

изоиммунизации путем внутримышечного введения анти-Rh(D)-иммуноглобулина в дозе 1500 МЕ (300 мкг) оптимально непосредственно после получения результатов исследования крови ребенка, и желательнее не позже, чем через 72 часа после родов (предпочтительно в течение первых двух часов). Однако, если по каким-либо причинам профилактика была не проведена, возможно введение анти-Rh(D)-иммуноглобулина в период до 10 суток послеродового периода.

Для оценки эффективности проведенной профилактики резус-изоиммунизации через 6–12 месяцев после родов показано определение в крови женщины анти-Rh-антител и их титра. Отсутствие антител указывает на эффективность проведенной профилактики резус-изоиммунизации, вероятность развития которой при

комбинированном антенатальном и постнатальном введении анти-Rh(D)-иммуноглобулина снижается приблизительно в 100 раз.

Для специфической профилактики используют антирезусный иммуноглобулин человека Rho(D) – резонатив, что позволяет снизить до минимума риск возникновения резус-сенсibilизаций у беременных женщин, значительно уменьшить уровень летальности и инвалидизации от гемолитической болезни плода и новорожденного [1, 4].

Таким образом, применение представленного комплекса профилактических, лечебных и диагностических мероприятий способствует определению адекватной тактики ведения каждой конкретной беременной с резус-сенсibilизацией и снижению перинатальных осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян, Э. К. Изоиммунизация при беременности / Э. К. Айламазян, Н. Г. Павлова. – СПб. : Изд-во Н-Л, 2012. – 164 с.
2. Акушерство : учеб. для медицинских вузов. 6-е изд. / Айламазян Э. К. [и др.] – СПб. : Спецлит, 2007. – 528 с.
3. Методическое письмо Минздравсоцразвития России №15-4//10/2-12699 от 16 декабря 2011 г. Гемолитическая болезнь плода у беременных с резус-сенсibilизацией. Диагностика, лечение, профилактика / М. А. Курцер, О. Б. Панина, Л. Г. Сичинава [и др.]. – 2011. – 13 с.
4. Резус-сенсibilизация. Гемолитическая болезнь плода. Клинические рекомендации (протокол). – М., 2017.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МАСТАЛГИИ НА ФОНЕ МАСТОПАТИИ

*Л. В. Ткаченко, Н. И. Свиридова, Т. В. Складановская,  
Н. Д. Углова, Т. И. Костенко, И. А. Гриценко*

**Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ**

Проблема заболеваний молочной железы является одной из актуальных проблем в современном мире в связи с высокой распространенностью этой патологии у женщин репродуктивного возраста. Следует отметить, что заболевания молочной железы характеризуются различными вариантами течения от бессимптомных, до болезненных ощущений, вызывающих дискомфорт и жжение, а также

сложностью выбора методов лечения. Частота мастопатии в популяции российских женщин достигает 50–60 %. Нельзя недооценивать роль мастопатии в развитии рака молочной железы (РМЖ), хотя в целом она не рассматривается как предрак или стадия онкологического процесса в МЖ, однако многие ее формы существенно повышают риск развития РМЖ [2].

Молочные железы (МЖ) – часть репродуктивной системы женщины и сложный в анатомическом и функциональном отношении орган, претерпевающий выраженные циклические изменения. МЖ находятся в состоянии постоянной смены процессов пролиферации и инволюции, связанной с фазами менструальных циклов и соответствующим им различным уровнем половых гормонов являясь органом-мишенью для них [3, 10].

На процессы пролиферации эпителия молочных желез оказывают влияние эстрогены и прогестерон, вырабатываемые яичниками и корой надпочечников, а также гонадотропные гормоны передней доли гипофиза, в первую очередь фолликулостимулирующий гормон.

Клинические и экспериментальные данные о роли гормонов в развитии мастопатии зачастую противоречивы. Тем не менее мастопатия является гормонозависимым заболеванием, обусловленным дисбалансом в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе [5, 8, 9, 11].

На приеме гинеколога-эндокринолога одним из самых частых вопросов со стороны пациенток является вопрос о возможности назначения им, в зависимости от возраста и состояния молочных желез, комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Врачу же приходится оценивать безопасность гормональной терапии в каждом конкретном случае, в том числе с позиций возможного влияния на риск РМЖ. Общепринятым является положение о том, что изменения синтеза и метаболизма эстрогенов и прогестерона имеют фундаментальное значение для риска развития РМЖ [4].

В случае сочетания мастопатии с гинекологическими заболеваниями, требующими гормональной коррекции, назначение гормональной терапии возможно.

В России для диагностики нераковых заболеваний МЖ применяют клинко-рентгенологическую классификацию мастопатии Н. И. Рожковой [1], согласно которой выделяют 5 форм диффузной мастопатии:

с преобладанием:

- железистого компонента;
- фиброзного компонента;
- кистозного компонента;

– смешанную форму диффузной фиброзно-кистозной мастопатии;

– склерозирующий аденоз.

