

detskaya khirurgiya Tadjikistana – Pediatrics and pediatric surgery of Tajikistan, 2018, No. 3 (39), pp. 43-45.

5. Nagornaya N.V. Gemoliticheskie anemii u detey [Hereditary hemolytic anemia in children]. *Simpodium*, 2013, No. 158, pp. 175-180.

6. Mitsura E.F. Nasledstvennye gemoliticheskie anemii u detey: printsipy diagnostiki i lecheniya [Hereditary hemolytic anemia in children: diagnostic and treatment principles]. *Problemy zdorov'ya i ekologii – Problems of health and ecology*, 2013, pp. 25-29.

7. Meshcheryakova L.M. Laboratornye vozmozhnosti differentsialnoy diagnostiki anemiy [Laboratory capabilities for differential diagnosis of anemia]. *Onkogematologiya – Oncohematology*, 2015, Vol. 10, No. 2, pp. 46-50.

8. Firsova V.N. Opyt immunizatsii detey Krasnodarskogo kraja s nasledstvennymi gemoliticheskimi anemiyami [The experience of immunization of children of the Krasnodar territory with hereditary hemolytic anemia]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban Scientific Medical Journal*, 2017, No. 24 (4), pp. 139-145.

ХУЛОСА

М.С. Хусенова, К.И. Исмоилов

ҲОЛАТИ ГОМЕОСТАЗИ ЭЛЕКТРОЛИТҲО ДАР КӮДАКОНИ ГИРИФТОРИ КАМХУНИИ ИРСИИ ГЕМОЛИТИКӢ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ҳолати гомеостази электролитҳо дар кӯдакони гирифтори камхунии ирсии гемолитикии.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Мо 36 кӯдаки аз 3 то 14 соларо бо гирифтори камхунии ирсии гемолитикиро мушоҳида кардем. Дар вақти муоина синну соли миёнаи кӯдакони муоинашуда $8,6 \pm 0,45$ соларо ташкил мекард. Беморони муоинашудаи гирифтори камхунии гемолитикии ирси вобаста аз вазнинии камхунӣ ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Аксари-

яти муоинашудагон кӯдакони синну соли мактаби ибтидоӣ, томактабӣ ва кӯдакони сини мактабии калон будаанд. Хангоми ворид шудан ба беморхона ҳамаи кӯдакони гирифтори камхунии ирсии гемолитикии аз муоинаи пурраи клиникӣ ва лабораторӣ, аз ҷумла ҳисобкунии пурраи хун, морфологияи эритроцитҳо, санҷишҳои биохимиявии хун (билирубини умумӣ ва фраксияҳои он, фореми гемоглобин, оҳани зардоба, ферритин), сатҳи электролитҳои хун K^+ , Na^+ , Ca^{++} , инчунин омӯзиши мағзи устухон гузаронида шудаанд.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо.

Ҳангоми муайян кардани электролитҳои хун тағироти зерин ошкор карда шудаанд: Дар кӯдакони гирифтори камхунии ирсии гемолитикии дараҷаи сабук (14 бемор) дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, миқдори электролитҳои хун (K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Fe^{++}) дар ҳудуди муқаррарӣ будаанд. Дар кӯдакони дараҷаи миёнаи камхунии ирсии гемолитикии (12 бемор) миқдори Fe^{++} дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ ва гурӯҳи якум мутаносибан каме баландтар буд ва инчунин дар муқоиса бо миқдори Na^+ , K^+ , Ca^{++} каме зиёд буд нисбатан ба кӯдакони солим ва кӯдакони гирифтори камхунии ирсии гемолитикии дараҷаи сабук. Дар кӯдакони гирифтори камхунии ирсии гемолитикии дараҷаи вазнин (10 бемор) дар натиҷаи рушди бӯхрони гемолитикии, миқдори электролитҳо дар зардобаи хун Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Fe^{++} нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ва беморони гирифтори камхунии ирсии гемолитикии сабук ва миёна вазнин баландтар аст.

Хулоса. Тадқиқот вайроншавии гомеостази электролитҳои зардобаи хунро ва рушди гипоксияи музмини гемикӣ, ки сабаби вайроншавии қори узвҳои даруна гардид, маълум намуд.

Калимаҳои асосӣ: камхунии ирсии гемолитикии, гомеостази электролитҳо, гемолизи эритроцитҳо.

