3,0 см. Солитарные

или единичные кисты МЖ размером менее 1,0 см были выявлены у 85 (28,1 %) больных, от 1,0 до 2,0 см. – у 125 (41,2 %), от 2,0 – 3,0 см. – у 59 (19,5 %), более 4,0 см. – у 34 (11,2 %) пациенток (табл. 7).

Таблица 7 – Распределение пациенток в зависимости от размеров кист молочных желёз

Показатели	Результаты
Кисты размером менее 1,0 см	85 (28,1 %)
Кисты размером от 1,0 см до 2,0 см	125 (41,2 %)
Кисты размером от 2,0 см до 3,0 см	59 (19,5 %)
Кисты размером более 4,0 см	34 (11,2 %)
Всего	303 (100 %)

При детальном обследовании установлено, что 203 (67,3 %) пациентки имели в анамнезе перенесённые операции: на органах репродуктивной системы, секторальные резекции МЖ, гинекологические операции.

Всем поступившим пациенткам производился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. При исследовании гормонального статуса выявлено отклонения от нормы у значительного числа обследованных женщин (табл. 8).

Таблица 8 – Отклонения в гормональном статусе исследуемых пациенток

Показатели ниже допустимых значений	Число пациенток (%)
Гормоны щитовидной железы	118 (38,9 %)
Пролактин	106 (34,9 %)
Лютеинизирующий гормон	15 (5 %)
Фолликулостимулирующий гормон	21 (6,9 %)
Эстрадиол	103 (34 %)
Всего пациенток	303 (100 %)

При обследовании гормонов щитовидной железы выявлялись отклонения как в сторону повышения, так и в сторону понижения. Изменения пролактина, лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона были только в

сторону повышения. Тестостерон, РЭА, СА 125, СА 15-5 были в пределах допустимых значений.

Определялась степень поражения органов и систем, особенности возрастных изменений. Именно сопутствующая патология может влиять на исход лечения.

Исследование сердечно – сосудистой системы выполнялось с помощью электрокардиография (ЭКГ), при необходимости выполнялось эхокардиография (ЭХО–КГ), систематически измерялось артериальное давление и подсчитывался пульс. Проводилось УЗИ органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства, щитовидной железы, молочных желёз, регионарных лимфатических узлов. Проводили дополнительные консультации узких специалистов по профилю сопутствующего заболевания. Все их рекомендации выполнялись (дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования).

У 64 пациенток (21 %) имелась отягощённая онкологическая наследственность: у ближайших кровных родственников имелись злокачественные новообразования МЖ или женских половых органов (табл. 9).

Таблица 9 – Отягощённый анамнез и сопутствующая патология репродуктивной системы у пациенток с ФКМ

Показатели	Число пациенток (%)
Рак МЖ или рак женских половых органов у ближайших родственников	64 (21 %)
Сопутствующие заболевания со стороны эндокринной системы	101 (33,3 %)
Искусственные аборты (в анамнезе)	49 (16 %)
Перенесённые гинекологические заболевания в анамнезе	184 (60,6 %)
Миома матки	191 (63 %)
Всего	303 (100 %)

Аборты (искусственные) в анамнезе отмечены у 49 пациенток (16 %). У 184 женщин (60,6 %) в анамнезе жизни имелись указания на перенесённые ранее гинекологические заболевания, среди которых наиболее часто встречались псевдоэрозии шейки матки — у 132, и хронические воспалительные процессы придатков — у 52 пациенток.

Также наблюдалась высокая частота гиперпластических процессов гениталий, что отражает известное положение об увеличении с возрастом числа гиперпластических заболеваний женских половых органов. Ведущее место занимала миома матки, которая наблюдалась у 191 больных (63 %). Также у 101 исследуемых женщин (33,3 %) имелась сопутствующая патология со стороны эндокринной системы.

Из 303 исследуемых пациенток у 215 (71 %) были диагностированы сопутствующие заболевания: алиментарное ожирение, патологии со стороны сердечно – сосудистой системы; заболевания органов малого таза, патологические изменения со стороны эндокринной системы, мочекаменная болезнь, заболевания системы органов дыхания, варикозная болезнь нижних конечностей и др. Данные о сопутствующей патологии представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Сопутствующие заболевания

Показатели	Абс.	%
Наличие алиментарного ожирения I, II, III степени	101	33,3
Гипертоническая болезнь	67	22,1
Обструктивный бронхит	11	3,6
Пневмосклероз	68	22,4
Миома матки	157	51,8
Кисты яичников	89	29,4
Сахарный диабет	12	4,0
Варикозная болезнь нижних конечностей	24	7,9
Мочекаменная болезнь	16	5,3
Два и более сопутствующих заболеваний	186	61,3
Всего	215	71

Комбинация из нескольких сопутствующих заболеваний наблюдалась у 186 пациенток, что создавало дополнительные сложности в их лечении.

Первый этап. Женщинам, поступающим на лечение в ЛПУ, вне зависимости от профиля лечения, обязательно проводили УЗИ молочных желёз, если возраст женщины составляет до 39 лет, а женщинам старше 39 лет выполнялось маммографическое исследование. В случае выявления образований молочных

желёз женщины в обязательном порядке направлялись на консультацию к хирургу – онкологу.

Второй этап. Консультация хирурга – онколога. Задача данного специалиста заключается в сборе анамнеза и выявлении факторов риска, общего визуального осмотра, осмотра и пальпации МЖ в положении стоя и лёжа, определении гормонального статуса пациентки (уровня в сыворотке крови тиреотропного гормона, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, пролактина, эстрадиола, прогестерона), назначений дополнительных клинических исследований (инструментальных, лабораторных). При необходимости выполнялись консультации эндокринолога, гинеколога.

Третий этап. Проводилась пункционно – аспирационная биопсия (ПАБ) кистозных компонентов под УЗ–навигацией с целью дальнейшего цитологического обследования взятого материала на наличие атипичных клеток. После получения цитологического заключения определялась дальнейшая тактика ведения пациентки.

Четвёртый этап. В случае отсутствия атипичных клеток в кистозных компонентах молочных желёз пациенткам с непролиферативными узловыми формами ФКМ проводили консервативную терапию. При отсутствии объективного эффекта консервативного лечения выполнялось хирургическое вмешательство. В нашей практике проводилась лазерная абляция–коагуляция кист молочных желёз или выполнялась склеротерапия под УЗ–навигацией. Данная операция способствует предотвращению озлокачествления кистозного компонента молочной железы. При необходимости назначались контрольные обследования в условиях ЛПУ через полгода. После выписки пациентка находилась под динамическим наблюдением врачей по месту службы, при этом в обязательном порядке проводились курсы комплексной патогенетической терапии, направленные на стабилизацию гормонального и иммунного гомеостаза, функции ЖКТ, состояния центральной и вегетативной нервных систем.

2.3. Диагностическая программа при фиброзно – кистозной мастопатии

Все пациентки включались в исследования исключительно на основании

результатов клинического, эхографического и маммографического обследований с диагнозом: фиброзно – кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента. Все пациентки были с сохранённым менструальным циклом. Обследование женщин проводилось до и после оперативного лечения по следующей схеме: анализ анамнестических данных; осмотр; пальпация молочных желёз с оценкой клинической симптоматики; рентгенологическое исследование МЖ; УЗИ молочных желез с измерением объёма кист. После хирургического лечения каждые три месяца до года (на 3, 6, 12 мес.) проводились контрольные осмотры, пальпации МЖ с оценкой клинической симптоматики и контрольными УЗИ. Всего в исследование включены 303 пациентки, пролеченные и наблюдавшиеся после операции по вышеописанной схеме. Все обследования проводились в первой половине менструального цикла.

В рамках данной работы проведено клиническое исследование качества жизни и психоэмоционального статуса пациенток, перенёсших оперативное лечение по поводу ФКМ с применением различных хирургических технологий.

С целью диагностики и наблюдения за динамикой процесса и результатами лечения всем женщинам в ЛПУ выполнялось комплексное обследование, включающее общеклинические, специальные лабораторные и инструментальные методы исследований. Клинические лабораторные методы включали: общий анализ крови и анализ мочи, биохимический анализ крови, определялся гормональный статус женщин. При оценке клинической картины болезни учитывались такие субъективные проявления, как слабость, утомляемость, снижение работоспособности, повышенная раздражительность, наличие болевых ощущений в молочных железах, снижение веса, расстройства со стороны желудочно – кишечного тракта в виде ухудшения аппетита, тошноты, наличие кожного зуда. Визуально определялась окраска кожного покрова молочных желёз. Мануально в динамике оценивались размеры, положение, форма, консистенция и характер поверхности молочных желёз.

Для определения функции молочных желёз и гормонального статуса определяли уровень пролактина, эстрадиола, лютеинизирующего гормона,

фолликулостимулирующего гормона, тестостерона, тиреотропного гормона, ТЗ (св.), Т4 (св.), АТ ТПО в сыворотке крови. Всем выполнялось исследование раково – эмбрионального антигена, СА 125, СА 15 – 3, наличие генетической мутации генов BRCA 1/2 при наличии отягощённого родственного анамнеза. Также проводились электрокардиография, эхокардиография, УЗИ молочных желёз, щитовидной железы, регионарных лимфатических узлов, малого таза, органов брюшной полости и маммографические исследования (после 39 лет), МРТ молочных желёз.

Ультразвуковое обследование. Ультразвуковое исследование молочных желёз, щитовидной железы, органов брюшной полости и малого таза выполнялось на аппаратах ALOKA SSD 5500 и LOGIQ S6 GE. Ультразвуковое исследование проводилось в режиме реального времени спектральными, энергетическими и цветными модулями. Для визуализации образований молочных желёз применяли высокочастотные линейные датчики с фокусным расстоянием 0,5 – 2,5 см при ширине 5 x 5 см.

Для получения лучшей визуализации и корректной информации о наличии или отсутствии образований молочных желёз, малого таза пациенткам, как правило, проводилось обследование на 4 – 9 день менструального цикла. УЗИ молочных желёз выполнялось, лежа в положении рук за головой. Визуализировались и сканировались все квадранты МЖ, в случае выявления образований (кист) определялся их размер, детально изучалось выявленное образование, наличие или отсутствие патологического кровотока, саму структуру эхогенности образования, характеристику содержимого кисты (наличие или отсутствие в ней дополнительных образований). Ультразвуковая ангиография позволяла нам получать качественное изображение сосудистых структур, визуализировать и оценить кровотоки, в том числе и в сосудах опухоли. Для характеристики кровотока использовали два параметра: индекс резистентности и индекс пульсационный. Проводились сканирование и визуализация регионарных коллекторов лимфатической системы молочных желёз, наличие или отсутствие

патологически изменённых лимфатических узлов. Определялась их дифференцировка.

Лучевые методы диагностики. Для исследования МЖ применялась цифровая маммография. Изображение получали на мониторе, тем самым исключали фотолабораторный процесс. Процедура проводилась в специально оборудованном кабинете. Цифровая маммография позволяла более детально провести исследование МЖ, уменьшала лучевую нагрузку на организм. Обследование проводили в первой фазе менструального цикла. В среднем длительность процедуры составляла 10 минут. Использовали специальные кассеты с усиливающими экранами и гаммаграфической плёнкой. Данная методика позволяла нам детально распознавать начальные проявления злокачественных и доброкачественных образований.

Обзорную рентгенографию выполняли в двух проекциях: прямой и косой (с ходом пучка излучения под углом 45 градусов). Это позволяло получить максимальную информативность о структуре МЖ. При необходимости выполняли снимок в боковой проекции для уточнения локализации образования. Также проводили прицельную рентгенографию для оценки состояния отдельных участков образований, оценивали его структуру, состояние контуров, определяли известковые включения. Цифровая маммография позволяла нам использовать только дополнительные опции в программе, а не выполнять дополнительные рентгенологические снимки, чем уменьшалась лучевая нагрузка. В случае выявления увеличенных регионарных лимфатических узлов нами использовался рентгенографический метод исследования мягких тканей.

Методика выполнения исследования. Пациентка вставала перед аппаратом в положении стоя, лаборант фиксировал грудь и иногда просил ненадолго задержать дыхание. Живот пациентки прикрывался свинцовым фартуком для защиты половых органов от излучения. Молочную железу укладывали на специальную пластину, под которой находился излучатель рентгеновских лучей, а сверху МЖ прижималась другой пластиной. Это необходимо было для увеличения площади исследуемой плоскости железы. Фиксация груди делалась по нескольким

причинам: выровнять неровности; получить более чёткое изображение; увеличить чёткость изображения уплотнений, чем меньше слой ткани, тем меньше излучения необходимо, чтобы её просканировать.

Каждую МЖ проверяли отдельно. Снимки делались в двух проекциях. При необходимости выполняли снимки в дополнительных проекциях. Заключение по результатам маммографии пациентки получали непосредственно сразу после исследования.

Важным диагностическим методом, дающим наиболее полную информацию, считаем мультифокальную компьютерную томографию (МСКТ) с контрастным усилением. МСКТ позволяет добиться точности верификации и дифференциальной диагностики образования МЖ. Исследование проводилось на аппарате Siemens Somatom Definitionshin 64 среза. МРТ молочных желёз выполняли в первую фазу менструального цикла. В это время у женщины в молочных железах отёчность и инфильтрация вокруг крупных протоков отсутствуют (в отличие от предменструального периода), поэтому результат обследования более информативен. Перед началом проведения исследования пациентка снимает с себя все предметы, которые изготовлены из металла. Во время процедуры больная лежала на животе на подвижной кушетке томографа (для молочных желёз в ней предусмотрены специальные отверстия). Длительность процедуры составляет в среднем 35 минут. При проведении МРТ молочной железы с контрастированием через внутривенный катетер медсестра вводит контрастное вещество. Стол перемещался непосредственно в кольцо МР – томографа, где и происходило сканирование.

2.4. Методы хирургического лечения фиброзно – кистозной мастопатии

Хирургическое лечение выполнено 303 пациенткам с верифицированным диагнозом ФКМ с кистозным компонентом. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: 145 (47,8 %) пациенткам выполнили секторальную резекцию МЖ; 76 (25,1 %) женщинам выполнялась лазерная абляция – коагуляция кист МЖ; а 82 (27,1 %) проводили склерозирование кист молочных желёз под УЗ – контролем. Кроме того, 31 женщину без патологии со стороны МЖ мы включили

в группу сравнения.

Методы хирургического лечения применяли в зависимости от локализации и выраженности патологического процесса, желания самих пациенток при выборе лечения. Показания к хирургическому лечению фиброзно–кистозной мастопатии: кисты с пролиферацией эпителия; кисты диаметром свыше 2,0 см; рецидивы кист; отсутствие эффекта от консервативного лечения; наличие пристеночного компонента в кисте.

Основным методом хирургического лечения фиброзно – кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента в настоящее время является секторальная резекция молочной железы. Принцип оперативного лечения – удаление сектора МЖ, содержащего кисту или несколько кист.

В нашей работе мы выполнили данную операцию 145 пациенткам. Секторальная резекция МЖ выполнялась преимущественно в первой половине менструального цикла. Предварительно проводилась диагностическая программа: лабораторные, инструментальные методы исследования. За сутки до операции или в канун операции производилась разметка образований МЖ под УЗ–навигацией. Помечались участки квадрантов МЖ, где располагались кисты. Перед операцией проводилась премедикация препаратом «Гидроксизин» 25 мг за 12 ч. и за 1 ч. до операции. Также проводилась антибиотикофилактика, за 30 мин. до операции в объёме 1 г., внутримышечно. После проведённого оперативного лечения пациенткам накладывается тугая повязка на оперированную МЖ с целью достижения гемостаза. После получения гистологического заключения операционного материала пациентки выписывались амбулаторно по месту жительства.

Выполнялось 76 (25,1 %) лазерная абляция–коагуляция кист молочных желёз. Данное хирургическое лечение проводилось в условиях малой операционной, где устанавливался аппарат (Гольмиевый лазер Versa Puls Power Suite) (рис. 1). Перед выполнением хирургического пособия устанавливали параметры: энергия импульса 0,5 – 1,0 Дж, частота 10 Гц, мощность от 5 до 10 Вт. После обработки операционного поля растворами антисептиков и определения

расположения кисты в МЖ с применением УЗ – аппарата при помощи пункционной иглы производился забор жидкости. Затем в просвет пункционной иглы вводили световод на расстояние до 1,0 см от края иглы и выполнялась обработка стенок кисты лазером под контролем аппарата УЗИ. Длительность методики от 3 до 10 мин. в зависимости от объёма кисты и смены положения иглы со световодом в пространстве. Критерием эффективной обработки являлось появление линейного рубца в зоне расположения кисты. После удаления иглы со световодом производился контрольный осмотр при помощи аппарата УЗИ, делалась асептическая наклейка на место пункции.



Рис 1. Гольмиевый лазер Versa Puls Power Suite установленный в операционной

Для хирургического лечения ФКМ 82 (27,1 %) пациенткам применён метод склерозирования кист МЖ. Для склерозирования кист молочных желёз под УЗ–контролем мы использовали 1% раствор «Фибро–вейн» (действующее вещество – натрия тетрадецилсульфат). «Фибро–вейн» обладает поверхностно – активными

свойствами (анионный сурфактантный детергент). При введении в полость вызывает асептическое воспаление внутреннего слоя кисты, спадание и «склеивание» стенок образования.

В качестве склерозирующего вещества мы впервые применили 1 % раствор натрия тетрадецилсульфата для лечения кист МЖ.

Разработанный нами способ включает в себя выполнение доступа к месту локализации кист МЖ путём чрескожной пункции под УЗ–навигацией и введение в полость кисты склерозирующего вещества (Патент № RU2669048C1. Опубликовано: 05.10.2018 года, Бюллетень № 28 от 19.10.2018 года. Шабает Р.М., Староконь П.М. Способ хирургического лечения кист молочной железы). Целью чрескожного пункционного склерозирующего лечения кист МЖ является превращение истинной кисты в «ложную», лишённую эпителиальной выстилки, что ведёт к быстрому закрытию и рубцеванию остаточной полости. Способ является малоинвазивным по сравнению с секторальной резекцией молочной железы. Под инвазивностью понимается вся совокупность факторов, воздействующих на организм во время операции: длительность наркоза, длительность операции, степень механического повреждения тканей.

Методика склерозирования выполняется в условиях операционной. Устанавливается ультразвуковой аппарат для визуального контроля методики. После обработки операционного поля растворами антисептиков и определения расположения кисты в МЖ под УЗ – контролем выполняется пункция кист иглой G 23. Далее проводится аспирация содержимого кисты. Не извлекая иглы из полости кисты, осуществляют введение через шприц склерозирующего вещества – 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата 0,25 – 1,0 мл раствора в зависимости от размера новообразования. Так, в кисты МЖ размером до 20 мм вводится 0,25 мл указанного препарата. В кисту размером от 21 до 30 мм – 0,5 мл препарата, в кисту размером от 31 мм и выше – 1,0 мл препарата. Затем осуществляют наложение стерильной давящей повязки на МЖ сроком на сутки (рис. 2).

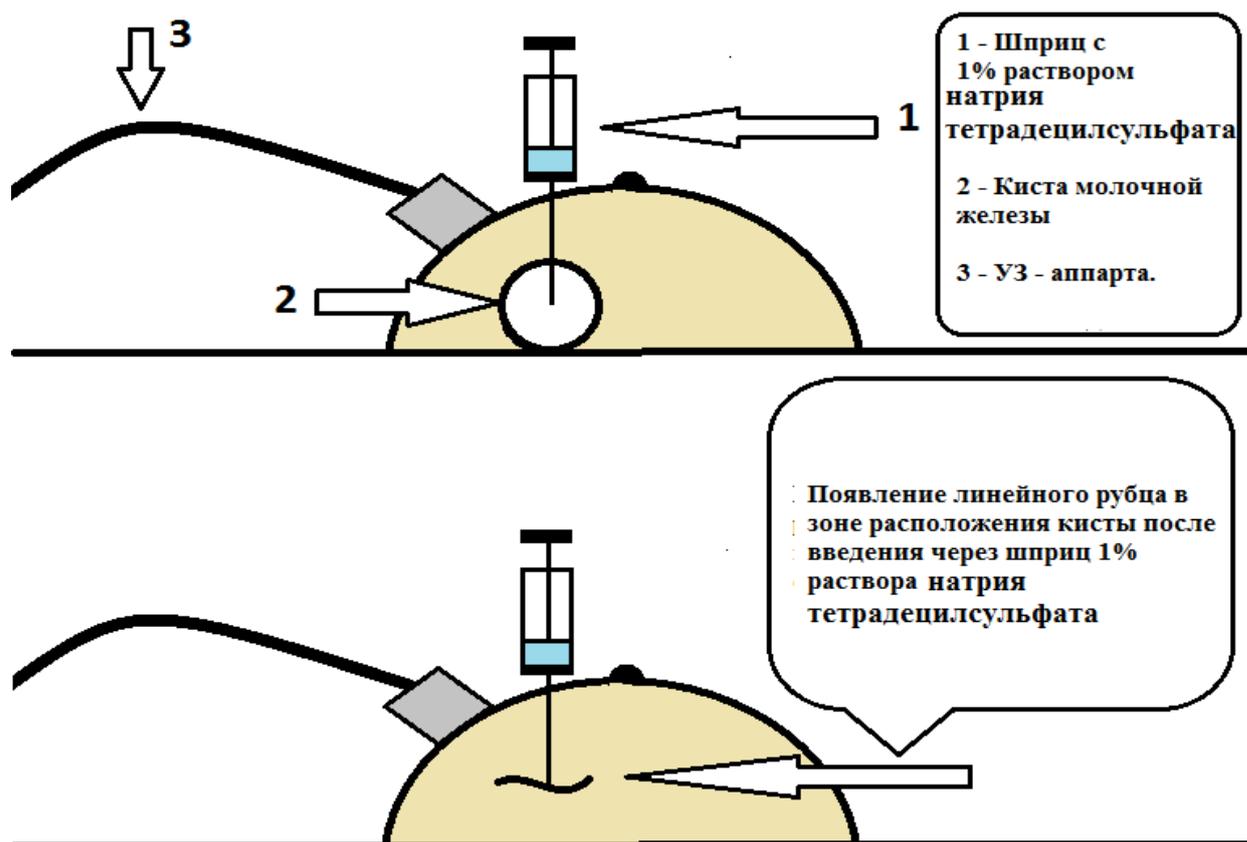


Рис. 2. Схематичное изображение склерозирование кисты молочной железы 1% раствором натрия тетрадецилсульфата (1% раствор Фибро – вейн)

Во избежание передозировки за один сеанс склерозируют не более шести кист. Критерием эффективного склерозирования кисты является появление на мониторе УЗ – аппарата белой линии, свидетельствующей о «склерозировании» кисты МЖ.

Предлагаемый способ позволяет уменьшить инвазивность хирургической операции, исключить вероятность развития тяжёлых послеоперационных осложнений, избавляет от риска озлокачествления и ведёт к быстрому закрытию, рубцеванию остаточной полости, отсутствию накопления кистозной жидкости, рецидива заболевания, болевых ощущений во время и после выполнения методики. Данный способ лечения можно применять в условиях как стационара, так и в поликлинических отделениях. Хирургическая методика склерозирования протекает с минимальными болевыми ощущениями, что не требует применения обезболивающих препаратов после операции. Достигнут экономический эффект в

виде снижения себестоимости операции по расходному материалу, энергозатратам, длительности, койко – дня, продолжительности времени операции. По предлагаемому способу пролечено 82 (27,7 %) пациентки с кистозными образованиями молочных желёз различной локализации и объёма, что подтверждено актом использования № 632 ЛПУ г. Голицыно от 29.06.2017 года.

2.5. Методы исследования качества жизни пациенток с ФКМ

Все пациентки обследованы и анкетированы по определению качества жизни (КЖ) в сравнении с оперированными классическим методом (секторальная резекция МЖ), пункционным склерозированием и лазерной коагуляцией. Методика оценки качества жизни подразумевает не только физическую составляющую здоровья, но и учитывает социальное функционирование. Для оценки показателей КЖ нами было проведено тестирование пациенток с использованием русскоязычной версии общего опросника SF – 36 (Short Form). В настоящее время опросник SF – 36 считается «золотым стандартом» общих методик оценки КЖ, так как прошёл культурную и языковую адаптацию, доказана его надежность, чувствительность и валидность (Добровольский С.Р. и соавт., 2008; Вон С.Д., 2011).

Опросник SF – 36 содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий качества жизни. Количественно оценивали следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок.
2. Роль физическое функционирование (Role – Physical Functioning – RP) – влияние физического состояния на повседневную деятельность.
3. Интенсивность боли (Bodily pain – BP) и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.
4. Общее состояния здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.
5. Жизнеспособность, или жизненная активность (Vitality – VT), подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, наоборот, обессиленным.
6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) определяется степенью,

в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность.

7. Эмоциональное функционирование (Role – Emotional – RE) предполагает оценку степени, в которой состояние мешает выполнению работы.

8. Психологическое здоровье (Mental Health – МН) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги. Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения: физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).

Пациентки заполняли анкеты самостоятельно. После этого проводили подсчёт баллов для каждой больной в каждой точке исследования с дальнейшим анализом динамики состояния. Структура анкеты позволяет проанализировать компоненты физического здоровья: состояние физического здоровья; ограничение повседневной деятельности из – за проблем физического здоровья; влияние боли на ежедневную активность; общее восприятие здоровья. А также компоненты психического здоровья: энергичность; слабость; ограничение в социальной активности; ограничение в повседневной активности из–за эмоциональных проблем; психическое здоровье. Опрос проводили через год после операции.