### **Цель работы**

Изучить влияние капсул «Индиол Форто» на частоту масталгии у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией (ФКМ) на фоне приема КОК.

Для лечения масталгии у женщин с ФКМ на фоне приема КОК использовали универсальный гиперпластический корректор различных патологических процессов в органах, тканях репродуктивной системы женщины, среди которых: молочные железы, яичники, эндометрий, миометрий, шейка матки.

Препарат оказывает нормализующее действие на баланс эстрогенов в женском организме, подавляет негативное стимулирующее влияние последних, блокирует иные гормон-независимые механизмы, которые активируют патологический рост клеток молочных желез и матки. Обладает селективной стимуляцией гибели трансформированных клеток при несвойственно высокой пролиферативной активности.

Масталгия является одним из самых частых симптомов, которые могут доставлять беспокойство женщинам. В большинстве случаев это предменструальные боли в молочных железах продолжительностью 1–4 дня [6]. По результатам популяционных исследований и по данным специализированных маммологических клиник, боли в молочных железах встречаются у 70 % женщин моложе 55 лет, причем чаще всего в возрасте 30–50 лет. В 45 % случаев женщины отмечают слабые боли, полагая их наличие вариантом нормы, а 25 % больных страдают от интенсивных болей продолжительностью более 5 дней [1, 3, 11].

### **Методика исследования**

Нами проведено обследование 37 женщин в возрасте от 29 до 45 лет с масталгией на фоне ФКМ, принимающих КОК. Средний возраст пациенток составил  $35,1 \pm 2,03$ . На визите у женщин спрашивали, беспокоят ли их боли в молочных железах, сколько дней в неделю они продолжаются, в случае наличия

болей просили оценить их выраженность с помощью 10-сантиметровой визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Обследование включало сбор жалоб, анамнестических данных, физикальное обследование, в том числе пальпацию молочных желез в положении пациентки стоя и лежа, ультразвуковое исследование молочных желез и/или рентгеновскую маммографию (после 35 лет либо при наличии показаний по результатам пальпации молочных желез).

Критериями исключения из исследования явились: злокачественные новообразования у пациентки или у близких родственников пациентки, узловые формы ФКМ, известная индивидуальная повышенная чувствительность к любому компоненту препарата «Индинол Форто», глюкозо-галактозная мальабсорбция, непереносимость галактозы, недостаточность фермента – лактазы, беременные и кормящие женщины, дети и подростки до 18 лет.

Всем пациенткам, принимающим КОК и страдающим ФКМ, у которых присутствовала масталгия, был назначен препарат «Индинол Форто», по 200 мг два раза в сутки, продолжительность курса лечения составила 6 месяцев, который обладает антиэстрогенным и антипролиферативным действием, вызывает избирательную гибель клеток молочных желез с аномальной высокой пролиферативной активностью.

### Результаты исследования и их обсуждение

Оценка эффективности препарата «Индинол Форто» проводилась в течении 6 месяцев, участницы исследования продолжали ежедневную оценку наличия и выраженности боли в молочных железах по 10-сантиметровой ВАШ. Через 6 месяцев оценивали наличие масталгии в соответствии с указанными выше критериями за последние 30 дней.

Масталгия в конце исследования констатирована лишь у 4 (10,8 %) пациенток. Побочных эффектов на фоне применения капсул «Индинол Форто» не было выявлено.

Прием КОК является одним из наиболее надежных методов контрацепции и завоевывает все большую популярность в России. Одним из возможных нежелательных последствий, снижающих приверженность лечению, на фоне приема КОК является масталгия. К сожалению, часто для купирования болей в молочных железах у больных ФКМ назначаются препараты с большим количеством побочных эффектов (в частности, по данным литературы, даназол для лечения масталгии назначают до 75 % хирургов), в то время как существуют более простые и подчас более эффективные средства [11].

Настоящее исследование было проведено с целью оценки эффективности применения капсул «Индинол Форто» в лечении масталгии, вызванной приемом КОК. Так как научно доказано, что частота встречаемости КОК-ассоциированной масталгии – 18,7 % [8]. В общей популяции встречаемость масталгии у женщин достигает 50–70 % [4,10]. По нашим данным КОК-ассоциированная масталгия встречается в 38 % случаев.

Среди женщин, страдающих ФКМ, масталгия встречается чаще, чем у женщин без ФКМ (38,2 % против 8 %). Применение препарата «Индинол Форто» позволило купировать боли в молочной железе у 33 (89,2 %) пациенток.