УДК: 618.1-089

doi: 10.52888/0514-2515-2023-358-3-84-91

Э.Х. Хушвахтова, С.Дж. Ниязова, М.Х. Курбанова, Г.У. Болиева, М.Н. Кармишева, Н.Т. Хакимова

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У ЖЕНЩИН

ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ СЗН РТ

Ниязова Сайёра Джумаевна - научный сотрудник гинекологического отдела Института акушерства-гинекологии и перинатологии Республики Таджикистан; Тел.: +992901720088; Email: niazovasajera284@gmail.com

Цель исследования. Оценка эффективности алгоритма диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин.

Материал и методы исследования. Было обследовано 290 пациенток с доброкачественными новообразованиями молочных желёз, госпитализированных в гинекологическое отделение Института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ в период с 2015 по 2022 годы. В нашей работе, среди обследованных пациенток, не отмечалось случаев инвалидизации и летальных исходов. В исследование были включены женщины детородного периода. Возраст обследованных пациенток колебался от 18 до 45 лет. При этом средний возраст пациенток составил $23,4 \pm 2,4$ года.

Результаты исследования и их обсуждение. Разработанный алгоритм включает целый ряд диагностических и лечебных манипуляций, значительно упростивший процесс выявления заболеваний молочных желёз, а также повышающий эффективность терапии.

Заключение. Алгоритм удобен и эффективен в применении у пациентов данной категории. Благодаря его использованию удалось снизить развитие неблагоприятных процессов, а также осложнений у пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желёз и сопутствующей патологией органов гениталий.

Ключевые слова: доброкачественные заболевания молочных желёз, алгоритм, эффективность, диагностика.

E.H. Khushvakhtova, S.J. Niyozova, M.H. Kurbanova, G.U. Bolieva, M.N. Karmisheva, N.T. Hakimova

ALGORITHM OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BENIGN DISEASES OF THE MAMMARY GLANDS

SI Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Saiyora Jumaevna Niyazova - scientific associate of the gynecological department of the Institute of Obstetrics-Gynecology and Perinatology of the Republic of Tajikistan; Tel: +992901720088; Email: niazovasajera284@gmail.com

Objective. To evaluate the effectiveness of the algorithm of diagnostics and treatment of benign breast diseases in women.

Material and methods. Data were collected from 290 patients with benign mammary gland tumors who were treated at the Gynecological Department of the Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology in Dushanbe between 2015 and 2022. The study exclusively involved women of reproductive age, ranging from 18 to 45 years. The average age of the participants was 23.4 ± 2.4 years. Notably, there were no recorded cases of disability or fatalities among these patients.

Results and discussion. The developed algorithm includes a number of diagnostic and therapeutic manipulations, streamlining the process of disease identification, as well as increasing the effectiveness of therapy.

Conclusion. his algorithm proves to be both user-friendly and efficient for patients within this demographic. Its implementation has led to a decrease in the progression of adverse conditions and complications in patients with benign mammary gland conditions and associated genital organ pathologies.

Keywords: benign diseases of the mammary glands

Актуальность. В структуре заболеваний молочных желез, как злокачественные, так и доброкачественные образования, занимают лидирующие места по заболеваемости среди женского населения земного шара [2, 4]. Согласно данным литературы, среди злокачественных новообразований, рак молочной железы является основной причиной смерти женщин в возрасте 15-54 лет. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно в мире от рака молочной железы погибают около 5 млн женщин [1, 5]. В этой связи так важна своевременная диагностика, и основанная на ней корректная терапия доброкачественных заболеваний молочных желёз.

Несмотря на всё удобство использования УЗИ в диагностике доброкачественных новообразований молочных желёз, большинство специалистов сходятся во мнении что лишь МРТ способно установить конкретный диагноз, основываясь на размерах и характере образования [4]. В то же время эта методика далеко не всегда доступна в условиях сельской местности, а также требует наличие квалифицированного персонала для исключения диагностических ошибок.

Допплерографическое исследование один из многообещающих по эффективности методик при исследовании пациенток с подозрением на доброкачественные заболевания молочных желёз. Стандартная двухмерная визуализация в В-режиме является ключевой частью ультразвукового исследования в гинекологии и в значительной части случаев дает исследователям всю информацию, необходимую для характеристики аномалий молочных желёз и планирования соответствующего лечения. Однако в некоторых случаях одних только данных В-режима недостаточно для достоверного определения характера поражений молочных желёз. В этих ситуациях доплеровское исследование может помочь дифференцировать доброкачественные и злокачественные аномалии молочных желёз [2]. Кроме того, данную методику рекомендуют для определения показаний к выполнению или исключению проведения хирургического лечения образований молочных желёз [3].