2.6. Методы исследования психоэмоционального состояния

В качестве основного инструмента исследования психоэмоционального состояния (ПЭС) нами применялась методика экспресс диагностики ПЭС, которая включала проведение анкетирования пациенток с помощью шкал самооценки Ч.Д. Спилбергера в модификации русскоязычной версии Ю.Л. Ханина и шкалы психосоциального стресса Л. Ридера.

Шкала Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина (шкала самооценки уровня тревожности) является надёжным методом самооценки уровня тревожности в настоящий момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Личностная тревожность (ЛТ) характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагируя состоянием тревоги. Реактивная тревожность (РТ) определяется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая

реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, иногда тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными, невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Тревожность не является изначально негативным феноменом. Определённый уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги». Шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина состоит из двух частей, отдельно оценивающих реактивную (РТ, высказывания № 1 по 20) и личностную (ЛТ, высказывания № 21 по 40) тревожность.

Личностная тревожность относительно стабильна и не связана с ситуацией, поскольку является свойством личности. Реактивная тревожность, наоборот, бывает вызвана какой – либо конкретной ситуацией. Реактивная тревожность (ситуативная тревожность, тревожность как состояние в данный момент времени) характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации.

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам:

$$РТ = \sum 1 - \sum 2 + 50$$

где: $\sum 1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 17, 18;

$\sum 2$ — сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 19, 20).

$$ЛТ = \sum 1 - \sum 2 + 35$$

где: $\sum 1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\sum 2$ – сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При интерпретации результат можно оценивать следующим образом: до 30 – низкая тревожность; 31 – 45 – умеренная тревожность; 46 и более — высокая тревожность.

Опросник психосоциального стресса Ридера представляет собой шкалу, при обработке данных, полученных с помощью этой шкалы, подсчитывается сумма баллов по всем 7 пунктам, которая затем делится на 7. Этот средний балл вычитается из 4. В результате определяется показатель психосоциального стресса, который может варьироваться от 0 до 3 баллов. В зависимости от этого показателя испытуемого относят к группе с высоким, средним или низким уровнем психосоциального стресса.

Вышеуказанные анкеты женщины заполняли самостоятельно, после этого проводили подсчёт баллов для каждой пациентки в каждой точке исследования с дальнейшим анализом динамики их состояния. Опрос проводили непосредственно через год после операции.

2.7. Статистические методы исследования

При статистической обработке данных для каждой выборки проверяли гипотезу о нормальности распределения. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ Statistica 6.0 for Windows и лицензированной программы Biostat. При сравнении качественных показателей использовали точный критерий Фишера. При сравнении непрерывных количественных показателей использовался критерий Стьюдента и СЕВМ Статистика Калькулятор.

Производилась компьютерная оценка прогностической значимости диагностических тестов. Сведения о состоянии пациенток получали при их обследовании в клинике, амбулаторном осмотре и опросе методом анкетирования.

ГЛАВА 3. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ФКМ

В нашем исследовании проведён ретроспективный анализ историй болезни 214 пациенток, оперированных в онкологическом отделении ЛПУ с 2011 – 2016 гг. по поводу фиброзно – кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента. Исследование проводилось с целью изучения результатов хирургического лечения ФКМ с кистозным компонентом за 6 – летний период, когда в лечебном учреждении применялись исключительно резекционные методы. Клинические исследования выполнялись комплексно, учитывались возраст, длительность основного заболевания, анамнез, гормональный статус, наличие сопутствующих заболеваний и ранее проводимых оперативных лечений. Возрастная категория пациенток - от 21 до 70 лет. Средний возраст составил $40,5 \pm 2,3$ лет. Сведения о возрастном составе пациенток представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Возраст оперированных пациенток (2011 – 2016 гг.)

Возраст пациенток	Абс.	%
21 – 30	18	8,5
31 – 40	72	33,7
41 – 50	91	42,6
51 – 60	29	13,6
61 – 70	4	1,9

Как представлено в таблице, наибольшее число женщин, более 75 %, составляет возрастную группу от 31 до 50 лет. Женщины данного возраста потенциально могут активно трудиться, создавать семью, растить детей и рожать детей. Поэтому наличие такого заболевания, как ФКМ, может значительно влиять на их социальную трудовую значимость и в целом на общее состояние здоровья. По характеру происхождения у всех пациенток (100 %) кисты были истинными

серозными. Всем пациенткам выполнены лабораторные и инструментальные обследования: клиническое исследование крови (общий анализ крови, биохимический анализ крови), общий анализ мочи, коалуграмма, группа крови, резус фактор, кровь на гемотрансмиссионные инфекции); определялся гормональный статус пациенток (исследование крови на гормоны: ТТГ, пролактин, прогестерон, тестостерон, ФСГ, ЛГ). Выполнялись рентгенографические исследования (рентгенография органов грудной клетки, маммография); МРТ молочных желёз; сцинтимаммография; ультразвуковое исследование МЖ, щитовидной железы, органов брюшной полости, органов малого таза. Производились пункционные аспирационные биопсии кистозных образований МЖ под УЗ–навигацией. Полученный материал направлялся на цитологическое исследование в целях исключения злокачественного новообразования молочных желёз, верификации диагноза. При необходимости проводились консультации узких специалистов (гинеколога, уролога, эндокринолога, кардиолога, терапевта).

При изучении анамнеза практически все пациентки предъявляли жалобы на боли или дискомфорт в молочных железах, наличие выделений из сосков, а также сам факт наличия кист МЖ. По результатам инструментальных методов исследований у всех определялись кисты МЖ различной локализации и размеров.

Лечебно – диагностическая программа пациенток с ФКМ была стандартная. Пациентки поступали уже с установленным диагнозом ФКМ. Клинический диагноз подтверждался в стационаре путём проведения инструментальных методов исследования. В дальнейшем пациентки готовились к операции. После анализа 214 историй болезни пациенток с кистами молочных желёз, которым выполнили секторальную резекцию МЖ, было установлено, что данные операции выполнялись вне чёткой зависимости от менструального цикла. За сутки до операции или в канун операции производилась разметка под УЗ–навигацией участков квадрантов МЖ, где располагались кисты. Выполнялась премедикация анксиолитическим средством (Атаракс) по схеме 1 мг/кг за 1 ч до операции, а также дополнительно в ночь перед анестезией. Проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений введением низкомолекулярных гепаринов за 12

часов до операции (клексан, фрагмин, фраксипарин). Операционная бригада состояла из оперирующего хирурга, ассистента, анестезиолога, медсестры – анестезистки, операционной медицинской сестры, младшей медицинской сестры. Длительность операции составляла в среднем 35.1 ± 6.7 минут. В раннем послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная, противоязвенная, антибактериальная терапия. Перевязка пациенток выполнялась ежедневно, первая - на следующий день после операции. После гистологического заключения полученного операционного материала пациентки выписывались амбулаторно по месту жительства. Среднее пребывание, койко–день составил 8.1 ± 1.4 . Вышеперечисленные мероприятия составляли определённую экономическую, материальную нагрузку, привлечение медицинского персонала для лечения столь часто встречающейся патологии МЖ (табл. 12).

Таблица 12 – Ретроспективный анализ историй болезни пациенток, оперированных в период 2011 – 2016 гг.

Показатели	Результаты
Количество пациенток	214
Болевой синдром после манипуляции	214 (100 %)
Дискомфорт и длительность болевого синдрома (часы)	48
Транзиторная субфебрильная лихорадка	67 (31,3 %)
Отёк и воспаление молочной железы	214 (100 %)
Среднее пребывание на койке	8.1 ± 1.4
Наличие осложнений	1 (2,14 %)
Повышение лейкоцитов	78 (36,5 %)
Пункции остаточных полостей	57 (26,6 %)
Применение резиновых выпускников	154 (72 %)
Длительность оперативного лечения (минуты)	35.1 ± 6.7
Повышение СОЭ	87 (40,6 %)

Было установлено, что в раннем послеоперационном периоде у 67 (31,3 %) пациенток отмечена транзиторная субфебрильная лихорадка, не требовавшая специального лечения, появление ультразвуковых признаков отёка и воспаления оперированной МЖ у всех пациенток, что послужило показанием к назначению нестероидных противовоспалительных препаратов.

Во время операции 154 (72 %) пациенткам в рану установлены резиновые выпускники с целью удаления послеоперационной гематомы и контроля за надёжностью гемостаза. Последние удалялись спустя сутки после операции. Осложнение установлено у одной пациентки – появление гематомы в ложе удалённого сектора МЖ. Пункции остаточных полостей потребовались 57 пациенткам. Средний срок лечения составил 10 дней. Повышение лейкоцитов в раннем послеоперационном периоде отмечался у 78 (36,5 %) оперированных женщин, а повышение СОЭ у 87 (40,6 %) пациенток.

Проведённый анализ показал (табл. 13), что из 214 женщин показатели ТТГ превышали норму у 26 (12 %) пациенток, а показатели гормона пролактин были выше нормы у 68 (32 %) человек, уровень прогестерона превышен у 11 (5 %).

Таблица 13 – Характеристика пациенток по наследственным факторам, сопутствующим заболеваниям и уровню гормонального статуса

Показатели	Результаты %
Средний возраст	40,5±2,3
Отягощённый родственный анамнез (рак молочных желёз или рак женских половых органов)	12,2 %
Патологические изменения щитовидной железы	43 %
Аборты	11,3 %
Миома матки или кисты яичников	56 %
ТТГ (превышал норму)	12 %
Пролактин (выше допустимых значений)	32 %

РЭА, СА 125, СА15 – 5 – в пределах нормы	100 %
Прогестерон (превышение нормы)	5 %
Всего	214

Исследование РЭА и СА 125, СА 15 – 5 отмечено в пределах допустимых значений. Патологические изменения со стороны щитовидной железы при УЗИ были обнаружены у 92 (43 %), у 120 (56 %) пациенток в анамнезе имелись ранее перенесённые гинекологические заболевания (наличие миомы матки или кист яичников).

Рак молочной железы или рак женских половых органов в анамнезе определялся у 26 (12,2 %) женщин. Аборты в анамнезе женщин имелись у 24 (11,3 %) пациенток.

Проанализировав медицинские карты стационарных больных, мы можем отметить, что у 115 (53,8 %) пациенток была оперирована правая молочная железа (секторальная резекция правой МЖ). 88 (41,2 %) женщинам выполнялась операция (секторальная резекция левой МЖ) на левой молочной железе. А у 11 (5 %) пациенток операция выполнялась одновременно на обеих молочных железах (двусторонняя секторальная резекция МЖ) (табл. 14).

Таблица 14 – Расположение патологических образований в МЖ

Область оперативного вмешательства на молочной железе	Абс.	%
Секторальная резекция правой молочной железы	115	53,8
Секторальная резекция левой молочной железы	88	41,2
Двусторонняя секторальная резекция молочных желёз	11	5

Важным является расположение кист в секторах (квадрантах МЖ). Так в верхне – наружном квадранте МЖ - у 101 (47 %) пациенток, в верхне – внутреннем квадранте МЖ - у 41 (19 %) пациенток, в нижне – наружном квадранте МЖ - у 42 (20 %) пациенток, в нижне – внутреннем квадранте – у 30 (14 %) (табл. 15).

Таблица 15 – Топографо–анатомическое расположение кистозных образований

Показатели	Результаты
Верхне – наружный квадрант молочной железы	101 (47 %)

Верхне – внутренний квадрант молочной железы	41 (19 %)
Нижне – наружный квадрант молочной железы	42 (20 %)
Нижне – внутренний квадрант молочной железы	30 (14 %)
Всего пациенток	214 (100 %)

Наиболее частое расположение кистозного компонента определено в верхне – наружном квадранте.

Повторные операции по поводу рецидивирующих кист МЖ выполнялись в течение 12 месяцев - у 9 (4,3 %) пациенток, а в течение последующих 5 лет - у 39 (18 %). У 51 (24 %) женщин ранее уже выполнялся данный вид оперативного вмешательства по поводу ФКМ (табл. 16).

Таблица 16 – Повторные операции на молочные железы по поводу ФКМ

Область оперативного вмешательства на молочной железе	Абс.	%
В течение 12 месяцев	9	4,3
В течение последующих 5 лет	39	18
Ранее выполнялся данный вид оперативного вмешательства	51	24

Также в анамнезе ранее были выполнены операции: аппендэктомия - у 39 %; холецистэктомия - 19 %; софэнэктомия - у 13 %; гемитиреоидэктомия у 21 %; операции на малом тазу у 28 %. Всем пациенткам предварительно проводилось ПАБ кист молочных желёз под ультразвуковой навигацией (100 %.) По результатам цитологического заключения у всех оперированных пациенток – цитограмма ФКМ болезни. Изучив результаты гистологического заключения у ранее оперированных пациенток, можно отметить, что в 34 % случаев женщинам понадобилась дополнительная консультация онкоморфологов с целью исключения наличия рака МЖ. Вышеуказанные данные представлены на таблице 17.

Таблица 17 – Оперативные вмешательства, выполненные у пациенток с ФКМ до операции (сопутствующие резекции)

Оперативные вмешательства	%
Аппендэктомия	39
Холецистэктомия	19
Софэнэктомия	13

Тиреоидэктомия или гемитиреоидэктомия	21
Операции на малом тазу	28
ПАБ кист МЖ под ультразвуковой навигацией	100
Дополнительная консультация онкоморфологов	34

После уточнения основного диагноза, изучалась степень поражения других органов и систем, характер возрастных изменений, наличие сопутствующих заболеваний, обменных и эндокринных нарушений. Именно сопутствующая патология может оказать значительное влияние на результат лечения. Из 214 исследуемых пациенток у 167 (78 %) были диагностированы сопутствующие заболевания: ожирение, хроническая ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, миома матки, кисты яичников, патология щитовидной железы, сахарный диабет, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, варикозная болезнь. При исследовании сердечно – сосудистой системы, кроме общепринятых фискальных методов, выполнялось электрокардиография (ЭКГ), при необходимости - эхокардиография (Эхо – КГ), систематически измерялось артериальное давление и подсчитывался пульс. Данные о сопутствующей патологии представлены в таблице 18.

Таблица 18 – Сопутствующие заболевания у пациенток с ФКМ

Показатели	%
Наличие ожирения I, II, III.	11
Хроническая ишемическая болезнь сердца	9
Гипертоническая болезнь	34
Обструктивный бронхит	5
Миома матки	29
Кисты яичников	27
Патология со стороны щитовидной железы	43
Сахарный диабет	13
Варикозная болезнь нижних конечностей	38

Мочекаменная болезнь	17
Хронический пиелонефрит	5
Два и более сопутствующих заболеваний	48
Всего пациенток с сопутствующими заболеваниями	78

Комбинация из нескольких сопутствующих заболеваний в основном со стороны сердечно – сосудистой системы и органов дыхания наблюдалась у 48 (12,6 %) пациенток, что создавало определённые дополнительные сложности в их лечении.

В ходе ретроспективного анализа историй болезни нами выявлено: наличие ожирения I, II, III ст. у 78 % женщин; хроническая ишемическая болезнь сердца у 9 % пациенток; гипертоническая болезнь у 34 %; миома матки у 29 %; кисты яичников 27 %; патологии со стороны щитовидной железы у 43 % женщин; два и более сопутствующих заболеваний у 48 % пациенток.

Проанализировав сопутствующую патологию из полученных нами медицинских карт стационарных больных с ФКМ, мы можем сделать вывод, что наиболее часто встречается патология со стороны щитовидной железы и органов малого таза (миома матки, кисты яичников). Данные заболевания могут влиять на течение основной патологии ФКМ. Молочные железы являются органами - мишенями со стороны других гормонопродуцирующих органов женщин.

Необходимо отметить, что повторные операции по поводу рецидивирующих кист МЖ выполнялись в течение 12 месяцев у 4,3 %, а в течение последующих 5 лет – у 18%.

Резюме. Выполняемые традиционные методы хирургического лечения имеют ряд недостатков, которые заставляют клинициста искать и внедрять новые методики лечения. Прежде всего отрицательные моменты связаны с объемом оперативного вмешательства, его травматичностью, необходимостью применения общего обезболивания, а также наличием послеоперационных отрицательных моментов: рубцовой деформации МЖ, нарушения архитектоники протоковой системы и наличия болевого синдрома. Проведенный ретроспективный анализ

показал, что практически у 100 % наблюдался болевой синдром, что потребовало применение обезболивающих препаратов различных классов. Транзиторная субфебрильная лихорадка отмечена у 31,3 % пациенток.

ГЛАВА 4. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНО – КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

4.1. Хирургический метод (традиционный, открытый способ) лечения фиброзно – кистозной мастопатии

Показания к хирургическому лечению фиброзно–кистозной мастопатии: кисты с пролиферацией эпителия; кисты диаметром свыше 2,0 см; рецидивы кист; отсутствие эффекта от консервативного лечения; наличие пристеночного компонента в кисте.

Основным методом хирургического лечения ФКМ в настоящее время является секторальная резекция МЖ, заключающаяся в удалении сектора МЖ, содержащего кисту или несколько кист. Недостатками такого метода являются значительная травматичность операции, относительно длительный срок пребывания в стационаре, необходимость общей анестезии, возможный риск возникновения послеоперационных осложнений в виде кровотечения, появления лимфореи, нагноения послеоперационной раны. В отдалённом периоде после «секторальной резекции» могут наблюдаться следующие осложнения: нарушение архитектоники МЖ, приводящее к патологии лактации. Из эстетических дефектов наблюдаются: деформация МЖ; келоидные рубцы. Сам факт наличия рубцов на молочной железе влияет на психоэмоциональное состояние пациенток. Также есть риск появления дефекта в МЖ, который приводит в дальнейшем к дискомфорту в ношении специальной одежды или формы, необходимой при определённой специфике выполняемых работ.

По вышеуказанной хирургической методике (секторальной резекции) нами проведено лечение 145 пациенток. Лечение ФКМ выполнено классическим резекционным способом (радиальным), рисунок 3, 4, 5.

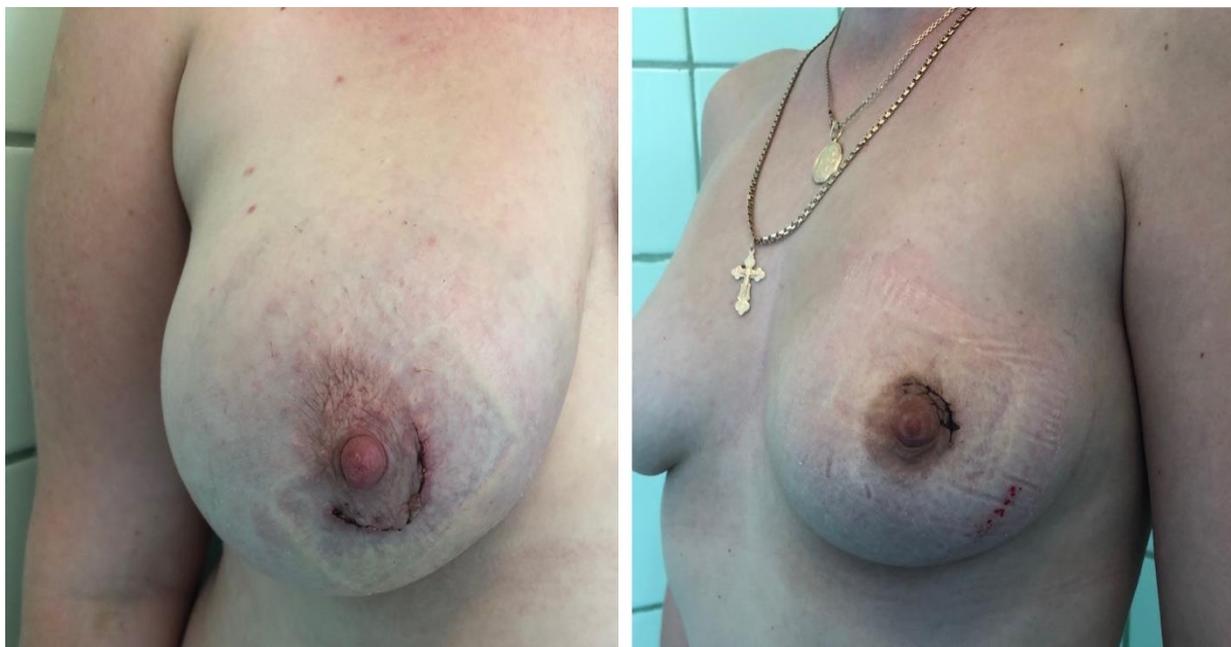


Рис. 3. Разрез, применяемый нами при секторальных резекциях молочной железы - параареолярный



Рис. 4. Параареолярный разрез (доступ). Слева перед удалением кисты МЖ. Справа после удаления кисты МЖ, конец операции

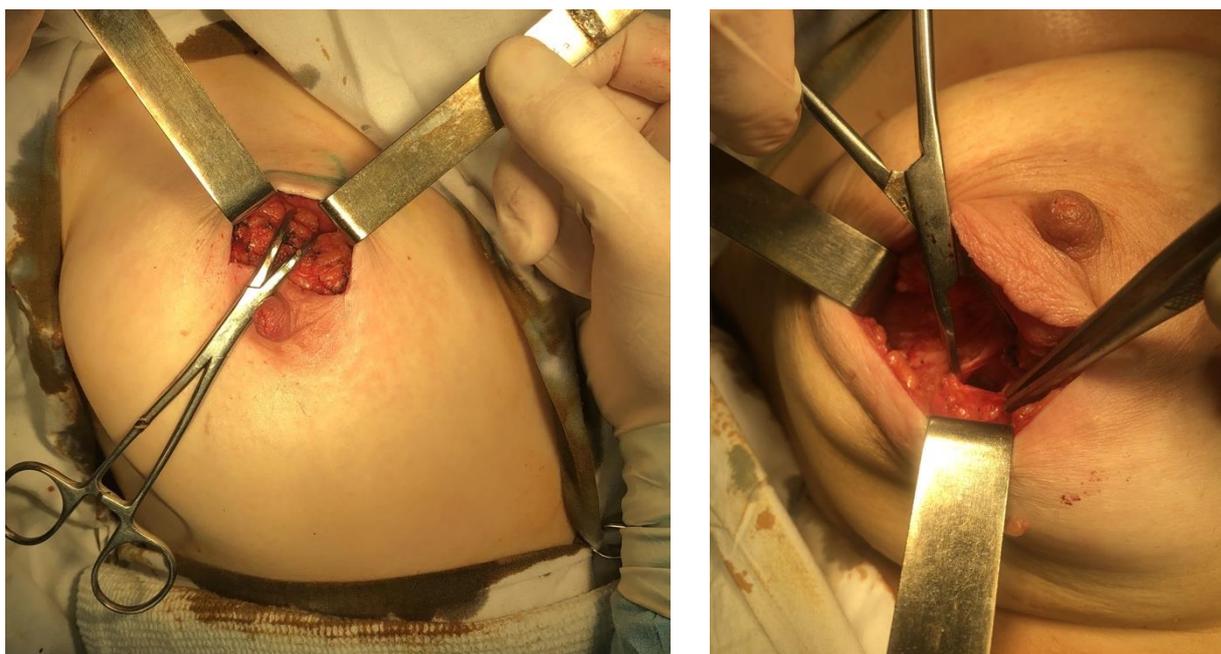


Рис. 5. Слева – этап захвата цапками сектора МЖ, содержащего кисту. Справа – вскрытие кисты размером 5,0х4,0х4,5 см. (доступ параареолярный)

Локализация кист молочных желёз перед проведением оперативного лечения (секторальной резекции) составило у 145 женщин – в правой молочной железе у 47 (32,5 %) пациенток, в левой молочной железе у 25 (17,2%) пациенток, в обеих молочных железах у 73 (50,3 %) пациенток (табл. 19).

Таблица 19 – Распределение больных в зависимости от локализации кист молочных желёз

Показатели	Результаты
В правой молочной железе	47 (32,5 %)
В левой молочной железе	25 (17,2 %)
В обеих молочных железах	73 (50,3 %)
Всего пациенток	145 (100 %)

Распределение кист молочных желёз по квадрантам – в верхне – наружном квадранте молочной железе - у 71 (49 %) пациенток, в верхне – внутреннем квадранте молочной железе - у 38 (26,2 %) пациенток, в нижне – наружном квадранте молочных железах - у 26 (17,9 %) пациенток, нижне – внутреннем квадранте - у 10 (6,9 %) женщин (табл. 20).

Таблица 20 – Распределение больных в зависимости от локализации кист по квадрантам молочной железы

Показатели	Результаты
Верхне – наружный квадрант молочной железы	81 (55,7 %)
Верхне – внутренний квадрант молочной железы	38 (26,3 %)
Нижне – наружный квадрант молочной железы	26 (18 %)
Нижне – внутренний квадрант молочной железы	10 (6,9 %)
Всего пациенток	145 (100 %)

Множественные кисты МЖ имелись у 95 (65,5 %) женщин. Единичные кисты – у 42 (29 %) пациенток, а у 8 (5,5 %) женщин наблюдалось по две – три солитарных кисты (табл. 21).