### Заключение

Масталгия на фоне приема КОК – достаточно частое явление, особенно у пациенток, страдающих ФКМ. Боли в молочных железах могут существенно снижать качество жизни женщин и порой заставляют их отказываться от приема КОК.

Индинол Форто – высокоэффективное средство для лечения масталгии с минимальным количеством редко возникающих побочных эффектов.

Препарат может с успехом применяться у большинства страдающих ФКМ женщин для купирования КОК-индуцированной масталгии.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Диффузные доброкачественные заболевания молочной железы. Диагностика и лечение. Руководство для врачей / Н. И. Рожкова, И. И. Бурдина, Е. В. Меских, [и др.]; под ред. В. А. Солодкова, Н. И. Рожковой. – М. : СИМК, 2012. – 120 с.

2. Керчелаева, С. Б. Мастопатия и профилактика рака молочной железы как междисциплинарная проблема / С. Б. Керчелаева, А. А. Сметник, В. Г. Беспалов // РМЖ. – 2016. – №1. – С. 1018–1025
3. Коган, И. Ю. Мастопатия: фиброзно-кистозная болезнь : учеб.-метод. пособие / И. Ю. Коган – СПб. : Изд-во Н-Л, 2008. – 40 с.
4. Коган, И. Ю. Фиброзно-кистозные изменения молочных желез (мастопатия) и гормональная контрацепция / И. Ю. Коган // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 3. – С. 35–40.
5. Anderson, E. Steroid receptors and cell cycle in normal mammary epithelium / E. Anderson, R. B. Clarke // J Mammary Gland BiolNeoplasia. – 2004. – Vol. 9. – P. 3–13.
6. Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors / D. N. Ader, J. South-Paul, T. Adera, [et al.] // J Psychosom Obstet Gynaecol. – 2001. – Vol. 22 (2). – P. 71–76.
7. Estrogen metabolism and risk of breast cancer: a prospective study of 2:16 $\alpha$ -hydroxyestrone ratio in premenopausal and postmenopausal women / P. Muti, H. Bradlow, A. Micheli, [et al.] // Epidemiology. – 2000. – Vol. 11 (6). – P. 635–640.
8. Estrogen metabolite ratio: Is the 2-hydroxyestrone to 16  $\alpha$ -hydroxyestrone ratio predictive for breast cancer? / N. Obi, A. Vrieling, J. Heinz, [et al.] // Int J Women's Health. – 2011. – Vol. 3. – P. 37–51.
9. Longacre, T. A. A correlative morphologic study of human breast and endometrium in the menstrual cycle / T. A. Longacre, S. A. Bartow // Am J SurgPathol. – 1986. – Vol. 10. – P. 382–393.
10. Stingl J. Estrogen and progesterone in normal mammary gland development and in cancer / J. Stingl // Horm Cancer. – 2011. – Vol. 2. – P. 85–90.
11. Thijssen, J. H. Local biosynthesis and metabolism of oestrogens in the human breast / J. H. Thijssen // Maturitas. – 2004. – Vol. 49. – P. 25–33.

## **БАКТЕРИОФАГИ В ГИНЕКОЛОГИИ. МИФ ИЛИ СОВРЕМЕННАЯ РЕАЛЬНОСТЬ?**

*М. В. Андреева, А. В. Неклюдова, Т. С. Ковалева*

**Кафедра акушерства и гинекологии ВолгГМУ**

В последнее время отмечается рост количества воспалительных заболеваний женских половых органов. Это связано с процессами урбанизации, миграции населения, неправильным образом жизни современных женщин (неблагоприятная экологическая ситуация в регионе проживания, особенно городского женского населения, раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, отсутствие барьерной контрацепции, искусственные аборты, увеличение частоты заражения населения ИППП и др.), сложностью диагностики и лечения, высоким уровнем хронизации процесса [1, 2, 6–8, 10–12].

Так, больные воспалительными заболеваниями женских половых органов составляют 30 % и более пациенток, направляемых на стационарное лечение [6, 7, 11, 12]. В женских консультациях эти больные составляют основной контингент, обратившихся за помощью к врачу акушеру-гинекологу [6, 7, 11, 12]. По-

следствиями такого распространения воспалительных заболеваний женских половых органов являются бесплодие, нарушение менструального цикла, неразвивающаяся беременность, сексуальные расстройства, повышенный риск эктопической беременности, синдром хронических тазовых болей и др. [7, 10–12].

По данным ВОЗ, одно внутриматочное вмешательство приводит к развитию хронического эндометрита.

В 2006 г. на Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов FIGO (КуалаЛумпур, Малайзия) одной из главных тем пленарных заседаний стала проблема хронического эндометрита [14]. Вывод мирового сообщества был удивительно категоричным – каждый случай неразвивающейся беременности следует считать ассоциированным с хроническим эндометритом (как на уровне причины, так и неизбежного следствия).