В то же время отсутствие чёткого алгоритма в ведении таких пациенток на этапе ранней диагностики значительно затрудняет диагностику этой

категории заболеваний [8-9]. Между тем ранняя диагностика особенно важна на фоне того, что доброкачественные заболевания органов гениталий часто сочетаются и патогенетически влияют на состояние молочных желёз [10-12]. Разработка эффективного алгоритма важна как для выявления доброкачественных, так и для предотвращения развития злокачественных заболеваний у женщин репродуктивного возраста [13-15].

Цель исследования. Оценка эффективности алгоритма диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин.

Материал и методы исследования. В материал исследования вошли результаты обследования 290 пациенток с доброкачественными новообразованиями молочных желёз, госпитализированных в гинекологическое отделение Института акушерства, гинекологии и перинатологии города Душанбе в период с 2015 по 2022 годы. В нашей работе, среди обследованных пациенток, не отмечалось случаев инвалидизации летальных исходов. В исследование были включены женщины детородного возраста. Возраст обследованных пациенток колебался от 18 до 45 лет. При этом средний возраст пациенток составил $23,4 \pm 2,4$ года.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами обследовано 502 женщины, из них 213 женщин имели воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) (I группа) и 289 женщин (II группа) с доброкачественными новообразованиями яичников (ДНЯ). В I группе у 127 пациенток и во II группе в 163 случаях выявлены доброкачественные заболевания молочных желёз (ДЗМЖ). После завершения исследования был разработан алгоритм диагностики и лечения пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желёз и с сопутствующей патологией органов гениталий.

Обследование проводилось в I фазу менструально-овариального цикла на 5-12 день.

После сбора анамнеза, общего осмотра, пальпации молочных желёз пациентки с доброкачественными заболеваниями молочных желёз (ДЗМЖ) обследованы современными методами диагностики: УЗИ, доплерометрия, эластография молочных желёз и определение онкомаркера СА-15-3, рентген маммография. Такие методы исследования как эластография, доплерометрия, рентген маммография производилось по рекомендации врача маммолога.

Сравнительный анализ данных УЗИ молочных желёз у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) и доброкачественными новообразованиями яичников (ДНЯ) показали, что фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) достоверно ($P < 0,001$) в 1,8 раз чаще установлена у пациенток I группы по сравнению с больными II группы.

Диффузная мастопатия у женщин с ДНЯ выявлена изолировано почти с одинаковой частотой, как в правой, так и левой молочных железах. А у пациенток I группы, а преобладающем большинстве случаев (10 из 14 наблюдений) диффузный процесс локализовался в правой молочной железе.

Узловая мастопатия в обеих группах пациенток установлена с одинаковой частотой, но у женщин первой группы образование локализовалось в левой груди, тогда как у больных второй группы имело место двустороннее расположение образования.

Очаговая мастопатия у женщин I группы имело место в двух (1,6%) случаях только слева. А у женщин с ДНЯ по два случая в левой и обеих молочных железах.

Киста молочных желёз в обеих исследуемых группах женщин чаще всего локализовалась в левой молочной железе, в $6-4,7 \pm 1,8\%$ и $10-6,3 \pm 1,9\%$ случаях соответственно.

Самая высокая частота фиброаденом молочных желёз имело место в правой молочной железе у пациенток первой группы ($7,9 \pm 2,3\%$), а у пациенток с ДНЯ с одинаковой частотой фиброаденома установлена в левой груди и с обеих сторон ($6,3 \pm 1,9$).

Исследование показало, что галакторея несвязанная с деторождением достоверно выше, почти в 8 раз ($P < 0,001$), у женщин с ДНЯ ($12,6 \pm 2,6$), по сравнению с пациентками первой группы.

Таким образом, наши исследования установили, что и у пациенток с ДНЯ достоверно чаще ($P < 0,01$) имеет место двустороннее расположение ДЗМЖ.

К сожалению, несмотря на все преимущества ультразвуковой диагностики, в некоторых случаях довольно трудно дифференцировать образования. С этой целью дополнительно пациенткам выполнялась маммография.

Рентген-маммография является основным методом, как объективной оценки состояния молочных желёз, так и наиболее точным для дифференциальной диагностики патологического процесса в них. В наших исследованиях рентген-маммография произведена в двух проекциях, когда имелось подозрение на малигнизацию процесса, у 19 женщин с ВЗОМТ и у 35 пациенток с ДНЯ.