Таблица 21 – Распределение больных в зависимости от количества кист молочных желёз

Показатели	Результаты
Множественные кисты	95 (65,5 %)
Единичные кисты	42 (29 %)
По две – три солидарных кисты	8 (5,5 %)
Всего пациенток	145 (100 %)

Солитарные или единичные кисты МЖ размером менее 1,0 см были выявлены у 34 (23,6 %) больных, от 1,0 до 2,0 см – у 64 (44,1 %), от 2,0 – 3,0 см – у 31 (21,3 %), более 4,0 см – у 16 (11 %) пациенток (табл. 22).

Таблица 22 – Распределение больных в зависимости от размеров кист молочных желёз

Показатели	Результаты
Кисты размером менее 1,0 см	34 (23,6 %)
Кисты размером от 1,0 см до 2,0 см	64 (44,1 %)
Кисты размером от 2,0 см до 3,0 см	31 (21,3 %)
Кисты размером более 4,0 см	16 (11 %)
Всего пациенток	145 (100 %)

Через год после операции (секторальной резекции молочной железы) из 145 оперированных отмечено: косметические дефекты у 99 из 145 (68,5 %) женщин (рис. 6) в виде грубого рубца параареолярной области, визуального дефекта оперированной молочной железы (рис. 7); появления серомы в раннем послеоперационном периоде - у 35 (24 %); наличие деформации МЖ - у 26 (18 %); появление келоидных рубцов - у 4 (3 %). Все вышеперечисленное отражалось на результатах опроса по КЖ и психоэмоционального состояния пациенток. Нагноение и кровотечение в раннем послеоперационном периоде отсутствуют.



Рис. 6. Деформация молочной железы, образование келоидных рубцов



Рис. 7. Образование келоидного рубца и косметического дефекта в молочной железе после проведённого ранее оперативного лечения

Рецидив заболевания отмечен в течение года при контрольном обследовании у 78 (54 %) женщин (табл. 23). Выявлены единичные мелкие кисты МЖ ввиду нарушения архитектоники железы в ходе оперативного лечения. Это связано с тем,

что во время операции иссекался участок ткани МЖ вместе с кистами или кистой, при этом происходило нарушение самой структуры железы в результате воздействия коагуляционного ножа. Дальнейшее рубцевание операционной раны МЖ в послеоперационном периоде приводило к «закупорке» выводных протоков МЖ. Это приводило к образованию новых мелких кист, что сказывалось на психоэмоциональном состоянии и КЖ пациенток. Также необходимо отметить, что среднее пребывание в ЛПУ у данной группы пациенток составило в среднем 8.2 ± 1.4 койко – дней. Оперативное лечение проводили под общей анестезией.

Таблица 23 – Полученные данные в послеоперационном периоде (более 12 месяцев) после проведённого оперативного лечения в объёме секторальной резекции молочной железы

Показатели	Абс.	%
Количество оперированных пациенток	145	100
Среднее пребывание в ЛПУ койко – дней	$8,2 \pm 1,4$	–
Стационарное лечение	145	100
Амбулаторное лечение	0	0
Косметические дефекты МЖ	99	68,5
Рецидивы заболевания МЖ	78	54
Нагноение послеоперационной раны	0	0
Появления серомы в раннем послеоперационном периоде	35	24
Кровотечение в раннем послеоперационном периоде	0	0
Появление деформации МЖ	26	18
Появление келоидных рубцов	4	3
Длительность операции (минут)	$30,3 \pm 5,7$	–
Транзиторная субфебрильная лихорадка	47	32,4

Операция выполнялась преимущественно в первой половине менструального цикла. Предварительно выполнялись лабораторные, инструментальные методы исследования. За сутки до операции или накануне операции производилась разметка под УЗ–навигацией, помечались участки квадрантов МЖ, где

располагались кисты молочной железы. Выполнялась премедикация препаратом «Гидроксизин» 25 мг за 12 ч. и за 1 ч. до операции, также проводилась антибиотикопрофилактика полусинтетическим антибиотиком I группы цефалоспоринов за 30 минут до операции в объёме 1 гр., внутримышечно, однократно. Проводилась профилактика тромбозов с помощью введения низкомолекулярных гепаринов за 12 ч. до операции (клексан, фрагмин, фраксипарин), выполнялась компрессия нижних конечностей эластичным бинтом. Операционная бригада состояла из: оперирующего хирурга; ассистента; анестезиолога; медсестры – анестезистки; операционной медицинской сестры; младшей медицинской сестры. Длительность операции составляла в среднем 30.3 ± 5.7 минут. После проведённого оперативного лечения пациенткам туго обматывалась оперированная молочная железа (или обе оперированных МЖ) в целях адекватного гемостаза.

В раннем послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная, противоязвенная терапия. Выполнялась профилактика тромбозов с помощью введения низкомолекулярных гепаринов и компрессии нижних конечностей эластичным бинтом или компрессионным бельём. Также установлено, что в раннем послеоперационном периоде у 47 (32,4 %) пациенток отмечена транзиторная субфебрильная лихорадка, не требовавшая специального лечения (табл. 24), появление ультразвуковых признаков отёка и воспаления оперированной МЖ у все пациенток, что послужило показанием к назначению нестероидных противовоспалительных препаратов. Во время операции 91 (63 %) женщин в рану установлены резиновые выпускники, с целью удаления послеоперационной гематомы. Данные дренажи удалялись спустя 12 – 24 ч. после оперативного лечения. Появление серомы в раннем послеоперационном периоде отмечено у 35 (34 %) женщин. Повышение лейкоцитов в раннем послеоперационном периоде отмечался у 39 (27 %) оперированных женщин, а повышения СОЭ - у 79 (55 %) пациенток (табл. 24).

Таблица 24 – Данные полученные в послеоперационном периоде (более 12 месяцев) после проведённого открытого оперативного лечения – секторальной резекции МЖ

Показатели	Результаты
Количество пациенток	145 (100%)
Болевой синдром после операции	145 (100 %)
Транзиторная субфебрильная лихорадка	47 (32,4 %)
Отёк и воспаление молочной железы	145 (100 %)
Наличие осложнений	0
Повышение лейкоцитов	39 (27 %)
Пункции остаточных полостей	35 (34 %)
Применение резиновых выпускников	91 (63 %)
Повышение СОЭ	79 (55 %)

После получения гистологического заключения полученного операционного материала пациентки выписывались амбулаторно по месту жительства. Безусловно, вышеперечисленное составляло определённые экономические, материальные затраты, отвлечение персонала при лечении столь часто встречающейся патологии МЖ.

4.2. Лазерная абляция–коагуляция кист молочных желёз под УЗ–навигацией

В клинической практике все шире применяются медицинские лазеры. Их внедрение позволило решить целый ряд задач: снизить травматичность оперативных вмешательств, уменьшить риск интраоперационных кровотечений, повысить общие результаты лечения, снизить частоту инфекционных осложнений и т.д. Лазеры нашли своё применение при лечении кист молочных желез.

Применён способ термотерапии кист МЖ с использованием гелиевого лазера. Данный метод хирургического лечения основан на воздействии лазерного излучения на кисту МЖ (биологическую ткань). При отсутствии признаков злокачественного роста под УЗ–контролем в кисту (образование) полипозиционно

вводят ряд игл – проводников размером 14 G. Число игл равно количеству зон лазерного воздействия. После расположения игл – проводников производят поэтапное (через канал каждой иглы) воздействие на стенку кисты высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 805 нм. в непрерывном режиме мощностью 1,5 – 2,0 Вт в течение 5 – 10 минут. Подведение лазерного излучения осуществляют с помощью гибкого кварцевого световода диаметром 600 мкм. При выполнении лазерной абляции–коагуляции после извлечения световода из канала последней иглы – проводника создают дозированную компрессию тканей молочной железы на 2 ч. путём наложения давящей повязки.

Хирургическое лечение проводилось в условиях малой операционной, где устанавливался аппарат «Гольмиевый лазер Versa Puls Power Suite» (рис. 8). Производился набор показателей на дисплее: энергия импульса 0,5 – 1,0 Дж, частота 10 Гц, мощность от 5 до 10 Вт. После обработки операционного поля растворами антисептиков и определения расположения кисты в МЖ под контролем УЗ–аппарата производился при помощи пункционной иглы забор жидкости. Далее через просвет иглы в полость кисты вводился световод (рис. 9) на расстояние до 1,0 см от края иглы и производилась обработка стенок кисты лазером под контролем аппарата УЗИ от 3 до 10 минут в зависимости от объёма кисты со сменой положения иглы со световодом в пространстве.



Рис 8. Гольмиевый лазер «Versa Puls Power Suite» (справа) установлен в малой операционной перед проведением лазерной абляции–коагуляции кист МЖ, слева УЗ–аппарат

Критерием эффективной обработки являлось появление линейного рубца в зоне расположения кисты. После удаления иглы со световодом производился контрольный осмотр при помощи аппарата УЗИ, накладывалась асептическая наклейка на место пункции.



Рис 9. Пункционная игла одета на световод гольмиевого лазера Versa Puls Power Suite

По данной малоинвазивной хирургической методике – лазерной абляции–коагуляции кист МЖ нами было проведено лечение 76 пациенток. Данное оперативное лечение выполнялось преимущественно в первой половине менструального цикла. Из 76 (100 %) пациенток находились на стационарном лечении в ЛПУ 9 (11,8 %) женщин, 67 (88,2 %) проведено лечение амбулаторно (табл. 29). Предварительно выполнялись и анализировались лабораторные, инструментальные методы исследования. В канун операции производилась предварительная разметка под УЗ–навигацией, размечались участки квадрантов МЖ, где располагались кисты молочной железы. Премедикация, антибиотикопрофилактика и профилактика тромбоэмболических осложнений не выполнялись ввиду ненужности, так как оперативное лечение выполнялось под местной анестезией, длительность операции составляла в среднем 10.6 ± 5.8 минут в зависимости от количества кист молочных желёз и их размеров. Операционная бригада состояла из: оперирующего хирурга; операционной медицинской сестры (при необходимости); врача ультразвуковой диагностики. После проведённого

оперативного лечения пациенткам накладывалась асептическая наклейка на место оперативного лечения. В раннем послеоперационном периоде не было необходимости в проведении противовоспалительной, противоязвенной терапия. Антибактериальная терапия не применялась. В ежедневных перевязках пациентки не нуждались. Все пациентки перенесли манипуляции под местной анестезией удовлетворительно с минимальный болевым синдром, отсутствием гипертермии, признаков воспаления в области проведённых оперативных лечений, что позволило всем амбулаторным пациенткам убыть по месту жительства в тот же день и приступить к исполнению служебных обязанностей на следующий день без оформления листа нетрудоспособности. В ходе контрольного осмотра осложнений не выявлено. Достигнут значительный экономический эффект в виде снижения себестоимости операции по расходному материалу, энергозатратам, койко – дню, времени операции. Среднее пребывание на стационарном лечении составило 3.4 ± 0.4 койко – день.

Локализация кист молочных желёз перед проведением оперативного лечения (лазерной абляции – коагуляции) составило у 76 женщин: в правой молочной железе у 25 (32,9 %) пациенток, в левой молочной железе у 19 (25 %) пациенток, в обеих молочных железах у 32 (42,1 %) пациенток (табл. 25).

Таблица 25 – Соотношение пациенток в зависимости от локализации кист молочных желёз

Распределение кист МЖ	Результаты	
	Абс.	%
В правой молочной железе	25	32,9
В левой молочной железе	19	25
В обеих молочных железах	32	42,1
Всего пациенток	76	100

Распределение кист молочных желёз по квадрантам – в верхне – наружном квадранте МЖ - у 42 (55,3 %) пациенток, в верхне – внутреннем квадранте МЖ - у 17 (22,4 %) пациенток, в нижне – наружном квадранте МЖ - у 8 (10,5 %) пациенток, нижне внутреннем квадранте - у 9 (11,8 %) женщин (табл. 26).

Таблица 26 – Распределение больных в зависимости от локализации кист по квадрантам молочной железы

Распределение кист МЖ по квадрантам	Результаты
Верхне – наружный квадрант молочной железы	42 (55,3 %)
Верхне – внутренний квадрант молочной железы	17 (22,4 %)
Нижне – наружный квадрант молочной железы	8 (10,5 %)
Нижне – внутренний квадрант молочной железы	9 (11,8 %)
Всего пациенток	76 (100 %)

Множественные кисты МЖ имелись у 52 (68,4 %) женщин. Единичные кисты – у 19 (25 %) пациенток, а у 5 (6,6 %) женщин наблюдалось по две – три солитарных кисты (табл. 27).

Таблица 27 – Соотношение пациенток в зависимости от количества кист молочных желёз

Показатели	Результаты	
	Абс.	%
Множественные кисты	52	68,4
Единичные кисты	19	25
По две – три солидарных кисты	5	6,6
Всего пациенток	76	100

Солитарные или единичные кисты МЖ размером менее 1,0 см были выявлены у 26 (34,2 %) больных, от 1,0 до 2,0 см – у 29 (38,1 %), от 2,0 – 3,0 см. – у 13 (17,2 %), более 4,0 см – у 8 (10,5 %) пациенток (табл. 28).

Таблица 28 – Соотношение пациенток в зависимости от размеров кист молочных желёз

Показатели	Результаты	
	Абс.	%
Кисты размером менее 1,0 см	34	23,6
Кисты размером от 1,0 см до 2,0 см	64	44,1
Кисты размером от 2,0 см до 3,0 см	31	21,3
Кисты размером более 4,0 см	16	11
Всего пациенток	76	100

Через год после данной операции (лазерной абляции–коагуляции) из 76 оперированных отмечено отсутствие косметических дефектов в виде грубого рубца параареолярной области, визуального дефекта оперированной молочной железы, отсутствие наличие деформации МЖ, келоидных рубцов. Кровотечение, нагноение в раннем послеоперационном периоде и появления сером не наблюдалось.

Все вышеперечисленное, безусловно, отражалось на результатах опроса по КЖ и психоэмоционального состояния пациенток (табл. 29). Рецидив заболевания не отмечен в течение длительного времени (более трёх лет) при контрольном обследовании, наблюдения продолжаются.

Таблица 29 – Данные, полученные в послеоперационном периоде (более 12 месяцев) после проведённого оперативного лечения в объёме лазерной абляции–коагуляции молочной железы под УЗ–навигацией

Показатели	Абс.	%
Среднее пребывание в ЛПУ койко – дней	3,4±0,4	–
Стационарное лечение	9	11,8
Амбулаторное лечение	67	88,2
Косметические дефекты МЖ	0	0
Рецидивы заболевания МЖ	0	0
Нагноение послеоперационной раны	0	0
Появления серомы в раннем послеоперационном периоде	0	0
Кровотечение в раннем послеоперационном периоде	0	0
Появление деформации МЖ	0	0
Появление келоидных рубцов	0	0
Длительность операции (минут)	10,6±5,8	–
Количество оперированных пациенток	76	100

Клинический пример №1 (амбулаторно).

Пациентка Е. (42 года) обратилась амбулаторно в хирургическое отделение ЛПУ г. Голицыно 20 октября 2017 года с диагнозом: множественные кисты левой и правой молочной железы. Были проведены лабораторные методы исследования,

выполненные 18 октября 2017 года, а именно: общий и биохимический анализ крови, коагулограмма. Также были сданы анализы крови на гормоны щитовидной железы, на онкомаркеры и на генетическое исследование крови на BRCA 1/2. По вышеуказанным исследованиям получено: общий анализ крови – без отклонений и сдвигов лейкоцитарной формулы; биохимический анализ крови – без патологических изменений; коагулограмма – без патологии; анализ крови на гормоны щитовидной железы (Т3 св. Т4 св. ТТГ, АТ ТПО) и гормоны пролактин, прогестерон, эстрадиол, тестостерон, ФСГ, ЛГ – все показатели в пределах нормы. Генетическое исследование крови на BRCA 1/2 - результаты отрицательные.

Результаты инструментальных методов исследований, выполненных по месту жительства: ЭКГ от 11 сентября 2017 года – без патологических изменений; маммографическое исследование от 09 сентября 2017 года, заключение: ФКМ с преобладанием кистозного компонента (BI – RADS 2). УЗИ молочных желёз от 20 октября 2017 года: эхопризнаки ФКМ, множественные кисты обеих молочных желёз, размерами от 10 мм до 28 мм в количестве 5. ПАБ образований молочных желёз от 20 октября 2017 года, цитологическое заключение: цитограмма кист МЖ. 20 октября 2017 года в ЛПУ выполнена под анестезией 0,5% раствора новокаина 11,0 мл лазерная абляция–коагуляция кист левой и правой молочной железы. Наложена давящая асептическая повязка, отправлена домой. 22 октября 2017 года выполнено контрольное УЗИ молочных железы по месту жительства (воскресенье), заключение: эхопризнаки ФКМ, состояние после лазерной абляции–коагуляции кист левой и правой молочной железы. Результаты данных лабораторных методов исследований от 22 октября 2017 года без существенных изменений по сравнению с результатами от 18 октября 2017 года. Температура тела сохранялась прежней – 36.6. Приступила к работе 23 октября 2017 года (понедельник), больничный листок не открывали. При контрольном обследовании (амбулаторно) через 1,3,6,12 месяцев по данным лабораторных и инструментальных методов исследований рецидива со стороны молочных желёз отмечено не было.

Клинический пример № 2 (стационарно).

Пациентка У. (37 лет) поступила в хирургическое отделение ЛПУ г. Голицыно 11 сентября 2016 года с диагнозом: фиброзно – кистозная мастопатия, киста левой молочной железы. Выполнено (стационарно) лабораторное исследование крови пациентки (клиническое исследование анализа крови, биохимический анализ, анализ крови на гормоны щитовидной железы, анализ коагулограммы крови, анализ крови на определение гормонального статуса пациентки, анализ крови на онкомаркеры, анализ крови на генетическое исследование крови на BRCA ½). По вышеуказанным исследованиям получено: общий анализ крови – без отклонений и сдвигов лейкоцитарной формулы; биохимический анализ крови – без патологических изменений; коагулограмма – без патологии; анализ крови на гормоны щитовидной железы (Т3 св. Т4 св. ТТГ, АТ ТПО) и гормоны пролактин, прогестерон, эстрадиол, тестостерон, ФСГ, ЛГ – все показатели в пределах нормы. Генетическое исследование крови на BRCA ½, выполненное в течение суток, было отрицательное.

Проведено инструментальное обследование пациентки: ЭКГ от 11 сентября 2016 года – без особенностей; УЗИ молочных желёз (на 5 день менструального цикла) от 11 сентября 2016 года (рис. 10). Заключение: эхопризнаки кисты левой молочной железы, размером 15x25 мм. Маммографическое исследование не проводилось ввиду возраста данной пациентки.

11 сентября выполнена под анестезией 0,5 % раствора новокаина 5,0 мл лазерная абляция – коагуляция кисты левой молочной железы под УЗ–навигацией. Наложена давящая асептическая повязка на сутки. 12 сентября выполнено контрольное УЗ – исследование молочной железы. Заключение: эхопризнаки ФКМ, состояние после лазерной абляции–коагуляции кисты левой молочной железы. Проведён повторный забор крови 12 сентября 2016 года (клинического и биохимического исследования крови, коагулограммы), изменений и отрицательной динамики не выявлено. Температура тела сохранялась прежней – 36.6. Выписана 12 сентября 2016 года в удовлетворительном состоянии. При контрольном

обследовании (амбулаторно) через 1,3,6,12 месяцев по результатам лабораторных и инструментальных методов исследований (УЗИ молочных желёз) рецидива со стороны молочных желёз не обнаружено.

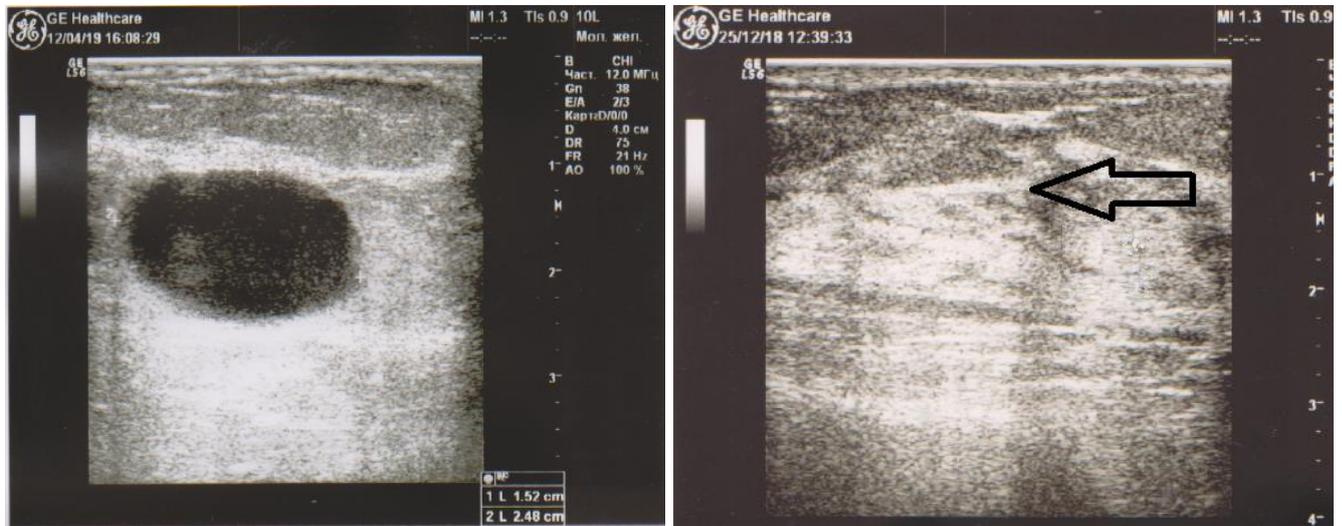


Рис. 10. Киста левой молочной железы (слева). Слева до – лечения. Справа после – проведённой лазерной абляции – коагуляция кисты левой молочной железы под УЗ–навигацией

Клинический пример №3 (амбулаторно).

Пациентка Т. (45 лет) обратилась амбулаторно в хирургическое отделение ЛПУ г. Голицыно 7 декабря 2018 года с диагнозом: множественные кисты правой молочной железы. По результатам данных лабораторных методов исследований, выполненных накануне осмотра профильным специалистом от 30 ноября 2018 года (общий анализ, биохимический анализ крови и коагулограммы) без патологических изменений. По результатам инструментальных методов исследований по месту жительства: ЭКГ от 30 ноября 2018 года – без патологических изменений; маммографическое исследование от 18 октября 2018 года, заключение: ФКМ с преобладанием кистозного компонента (BI – RADS 2). Выполнено УЗИ молочных желёз 7 декабря 2018 года, заключение: эхопризнаки множественных кист правой молочной железы от 28 мм до 47 мм в количестве 4 ед. 7 декабря 2018 года (в этот же день) выполнена под анестезией 0,5% раствора новокаина 9,0 мл лазерная абляция – коагуляция кист правой молочной железы под УЗ–навигацией (4 ед.), наложена давящая асептическая повязка. Отправлена домой. 8 декабря 2018 года (суббота) выполнено контрольное УЗИ молочных

железы по месту жительства, заключение: эхопризнаки ФКМ, состояние после лазерной абляции–коагуляции кист правой молочной железы. Результаты данных лабораторных методов исследований оказались без существенных изменений по сравнению с результатами от 30 ноября 2018 года. Температура тела сохранялась прежней – 36.6. Приступила к работе 10 декабря 2018 года (понедельник), больничный листок не открывался. При контрольном обследовании (амбулаторно) через 1,3,6,12 месяцев по данным лабораторных и инструментальных методов исследований – рецидива со стороны молочных желёз отмечено не было.

Все пациентки перенесли хирургическое лечение кист МЖ без применения общей анестезии, удовлетворительно, что позволило убыть по месту жительства амбулаторным пациенткам в тот же день и приступить к работе на следующий день без оформления листка нетрудоспособности. Антибактериальная терапия и применение нестероидных противовоспалительных препаратов не проводилось. Данный хирургический метод лечения позволяет проводить лечебно – профилактические мероприятия в короткие сроки без анальгезирующих препаратов.

4.3. Склеротерапия кист молочных желёз 1 % раствор натрия тетрадецилсульфата

В мировой практике используются разнообразные способы введения склерозирующих веществ в полость кисты под УЗ–навигацией. Обширное применение получил пункционный метод. Эффективность данному методу придало внедрение в медицинскую практику методов визуального контроля за точностью выполнения данной методики.

В настоящее время нами разработан и запатентован перспективный малоинвазивный метод хирургического лечения кисты молочной железы «Способ хирургического лечения кист молочной железы, включающий чрескожную пункцию кисты молочной железы под ультразвуковым контролем, аспирацию содержимого кисты, введение в полость кисты молочной железы склерозирующего вещества с последующим наложением стерильной давящей повязки на сутки, отличающийся тем, что в качестве склерозирующего вещества используют 1 %

раствор натрия тетрадецилсульфата, при этом в кисту молочной железы размером до 20 мм вводят 0,25 мл указанного препарата, в кисту размером от 21 до 30 мм – 0,5 мл препарата, в кисту размером от 31 мм и выше – 1,0 мл препарата, причём за один сеанс склерозируют не более шести кист» (Патент № RU2669048С1. Шабаев Р.М. Староконь П.М. Способ хирургического лечения кист молочной железы. Опубликовано: 05.10.2018 года, Бюллетень № 28 от 19.10.2018 года).