Проведенный анализ результатов рентген-маммографии показал, что достоверной разницы в средних показателях по нозологии заболеваний молочных желёз в исследуемых группах не выявлено.

В группе пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, в ходе стандартного обследования молочных желёз, сопутствующие новообразования были обнаружены в 19 случаях. При этом преобладали фиброаденомы и очаговые мастопатии (по 4 случая), папилломы и фиброзно-ки-

стозные мастопатии отмечались в 3 случаях, узловые мастопатии и кисты – в 2 случаях.

В группе пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников сопутствующие образования в молочных железах отмечались у 35 из 163 (56,4%) женщин. При этом частота обнаружения фиброаденомы, кист и очаговой мастопатии была практически одинаковой у женщин с ДНЯ, однако эти виды ДЗМЖ оказались достоверно ($p < 0,01$) выше чем у пациенток с ВЗОМТ. По частоте встречаемости узловатая и диффузная мастопатия в обеих группах выявлены без статистических различий.

Оценивая результаты ультразвукового метода исследования и маммографии, можно с уверенностью говорить о том, что это дополняющие друг друга методы, а не альтернативные. Их сочетанное применение в практике позволяет снизить вероятность диагностической ошибки, а также уточнить характер образования. Однако применение маммографии ограничено возрастом и показано женщинам старше 40 лет и, строго по показаниям в более молодом возрасте, в связи с чем для них использовались и другие дополнительные методы исследования.

Эластография также использовалась при повышенной плотности железы. Как показали результаты нашего исследования, данная методика позволяла обнаружить труднодиагностируемые разновидности новообразований, в том числе те, которые не выявлялись при ультразвуковом исследовании и цветном доплеровском картировании. При эластографии выявлено в основном двустороннее расположение образований, а при изолированной форме процесса – локализация только в левой молочной железе. Наше исследование показало, что в основном, такие образования молочных желёз, как киста и фиброаденома имели место у молодых пациенток. При эластографии только у одной пациентки выявлена малигнизация процесса в молочной железе. Необходимо отметить, что, учитывая неинвазивность данной методики и его эффективность возможно широкое использование метода эластографии в практической медицине.

Результаты исследования показали, что как в фиброаденомах, так и в большинстве кист молочных желёз образования на ЦДК не имели сосудистый кровоток, т.е. были аваскулярными, что свидетельствует об отсутствии малигнизации процесса.

Исследование женщин с патологией молочных желёз на онкомаркер СА-15-3 проводилось после объективного осмотра и других методов исследования, для исключения злокачественного образования молочных желёз. У всех обследованных пациенток показатели СА-15-3 в сыворотке крови находились в пределах нормативных показателей.

По завершении всех этапов обследования производилась пункционная биопсия образований в молочных железах, по рекомендации маммолога, с последующим цитологическим исследованием биоптата, что в итоге явилось показанием к оперативному лечению 61 (21,0) пациентки в объеме секторальной резекции молочной железы в условиях РОНЦ. А в 229 (79%) случаях женщины с диффузной формой ФКМ получали консервативную терапию в предлагаемом объёме, включая лечение мастопатии с использованием как негормональных, так и с применением гормонотерапии.

Консервативное патогенетическое лечение диффузной фиброзно-кистозной мастопатии.

К негормональным методам коррекции входят следующие виды лечения:

1. Диетотерапия. При мастопатии рекомендуется ограничение в рационе животных жиров, необходимо организовать превалирование молочно-растительной диеты, увеличить потребление овощей и фруктов, сои и других бобовых, пищевых волокон с отрубями злаковых; оптимизация веса тела; нормализация режима сна и бодрствования, увеличение двигательной активности и лечебная физкультура. Эффективно в лечении мастопатии санаторно-курортное лечение, минеральные воды, физиотерапия, аутоотренинг, психотерапия.

2. Другие негормональные средства: витамины, адаптогены, мочегонные, и седативные препараты, улучшающие работу печени, препараты калия, ферменты, обезболивающие и препараты йода. В лечении мастопатии используются фитотерапия и препараты на основе природных биологически активных веществ и биологически активные добавки к пище.