Способ осуществляют следующим образом. В условиях малой операционной (перевязочной), процедурного кабинета устанавливается ультразвуковой аппарат (УЗ – аппарат), после обработки операционного поля растворами антисептиков и определения расположения кисты в молочной железе под контролем УЗ – аппарата методом чрескожной пункции пункционной иглой G 23 осуществляется доступ к месту локализации кисты (рис. 11). Целью чрескожного пункционного склерозирующего лечения кист молочных желёз является превращение истинной кисты в ложную, лишённую эпителиальной выстилки, что ведёт к быстрому закрытию, рубцеванию остаточной полости, к её склеиванию и исключению накопления жидкости, возможности одновременного лечения многокамерных и рецидивирующих кист молочных желёз.

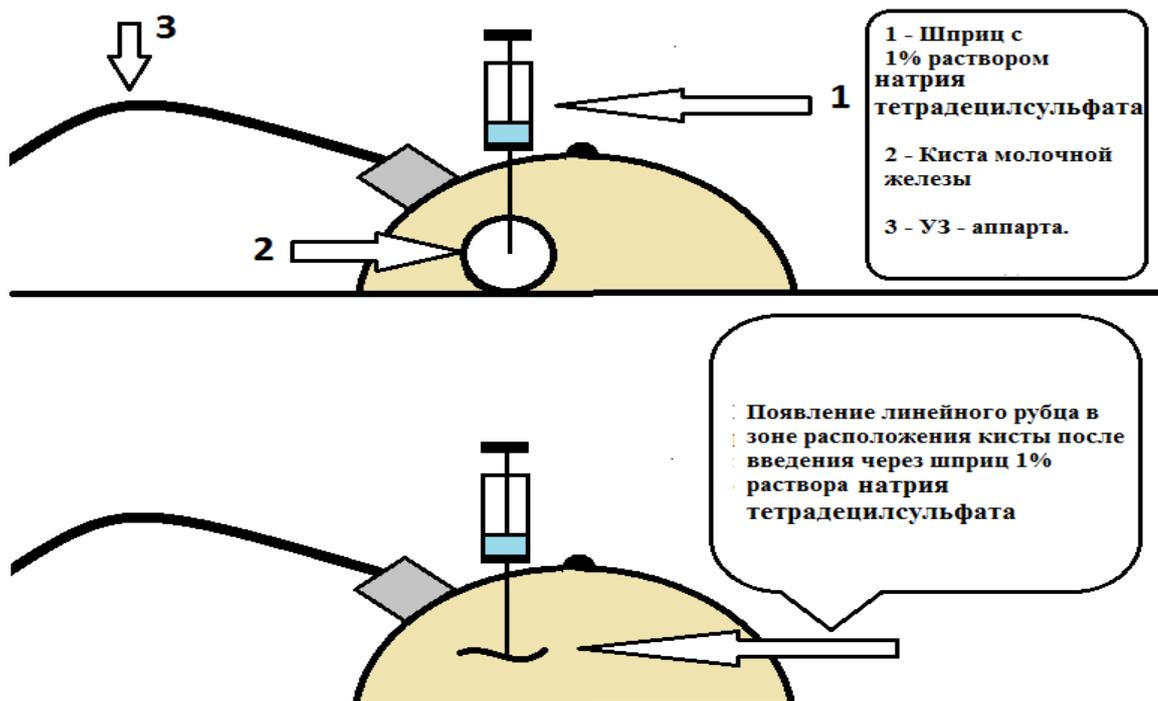


Рис. 11. Схематическое изображение склеротерапии под УЗ–навигацией (на примере 1% раствора натрия тетрадецилсульфата)

Далее проводится аспирация содержимого кисты (рис. 12). Не извлекая иглы из полости кисты, осуществляют введение через шприц склерозирующего вещества – 1 % раствор натрия тетрадецилсульфата 0,25 – 1,0 мл раствора в зависимости от размера новообразования. В кисту молочной железы размером до 20 мм вводят 0,25 мл указанного препарата; в кисту размером от 21 до 30 мм – 0,5 мл препарата, в кисту размером от 31 мм и выше – 1,0 мл препарата. Затем осуществляют наложение стерильной давящей повязки на сутки (рис. 13).



Рис. 12. Аспирация содержимой кисты под УЗ– навигацией

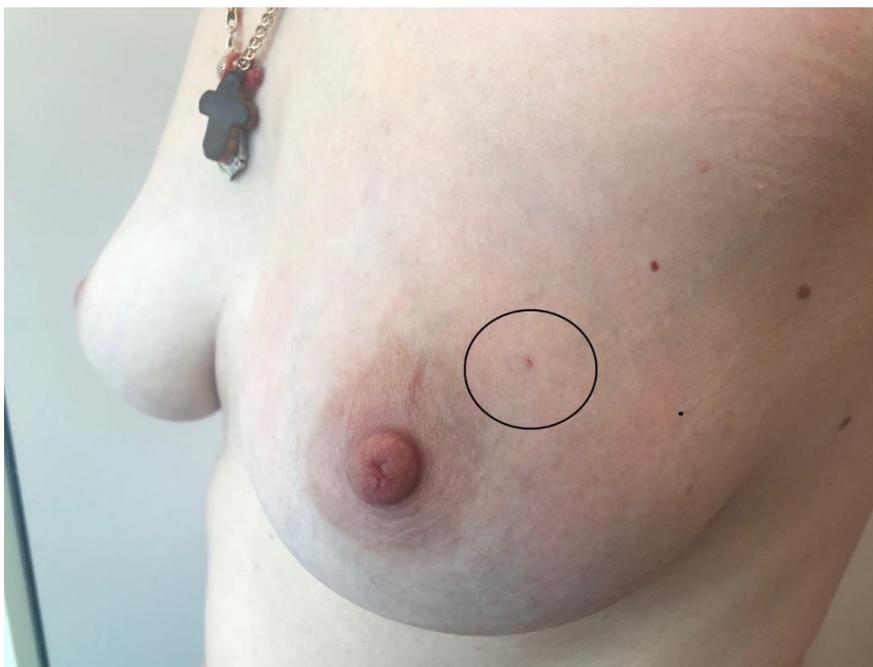


Рис. 13. Левая молочная железа после выполненного склерозирования 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата, 5 минут после склерозирования одной кисты размером 3,5 см. в диаметре

Во избежание передозировки за один сеанс склерозируют не более шести кист. Критерием эффективного склерозирования кисты, является появление на мониторе УЗ-аппарата белой линии, свидетельствующей о склерозировании кисты молочной железы (рис. 14).

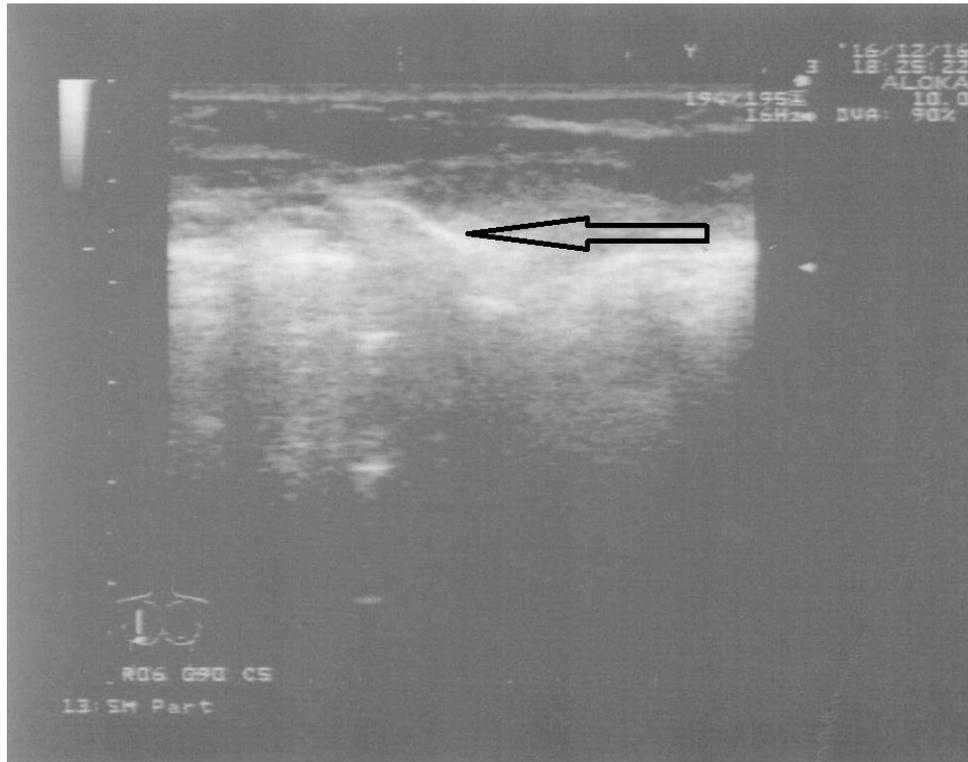


Рис. 14. Появление на мониторе УЗ- аппарата белой линии

Таким образом, предлагаемый способ позволяет уменьшить инвазивность хирургических операций, исключить риск тяжёлых послеоперационных осложнений, избавляет от риска озлокачествления и ведёт к быстрому закрытию, рубцеванию остаточной полости, отсутствию накопления кистозной жидкости, рецидива заболевания, болевых ощущений вовремя и после манипуляций.

Данный способ лечения можно использовать в условиях стационара, поликлинических отделений, больниц и поликлиник. Хирургическая манипуляция протекает с минимальными болевыми ощущениями, что позволяет проводить мероприятия в короткие сроки без таблетированных препаратов в амбулаторном режиме. Достигнут значительный экономический эффект в виде снижения

себестоимости операции по расходному материалу, энергозатратам, койко – дню, времени операции.

По предлагаемому способу пролечено 82 пациентки с кистозными образованиями молочных желёз различной локализации и объёма, что подтверждено актом использования и внедрения. Рецидивов у пациенток на протяжении трёх лет не отмечено.

Данное оперативное лечение выполнялось преимущественно в первой половине менструального цикла. Среднее пребывание на стационарном лечении составило 3.1 ± 0.8 койко – день. Из 82 (100 %) пациенток, находившихся на стационарном лечении в ЛПУ 28 (34,1 %) женщин, 54 (65,9 %) проведено лечение амбулаторно (табл. 34). Предварительно выполнялись и анализировались лабораторные, инструментальные методы исследования. Производилась предварительная разметка под УЗ–навигацией, размечались участки квадрантов МЖ, где располагались кисты молочной железы. Премедикация, антибиотикопрофилактика и профилактика тромбоэмболических осложнений не выполнялись ввиду ненужности, т.к. оперативное лечение выполнялось под местной анестезией, длительность операции составляло в среднем 6.4 ± 1.8 минут в зависимости от количества кист молочных желёз и их размеров. Операционная бригада состояла из: хирурга, выполняющего данную методику; операционной медицинской сестры (медицинской сестры перевязочного кабинета или малой операционной); врача ультразвуковой диагностики. После проведённой методики женщинам накладывалась тугая асептическая наклейка на место оперативного лечения. Необходимости в проведении противовоспалительной, противоязвенной терапии не было. Антибактериальная терапия не применялась. В каждодневных перевязках и осмотрах пациентки не нуждались. Все женщины перенесли данную методику без какой – либо анестезии с минимальным болевым синдромом, отсутствием гипертермии, признаков воспаления в области проведённых оперативных лечений, что позволило всем амбулаторным пациенткам убыть по месту жительства в тот же день и приступить к исполнению служебных обязанностей на следующий день без оформления листа нетрудоспособности. В

ходе контрольного осмотра осложнений не выявлено. Достигнут значительный экономический эффект в виде снижения себестоимости операции по расходному материалу, энергозатратам, койко – дню, времени операции, отсутствовала необходимость в применении дорогостоящего медицинского оборудования с затратой их расходных материалов.

Перед проведением оперативного лечения по данной методике (склеротерапии 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата под УЗ–навигацией) мы проанализировали локализацию кист молочных желёз у пациенток. Полученные данные показали, что из 82 женщин кисты располагались в правой молочной железе у 10 (12,2 %) пациенток, в левой молочной железе - у 12 (14,6 %) пациенток, в обеих молочных железах - у 60 (73,2 %) пациенток (табл. 30).

Таблица 30 – Соотношение пациенток в зависимости от локализации кист молочных желёз

Показатели	Абс.	%
Всего пациенток	82	100
В правой молочной железе	10	12,2
В левой молочной железе	12	14,6
В обеих молочных железах	60	73,2

Распределение кист молочных желёз по квадрантам: в верхне – наружном квадранте молочной железе - у 48 (58,6 %) пациенток, в верхне – внутреннем квадранте молочной железе - у 18 (22 %) пациенток, в нижне – наружном квадранте молочных железах - у 8 (9,7 %) пациенток, нижне – внутреннем квадранте - у 8 (9,7 %) женщин (табл. 31).

Таблица 31 – Распределение больных в зависимости от локализации кист по квадрантам молочной железы

Показатели	Результаты
Верхне – наружный квадрант молочной железы	48 (58,6 %)
Нижне – наружный квадрант молочной железы	8 (9,7 %)
Верхне – внутренний квадрант молочной железы	18 (22 %)

Нижне – внутренний квадрант молочной железы	8 (9,7 %)
Всего пациенток	82 (100 %)

Множественные кисты молочных желёз имелись у 55 (67,1 %) женщин. Единичные кисты – у 19 (23,2 %) пациенток, а у 8 (9,7 %) женщин наблюдалось по две – три солитарных кисты (табл. 32).

Таблица 32 – Соотношение пациенток в зависимости от количества кист молочных желёз

Показатели	Абс.	%
Множественные кисты	55	67,1
Единичные кисты	19	23,2
По две – три солидарных кисты	8	9,7
Всего пациенток	82	100

Единичные или солитарные кисты молочных желёз размером менее 1,0 см были выявлены у 25 (30,5 %) больных, от 1,0 до 2,0 см. – у 32 (39 %), от 2,0 – 3,0 см. – у 15 (18,3 %), более 4,0 см. – у 10 (12,2 %) пациенток (табл. 33).

Таблица 33 – Соотношение пациенток в зависимости от размеров кист молочных желёз

Показатели	Абс.	%
Кисты размером менее 1,0 см	25	30,5
Кисты размером от 1,0 см до 2,0 см	32	39
Кисты размером от 2,0 см до 3,0 см	15	18,3
Кисты размером более 4,0 см	10	12,2
Всего пациенток	82	100

Более чем через один год после данной операции (склеротерапии под УЗ–навигацией) у 82 оперированных пациенток отмечено отсутствие косметических дефектов в виде грубого рубца параареолярной области, визуального дефекта оперированной молочной железы, отсутствие наличие деформации МЖ, келоидных рубцов. Нагноение, кровотечение в раннем послеоперационном периоде и появления сером не отмечалось.

Результаты применения данного малоинвазивного хирургического метода лечения кист молочных желёз, безусловно, отразились на результатах опроса по

КЖ и психоэмоционального состояния пациенток. Рецидив заболевания не отмечен в течение длительного времени (более трёх лет) при контрольном обследовании, наблюдения продолжаются. (табл. 34).

Таблица 34 – Данные полученные в послеоперационном периоде (более 12 месяцев) после проведённого оперативного лечения в объёме склеротерапии 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата молочной железы под УЗ–навигацией

Показатели	Абс.	%
Количество оперированных пациенток	82	100
Среднее пребывание в ЛПУ койко – дней	3,1±0,8	–
Стационарное лечение	28	34,1
Амбулаторное лечение	54	65,9 %
Косметические дефекты МЖ	0	0
Рецидивы заболевания МЖ	0	0
Нагноение послеоперационной раны	0	0
Появления серомы в раннем послеоперационном периоде	0	0
Кровотечение в раннем послеоперационном периоде	0	0
Появление деформации МЖ	0	0
Появление келоидных рубцов	0	0
Длительность операции (минут)	6,4±1,8	–

Клинический пример №1 (стационарно).

Пациентка Н. (44 года) поступила в хирургическое отделение ЛПУ г. Голицыно 15 сентября 2016 года с диагнозом: фиброзно – кистозная мастопатия, киста правой молочной железы.

Выполнено (стационарно) лабораторное исследование крови пациентки (клиническое исследование анализа крови, биохимический анализ, анализ крови на гормоны щитовидной железы, анализ коагулограммы крови, анализ крови на определение гормонального статуса пациентки, анализ крови на онкомаркеры, анализ крови на генетическое исследование крови на BRCA ½). По вышеуказанным

исследованиям получено: общий анализ крови – без отклонений и сдвигов лейкоцитарной формулы; биохимический анализ крови – без патологических изменений; коагулограмма – без патологии; анализ крови на гормоны щитовидной железы (Т3 св. Т4 св. ТТГ, АТ ТПО) и гормоны пролактин, прогестерон, эстрадиол, тестостерон, ФСГ, ЛГ – все показатели в пределах нормы. Анализ крови на генетическое исследование крови на BRCA 1/2 показал отрицательный результат.

Проведено инструментальное обследование поступившей пациентки: ЭКГ от 15 сентября 2016 года – без особенностей; УЗИ молочных желёз (на 6 день менструального цикла) от 16 сентября 2016 года (Рис. 15), заключение: эхопризнаки ФКМ, киста правой молочной железы, размером 3,15 x 2,80 см. Маммографическое исследование проведено по месту жительства 17 августа 2016 года, снимок представила при осмотре (Рис. 15).

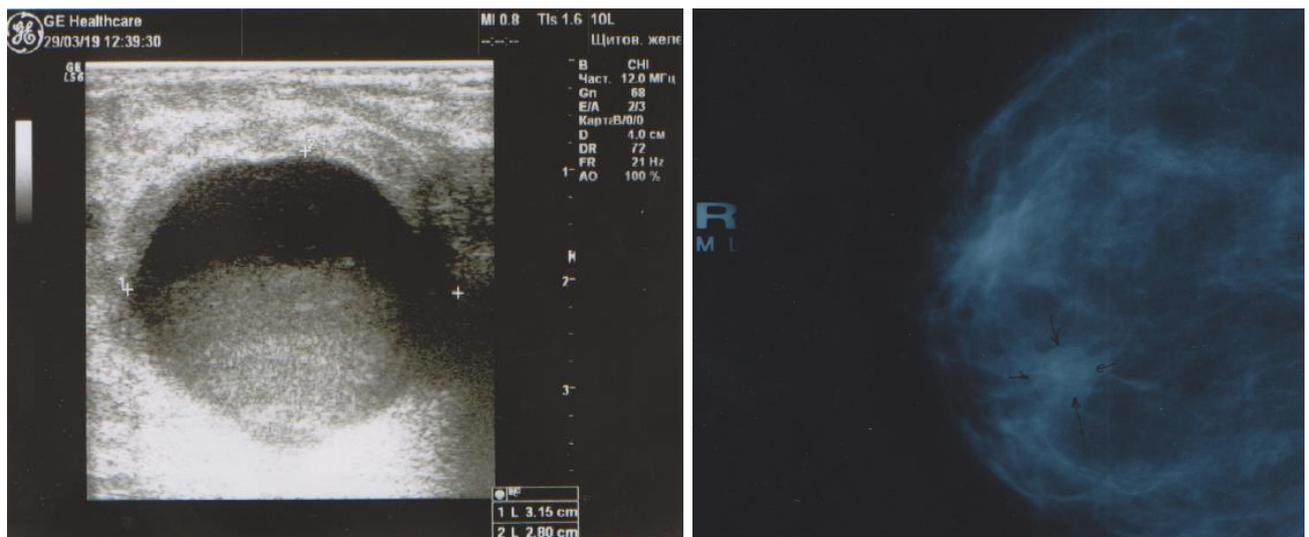


Рис. 15. УЗ – снимок кисты правой молочной железы (слева). Маммографический снимок кисты правой молочной железы (справа)

16 сентября 2016 года под УЗ–навигацией выполнено склерозирование кисты правой молочной железы 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата. Наложена давящая асептическая повязка на сутки. 17 сентября 2016 года выполнено контрольное УЗИ молочной железы, заключение: эхопризнаки ФКМ, состояние после склерозирования кисты правой молочной железы. Выписана в удовлетворительном состоянии. Проведён повторный забор крови 17 сентября

2016 года (клиническое и биохимическое исследования крови, коагулограмма), изменений и отрицательной динамики не выявлено. Температура тела сохранялась прежней – 36.6°C. При контрольном обследовании (амбулаторно) через 1,3,6,12 месяцев по результатам лабораторных и инструментальных методов исследований (УЗИ молочных желёз) рецидива со стороны молочных желёз не обнаружено.

Клинический пример № 2 (амбулаторно).

Пациентка А. (47 лет) обратилась амбулаторно в хирургическое отделение ЛПУ г. Голицыно 20 сентября 2017 года с диагнозом: множественные кисты левой молочной железы. Выполнено в ЛПУ УЗИ молочных желёз 20 сентября 2017 года, заключение: эхопризнаки множественных кист левой молочной железы, размерами от 20 мм до 25 мм в количестве 4 шт. Предварительно пациентке выполнили комплексный анализ крови и дополнительные методы инструментальных обследований в поликлинике по месту жительства. Результаты данных лабораторных методов исследований, выполненных накануне осмотра профильным специалистом ЛПУ от 13 сентября 2017 года (общий анализ, биохимический анализ крови и коагулограммы), без патологических изменений. По результатам инструментальных методов исследований по месту жительства: ЭКГ от 13 сентября 2017 года – без патологических изменений; маммографическое исследование от 9 августа 2017 года, заключение: ФКМ с преобладанием кистозного компонента (BI – RADS 3). Предварительно в поликлинике по месту жительства выполнили ПАБ образований молочных желёз под УЗ–навигацией, получена цитологическая картина кист молочных желёз (цитологическое заключение от 10 августа 2017 года – цитограмма кист).

20 сентября 2017 года под УЗ–навигацией выполнено склерозирование кист левой молочной железы 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата. Склерозировано 4 кисты размером от 20 мм до 25 мм. Наложена давящая асептическая повязка, отправлена домой. Температура сохранялась прежней – 36.6°C. Приступила к работе 21 сентября 2016 года, больничный листок не открывали. 25 сентября выполнено контрольное УЗИ молочных желез, заключение: состояние после склерозирования кист левой молочной железы.

Приступила к работе 21 сентября 2016 года, больничный листок не открывала. При контрольном обследовании (амбулаторно) через 1,3,6,12 месяцев по данным УЗИ молочных желёз рецидива заболевания не было. Результаты данных лабораторных методов исследований после хирургического лечения (склеротерапии) на 25 сентября 2017 года без существенных изменений по сравнению с результатами от 13 сентября 2017 года.

Клинический пример №3 (амбулаторно).

Пациентка Е. (35 лет) обратилась амбулаторно в хирургическое отделение ЛПУ г. Голицыно 7 марта 2016 года с диагнозом: множественные кисты правой молочной железы. Выполнено в ЛПУ УЗИ молочных желёз 7 марта 2016 года, заключение: эхопризнаки множественных кист правой молочной железы от 37 мм до 50 мм в количестве 3 ед.

Предварительно пациентке выполнили комплексный анализ крови и дополнительные методы инструментальных обследований в поликлинике по месту жительства. Результаты данных лабораторных методов исследований, выполненных накануне осмотра профильным специалистом ЛПУ от 5 марта 2016 года (общий анализ, биохимический анализ крови и коагулограммы) без патологических изменений. Результаты инструментальных методов исследований по месту жительства: ЭКГ от 5 марта 2016 года – без патологических изменений; маммографическое исследование не выполнялось. Предварительно в поликлинике по месту жительства выполнили ПАБ образований молочных желёз под УЗ–навигацией, получена цитологическая картина кист молочных желёз (цитологическое заключение от 5 марта 2016 года – цитограмма кист).

7 марта 2016 года под УЗ–навигацией выполнено склерозирование кист правой молочной железы (3 ед.) 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата, склерозировано 3 кисты размером от 37 мм до 50 мм, наложена давящая асептическая повязка, отправлена домой. 14 марта 2016 года выполнено контрольное УЗИ молочных желез, заключение: состояние после склерозирования кист правой молочной железы. Приступила к работе марта 2016 года, больничный листок не открывали. При контрольном обследовании (амбулаторно) через 1,3,6,12

месяцев по данным УЗИ молочных желёз рецидива заболевания не было. Результаты данных лабораторных методов исследований после хирургического лечения (склеротерапии) на 14 марта 2016 года без существенных изменений по сравнению с результатами от 5 марта 2016 года.

Все пациентки перенесли манипуляцию без местной анестезии удовлетворительно, что позволило убыть по месту жительства женщинам в тот же день и приступить к работе на следующий день без оформления листка нетрудоспособности.

Не проводилась антибактериальная терапия, не назначались нестероидные противовоспалительные препараты виду отсутствия жалоб и каких – либо показаний к их применению.

Вышеуказанный хирургический способ лечения кист молочных желёз позволяет проводить лечебно – профилактические мероприятия в короткие сроки без таблетированных препаратов в амбулаторном режиме, при этом отмечался минимальный болевой синдром, отсутствие гипертермии и признаки воспаления в области проведённых склерозирования кист.

Предлагаемый хирургический способ можно использовать для лечения многокамерных и рецидивирующих кист молочных желёз без осложнений.