Для назначения витаминов пациенткам с фиброзно-кистозной мастопатией есть множество оснований, так как они: 1) способствуют нормализацию метаболизма и гормонального дисбаланса; 2) оказывают антиоксидантное действие; 3) стимулируют рост, размножение и созревание эпителиальных клеток; 4) стабилизируют деятельность периферической и центральной нервной системы; 5) способствуют нормализации функции яичников, надпочечников и щитовидной железы; 6) дополнительно укрепляют иммунную систему организма

3. При сопутствующей патологии, вызывающей мастопатию, необходимо комплексное лечение выявленных заболеваний: лечение гинекологических болезней, устранение венозного застоя в малом тазу, терапия патологии щитовидной железы, регулирование и стабилизация обменных процессов, лечение патологии гепатобилиарной системы, устранения запоров и синдрома дисбактериоза толстого кишечника. Так как утилизация эстрогенов происходит в

печени, любые нарушения диеты, затрудняющие или ограничивающие нормальную деятельность печени (холестаз, богатая жиром пища, алкоголь, другие гепатотоксические вещества) со временем могут оказывать влияние на клиренс эстрогенов в организме. В этой связи назначение желчегонных препаратов и гепатопротекторов (аллохол, холосас, эссенциале-форте, лив-52) способствует улучшению процессов выведения метаболитов эстрогенов из организма и пагубного воздействия их на органы мишени.

4. Нестероидные противовоспалительные средства, например, назначение таких препаратов как Диклофенак, Кетонал за неделю до ожидаемой менструации способствуют уменьшению циклической масталгии.

5. Средства, улучшающие кровообращение. Препараты витамина Р (аскорутин) или продукты, богато содержащие этот витамин (черная смородина, цитрусовые фрукты, малина, черноплодная рябина, вишня, плоды шиповника,) для улучшения микроциркуляции и уменьшения локального отека молочной железы.

6. Седативные средства. В зависимости от психоэмоционального состояния женщины в схему комплексного лечения мастопатии целесообразно включить седативные средства, вначале отдав предпочтение легким препаратам растительного происхождения (настойка пустырника, валерианы и т.д.), в случае необходимости – более сильнодействующие седативные средства.

7. Биологически активные вещества с выраженным антипролиферативным эффектом, противоопухолевой активностью, подавляющие ангиогенез: маммалептин, мастодинон, индинол-форте. Курс лечения должен длиться не менее 6 месяцев.

Гормональная терапия.

Гормонотерапия направлена на уменьшение чрезмерного стимулирующего воздействия эстрогенов на ткань молочной железы, реже - на коррекцию диспролактинемии или гипотиреоза.

Антиэстрогены. Чтобы обеспечить свое стимулирующее воздействие, эндогенным эстрогенам необходимо вступить в связь со специфическими рецепторами клетки. В случае относительной гиперэстрогении антиэстрогены (тамоксифен, торемифен), блокируя эти эстрогенорецепторы в тканях-мишенях (в т.ч. в молочной железе), не позволяют эстрогенам связываться с рецепторами, уменьшая их биологическую активность. Тамоксифен используется также для коррекции предменструального синдрома, особенно для уменьшения болей в молочной железе, в дозе 10 мг с 5-го по 24-й день цикла.

Средства оральной контрацепции. Правильно выбранная и используемая оральная контрацепция обеспечивает постоянное подавление стероидогенеза

и овуляции, подавляет синтез овариальных андрогенов, эстроген-рецепторов в эндометрии, выравнивает чрезмерные колебания циклических гормонов, а также обеспечивает длительную защиту от развития рака яичников и эндометрия, при этом предпочтительны препараты с наиболее низким содержанием эстрогенов и высоким - гестагенов (0,03 мг этинилэстрадиола + 0,075 мг гестагена или 0,02 мг этинилэстрадиола + 0,150 мг дезогестрела и т.д., то есть, содержание эстрогенов не должно превышать уровня 0,03 мг в течение всего курса). Оральная контрацепция, подобранная с целью лечения мастопатии, должна быть назначена на срок не менее 3 мес.

Гестагены. Терапевтическое действие гестагенов при лечении предменструального синдрома и фиброзно-кистозной мастопатии связывается с угнетением функциональных гипофизарно-яичниковых связей и уменьшением стимулирующего пролиферацию действия эстрогенов на ткани молочной железы.