4.4. Анализ отдалённых результатов хирургического лечения кист молочных желез различными методиками за весь период исследования 2011 – 2019 гг.

В нашей работе мы провели сравнение результатов хирургического лечения с применением традиционного метода (секторальной резекции) ФКМ с 2011 – 2016 гг. в ЛПУ (ретроспективного анализа) с результатами хирургического лечения ФКМ с применением малоинвазивных технологий – склеротерапии и лазерной абляции–коагуляции МЖ с применением УЗ–навигацией.

Пациентки были разделены на 2 группы. Первая группа (№1) – группа исследования, в которую вошли 158 пациенток, пролеченных малоинвазивными хирургическими методиками в период 2016 – 2019 гг. (табл. 35).

Таблица 35 – Распределение больных с ФКМ по методикам хирургического лечения

Группы пациенток	Метод хирургического лечения	Количество, %
Группа №1	склерозирование и лазерная абляция – коагуляция кист МЖ	158 (42,4 %)
Группа №2	Секторальная резекция МЖ	214 (57,6 %)

Вторая группа (№2) – в неё вошли 214 пациенток, пролеченных в ЛПУ открытым способом (секторальная резекция МЖ) в период 2011 – 2016 гг.

Внедрение в клиническую практику склеротерапии 1% раствора натрия тетрадецилсульфата и лазерной абляции–коагуляции под УЗ–навигацией позволило не прибегать к открытым оперативным лечениям кист МЖ. Данная хирургическая методика позволяет во время однократного склерозирования или лазерной абляции–коагуляции воздействовать на всю эпителиальную выстилку кисты. Данная методика применялась у пациенток первой группы (№1) исследования – 158 наблюдаемых.

Было установлено, что по своему деструктивному воздействию на эпителий 1 % раствор натрия тетрадецилсульфат не уступает используемым для этой цели в практике другим склерозантам. В пользу этого свидетельствовало также и то, что в содержимом кисты при первичной пункции и после обработки 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата было большое количество клеток эпителия внутренней стенки кисты.

При оперативном лечении открытым способом (секторальной резекции) отмечается послеоперационный болевой синдром у всех пациенток в течение первых суток. У 67 (31,3 %) пациенток наблюдалась транзиторная субфебрильная лихорадка, не требовавшая специального лечения (табл. 36). Отёки и умеренное воспаление в оперированной МЖ выявлены при УЗИ у всех пациенток. Это послужило показанием к назначению нестероидных противовоспалительных препаратов.

Пункции остаточных полостей потребовались 57 больным, после применения малоинвазивных методов лечения пункции остаточных полостей не потребовались. Таким образом, применение малоинвазивных методов лечения кист МЖ статистически достоверно снижает необходимость пункций остаточных полостей после проведения лечения. Осложнения были у одной пациентки (появление гематомы в ложе удалённого сектора молочной железы) (табл. 36).

Таблица 36 – Сравнительный анализ хирургического лечения молочных желез с применением различных технологий

Показатель	Группы	
	Группа №1 n1 – 158	Группа №2 n2 – 214
Количество пациенток	158	214
Болевой синдром после манипуляции	26%	100 %
Дискомфорт и длительность болевого синдрома (часы)	0	48
Транзиторная субфебрильная лихорадка	0	67 (31,3 %)
Отек и воспаление молочной железы	0	214 (100 %)
Среднее пребывание на койке	3,3±0,6*	8,1±1,4*
Наличие осложнений	0	1 (2,14 %)
Повышение лейкоцитов	0	78 (36,5 %)
Пункции остаточных полостей	0	57 (26,6 %)
Применение резиновых выпускников для п/о ран	0	154 (72 %)
Длительность оперативного лечения (минуты)	8,5±3,8*	35,1±6,7*
Повышение СОЭ	0	87 (40,6 %)

Примечание: * - различия показателей между группами имеют статистическую значимость ($p < 0,05$).

Длительность операции составила 8,5±3,8 мин. ($p < 0,05$) у пациенток,

оперированных малоинвазивным способом, и 35.1 ± 6.7 мин. ($p < 0.05$) у прооперированных классическим хирургическим способом (выполнена секторальная резекция МЖ). Средний срок лечения при оперативном лечении открытым способом составил $8,1 \pm 1,4$ ($p < 0,05$) койко-день. Использование 1% раствора натрия тетрадецилсульфата и лазерной абляции–коагуляции уменьшило средний койко – день до $8,5 \pm 3,8$ ($p < 0,05$). Уменьшение койко – дня отмечено за счёт отсутствия необходимости в применении таблетированных препаратов, при этом отмечался минимальный болевой синдром (1,58 %), отсутствие гипертермии и признаков воспаления в области склерозирования кист.

С учетом вышеизложенного и анализа полученных нами результатов проспективного анализа, можно констатировать, что внедренные в нашу практику малоинвазивные методы лечения кист МЖ, а именно склеротерапии 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата и лазерной абляции–коагуляции, позволили уменьшить инвазивность оперативного лечения кист МЖ, снизить себестоимость операционного лечения, уменьшить болевой послеоперационный порог, снизить количество осложнений в раннем послеоперационном периоде.

4.5. Организация диспансерного наблюдения за женщинами

ФКМ у женщин может длительно протекать бессимптомно, поэтому разработка методов диагностики и прогнозирования течения доброкачественных заболеваний молочных желёз является одной из актуальных задач. Своевременная диагностика пролиферативной активности в молочных железах является профилактикой дальнейшего развития злокачественных заболеваний молочных желёз у женщин – военнослужащих.

Организация диагностики ФКМ у женщин в условиях многопрофильного ЛПУ предусматривает несколько этапов.

Первый этап – женщинам, поступающим на лечение в ЛПУ, вне зависимости от профиля лечения обязательно проводят УЗИ молочных желёз, если возраст женщины составляет до 39 лет, а женщинам старше 39 лет выполняется маммографическое исследование. В случае выявления новообразований молочных желёз военнослужащие в обязательном порядке направляются на консультацию к

хирургу – онкологу.

Второй этап – консультация хирурга – онколога. Задача данного специалиста заключается в тщательном сборе анамнеза и выявлении факторов риска, общего визуального осмотра, осмотра и пальпации молочных желёз в положении стоя и лёжа, определении гормонального статуса пациентки (содержания в сыворотке крови ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона), назначений дополнительных клинических исследований (инструментальных, лабораторных). При необходимости выполняется консультация эндокринолога, гинеколога.

Третий этап – проводится пункционно – аспирационная биопсия (ПАБ) кистозных компонентов под УЗ–навигацией с целью дальнейшего цитологического исследования взятого материала на наличие атипичных клеток. После получения цитологического заключения определяется дальнейшая тактика ведения пациентки.

Четвёртый этап. В случае отсутствия атипичных клеток в кистозных компонентах молочных желёз пациенткам с непролиферативными узловыми формами ФКМ проводят консервативную терапию. При отсутствии объективного эффекта консервативного лечения выполняется хирургическое вмешательство. В нашей практике проводится лазерная абляция – коагуляция кист молочных желёз или выполняется склеротерапия под УЗ–навигацией. Данная операция способствует предотвращению озлокачествления кистозного компонента молочной железы. При необходимости назначают контрольное обследование в условиях ЛПУ через полгода. После выписки пациентка находится под динамическим наблюдением врачей по месту службы, при этом в обязательном порядке должны проводиться курсы комплексной патогенетической терапии, направленные на стабилизацию гормонального и иммунного гомеостаза, функции ЖКТ, состояния центральной и вегетативной нервных систем.

Таким образом, благодаря проводимому лечебно – диагностическому алгоритму определения кистозных компонентов у женщин в условиях многопрофильного ЛПУ удаётся своевременно выявлять ФКМ, проводить лечение и предотвращать озлокачествление кистозных компонентов молочных желёз.

Такая тактика позволяет улучшить общие результаты лечения и повышает качество жизни и работоспособность женщин – военнослужащих (рис. 16).

Показаниями для направления пациенток к хирургу – онкологу являются изменения в молочной железе:

- уплотнения, узловые образования;
- выделения из соска различного характера (не связанные с беременностью или лактацией);
- эрозии, корочки, чешуйки, изъязвления в области соска или ареолы;
- деформация, отёк, увеличение или уменьшение размеров молочной железы;
- увеличение лимфатических узлов в подмышечной или надключичной области, выявленные при проведении осмотра и пальпации молочных желёз;
- все узловые формы и образования, кисты молочных желёз более 5 мм;
- кисты молочных желёз с наличием пристеночного компонента, выявленные при ультразвуковом исследовании;
- сгруппированные микрокальцинаты, узловые образования, кисты более 5 мм, фибroadеномы 1 см и более, одностороннее утолщение кожи, втяжение кожи, асимметричное уплотнение структуры железы, выявленные при маммографии.

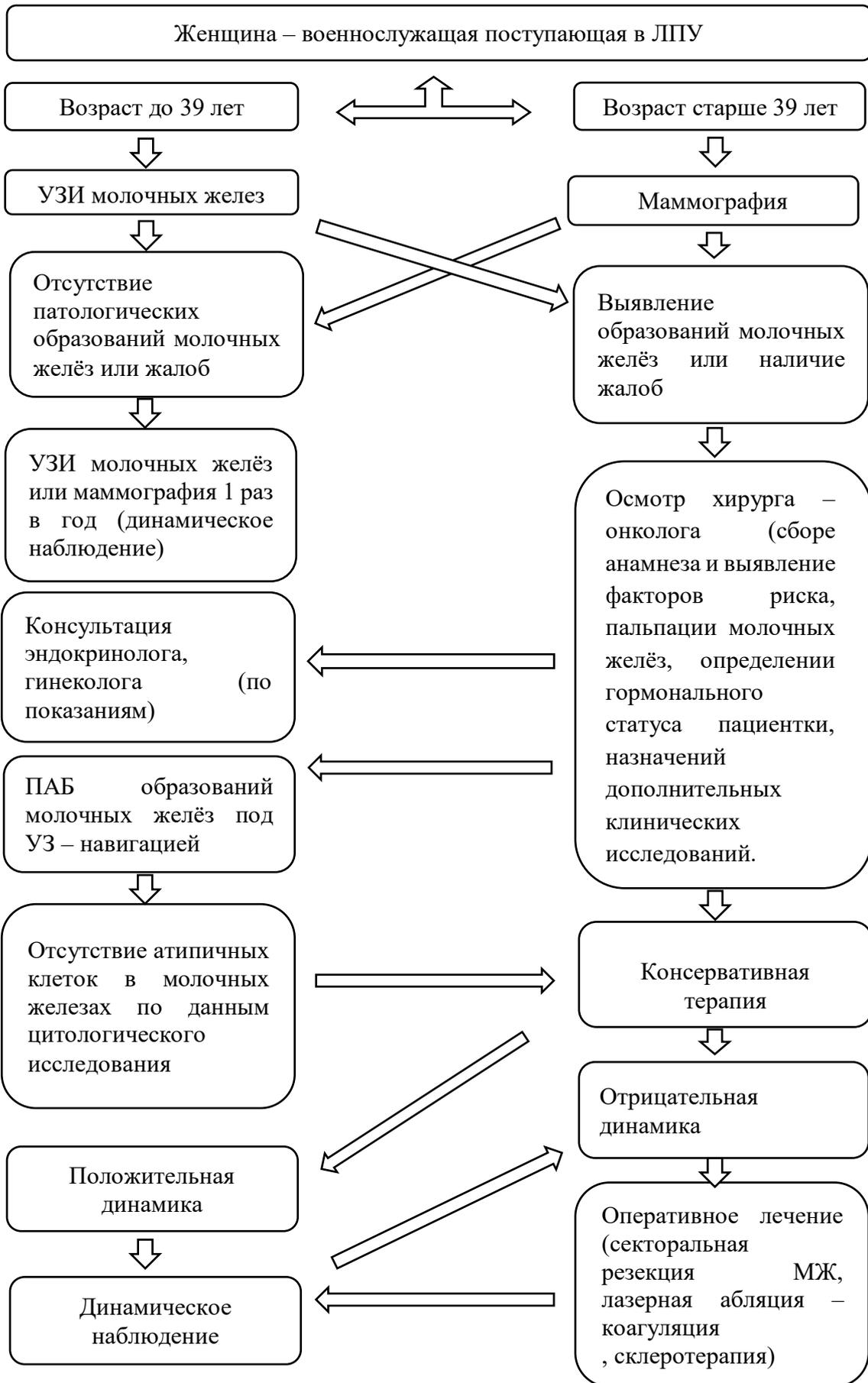


Рис. 16. Алгоритм обследования женщин, поступивших на лечение в ЛПУ

ГЛАВА 5. ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОК С ФИБРОЗНО – КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

5.1. Исследование качества жизни пациенток с ФКМ после хирургического лечения

В рамках научного исследования проведено клиническое изучение психоэмоционального статуса и КЖ пациенток, перенёвших оперативное вмешательство с применением различных хирургических методик по поводу ФКМ. В нашем исследовании мы определили 3 группы, за которыми проводили наблюдения. Группа № 1, состоящая из 158 женщин: 76 женщинам выполнялась лазерная абляция – коагуляция кист МЖ и 82 проводилось склерозирование кист под УЗ-контролем (навигацией). В группу № 2 включили 145 пациенток, которым проводилось оперативное лечение – секторальная резекция МЖ. Группа № 3 (группа сравнения) состояла из 31 пациенток без патологии со стороны МЖ. Через 12 месяцев после выполненных оперативных вмешательств по поводу ФКМ изучены показатели КЖ с применением опросника SF – 36 (Short Form, русскоязычная версия) и психоэмоциональное состояние женщин с помощью шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, а также шкалы психосоциального стресса Л. Ридера.

Опросник SF – 36 содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий, составляющих качество жизни. В настоящее время данный метод считается «золотым стандартом» общих методик оценки КЖ, так как прошел культурную и языковую адаптацию, доказана его надежность, чувствительность и валидность. Количественно оценивали следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок.
2. Ролевое физическое функционирование (Role – Physical Functioning – RP)

– влияние физического состояния на повседневную деятельность.

3. Интенсивность боли (Bodilypain – BP) и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

4. Общее состояния здоровья (GeneralHealth – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Жизнеспособность или жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, наоборот, обессиленным.

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность.

7. Эмоциональное функционирование (Role – Emotional – RE) предполагает оценку степени, в которой состояние мешает выполнению работы.

8. Психологическое здоровье (Mental Health – MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги.

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический компонент здоровья (5 – 8 шкалы). Психоэмоциональный статус (ПЭС) изучен с помощью шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера в переводе Ю.Л. Ханина и шкалы психосоциального стресса Л.Ридера.

Предлагаемая шкала Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (шкала самооценки уровня тревожности) является методом самооценки уровня тревожности в настоящий момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагируя состоянием тревоги. Реактивная тревожность определяется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, иногда — тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными, невротическими срывами и

психосоматическими заболеваниями. Тревожность не является изначально негативным феноменом. Определённый уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги». Шкала самооценки Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л. Ханина состоит из двух частей, отдельно оценивающих реактивную тревожность (РТ, высказывания № 1 по 20) и личностную тревожность (ЛТ, высказывания № 21 по 40).

Опросник психосоциального стресса Л. Ридера представляет собой шкалу. При обработке данных, полученных с помощью этой шкалы, подсчитывается сумма баллов по всем 7 пунктам, которая затем делится на 7. Этот средний балл вычитается из 4. В результате определяется показатель психосоциального стресса, который может варьироваться от 0 до 3 баллов. В зависимости от этого показателя испытуемого относят к группе с высоким, средним или низким уровнем психосоциального стресса.

Вышеуказанные анкеты пациентки заполняли самостоятельно, после проводили подсчёт баллов для каждой пациентки в каждой точке исследования с дальнейшим анализом динамики их состояния. Опрос проводили непосредственно перед проведением хирургического лечения ФКМ, сразу после оперативного лечения и через 12 месяцев после лечения.

До лечения различные психоэмоциональные расстройства наблюдались у всех женщин (табл. 37). В результате лечения отмечался положительный результат хирургического лечения ФКМ на психоэмоциональное состояние, что выражалось в повышении активности, улучшении настроения, исчезновении чувства тревоги, нормализации сна (табл. 37). Все вышеназванные лечебные эффекты были статистически достоверными и доказаны с помощью теста SF – 36 шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, а также шкалы психосоциального стресса Л. Ридера. Заполнение анкет проводилось перед началом лечения кист молочных желёз и через 12 месяцев (1 год) после.

Считаем, что показатели КЖ и ПЭС, наряду с показателями физикального проявления, весьма точно отражают течение послеоперационного периода и

эффективность оперативного вмешательства. Анализ показателей КЖ подтвердил более высокие данные у пациенток, которым оперативное лечение проводилось малоинвазивными методиками (табл. 37). Показатели КЖ пациенток, которым проведено оперативное лечение ФКМ резекционным методом (группа № 2), достоверно были ниже чем у пациенток, которым лечение выполнено малоинвазивными методиками (группа № 1).

Таблица 37 – Показатели КЖ пациенток с ФКМ с кистозным компонентом по опроснику SF-36 до и после хирургического лечения с применением различных методик ($M \pm m$)

Показатели (бал.)	До лечения (n – 303)	После лечения		Группа сравнения (n – 31)
		Группа № 1 (n – 158)	Группа № 2 (n – 145)	
Физическое функционирование (PF)	61,7±3,5*	79,1±3,9*	60,3±3,6	89,2±2,8
Ролевое физическое функционирование (RP)	44,3±4,4*	71,3±3,5*	57,5±3,1	88,6±4,7
Жизнеспособность (VT)	51,5±3,7*	67,4±4,2*	48,1±3,8	77,5±2,9
Социальное функционирование (SF)	47,3±2,6*	67,8±3,9*	52,1±4,1	86,4±4,8
Эмоциональное функционирование (RE)	46,7±4,8*	75,5±2,3*	66,4±1,6	90,5±3,9
Психологическое здоровье (MH)	53,1±1,8*	70,1±2,8*	50,2±3,1	76,8±1,8
Болевой синдром (P)	41,7±4,2*	70,5±4,1*	50,5±4,9	88,5±3,4
Общее здоровье (GH)	45,6±5,5*	72,4±0,8*	56,3±4,5	74,3±0,5

Примечание: * - различия показателей между группами имеют статистическую значимость ($p < 0,05$).

Такой важный показатель, как физическое функционирование (PF), в группе № 1 был достоверно выше, чем в группе № 2 (соответственно 79,1±3,9; 60,3±3,6 бал.) (табл. 38), в группе сравнения этот показатель составил 89,2±2,8 бал. (табл. 39). Показатели ролевого физического функционирования (RP) в группе № 1 также

были достоверно выше по сравнению с группой № 2 ($71,3 \pm 3,5$ и $57,5 \pm 3,1$ бал.) (табл. 37).

Такая же динамика сохранялась при анализе показателей жизнеспособности (VT). Важным является изучение показателей социального функционирования (SF). Так, в группе № 1 он установлен на $67,8 \pm 3,9$ бал., в то время как в группе № 2 – $52,1 \pm 4,1$ бал. (табл. 38). Однако в группе сравнения этот показатель составил $86,4 \pm 4,8$ бал. (табл. 39).

Таблица 38 – Показатели качества жизни пациенток по данным опроса теста SF – 36 через год после оперативного лечения

Шкалы теста SF – 36	Основная группа (№1) n = 158	Группа сравнения (№2) n = 145
Физическое функционирование (PF)	$79,1 \pm 3,9$	$60,3 \pm 3,6$
	$p < 0.05^*$	
Роловое физическое функционирование (RP)	$71,3 \pm 3,5$	$57,5 \pm 3,1$
	$p < 0.05^*$	
Жизнеспособность (VT)	$67,4 \pm 4,2$	$48,1 \pm 3,8$
	$p < 0.05^*$	
Социальное функционирование (SF)	$67,8 \pm 3,9$	$52,1 \pm 4,1$
	$p < 0.05^*$	

Примечание: * - различия показателей между группами имеют статистическую значимость ($p < 0,05$).

Таблица 39 – Показатели качества жизни пациенток по данным опроса теста SF – 36 через год после оперативного лечения

Шкалы теста SF – 36	Основная группа (группа №1) n = 158	Группа сравнения, норма (группа №3) n = 31
Физическое функционирование (PF)	$79,1 \pm 3,9$	$89,2 \pm 2,8$
	$p < 0.05^*$	
Роловое физическое функционирование (RP)	$71,3 \pm 3,5$	$88,6 \pm 4,7$
	$p < 0.05^*$	
Жизнеспособность (VT)	$67,4 \pm 4,2$	$77,5 \pm 2,9$
	$p < 0.05^*$	
	$67,8 \pm 3,9$	$86,4 \pm 4,8$

Социальное функционирование (SF)	p<0,05*
----------------------------------	---------

Примечание: * - различия показателей между группами имеют статистическую значимость (p<0,05).

Исследование психоэмоциональных показателей КЖ подтвердило более положительную динамику у пациенток, оперированных малоинвазивными методами. Так, данные эмоционального функционирования (RE) у пациенток группы № 1 были 75,5±2,3 бал., против 66,4±1,6 бал. в группе № 2. (табл. 40).

Таблица 40 – Показатели качества жизни пациенток по данным опроса теста SF – 36 через год после оперативного лечения

Шкалы теста SF – 36	Основная группа (группа №1) n = 158	Группа сравнения (группа №2) n = 145
Эмоциональное функционирование (RE)	75,5±2,3	66,4±1,6
	p<0,05*	
Психологическое здоровье (MH)	70,1±2,8	50,2±3,1
	p<0,05*	
Болевой синдром (P)	70,5±4,1	50,5±4,9
	p<0,05*	
Общее здоровье (GH)	72,4±0,8	56,3±4,5
	p<0,05*	

Примечание: * - различия показателей между группами имеют статистическую значимость (p<0,05).

В группе сравнения этот показатель составил 90,5±3,9 бал. (табл. 41). При изучении показателей общего здоровья (GH), а также болевого синдрома (P) установлено, что в группе № 1 они были достоверно выше, чем в группе № 2.

Таблица 41 – Показатели качества жизни пациенток по данным опроса теста SF – 36 через год после оперативного лечения

Шкалы теста SF – 36	Основная группа (группа №1) n = 158	Группа сравнения, норма (группа №3) n = 31
Эмоциональное функционирование (RE)	75,5±2,3	90,5±3,9
	p<0,05*	
	70,1±2,8	76,8±1,8

Психологическое здоровье (МН)	$p < 0,05^*$	
Болевой синдром (Р)	70,5±4,1	88,5±3,4
	$p < 0,05^*$	
Общее здоровье (GH)	72,4±0,8	74,3±0,5
	$p > 0,05^*$	

Примечание: * - различия показателей между группами имеют статистическую значимость ($p < 0,05$).

5.2. Исследование психоэмоционального состояния пациенток с ФКМ после хирургического лечения

Важным показателем эмоционального состояния пациенток в послеоперационном периоде, наряду с показателями КЖ, является состояние психоэмоционального статуса. Его динамика в послеоперационном периоде во многом определяет уровень КЖ, остроту восприятия отдельных проявлений послеоперационного периода. С целью изучения психоэмоционального статуса женщин с ФКМ до операции и в послеоперационном периоде применили уже опробованные и признанные как высокочувствительные тесты: шкалу самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина и шкалу психосоциального стресса Л. Ридера. Данные исследования проводили до операции и через 12 месяцев после хирургического лечения ФКМ по одному из ранее описанных способов. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагируя состоянием тревоги. Реактивная тревожность определяется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, иногда — тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными, невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Тревожность не является изначально негативным феноменом. Определённый уровень тревожности — естественная и обязательная особенность активной личности.

Исходя из полученных данных, можно констатировать, что до начала лечения показатели по вышеуказанным шкалам у первой и второй групп РТ были приблизительно равны между собой ($42,3 \pm 0,9$, и $39,1 \pm 1,2$ бал. соответственно). Данные показатели (РТ) значительно отличались от группы сравнения (группа № 3). Так, в данной группе уровень реактивности (РТ) в начале исследования был в два раза ниже – $18 \pm 2,4$ бал. и характеризовался как низкий уровень (табл. 42).

Таблица 42 – Показатели ПЭС пациенток с ФКМ до хирургического лечения по Шкале самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина ($M \pm m$)

Уровень РТ ЛТ	Бал.	Группа № 1 (n = 158)		Группа № 2 (n = 145)		Группа № 3 (n = 31)	
		РТ	ЛТ	РТ	ЛТ	РТ	ЛТ
Низкий	≥ 30		$9,6 \pm 2,4$ *		$24,2 \pm 1,8$	$8 \pm 2,4^{**}$	$20,9 \pm 3,6^*$ *
Умеренный	31–45	$42,3 \pm 0,9$ *		$39,1 \pm 1,2$ *			
Высокий	≥ 46						

Примечание: * - различия показателей между группами имеют статистическую значимость ($p < 0,05$).

Через 12 месяцев после проведённого лечения выполнено исследование уровней реактивности и личной тревожности. За данный период они претерпели изменения в сторону снижения показателей, но отличались по группам (табл. 43).

Таблица 43 – Показатели ПЭС пациенток с ФКМ после хирургического лечения по Шкале самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина ($M \pm m$)

Уровень тревожности	Бал	Группа № 1 (n = 158)		Группа № 2 (n = 145)		Группа № 3 (n = 31)	
		РТ	ЛТ	РТ	ЛТ	РТ	ЛТ
Низкий	≥ 30	26,4± 1,3* **	28,9± 1,3**		22,3±3,1	18±2,4 **	20,9±3,6 **
Умеренный	31 – 45			31,1± 1,9*			
Высокий	≥46						

Примечание: * - различия показателей между группами имеют статистическую значимость ($p < 0,05$).

Так, в группе № 1, где выполнены операции при ФКМ малоинвазивными способами, уровни РТ снизились с $42,3 \pm 0,9$ бал. до $26,4 \pm 1,3$, что соответствует низкому уровню. В группе № 2 также отмечено снижение показателей РТ, но не столь заметное (с $39,1 \pm 1,2$ бал. до $31,1 \pm 1,9$ бал.). По шкале это соответствовало среднему уровню.

При исследовании показателей психосоциального стресса по шкале Л. Ридера до лечения (табл. 44) получены данные, соответствующие высокому уровню стресса в группе № 1 ($1,7 \pm 0,1$ бал.) и среднему уровню в группе № 2 ($2,1 \pm 0,1$ бал.).

Таблица 44 – Уровень стресса по Шкале психосоциального стресса Л. Ридера до и после хирургического лечения больных с ФКМ ($M \pm m$)

Уровень стресса (показатели)	До лечения		После лечения		Группа сравнения (n – 31)
	Группа № 1 (n – 158)	Группа № 2 (n – 145)	Группа № 1 (n – 158)	Группа № 2 (n – 145)	
Высокий (1,0 – 1,82)	$1,7 \pm 0,1^*$ **				
Средний		$2,1 \pm 0,1^*$	$2,5 \pm 0,1^*$	$2,3 \pm 0,01^{**}$	

(1,83 – 2,82)			**		
Низкий (2,83-4,0)					3,9±0,7**

Примечание: * - различия показателей между группами имеют статистическую значимость ($p < 0,05$).

В течение периода наблюдения через 12 месяцев (табл. 44) в группе № 1 показатели стресса изменились до среднего уровня с $1,7 \pm 0,1$ до $2,5 \pm 0,1$ баллов, в то время как в группе № 2 данные показатели за период наблюдения изменились незначительно и по – прежнему оставались на среднем уровне. В группе сравнения уровни стресса у обследованных определены как низкие – $3,9 \pm 0,7$ балла. Таким образом, показатели уровня стресса по шкале Л. Ридера были ниже в группе № 1 (пациентки, которым выполнялись малоинвазивные оперативные вмешательства при хирургическом лечении ФКМ), в то время как у пациенток группы № 2 они изменялись незначительно. Следует отметить, что применение малоинвазивных методик в лечении ФКМ более позитивно влияет на психоэмоциональное состояние, качество жизни женщин и даже улучшает эти показатели в благоприятную сторону, нежели применение резекционных методов операций.

Показатели качества жизни и психоэмоционального состояния женщин с ФКМ на различных этапах (до и после операции) являются важным критерием эффективности лечения и определяют, что применение малоинвазивных технологий позволяет достичь более высоких результатов в лечении этой весьма распространённой патологии. Данное исследование доказывает, что пациенток с кистами молочных желез предпочтительнее оперировать миниинвазивными методиками. Несмотря на то, что за период 12 месяцев на показатели КЖ и ПЭС могли влиять другие факторы повседневной жизни исследуемых женщин. При анализе результатов они были достоверно более положительные в группе, где применялись малоинвазивные технологии хирургического лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ежегодно увеличивается рост числа доброкачественных заболеваний молочных желёз, а именно фиброзно – кистозной мастопатии (болезни) и доброкачественных новообразований (Каприн А.Д. и соавт., 2018). Ранее мастопатия считалась болезнью женщин зрелого возраста. В наше время данная патология омолодилась и встречается даже у молодых девушек (Путырский Л.А. и соавт., 2008). Известно, что рак молочной железы развивается в 5 раз чаще на фоне доброкачественных образований молочных желёз. Исходя из этого, доброкачественные заболевания молочных желёз представляют большой интерес для врачей как возможный риск озлокачествления (Староконь П.М., Шабаев Р.М., 2019). У женщин старше сорока лет различные патологические состояния молочных желез диагностируются в 60 % случаях. Наиболее часто наблюдается диффузная форма фиброзно – кистозной мастопатии (ФКМ) (половине всех клинических случаев). Узловые формы ФКМ выявляются у 20 % женщин позднего репродуктивного возраста, фиброаденомы в 18 % случаев, рак молочной железы (МЖ) у 2 % женщин (Черенков В.Г., 2017). Примерно 75 – 80 % женщин репродуктивного возраста страдают различными заболеваниями молочных желез, часто объединяемыми термином “мастопатия”. Мастопатия – это дисгормональное доброкачественное заболевание молочных желёз, характеризующееся гиперплазией ее ткани (Рожкова Н.И. и соавт., 2015). Доброкачественные изменения в молочных железах верифицируются, как правило, при обращении женщин с характерными клиническими проявлениями, либо при скрининговых

(диспансерных) исследованиях. Довольно часто встречается диффузная мастопатия (30 – 60 %). Примерно в равных долях наблюдаются фиброаденомы молочных желёз, кисты молочных желёз; узловая мастопатия встречается реже – 1 – 5 % (Радзинский В.Е., 2016). Фиброзно – кистозная болезнь - распространённая патология, её частота в женской популяции составляет до 50 – 60 % (Onstad M. et al., 2013). Женщины репродуктивного возраста с гинекологическими патологиями в анамнезе обеспечивают высокий процент заболеваемости. Наличие ФКМ у женщин не только ухудшает качество жизни, но и повышает риск развития рака молочной железы в несколько раз. (Высоцкая И.В. и соавт., 2015).

Мастопатия – полиэтиологическое заболевание, основные факторы риска рака молочной железы и мастопатии совпадают (Беспалов В.Г. и соавт., 2015; Родионов В.В, и соавт., 2016). Пусковым механизмом ФКМ чаще является нарушение гормонального гомеостаза (Сенча А.Н., 2018).

Несмотря на накопленный опыт и достижения современной медицины в диагностике и лечении ФКМ, рассмотренных в обзоре литературы, остаются нерешенными многие вопросы, связанные со сравнительной оценкой эффективности различных хирургических методов лечения, применяющихся при данной патологии, выбором оптимальной лечебно – диагностической тактики, оценкой преимущества того или иного метода лечения в зависимости от вида, размера и локализации кист. Это описано в современной литературе (Керчелаева С.Б. и соавт., 2016; Каприн А.Д., Рожкова Н.И. 2018; Азиззода З.А. и соавт., 2019).

Цель нашего исследования заключалась в повышении эффективности хирургического лечения кист молочных желез (ФКМ) путём внедрения в хирургическую практику малоинвазивных хирургических технологий, а также в дальнейшем предупреждении и профилактике данной патологии, оптимизации лечебно – диагностического алгоритма обследований женщин, поступающих в ЛПУ.

В основе нашей работы - обследованы 514 пациенток с диагнозом фиброзно – кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента, проходивших лечение в ЛПУ г. Голицыно.

Предлагаемый подход к поставленной цели заключается в проведенном

ретроспективном анализе хирургического лечения ФКМ на основе историй болезни 214 пациенток, оперированных в онкологическом отделении ЛПУ с 2011 – 2016 гг. по поводу фиброзно – кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента.

В результате проведенного ретроспективного анализа было установлено, что лечебно – диагностическая программа пациенток с ФКМ была стандартная. Длительность операции составляла в среднем 35.1 ± 6.7 минут. В раннем послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная, противоязвенная, антибактериальная терапия. перевязка пациенток выполнялась ежедневно, первая на следующий день после операции. Среднее пребывание, койко – день составил 8.1 ± 1.4 . Выше перечисленные мероприятия составляли определённую экономическую, материальную нагрузку, привлечение медицинского персонала для лечения столь часто встречающейся патологии МЖ. Проанализировав медицинские карты стационарных больных, мы можем отметить, что повторные операции по поводу рецидивирующих кист МЖ выполнялись в течение 12 месяцев у 9 (4,3 %) пациенток, а в течение последующих 5 лет у 39 (18 %). У 51 (24 %) женщин ранее уже выполнялся данный вид оперативного вмешательства по поводу ФКМ. Полученные нами данные не являются позитивными, так как повторные оперативные вмешательства значительно влияют на качество жизни и психоэмоциональное состояние больных. Кроме того, нередко секторальная резекция приводит к косметическому визуальному дефекту оперированной МЖ.

На основании результатов ретроспективного анализа решили провести собственное исследование.

В клинической части работы были проанализированы результаты проспективного исследования, проведенного за период с 2016 по 2019 гг. Проведена диагностика и хирургическое лечение 303 женщин с фиброзно – кистозной мастопатией с преобладанием кистозного компонента. Данные наблюдения позволили оценить эффективность и целесообразность различных методов хирургического лечения кист молочных желез и оптимизировать

диагностический алгоритм, хирургическую тактику.

В ходе наблюдения выявлено, что основными жалобами у пациенток с ФКМ с преобладанием кистозного компонента были тянущие боли в молочных железах, мешающие ношению нижнего белья и специальной профессиональной одежды. В ходе исследования выявлен низкий уровень прогностической значимости симптома в виде разбухания и распирающих ноющих болей в молочных железах перед началом менструального цикла.

Необходимость более дифференцированного подхода к выбору инструментальных и лабораторных методов исследований, позволяющих выявить и подтвердить диагноз ФКМ с преобладанием кистозного компонента, обусловили необходимость разработки алгоритма обследования.

Как показало наше наблюдение, все современные диагностические методы, как инвазивные, так и неинвазивные, обладают достаточно высокой чувствительностью для диагностики образований молочных желез, в частности кист молочных желез.

Наибольшее количество пациентов было с кистами размером от 1,0 до 2,0 см (выявлены у 125 (41,2%) женщин). Превалирующее количество кист по локализации в правой молочной железе у 82 (27,1 %) пациенток. Ложноотрицательный результат ультразвукового исследования не наблюдался. Необходимо отметить, что ультразвуковые методы диагностики кист МЖ (ФКМ) демонстрируют хорошую прогностическую значимость вне зависимости от размеров и количества кистозных образований.

Все пациентки с кистами МЖ (ФКМ) были госпитализированы в плановом порядке, что дает возможность обследовать больных в амбулаторных условиях до установления предварительного диагноза.

В базовый перечень исследований пациенткам с данными симптомами, наряду с оценкой показателей крови и других инструментальных исследований, исключающих сопутствующую патологию, мы включали УЗИ молочных желез, маммографическое исследование, МРТ молочных желез. Учитывая достаточную

распространенность сонографической аппаратуры в медицинских учреждениях и неинвазивность данного метода, мы считаем его основным в диагностике кист МЖ.

При выявлении впервые одиночной кисты молочных желез менее 2,0 см в диаметре считаем необходимым наблюдение и контрольное УЗИ МЖ в динамике с применением консервативной терапии и ПАБ. В данном случае активное дальнейшее исследование с применением инвазивных и дорогостоящих методов не оправдано, так как клиническая симптоматика практически отсутствует, а вероятность малигнизации крайне мала. Выявленные кисты молочных желез более 2,0 см в диаметре и не поддающиеся консервативной терапии, кисты менее 2,0 см с отрицательной динамикой подлежат дальнейшему исследованию (УЗИ, маммографии, МСКТ, ПАБ) для подтверждения и верификации диагноза с целью применения оперативной терапии, так как клинические проявления заболевания нарастают и усугубляются. Наши данные это подтверждают. Одним из последних, чаще завершающим диагностическим этапом, в силу инвазивности метода, является пункционно-аспирационная биопсия под УЗ-навигацией, во время которой окончательно подтверждается клинический диагноз и принимается решение об объеме хирургического вмешательства, в том числе и о возможности изменения доступа. Диагностическая информативность ПАБ образования МЖ, по нашим данным, составила 100 %. Существует достаточно мало сообщений о результатах различных методов лечения ФКМ с преобладанием кистозного компонента в зависимости от вида, объема и характера поражения. В связи с этим был проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения женщин с кистами МЖ с помощью традиционных и малоинвазивных хирургических вмешательств.

Через год после операции (секторальной резекции молочной железы) из 145 оперированных отмечено: косметические дефекты у 99 из 145 (68,5 %) женщин в виде грубого рубца параареолярной области, визуального дефекта оперированной молочной железы; появление серомы в раннем послеоперационном периоде у 35 (24 %); наличие деформации МЖ у 26 (18 %); появление келоидных рубцов у 4 (3 %). Все выше перечисленное отражалось на результатах опроса по КЖ и

психоэмоционального состояния пациенток. Рецидив заболевания отмечен в течение года при контрольном обследовании у 78 (54 %) женщин. Длительность операции составляла в среднем 30.3 ± 5.7 минут. Болевой синдром в послеоперационном периоде, развивающийся вследствие хирургической агрессии, ни разу не потребовал назначения наркотических препаратов, во всех случаях было достаточным использование ненаркотических анальгезирующих препаратов. Также необходимо отметить, что среднее пребывание в ЛПУ у данной группы пациенток составило в среднем 8.2 ± 1.4 койко – дней. Оперативное лечение проводили под общей анестезией. В раннем послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная, противоязвенная терапия. Безусловно, вышеперечисленное составляло определённые экономические, материальные затраты, отвлечение персонала при лечении столь часто встречающейся патологии МЖ. Таким образом, оперативное лечение открытым способом требует значительных экономических затрат по себестоимости лечения данной патологии (ФКМ) в виде расходов на пребывание пациенток в стационаре; в объёме самого оперативного лечения (затраты на операционные материалы); привлечение большого количества медицинского персонала; амортизация медицинского дорогостоящего оборудования и т.д.

Нами применён способ термотерапии кист МЖ с использованием гелиевого лазера. По данной малоинвазивной хирургической методике – лазерной абляции–коагуляции кист МЖ нами было проведено лечение 76 пациенток. Среднее пребывание на стационарном лечении составило 3.4 ± 0.4 койко – день. Из 76 (100 %) пациенток находились на стационарном лечении в ЛПУ 9 (11,8 %) женщин, 67 (88,2 %) проведено лечение амбулаторно. Длительность операции составляла в среднем 10.6 ± 5.8 минут. Через год после данной операции (лазерной абляции–коагуляции) у 76 оперированных отмечено отсутствие косметических дефектов в виде грубого рубца параареолярной области, визуального дефекта оперированной молочной железы, отсутствие наличия деформации МЖ, келоидных рубцов. Кровотечение, нагноение в раннем послеоперационном периоде и появления сером не наблюдалось. Все

вышеперечисленное, безусловно, отражалось на результатах опроса по КЖ и психоэмоционального состояния пациенток.

Одной из наших задач являлось создание органосохраняющей малоинвазивной хирургической методики в лечении пациенток с кистами МЖ, что в конечном итоге приведет к улучшению функции органа, купированию клинических проявлений заболевания и улучшению качества жизни данной категории больных. В настоящее время нами разработан и запатентован перспективный малоинвазивный метод хирургического лечения кист молочной железы «Способ хирургического лечения кист молочной железы, включающий чрескожную пункцию кисты молочной железы под ультразвуковым контролем, аспирацию содержимого кисты, введение в полость кисты молочной железы склерозирующего вещества, с последующим наложением стерильной давящей повязки на сутки, отличающийся тем, что в качестве склерозирующего вещества используют 1 % раствор натрия тетрадецилсульфата, при этом в кисту молочной железы размером до 20 мм вводят 0,25 мл указанного препарата, в кисту размером от 21 до 30 мм – 0,5 мл препарата, в кисту размером от 31 мм и выше – 1,0 мл препарата, причём за один сеанс склерозируют не более шести кист» (Патент № RU2669048C1. Шабаев Р.М., Староконь П.М. Способ хирургического лечения кист молочной железы. Опубликовано: 05.10.2018 года, Бюллетень № 28 от 19.10.2018 года).

По предлагаемому способу пролечено 82 пациентки с кистозными образованиями молочных желёз различной локализации и объёма, что подтверждено актом использования и внедрения. Рецидивов у пациенток на протяжении трёх лет не выявлено. Среднее пребывание на стационарном лечении составило 3.1 ± 0.8 койко – день. Из 82 (100 %) пациенток, находились на стационарном лечении в ЛПУ 28 (34,1 %) женщин, 54 (65,9 %) проведено лечение амбулаторно. Длительность операции составляла в среднем 6.4 ± 1.8 минут. Антибактериальная терапия не применялась. В каждодневных перевязках и осмотрах пациентки не нуждались. Все женщины перенесли данную методику без какой – либо анестезии с минимальным болевым синдромом, отмечалось

отсутствие гипертермии, признаков воспаления в области проведённых оперативных лечений, что позволило всем амбулаторным пациенткам убыть по месту жительства в тот же день и приступить к исполнению служебных обязанностей на следующий день без оформления листа нетрудоспособности. В ходе контрольного осмотра осложнений не выявлено. Достигнут значительный экономический эффект в виде снижения себестоимости операции по расходному материалу, энергозатратам, койко – дню, времени операции, отсутствовала необходимость в применении дорогостоящего медицинского оборудования с затратой расходных материалов. Результаты применения данного малоинвазивного хирургического метода лечения кист молочных желёз, безусловно, отразились на результатах опроса по КЖ и психоэмоционального состояния пациенток.

На основании анализа литературы и нашего опыта можно сделать заключение, что применение данной хирургической методики позволяет получить достаточно хорошие результаты лечения ФКМ с преобладанием кистозного компонента и обеспечить хорошие отдаленные результаты, что делает ее оптимальной для лечения кист МЖ.

С учетом вышеизложенного и анализа полученных нами результатов проспективного анализа можно констатировать, что внедрение в нашу практику малоинвазивных методов лечения кист молочной железы, а именно склеротерапии 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата и лазерной абляции–коагуляции, позволило уменьшить инвазивность оперативноло лечения ФКМ, снизить себестоимость операционного лечения, понизить болевой послеоперационный порог, снизить количество осложнений в раннем послеоперационном периоде.

В рамках научного исследования проведено клиническое изучение психоэмоционального статуса и КЖ пациенток, перенёвших оперативное вмешательство с применением различных хирургических методик по поводу ФКМ. В нашем исследовании мы определили 3 группы, за которыми проводили наблюдения. Группа № 1, состоящая из 158 женщин: 76 женщинам выполнялась лазерная абляция – коагуляция кист МЖ и 82 проводилось склерозирование кист под УЗ – контролем (навигацией). В группу № 2 включили 145 пациенток, которым

проводилось оперативное лечение – секторальная резекция МЖ. Группа № 3 (группа сравнения) состояла из 31 пациенток без патологии со стороны МЖ. Через 12 месяцев после выполненных оперативных вмешательств по поводу ФКМ изучены показатели КЖ с применением опросника SF – 36 (Short Form, русскоязычная версия) и психоэмоциональное состояние женщин с помощью шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, а также шкалы психосоциального стресса Л. Ридера.

До лечения различные психоэмоциональные расстройства наблюдались у всех женщин. В результате лечения женщин отмечался положительное влияние хирургического лечения ФКМ на психоэмоциональное состояние, что выражалось в повышении активности, улучшении настроения, исчезновении чувства тревоги, нормализации сна. Все вышеназванные лечебные эффекты были статистически достоверными и доказаны с помощью теста SF – 36, шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, а также шкалы психосоциального стресса Л. Ридера. Считаем, что показатели КЖ и ПЭС, наряду с показателями физикального проявления, весьма точно отражают течение послеоперационного периода и эффективность оперативного вмешательства. Анализ показателей КЖ подтвердил более высокие данные у пациенток, которым оперативное лечение проводилось малоинвазивными методиками. Показатели КЖ пациенток, которым проведено оперативное лечение ФКМ резекционным методом (группа № 2), достоверно были ниже, чем у пациенток, которым лечение выполнено малоинвазивными методиками (группа № 1). Такой важный показатель, как физическое функционирование (PF) в группе № 1, был достоверно выше, чем в группе № 2 (соответственно 79.1 ± 3.9 ; 60.3 ± 3.6 бал., в группе сравнения этот показатель составил 89.2 ± 2.8 бал. Показатели ролевого физического функционирования (RP) в группе № 1 также были достоверно выше по сравнению с группой № 2 (71.3 ± 3.5 и $57,5 \pm 3.1$ бал.). Такая же динамика сохранялась при анализе показателей жизнеспособности (VT). Важным является изучение показателей социального функционирования (SF). Так, в группе № 1 он установлен на 67.8 ± 3.9 бал., в то

время как в группе № 2 – 52.1 ± 4.1 бал. Однако в группе сравнения этот показатель составил 86.4 ± 4.8 бал.

Исследование психоэмоциональных показателей КЖ подтвердили более положительную динамику у пациенток, оперированных малоинвазивными методами. Так, данные эмоционального функционирования (RE) у пациентов группы № 1 были 75.5 ± 2.3 бал., против 66.4 ± 1.6 бал. в группе № 2. В группе сравнения этот показатель составил 90.5 ± 3.9 бал. При изучении показателей общего здоровья (GH), а также болевого синдрома (P) установлено, что в группе № 1 они были достоверно выше, чем в группе № 2. По результатам нашего наблюдения получено, что до начала лечения показатели по шкалам самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (STAI) у первой и второй групп были приблизительно равны между собой (42.3 ± 0.9 и 39.1 ± 1.2 бал. соответственно). Данные показатели значительно отличались от группы сравнения (группа № 3). Так, в данной группе уровень реактивности (PT) и личной тревожности (ЛТ) в начале исследования был в два раза ниже (18 ± 2.4 бал.) и характеризовался как низкий уровень. Однако показатели уровней реактивности и личной тревожности через 12 месяцев после проведённого лечения изменились. Они претерпели изменения в сторону снижения показателей, но отличались по группам. Так, в группе № 1, где выполнены операции при ФКМ малоинвазивными способами, уровни личной тревожности и реактивности снизились с 42.3 ± 0.9 бал. до 26.4 ± 1.3 , что соответствует низкому уровню. В группе № 2 также отмечено снижение показателей реактивности и личной тревожности, но не столь заметное с 39.1 ± 1.2 бал. до 31.1 ± 1.9 бал. По шкале это соответствовало среднему уровню.

При исследовании показателей психосоциального стресса по шкале Л. Ридера до лечения получены данные, соответствующие высокому уровню стресса в группе № 1 (1.7 ± 0.1 бал.) и среднему уровню в группе № 2 (2.1 ± 0.1 бал.). В течение периода наблюдения через 12 месяцев в группе № 1 показатели стресса изменились до среднего уровня с 1.7 ± 0.1 до 2.5 ± 0.1 баллов, в то время как в группе № 2 данные показатели за период наблюдения изменились незначительно и по – прежнему оставались на среднем уровне. В группе сравнения уровни стресса у

обследованных определены как низкие – 3.9 ± 0.7 балла. Таким образом, показатели уровня стресса по шкале Л. Ридера были ниже в группе № 1, пациентки, которым выполнялись малоинвазивные оперативные вмешательства при хирургическом лечении ФКМ, в то время как у пациенток группы № 2 они изменялись незначительно. Показатели качества жизни и психоэмоционального состояния женщин с ФКМ на различных этапах (до и после операции) являются важными критериями эффективности лечения и определяют, что применение малоинвазивных технологий позволяет достичь более высоких результатов в лечении этой весьма распространённой патологии. Полученные данные наших исследований свидетельствуют о том, что малоинвазивные методы хирургического лечения ФКМ (лазерная абляция – коагуляция или склеротерапия) являются высокоэффективными технологиями и позволяют достичь хороших результатов как в ближайшем, так и отдалённом периодах. При сравнении результатов лечения пациенток с ФКМ с применением различных технологий установлено, что более высокие показатели качества жизни определяются у женщин, которым применялись лазерная абляция – коагуляция или склерозирование кист. Показатели психоэмоционального состояния после лечения были более высокие, чем в группе, где лечение ФКМ проводилось резекционными методами. При применении малоинвазивных технологий лечения ФКМ не требовалось создание хирургической бригады, применение общего обезболивания, назначение препаратов в послеоперационном периоде, проведение перевязок. При данных методиках к лечению привлекалось меньше медицинского персонала. Кроме того, при выполнении лазерной абляции–коагуляции или склерозирования кистозного образования не отмечено рецидивов заболевания.

Нами был оптимизирован алгоритм своевременной диагностики новообразований в молочных железах путем профилактики и ранней выявляемости заболеваний со стороны молочных желез.

Организация диагностики кистозных компонентов МЖ у женщин в условиях многопрофильного ЛПУ предусматривает 4 этапа. Таким образом, благодаря проводимому лечебно – диагностическому алгоритму определения кистозных

компонентов МЖ у женщин в условиях многопрофильного ЛПУ, удается своевременно выявлять образования молочных желез, проводить лечение и предотвращать озлокачествление кистозных компонентов МЖ. Такая тактика позволяет улучшить общие результаты лечения и повышает качество жизни и работоспособность женщин. В результате проведенного исследования пересмотрены показания к различным видам хирургического лечения кист МЖ. Применение малоинвазивных методов хирургического лечения ФКМ позволило снизить травматичность оперативного лечения, уменьшить риск послеоперационных осложнений, в короткие сроки позволило достичь закрытия, рубцевания остаточных полостей в МЖ, значительно снизить вероятность рецидива заболевания и койко – день в ЛПУ.

В нашей работе также проведено сравнение результатов хирургического лечения с применением традиционного метода (секторальной резекции) ФКМ с 2011 – 2016 гг. в ЛПУ (ретроспективного анализа) с результатами хирургического лечения ФКМ с применением малоинвазивных технологий – склеротерапии и лазерной абляции–коагуляции МЖ с применением УЗ–навигацией.

Пациентки были разделены на 2 группы. Первая группа (№1) – группа исследования, в которую вошли 158 пациенток, пролеченных малоинвазивными хирургическими методиками в период 2016 – 2019 гг. Вторая группа (№2) – в неё вошли 214 пациенток, пролеченные в ЛПУ открытым способом (секторальная резекция МЖ) в период 2011 – 2016 гг.

Длительность операции составила 8.5 ± 3.8 мин. ($p < 0.05$) у пациенток, оперированных малоинвазивным способом, и 35.1 ± 6.7 мин. ($p < 0.05$) у прооперированных классическим хирургическим способом (выполнена секторальная резекция МЖ). Средний срок лечения при оперативном лечении открытым способом составил 8.1 ± 1.4 ($p < 0.05$) (среднее пребывание на койке); использование 1% раствора натрия тетрадецилсульфата и лазерной абляции–коагуляции уменьшили средний койко – день до 8.5 ± 3.8 ($p < 0.05$). Уменьшение койко – дня произошло за счёт отсутствия необходимости в применении таблетированных препаратов, при этом отмечался минимальный болевой синдром

(1,58 %), отсутствие гипертермии и признаков воспаления в области проведённых склерозирования кист.

Учитывая вышеизложенное и анализ полученных нами результатов проспективного анализа, можно констатировать, что внедрение в нашей практике малоинвазивных методов лечения кист МЖ, а именно склеротерапии 1 % раствором натрия тетрадецилсульфата и лазерной абляции–коагуляции, позволило уменьшить инвазивность оперативного лечения кист МЖ, снизить себестоимость операционного лечения, уменьшить болевой послеоперационный порог, снизить количество осложнений в раннем послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный ретроспективный анализ результатов хирургического лечения ФКМ с применением резекционных методик показал ряд отрицательных моментов технологии: болевой синдром в послеоперационном периоде наблюдался у 100 % пациенток, оперативные вмешательства проводились под общим обезболиванием, средний койко–день составил 8.1 ± 1.4 .
2. Проведенный сравнительный анализ результатов хирургического лечения ФКМ с преобладанием кистозного компонента показал эффективность и преимущество малоинвазивных технологий: оперативное вмешательство проводилось под местным обезболиванием; более чем в 3 раза сократилась продолжительность операции; наблюдалось выраженное снижение болевого синдрома в послеоперационном периоде; отсутствие послеоперационной рубцовой деформации МЖ и нарушения архитектоники протоковой системы. Обязательным условием успешного выполнения малоинвазивных технологий является интраоперационный контроль с помощью УЗ-сканера всего хода операции.
3. Разработан метод хирургического лечения кист МЖ методом склерозирования под УЗ–навигацией с применением современного склерозанта – 1% раствора натрия тетрадецилсульфата (Фибро-вейн). Данный метод имеет ряд

преимуществ перед резекционными методиками: легко выполним в стационарных и амбулаторных условиях; отсутствуют побочные и отрицательные моменты в виде выраженных косметических дефектов; позволяет выполнять радикальное склерозирование кистозных образований (до 6 и более) из пункционного доступа; позволяет избежать в последующем пластических и реконструктивных операций на МЖ.

4. Показатели качества жизни пациенток и психоэмоционального состояния после применения малоинвазивных технологий хирургического лечения кист МЖ достоверно выше по сравнению с резекционными методиками. Так, показатели ролевого и физического функционирования были выше на 57% и 28% соответственно. Кроме того, показатель общего здоровья после малоинвазивных операций был достоверно выше на 58%. Психоэмоциональный статус пациенток после хирургического лечения ФКМ с применением малоинвазивных технологий по всем показателям был достоверно выше, по сравнению с секторальными резекциями МЖ, что также подтверждает эффективность данных методик.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Склерозирование кист МЖ под УЗ–контролем является современным, эффективным методом хирургического лечения ФКМ. Для склерозирования кист молочных желез рекомендуем применять 1% раствор натрия тетрадецилсульфата (Фибро-вейн). При этом в кисту молочной железы размером до 20 мм вводят 0,25 мл указанного препарата, в кисту размером от 21 до 30 мм – 0,5 мл препарата, в кисту размером от 31 мм и выше – 1,0 мл препарата. За один сеанс склерозируют до 6 кист. Методика выполняется под местным обезболиванием. После склерозирования кист МЖ на сутки накладывается давящая повязка.

2. Эффективным малоинвазивным методом является лазерная коагуляция-абляция кист МЖ с применением лазера Versa Puls Power Suite. Методика выполняется в условиях операционной под УЗ–контролем в режиме настоящего времени, под местной анестезией. Параметры показателей на дисплее аппарата: энергия импульса 0,5 - 1,0 Дж; частота 10 Гц; мощность от 5 до 10 Вт. Одновременно в режиме очередности можно коагулировать до 6 кист МЖ. На МЖ накладывается давящая повязка.

3. Ввиду распространенности заболеваемости среди различных возрастных групп женщин при госпитализации в ЛПУ все женщины должны осматриваться на предмет наличия образований молочных желез, в том числе и кист МЖ. Необходимо ежегодное выполнение УЗ-исследования МЖ желез. Это позволяет своевременно выявлять заболевания, проводить консервативное лечение. При неэффективности консервативного лечения показано применение хирургического лечения. Преимущество имеют малоинвазивные технологии.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

Бал. – баллы

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ДДМЖ – доброкачественная дисплазия молочной железы

ДЗМЖ – доброкачественные заболевания молочных желез

КЖ – качество жизни

КТ – компьютерная томография

ЛПУ – лечебно – практическое учреждение

ЛТ – личностная тревожность

МЖ – молочные железы

МКБ – 10 – международная классификация болезней десятого пересмотра

МРТ – магнитно – резонансная томография

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

ПАБ – пункционно – аспирационная биопсия

ПЭС – психоэмоциональный статус

РМЖ – рак молочной железы

РТ – реактивная тревожность

Табл. – таблица

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФКБ – фиброзно – кистозная болезнь

ФКМ – фиброзно – кистозная мастопатия

BI – RADS – Breast Imaging Reporting and Data System

BP – Bodilypain

GH – GeneralHealth

MH – Mental Health

PF – Physical Functioning

RER – Role – Emotional

RP – Role – Physical Functioning

SF-36 – Short Form

SFS – Social Functioning

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абельская И.С. Новые диагностические технологии в маммологии: магнитно – резонансная томография или контрастная спектральная маммография / И.С. Абельская, Л.И. Никитина, Г.К. Янышевская, Г.И. Линская // Журнал: Медицинские новости. 2016. – С. 48 – 51.
2. Абунагимов В.М. Опыт применения вакуумной аспирационной биопсии на аппарате «Маммотом НН» и оценка отдаленных эффектов у больных с узловыми образованиями молочных желез «Сургутская ОКБ» / В.М. Абунагимов // Журнал: Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2016. С. 49 -55.
3. Азиззода З.А. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, В.С. Ризоев // Вестник Авиценны. 2019. – С. 116 – 120.
4. Андреева Е.Н. Гиперпролактинемия и заболевания молочных желёз / Е.Н. Андреева, М.Б. Хамошина // 2010. – № 1.
5. Андропова Н.В. Рациональная фармакотерапия в онкологии: Rational pharmacotherapy for oncology: руководство для практикующих врачей / Н.В. Андропова и др.; под общ. ред. М.И. Давыдова, В.А. Горбуновой. – Москва: Литтерра, 2015. – 843 с.

6. Ануфриева С.С. Высокоинтенсивное лазерное излучение в лечении фиброзно – кистозной формы дисгормональной дисплазии молочных желёз / С.С. Ануфриева // Медицина Урал – Челябинск, 2007, 4. – С.17 – 18.
7. Апанасевич В.И. Анализ диагностической эффективности цифровой маммографии / В.И. Апанасевич и соавт. // Опухоли женской репродуктивной системы. 2016. – № 2. – Т.12. – С. 10 – 12.
8. Арабачян М.И. Эволюция методов лечения кистозной формы мастопатии / М.И. Арабачян, В.И. Соловьев, А.В. Борсуков // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2018. – Т.17. – № 4. – С. 151 – 156.
9. Беспалов В.Г. Фиброзно – кистозная болезнь и риск рака молочной железы / В.Г. Беспалов, М.Л. Травина // Опухоли женской репродуктивной системы. 2015. – № 11 (4). – С. 58 – 70.
10. Беспалов В.Г. Фиброзно – кистозная болезнь и риск рака молочной железы (обзор литературы) / В.Г. Беспалов, М.Л. Травина // Журнал: Опухоли женской репродуктивной системы. 2015. – Т.11.
11. Боженко В.К. Анализ пролиферативной активности и апоптоза при гиперпластических процессах молочной железы / В.К. Боженко, Е.А. Кудинова, Н.В. Мельникова, О.П. Близлюков // 2016. С. 25 - 39.
12. Борисова М.С. Рентгеновская маммография в диагностике рака молочной железы / М.С. Борисова и соавт. // Вестник Российского научного центра рентгенодиагностики Минздрава России. –Москва. 2013. – №13.3. – 11 с.
13. Ватанха Сузан Сабир Кызы. Магнитно – резонансная томография в диагностике непальпируемого рака молочной железы / Сузан Сабир Кызы Ватанха, Сади Акиф Оглы Сарыев // Казанский медицинский журнал. 2017. – Т.98. – № 1. – С. 34 – 37.
14. Вельшер Л.З. Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон // – Москва: ГЭОТАР – Медиа. 2014. – 496 с.
15. Веропотвелян П.Н. Влияние пролактина на состояние молочной железы / П.Н. Веропотвелян // Мед. Аспекты здоровья женщины. 2011. – № 3. – 1. – 43. – С. 29 – 37.
16. Вишневский В.А. Результаты лапароскопических и традиционных операций при непаразитарных кистах печени / В.А. Вишневский, Ю.Г. Старков, К.В. Шишин, М.Г. Ефанов // Анналы хирургической гепатологии, 2010. – № 2. – С. 46 – 52.
17. Волченко Н.Н. Диагностика злокачественных опухолей по серозным экссудатам: цитологический атлас / Н.Н. Волченко, О.В. Борисова. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 142 с.

18. Вон С.Д. Оценка параметров качества жизни больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы. дис.канд.мед.наук / С.Д. Вон // – Москва, 2011. – 24 с;
19. Высоцкая И.В. Клинические рекомендации РООМ по профилактике РМЖ, дифференциальной диагностике, лечению предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желёз / И.В. Высоцкая, В.П. Летягин, В.Г. Черенков и соавт. // М., 2015. – 21 с.
20. Высоцкая И.В. Клинические рекомендации Российского общества онкомамологов по профилактике рака молочной железы, дифференциальной диагностике, лечению предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желёз / И.В. Высоцкая и соавт. // Опухоли женской репродуктивной системы. 2016. – № 3. – С. 43 – 52.
21. Габуня М.С. Состояние молочных желёз при применении гормональных препаратов в гинекологической практике / М.С. Габуня // Российский вестник акушера – гинеколога. 2001. – № 4 (6). – С. 55 – 58.
22. Ганцев Ш.Х. Амбулаторно – поликлиническая онкология: руководство / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина и др // – 2 – е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 448 с.
23. Глухов А.А. Применение малоинвазивных технологий и радиочастотного воздействия в лечении больных с НКП / А.А. Глухов, В.В. Новомлинский, С.В. Чвикалов, А.П. Остроушко // Материалы пленума правления ассоциации хирургов – гепатологов стран СНГ. – Нижний Новгород, 2013. – С. 73 – 74.
24. Гончаров А.В. Инвазивная хирургия молочной железы: вакуумная тотальная биопсия / А.В. Гончаров, В.И. Апанасевич, Ю.П. Мордвинов, Е.Г. Павлюк // Опухоли женской репродуктивной системы. 2017. – № 1 (13). – С. 20 – 24.
25. Гусейнов А.З. Кистозные образования молочных желёз (Клиническая лекция). / А.З. Гусейнов // Клиническая медицина и фармакология. 2015. 4 (4)
26. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – М., 2012. 226 с.
27. Добровольский С.Р. Исследование качества жизни больных в хирургии / С.Р. Добровольский, Ю.Х. Абдурахманов, Э.К. Джамынчиев // Хирургия. 2008. – № 12. – С.73 – 76.
28. Долгих Р.Н. Малоинвазивные технологии при лечении фиброзно – кистозной болезни молочных желёз – перспективы применения / Р.Н. Долгих, П.М. Староконь, Н.И. Галик и соавт // РОХ. «Национальный хирургический конгресс» Материалы общероссийского хирургического форума – 2018. Москва 4 – 7 апреля 2018. – С. 473 – 474.

29. Должиков А.А. Трудности в выявлении и оценке уровня пролиферации, эстрогеновых и прогестероновых рецепторов. / А.А. Должиков, С.В. Петров // "Большая конференция RUSSCO: Рак молочной железы". 2014, RUSSCO: – Москва. – С. 62 – 67.
30. Жаров М.А. Показатели качества жизни больных рожей / М.А. Жаров // Казанский медицинский журнал, 2008. – Т.89, – № 4. – С. 445 – 449.
31. Зотов А.С. Мастопатия и рак молочной железы / А.С. Зотов, Е.О. Белик // – М.: «МЕДпресс – информ», 2005. – 47 с.
32. Зубкин В.И. Способ лечения кисты молочной железы / В.И. Зубкин, В.Е. Радзинский, Г.Е. Золичев, Д.М. Канаев, Т.Н. Иванова, С.И. Оже, С.И. Ключников // Патент РФ № 2185198, Патентообладатель: Российский университет дружбы народов. Бюл. № 45. Оpubл. 20.07.2002.
33. Иванов В.А. Пункционные малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии / В.А. Иванов // Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008. – 130 с.: ил.
34. Исмагилов А.Х. Биопсия сигнальных лимфатических узлов: история и современность / А.Х. Исмагилов, Н.Г. Аснина, Г.А. Азаров // Опухоли женской репродуктивной системы. 2018. – Т.14. – № 1. – С. 38 – 46.
35. Кадыров Д.М. Качество жизни больных язвенной болезнью ДПК до и после хирургического лечения / Д.М. Кадыров, Ф.Д. Кодиров, Б.А. Хусенов и др. // Хирургия. 2009. – № 5. – С.15 – 19.
36. Каприн А.Д. Доброкачественные заболевания молочной железы / А.Д. Каприна, Н.И. Рожкова // Библиотека врача специалиста. – Москва. 2018. – С. 20 – 25.
37. Каприн А.Д. Доброкачественные заболевания молочной железы / Под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой // Издательство: "ГЭОТАР – Медиа". 2016. – 272 с.
38. Каприн А.Д. Доброкачественные заболевания молочной железы / Под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой // ГЭОТАР – Медиа. 2018. – 272 с.
39. Каприн А.Д. Доброкачественные заболевания молочной железы / Под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой // Издательство: "ГЭОТАР – Медиа". 2019.
40. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова // – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ "НМИРЦ" Минздрава России, 2016. – 250 с.
41. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2015 г. (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова // – М., 2016. – 250 с.

42. Каприн А.Д. Маммология: национальное руководство / А.Д. Каприна, Н.И. Рожкова // М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – С. 496.
43. Каприн А.Д. Мастопатии / Под редакцией академика РАН А.Д. Каприна, профессора Н.И. Рожковой // Издательство: Гэотар – Медиа. – Москва. 2019. – 320 с.
44. Каприн А.Д. Онкопластическая хирургия молочной железы // Под ред. А.Д. Каприна, А.Д. Зикиряходжаева // Издательство: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – С. 29 – 30.
45. Каприн А.Д. Рак молочной железы / Под редакцией академика РАН А.Д. Каприна, профессора Н.И. Рожковой // Издательство: Гэотар – Медиа. – Москва. 2018. ISBN: 5970445991. – С. 456.
46. Керчелаева С.Б. Мастопатия и профилактика рака молочной железы как междисциплинарная проблема / С.Б. Керчелаева, А.А. Сметник, В.Г. Беспалов // РМЖ, 2016. – № 16. С. 1018-1025.
47. Кованова В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия // Под ред. В.В. Кованова // – М. 1995.
48. Коган И.Ю. Мастопатия. Фиброзно – кистозная болезнь молочных желёз (патогенез, диагностика, лечение) / И.Ю. Коган, М.О. Мясникова, М.А. Тарасова // Издательство: Н – Л, 2008. – С. 6.
49. Корженкова Г.П. Скрининг рака молочной железы / Г.П. Корженкова // Вестник рентгенологии и радиологии. 2013. С. 46-49.
50. Кубышкин В.А. Хирургическое лечение хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы / В.А. Кубышкин, И.А.Козлов, К.Д. Далгатов // Хирургия, 2006. – № 5. – С. 57 – 62.
51. Кузнецова И.В. Терапия и профилактика нарушений здоровья у женщин старше 40 лет / Под ред. И.В. Кузнецовой // – М., 2017. – С. 54 – 55.
52. Кузьмина О.И. Психоэмоциональное состояние студентов технических вузов, занимающихся физической культурой в IV функциональной группе (специальная медицинская группа Б) / О.И. Кузьмина, А.В. Дружинина // Инновационная наука. 2016. – П. 5. – С. 206 – 210.
53. Кулаков В.И. К 90 Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей / В.И. Кулаков, Е.А. Бутова // – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 128 с.: ил.
54. Кулаков В.И. Практическая гинекология: Клинические лекции / Под ред. Акад. РАМН В.И. Кулакова, проф. В.Н. Прилепской // – 4 – е изд., доп. – М.:МЕДпресс информ, 2008. – 752 с. ISBN 5983223690.
55. Куликов В.Г. Маммотомия как актуальный метод диагностики и лечения доброкачественных образований молочных желёз / В.Г. Куликов, Е.А. Яковец,

О.Н. Александрова, М.С. Разумахина, А.И. Шевела // Journal of Siberian Medical Sciences. 2012. С. 31.

56. Куницына Т.А. Комплексная диагностика начальных стадий рака молочных желез / Т.А. Куницына, А.Н. Тахтамыш // Маммология. 1995. – №3. – 57 с.

57. Кушлинский Н.Е. Рак молочной железы / Под ред. Н.Е. Кушлинского, С.М. Портного, К.П. Лактионова // – М.: изд. РАМН, 2005. – 480 с.

58. Ласачко С.А. Диагностика и возможности терапии мастодинии в практике акушера – гинеколога / С.А. Ласачко, В.П. Квашенко, Е.Г. Яшина // Новости медицины и фармации. 2007, – 3 (207).

59. Ласачко С.А. Сравнительные аспекты применения различных комбинированных оральных контрацептивов у пациенток с доброкачественной дисплазией молочных желез / С.А. Ласачко // Здоровье женщины. 2003, – № 2 (22), – С. 151 – 153.

60. Ли С.А. Ультразвуковая диагностика в оценке эффективности химиотерапии рака молочной железы / С.А. Ли, В.Н. Шолохов // Материалы 2 – ого съезда ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине, 1995. – 117 с.

61. Магометханова Д.М. Натуральные не гормональные препараты в профилактике и комплексной терапии фиброзно – кистозной болезни молочных желез / Д.М. Магометханова, З.С. Зайдиева, Г.С. Богданова // Журнал: Медицинский совет. 2013.

62. Максимов М.Л. Лечение мастопатии и масталгии / М.Л. Максимов // Лечащий врач. Выпуск 12/14. 2014.

63. Макушкин Р.З. Отдалённые результаты и КЖ у пациентов после лечения распространённого перитонита / Р.З. Макушкин, Б.Б. Хациев, Ш.Ш. Гадаев и др. // Вестник новых медицинских технологий. 2009. – № 4. – С. 210 – 212.

64. Мальцева Л.И. Роль витамина D в снижении плотности молочных желез у женщин с диффузной формой мастопатии / Л.И. Мальцева, Ю.В. Гарифуллова, М.Г. Калинкина // Журнал: Практическая медицина. 2018. Vol. 16. – № 6. – С. 111 – 117.

65. Манушарова Р.А. Лечение фиброзно – кистозной мастопатии / Р.А. Манушарова, Э.И. Черкезова // Медицинский совет. 2008. – С. 20 – 26.

66. Медицина молочной железы. Материал научной программы 3 Междисциплинарного форума. Москва, 23 – 24 мая 2014 г.

67. Меских Е.В. Применение прожестожеля при диффузных формах мастопатии. / Е.В. Меских, Н.И. Рожкова // Опухоли женской репродуктивной системы. 2012. – № 1. – С. 57 – 58.

68. Методические рекомендации по профилактике рака молочной железы. Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов

по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы». Москва. 2018. – 24 с.

69. Мурунова Ю.Н. Роль малоинвазивных технологий в хирургическом лечении непаразитарных кист печени / Ю.Н. Мурунова, В.В. Дарвин // Кубанский научный медицинский вестник. 2017. – С. 66 – 69.

70. Мустафин Ч.К. Актуальные аспекты лечения диффузных мастопатий / Ч.К. Мустафин // Лечащий врач. 2008. С. 18 – 24.

71. Мустафин Ч.К. Комплексная диагностика и лечение диффузной мастопатии / Ч.К. Мустафин // Лечащий Врач. 2011. — № 11. — С. 32 – 35.

72. Мустафин Ч.К. Лечение мастопатии у женщин репродуктивного возраста с симптомами выраженной масталгии / Ч.К. Мустафин // Лечащий Врач. 2013. – № 3. С. 14 – 16.

73. Мустафин Ч.К. Современная диагностика заболеваний молочных желез / Ч.К. Мустафин // Лечащий врач. 2014. С. 20 – 23.

74. Новик А.А. Руководство по исследованию КЖ в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова // – Москва: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп». 2007. – 320 с.

75. Овсянникова Т.В. Программа обследования и лечения пациенток с заболеваниями молочных желез в практике акушера – гинеколога / Т.В. Овсянникова // Журнал: Гинекология. 2017. – С. 37 – 41.

76. Озерова О.Е. Нормальные эхографические особенности структуры молочных желез в различные возрастные периоды, при беременности и лактации / О.Е. Озерова // Sonoace international. 2001. Вып. 9. – С. 50 – 57.

77. Ордянец И.М. Пути преодоления привычного невынашивания. Саногенез эндометрия профилактике рецидива выкидыша: возможности системной энзимотерапии. Информационный бюллетень / И.М. Ордянец, Е.А. Коган; под ред. В.Е. Радзинского // — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2019. – 20 с.

78. Прилепская В.Н. Масталгия у женщин репродуктивного возраста: клиника, диагностика, лечение / В.Н. Прилепская и др. // Гинекология. 2003. – Т.5. – № 4, – С. 20 – 24.

79. Прилепская В.Н. Применение гомеопатических препаратов для лечения масталгии и мастопатии / В.Н. Прилепская, А.В. Ледина // Лечащий Врач. 2012, – № 11, 1 – 4.

80. Прилепская В.Н. Эктопии и эрозии шейки матки / В.Н. Прилепская, Е.Б. Рудакова, А.В. Кононов // – М.: МЕДпресс – информ, 2002. – 176 с., ил. ISBN 5 – 901712 – 57 – 9

81. Путьрский Л.А. Доброкачественные и злокачественные заболевания молочной железы / Л.А. Путьрский // Пособие для студентов и врачей. 2008. – С. 10 – 18.

82. Пушкарь Д.Ю. КЖ – новая парадигма медицины / Д.Ю. Пушкарь, В.В. Дьяков, А.Н. Берников // Фарматека, 2005. – № 11. – С.15 – 16; 121.
83. Радзинский В.Е. Акушерство / В.Е. Радзинский, А.М. Фукс и др. // Издательство: ГЭОТАР – Медиа, 2016 г. – 1040 с. ISBN: 978 – 5 – 9704 – 3376 – 8.
84. Радзинский В.Е. Акушерство. Руководство к практическим занятиям / В.Е. Радзинский// Издательство: ГЭОТАР – Медиа, ISBN: 9785970432501, 2015. 728 с.
85. Родионов В.В. Доброкачественные заболевания молочных желез. / В.В. Родионов, А.А. Сметник. // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. —2018. № 1 (19). — С. 90-100.
86. Родионов В.В. На пути к снижению риска развития рака молочной железы. / В.В. Родионов, Н.А. Буралкина, В.Д. Чупрынин, Д.А. Кругляк, Н.С. Русейкин. // *Medica mente. Лечим с умом.* 2016. № 2. С. 19-21.
87. Родионов В.В. Ультразвуковое исследование с контрастированием в дифференциальной диагностике узловых образований молочной железы. / Родионов В.В., Сенча А.Н., Бикеев Ю.В., Шубин Л.Б., Сенча Е.А. // Акушерство и гинекология. 2019. № 11. С. 167-174.
88. Рожкова Н.И. Диффузные доброкачественные заболевания молочной железы / Н.И. Рожкова и др. // – Москва: Специальное издательство мед. книг, 2015. – С. 1 – 124.
89. Рожкова Н.И. Лечение диффузных доброкачественных заболеваний молочной железы и мастодинии / Н.И. Рожкова, И.И. Бурдина и др. // Акушерство, гинекология и репродукция. 2015. – Т.9. – № 3. – С. 22 – 27.
90. Рожкова Н.И. Лечение диффузных доброкачественных заболеваний молочной железы и мастодинии / Н.И. Рожкова и др. // Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 3: – С. 22 – 27.
91. Рожкова Н.И. Фитотерапия XXI века: доказательства эффекта. Применение *Vitex agnus – castus* при различных формах мастопатии / Н.И. Рожкова, Е.В. Мексик // – М.: Редакция журнала *Status Praesens*. 2015. – № 7. – С. – 38 – 43.
92. Савельев В.С. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен / В.С. Савельев и др. // *Флебология*. 2013. – Т.7. Вып. 2. – 47 с.
93. Семиглазов В.Ф. Рак молочной железы / В.Ф. Семиглазов, В.В. Семиглазов // *Биология, местное и системное лечение*. 2014. – 352 с. ISBN: 978 – 5 – 91894 – 038 – 9.
94. Сенча А.Н. Ультразвуковое исследование молочных желез. Шаг за шагом. От простого к сложному / А.Н.Сенча // – М: МЕДпресс – информ, 2018. – 184 с.: и л. ISBN 978 – 5 – 00030 – 605 – 5.
95. Серикова С.Н. Качество жизни как критерий эффективности

медикаментозного лечения больных с язвенной болезнью желудка / С.Н. Серикова // Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2012. – Приложение. Материалы II съезда Росс. общества хирургов гастроэнтерологов. – 36 с.

96. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова // М.: МЕДпресс – информ, 2004. – С. 337 – 341.

97. Сидоренко Л.Н. Мастопатия / Л. Н. Сидоренко // – Л.: Медицина, 1991. – 264 с.

98. Смирнова Л.Е. Психосоматические аспекты коморбидного течения хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертензии / Л.Е. Смирнова, Е.Н. Смирнова, Ю.Л. Вороная // Современные проблемы науки и образования. -2015. – № 3. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=17329> (дата обращения: 18.03.2020).

99. Сосницкая Д.М. Качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста с нарушениями статического равновесия и социально – психологические предпосылки формирования эмоционально – аффективных расстройств / Д.М. Сосницкая, Т.В. Байдина // Современные проблемы науки и образования, 2013. – № 2; URL: www.science-education.ru/108-8661

100. Сотникова Л.С. К вопросу эффективности терапии доброкачественной патологии молочных желёз / Л.С. Сотникова, Е.В. Голубятникова // Эффективная фармакотерапия, 2016. – 12. – С. 6 – 12.

101. Сотникова Л.С. Мастопатия. Новые аспекты в лечении / науч. ред. Л.С. Сотниковой // – Новосибирск, 2011. – 148 с.

102. Староконь П.М. Малоинвазивные технологии хирургического лечения фиброзно – кистозной мастопатии у женщин военнослужащих / П.М. Староконь, Р.М. Шабаев, Н.Н. Галик // IV Всероссийская межведомственная научно – практическая конференция и учебно – методические сборы хирургов Вооружённых Сил Российской Федерации «Актуальные вопросы военной медицины: современные аспекты хирургии». Санкт – Петербург. 12 – 14 марта 2019 г. С. 26-29.

103. Староконь П.М. Публикации шестого съезда амбулаторных хирургов Российской Федерации / П.М. Староконь, Р.М. Шабаев // 28 – 29 ноября 2019 г. Санкт – Петербург. 2019. С. 133-135.

104. Староконь П.М. Результаты оценки качества жизни пациенток с фиброзно – кистозной мастопатией молочных желёз в отдалённом послеоперационном периоде / П.М. Староконь, С.А. Ходырев, В.И. Лисянский и соавт// Ульяновский медико – биологический журнал. 2018. – № 3. – С. 56 – 62.

105. Староконь П.М. Хирургическое лечение фиброзно – кистозной мастопатии: современные тенденции / П.М. Староконь, Р.М. Шабаев // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – № 4 (40). 2019. – С. 157 – 169.
106. Стенина М.Б. Практические рекомендации по лекарственному лечению инвалидного рака молочной железы / М.Б Стенина, Л.Г. Жукова, И.А. Королева и соавт. // Злокачественные опухоли. 2016. – № 4, спец. Выпуск 2. – С. 97 – 122.
107. Терентьева О.И. Мастит: диагностика и лечение: учебное пособие / О.И. Терентьева, Т.В. Румянцева // – Нижний Новгород: НижГМА, 2017. – 40 с.
108. Толстиков А.В. Минимально инвазивная хирургия в лечении больных с непаразитарными кистами печени / А.В. Толстиков, А.П. Захарова. // Медицинский альманах, 2010. – № 1. – С. 151 – 152.
109. Турко Т.В. Непаразитарные кисты печени в терапевтической практике (клиника, диагностика, сомато – психические соотношения): дисс. канд. мед. наук / Т.В. Турко // – Москва, 2004. – 171 с.
110. Федоров В.Э. Диагностическое значение биомаркеров в прогнозе послеоперационных рецидивов и метастазов у больных раком молочной железы. / В.Э. Федоров, М.Ю. Чебуркаева, Н.Б. Захарова, Н.Е. Терёшкина, Ю.С. Гергенретер. // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2017. Т. 13. № 2. — С. 239-244.
111. Федоров В.Э. Осложнения после операций у больных раком молочной железы. / В.Э. Федоров, К.С. Титов, М.Ю Чебуркаева. // Современные проблемы науки и образования. — 2017. № 6. — С. 105.
112. Федоров В.Э. Распространенность и факторы риска рака молочной железы / В.Э. Федоров, М.Ю Чебуркаева. // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-2. – С. 414-419. URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36915>.
113. Фисенко Е.П. Применение шкалы BI – RADS при ультразвуковом исследовании молочной железы / Е.П. Фисенко, Н.Н. Ветшева // Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики». – Вып. 4 – М., 2017. – 14 с.
114. Фисенко Е.П. Ультразвуковая диагностика рака молочной железы с оценкой результатов по шкале BI – RADS / Е.П. Фисенко, Л.А. Митина // Медицинская визуализация. 2013. – № 6. – С. 19 – 26.
115. Франк Г.А. и соавт. Рак молочной железы. Практическое руководство для врачей / Под ред. Г.А. Франка, Л.Э. Завалишиной и К.М. Пожарисского // РМАПО. – М., 2014. – 197 с.
116. Харченко В.Н. Новые технологии в диагностике и консервативном лечении кист молочной железы / В.Н. Харченко, Н.И. Рожкова, С.П. Прокопенко // Маммология. 1998. – 4. – С. 19 – 27.

117. Харченко В.П. Рожковой Н.И. Маммология: национальное руководство / Под ред. В.П. Харченко, Н.И. Рожковой // М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 328 с.
118. Хусаинова Т.Н. Критерии оценки отдалённых результатов лечения больных раком молочной железы / Т.Н. Хусаинова и соавт. // – Казань, мед. журн. 2009. – № 6. – С. 842 – 845.
119. Чен У.И. Рак молочной железы / У.И. Чен и соавт. // Издательство: "Рид Элсивер". 2009. – 208 с. ISBN: 978 – 5 – 91713 – 003 – 3.
120. Черенков В.Г. Онкология: учебник для студентов медицинских вузов / В.Г. Черенков // Министерство образования и науки Российской Федерации. – 4 – е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 504 с.
121. Чернявский А.А. Кочуева М.В. Мастопатии: учебно – методическое пособие. 3 – е издание / А.А. Чернявский, М.В. Кочуева // – Нижний Новгород, 2016. ISBN 978 – 5 – 7032 – 1147 – 2. – 52 с.
122. Чиссов В.И. Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса // 2008. – 123 с.
123. Чиссов В.И. Онкология – национальное руководство / В.И. Чиссов, М.И. Давыдов и соавт. // – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 1061 с.
124. Шабаев Р.М. Малоинвазивные технологии в лечении фиброзно – кистозных мастопатий у женщин / Р.М. Шабаев, П.М Староконь // "II – го Съезда хирургов Уральского федерального округа России" 7 – 8 декабря 2017 года, – Екатеринбург.
125. Шабаев Р.М. Способ хирургического лечения кист молочной железы / Р.М. Шабаев, П.М Староконь // Патент № RU2669048С1. Опубликовано: 05.10.2018 года, Бюллетень № 28 от 19.10.2018. Акт использования № 632 ГКВГ от 29.06.2017 года.
126. Шакирова А.Р. Отдалённые результаты и качество жизни больных, перенёвших релапаротомию: автореф. канд. дисс. / А.Р. Шакирова // – Саратов, 2010. – 21 с.
127. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. Т. 1. Учебник для медицинских вузов / Под редакцией профессора Ю.Л. Шевченко. [3-е изд.]. - М.: РАЕН, 2017. — 706 с.
128. Шумакова Т.А. Применение международной классификации BI – RADS в маммологической практике: Руководство для врачей / Т.А. Шумакова, И.А. Солнцева, О.Б. Сафронова, В.Е. Савелло, С.В. Серебрякова // – Пб.: ЭЛБИ – СПб, 2018. – 208 с.
129. Aceves C. The extrathyronine actions of iodine as antioxidant, apoptotic, and differentiation factor in various tissues / C. Aceves, B. Anguiano, G. Delgado // Thyroid. 2013.

130. Ader D.N. Cyclical mastalgia: premenstrual syndrome or recurrent pain disorder? / D.N. Ader, C.D. Shriver, M.W. Browne // *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1999. 20(4): – P. 198 – 202.
131. Aduful H. Profile of breast diseases at a self – referral clinic in Ghana / H. Aduful, J. Clegg – Lamptey, J. Yarney et al. // *West. Afr. J. Med.* 2009. Vol. 28 (2). P. 114 – 117.
132. American College of Radiology. BI – RADS Breast imaging reporting and data system. Breast imaging atlas: mammography, breast ultrasound, breast MR – imaging / Virginia. Reston. 2003. – 268 p.
133. Anna L. Eugene S. Kim. Minimally invasive surgical management of benign breast lesions. / Lakoma Anna, S. Kim Eugene // *Gland Surg.* — 2014 May; 3(2): — P. 142–148.
134. Ayers J.W. The «luteal breast»: hormonal and sonographic investigation of benign breast disease in patients with cyclic mastalgia / J.W. Ayers, G.P. Gidwani // *Fertil Steril.* 1983. Dec. V. 40. – № 6. – P. 779 – 784.
135. Berinder K. Cancer risk in hyperprolactinemia patients: a population – based cohort study / K. Berinder, O. Akre, F. Granath, A – L. Hulting // *Eur. J. Endocrinol.* 2011. – 165. – 2. – P. 209 – 215.
136. Bernichtein S. New concepts in prolactin biology / S. Bernichtein, P. Touraine, V. Goffin // *J. Endocrinol.* 2010. – 206. – 1. – P. 1 – 11,33.
137. Beskrovniy S. Hyperprolaktinemia and early pregnancy: criteria of Parlodel therapy / S. Beskrovniy, E. Kira, V. Potin, Yu. Thvelev // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 1997. Vol. 76. Suppl. 167. – P. 74.
138. BI – RADS – ultrasound. 2nd edn. In: Breast imaging reporting and data system atlas. 5th edn. Reston, VA: American College of Radiology, 2013.
139. Bowling A. Measuring Disease: a review of quality of life measurement scales / A. Bowling // Open University Press, 1996. – № 5. – P. 265 – 268.
140. Boyd N. Breast – tissue composition and other risk factors for breast cancer in young women – a cross – sectional study / N. Boyd, H. Guo, L. Martin // *Lancet Oncol.* – 10. – 6. – P. 569 – 580. 2009.
141. Brodersen J. Long – term psychosocial consequences of false – positive screening mammography. / J. Brodersen, V.D. Siersma // *Ann Fam Med.* 2013; 11(2): – P. 106 – 115. DOI: 10.1370 / afm. 1466.
142. Burt R.K. Immune suppressive therapy with autologous hematopoietic stem cell transplantation arrest active CNS inflammation but not axonal atrophy in patients progressive multiple sclerosis / R.K. Burt, B.A. Cohen // *Blood*, 2003. – Vol. 98, – № 11. – P. 687
143. Cann S.A. Hypothesis: iodine, selenium and the development of breast cancer / S.A. Cann, J.P. van Netten, C. van Netten // *Cancer Causes Control.* 2000. Vol. 11(2). –

P. 121–127.

144. Cassano E. Tc – 99m – MIBI – scintigraphy in the diagnosis of the breast tumours / E. Cassano, M. Pissamiglio, G. Paganelli et al // Euripen congress of radiology. 1997. – P. 83.

145. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 1994.

146. Collins L.C. Breast cancer risk by extent and type of atypical hyperplasia: An update from the Nurses' Health Studies / L.C. Collins, S.A. Aroner, J.L. Connolly et al // Cancer. 2016. Vol. 122(4). – P. 515 – 520.

147. Das D. Serum prolactin level in patients taking olanzapine / D. Das, U. Taulukdar, S.J.S. Chisty et al // Open J. Psychiatry Allied Sci. 2015. – 6. – 1. – P. 50 – 58.

148. David R. Gratta. Endocrinol J. 2015. – Aug. – 226. – 2. – T101 – T122. – Pre-published online 2015, Jun 22. – doi: 10.1530/JOE – 15 – 0213. – PMID: PMC4515538. – 60 YEARS OF NEUROENDOCRINOLOGY: The hypothalamo – prolactin axis. / R. Gratta David //

149. Diagnosis and management of benign breast disorders. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstetrics & Gynecology. 2016;127(6):141-156.

150. Dietel M. Hormone replacement therapy (HRT), breast cancer and tumor pathology / M. Dietel // Maturitas. 2010. Vol. 65. – P. 183 – 189.

151. Dyrstad S., Yan Y., Fowler A., et al. Breast cancer risk associated with benign breast disease: systematic review and meta-analysis. / S. Dyrstad, Y. Yan, A. Fowler, et al. // Breast Cancer Res. Treat. 2015; 149:569–75.

152. Dyrstad S.W. Breast cancer risk associated with benign breast disease: systematic review and meta – analysis / S.W. Dyrstad, Y. Yan, A.M. Fowler, G.A. Colditz // Breast Cancer Res. Treat. 2015. – Vol. 149. – P. 569 – 575.

153. Fabian C.J. Omega – 3 fatty acids for breast cancer prevention and survivorship / C.J. Fabian, B.F. Kimler, S.D. Hursting // Breast Cancer Res. 2015. Vol. 17. – P. 62.

154. Forskningsrad N. Research – based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program Final Report. / N. Forskningsrad // – Oslo: Norgesforskningsrd, 2015.

155. Giatto S. Differential diagnosis of intracystic breast lesions in hemorrhagic cysts. Diagnosi differenziale delle lesioni. / S. Giatto, D. Morrone, P. Bravetti // Radiol Med Torino. 1991; 81 (5): – P. 592 – 596.

156. Goehring C. Epidemiology of benign breast disease, with special attention to histologic types / C. Goehring, A. Morabia // Epidemiol Rev 1997; 19(2):310 – 27. PMID: 9494790.

157. Goldkamp A.L. Birdwell US of Breast Masses Categorized as BI – RADS 3, 4, and 5: Pictorial Review of Factors Influencing Clinical Management / A.L. Goldkamp, S. Raza, S.A. Chikarmane, R.L. Birdwell // RadioGraphics. – 2010 – Sep. № 30 (5). –

P.1199 – 1213

158. Grattan D.R. 60 years of neuroendocrinology: The hypothalamo – prolactin axis / D.R. Grattan // *J. Endocrinol.* 2015. – Aug. – 226. – 2. – T.101 – T122. – PMID: PMC4515538.

159. Hammond M.E. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer (unabridged version) / M.E. Hammond, D.F. Hayes, M. Dowsett, D.C. Allred, K.L. Hagerty, S. Badve, et al // *Arch Pathol Lab Med*, 2010. 134(7): – P. 48 – 72.

160. Hartmann L.C. Benign breast disease and the risk of breast cancer / L.C. Hartmann, T.A. Sellers, M.H. Frost et al // *N Engl J Med.* 2005. Vol. 353(3). – P. 229 – 237.

161. Heeten den G.J. Echografie is van belang als aanvullend onderzoek bij mammo-graphie / G.J. Heeten den, W.J. van Rooij, J.A. Roukema // *Ned. Tijdschr. Geneeskd.*, 1993, 137(4): – P. 2378 – 2383.

162. Heinig. J. Accuracy of classification of breast ultrasound findings on criteria used for description in BI – RADS for breast ultrasound / J. Heinig, R. Witteler, R. Schmitz, et al // *Ultraschell in Med.* 2007. – № 28. – V. – 7 – 6

163. Hille Y. Accuracy of BI – RADS Classification of Breast Ultrasound as a First – Lain Imaging Method / Y. Hille, M. Vetter, C. Hackelöer et al // *European J. of Ultra-sound.* Issue. – 2. 2012. – P. 160 – 164.

164. Holland W.W. "Fundamentals of screening policy in Europe" world health organization / W.W.Holland, S. Stewart, C. Masseria // 2008.

165. Hulka B.S. Hormone – replacement therapy and the risk of cancer / B.S. Hulka // *CA* 1990; 40(5): – P. 289 – 96.

166. J. Barrat. Effects Of Local Administration Of Progesterone on Activity In Human Breast Epithelial Cells / J. Barrat, L. Marpeau, L. Larue et al // *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1990; 19: – P. 269 – 74.

167. Kim W.H. Comparison of the diagnostic performance of digital breast tomosyn-thesis and magnetic resonance imaging added to digital mammography in women with known breast cancers / W.H. Kim, J.M. Chang, H.G. Moon et al // *Eur Radiol.* 2016; 26(6): – P. 1556 – 64. DOI: 10.1007/s00330 – 015 – 3998 – 3.

168. Kovacs M.D. Evaluation of lossy data compression in primary interpretation for full – field digital mammography / M.D. Kovacs, J.J. Reicher, J.F. Grotts et al // *AJR Am J Roentgenol.* 2015; 204 (3): 570–5. DOI:10.2214 / AJR.14.12912.

169. Lakhani S.R. WHO Classification of Tumours of the Breast / S.R. Lakhani, I.O. Ellis, S.J. Schnitt, P.H. Tan and M.J. van de Vijver eds // *IARC / World health organiza-tion classification of tumours.* 2012, WHO Press: Lyon, France.

170. Lang C.A. Hypothesis: progesterone primes breast cancer cells for cross talk with proliferative or antiproliferative signals / C.A. Lang, J.K. Richter, K.B. Horwitz // *Mol. Endocrin.* 1999. – Vol. 13, N 6. – P. 829 – 836.
171. Leplège A. Qualité de Vie: Analyse de la contribution de la notion de point de vue à la description des mesures de santé / A. Leplège, B. Mesurer // *L'Enseignement Philosophique*, 2004. – Vol. 46. – P. 23 – 37.
172. Marmot M.G. The Benefist and harms of breast cancer / M.G. Marmot, D.G. Altman, D.A. Cameron et at. // 2013. – Vol. 108 (11). – P. 2205 – 2240.
173. Maureen Sanderson. Mammography Screening Among the Elderly: A Research Challenge / Maureen Sanderson et al // *PhDa*, Correspondence information about the author PhD Maureen Sanderson Email the author PhD Maureen Sanderson, Robert S. Levine, MD. December 2015. Volume 128, Issue 12, – P. 1362.
174. Mirjam C. L. A review of ablative techniques in the treatment of breast fibroadenomata. / Mirjam C. L. Peek, Muneer Ahmed, Sarah E. Pinder, Michael Douek. // *J Ther Ultrasound.* 2016; 4: 1. —2016 Jan 19. PMID: 26788322/
175. Mirjam C. L. A review of ablative techniques in the treatment of breast fibroadenomata. / Mirjam C. L. Peek, Muneer Ahmed, Sarah E. Pinder, Michael Douek. // *J Ther Ultrasound.* 2016; 4: 1. —2016 Jan 19. PMID: 26788322.
176. Naderi A. Prolactin – induced protein in breast cancer / A. Naderi // *Adv. Exp. Med. Biol.* 2015. – 846. – P. 189 – 200. – PMID: 25472539.
177. Ngo C., Seror J., Chabbert-Buffet N. Breast pain: recommendations. / C. Ngo., J. Seror., N. Chabbert-Buffet. // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2015; 44: 938–46.
178. Nishikawa R.M. Clinically missed cancer: how effectively. can radiologists use computer – aided detection? / R.M. Nishikawa, R.A. Schmidt, M.N. Linver et al // *AJR Am J Roentgenol.* 2012; 198(3): – P. 708 – 16. DOI: 10.2214/AJR.11.6423.
179. Onstad M. Benign breast disorders / M. Onstad, A. Stuckey // *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2013. Vol. 40 (3). – P. 459 – 473.
180. Onstad M., Stuckey A. Benign breast disorders. / M. Onstad, A. Stuckey. // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 2013;40(3):459–73.
181. Patterson S.K., Neal C.H., Jeffries D.O., et al. Outcomes of solid palpable masses assessed as BI-RADS 3 or 4A: a retrospective review. *Breast Cancer Res. Treat.* 2014;147: 311–316.
182. Peek MCL. Ablative techniques for the treatment of benign and malignant breast tumours. / MCL. Peek, M. Douek. // *J Ther Ultrasound.* —2017; 5: —P. 18.
183. Poleshuck E.L. Pain and depression in gynecology patients / E.L. Poleshuck, M.J. Bair, K. Kroenke, A. Watts, X. Tu, D.E. Giles // *Psychosomatics.* 2009. – V. 50, № 3. – P. 270 – 276.

184. Preibsch H. Digital breast tomosynthesis / H. Preibsch, K.C. Siegmann – Luz // *Radiologie* 2015;55(1): – P. 59 – 67. DOI: 10.1007/s00117 – 014 – 2753 – 0.
185. Robinson L. References: RAS – dependent regulation of adenylate cyclase / L. Robinson, J. Gibbs, M. Marshall, J. Sigal, K. Tatchell // *Science* 1987. 235, – P. 1218 – 1221. Content. General biology. Human biology. Molecular biology
186. Rogulski L. Estimated breast cancer risk and screening outcomes among premenopausal women with noncyclic mastalgia / L. Rogulski, J. Binczyk // *Ginecol. Pol.* 2013. Vol. 84(9). – P. 754 – 757.
187. Rouëssé J. Organized breast cancer screening. / J. Rouëssé, H. Sancho – Garnier // *Bull Acad Natl Med.* 2014;198(2). – P. 369 – 386.
188. Sadler T.W. Langman's Medical Embryologi (ed. 11). – Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2009; Osborne M.P. Breast development and anatomy. In; Harris J., Hellman S., Henderson I., Kinne D. (eds). Breast diseases. – 2nd ed. – Philadelphia, Pa: Lippincott, 1991. – P. 1 – 13.
189. Samoli E., Trichopoulos D., Lagiou A., Zourna P., Georgila C., Minaki P. et al. The hormonal profile of benign breast disease. *British Journal of Cancer.* 2013; 108: 199–204.
190. Schindler A.E. Aspects of progestin activity on breast / A.E. Schindler, C. Campagnoli et al // *Maturitas.* 1998, 29. – P. 61 – 65.
191. Smyth P.P. Role of iodine in antioxidant defence in thyroid and breast disease / P.P. Smyth // *Biofactors.* 2003. Vol. 19(3 – 4). – P. 121 – 130.
192. Socolov D. Benign breast disease and the risk of breast cancer in the next 15 years / D. Socolov, I. Anghelache, C. Ilea et al // *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2015. Vol. 119 (1). – P. 135 – 140.
193. Stingl J. Es – trogen and progesterone in normal mammary gland development and in cancer / J. Stingl // *Horm Cancer.* 2011. Vol. 2. – P. 85 – 90.
194. Svane G.E. // European congress of radiology. Vienna. 2000.
195. The breast cancer conundrum // *Bull World Health Organ.* 2013. Vol. 91. – P. 626 – 627. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT/13.020913>.
196. Tworoger S.S. A 20 – year prospective study of plasma prolactin as a risk marker of breast cancer development / S.S. Tworoger, A.H. Eliassen, X. Zhang et al // *Cancer Res.* 2013. – Aug 1. – 73. – 15. – P. 4810 – 9. – (2013, Jun 19).
197. Webster D.E. Optioidergic mechanisms underlying the actions of *Vitex agnus – castus* L. / D.E. Webster, Y. He, S.N. Chen, G.F. Pauli // *Biochem Pharmacol.* 2011. 81(1). – P. 170 – 177.
198. Weismann C., Mayr C., Egger H., Auer A. Breast sonography – 2D, 3D, 4D ultrasound or elastography? *Breast Care.* 2011;6(2):98–103.

199. Wild J.J. Further pilot echographic studies on the histologic structure of tumours of the living intact human breast / J.J. Wild, J. Reid //Am. J. Pathol.1952. – P. 58. – P. 839 – 81.
200. Zhang Y., Jiang Q., Zhang Y. et al. Diagnostic value of contrast-enhanced ultrasound parametric imaging in breast tumors. J. Breast Cancer. 2013;16(2):208–213.
201. Ozanne E.M. Breast cancer risk assessment and prevention: a framework for shared decision – making consultations / E.M. Ozanne, J. Klemp ft., L.J. Euermcm // Breast J. 2006. Vol. 12. – P. 103 – 113.