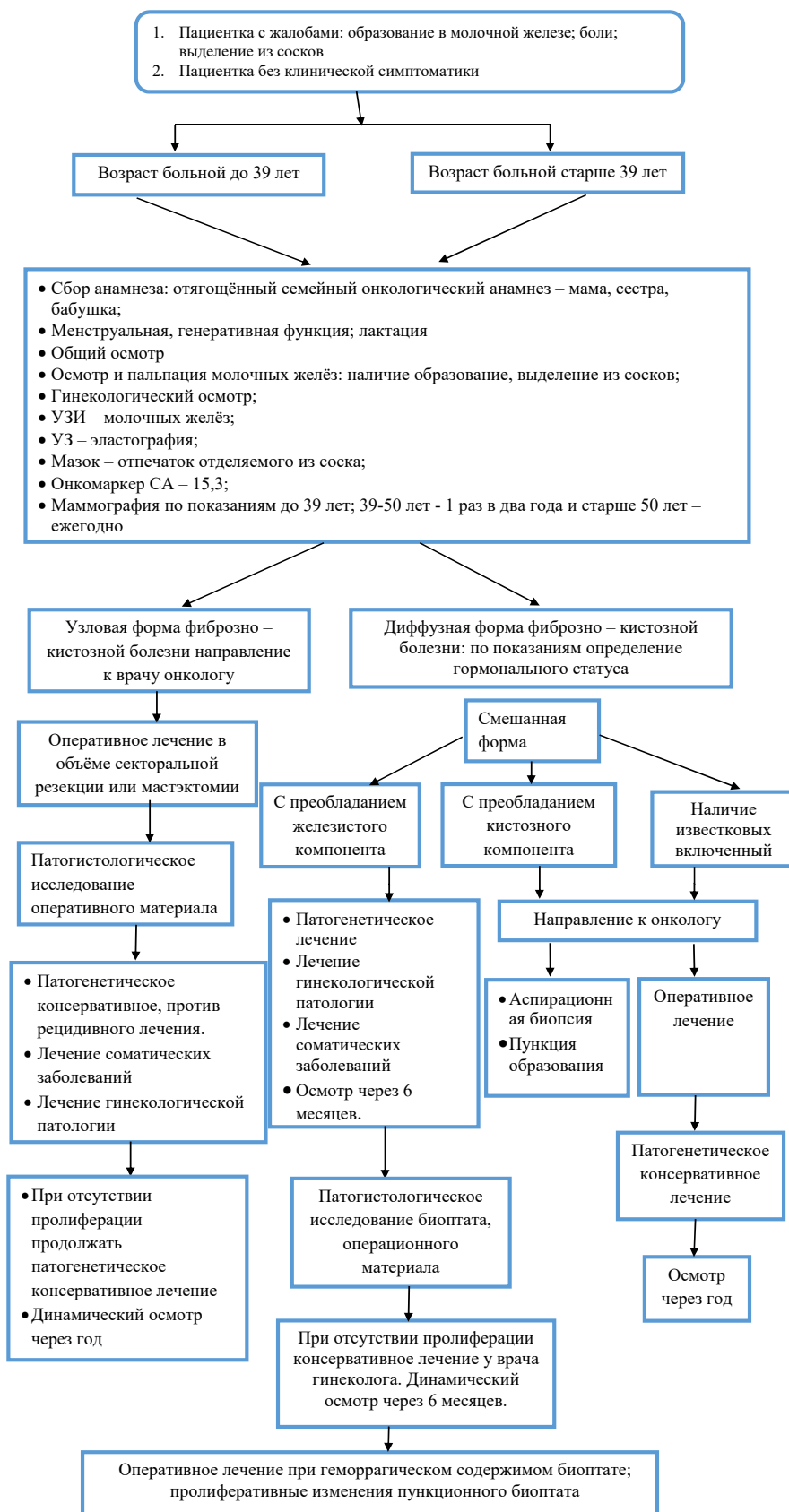
Производные тестостерона - линестринол, норгестрел имеют более выраженные гестагенные свойства, умеренную антиэстрогенную активность и минимальное или практически отсутствующее андрогенное действие.

Гестагены (например, 5 мг Норэтистерона или 10 мг МПА) назначают с 15-16-го дней цикла до 25-го дня, синхронизируя курсы лечения по крайней мере с 6-12 циклами. Для обеспечения дополнительного антиэстрогенного действия до овуляции желательна назначение гестагенов уже с 10-го по 25-й день цикла. Для полной же блокады овуляции и более сильного воздействия гестагенов можно назначать эти препараты уже с 4-5-го до 25-го дня цикла. Гестагеновый препарат несистемного воздействия, используемый при лечении мастопатии – Прожестожель, используется местно с 16 до 25 дня менструального цикла в течение не менее 3 месяцев.

Антигонадотропины- Даназол - андроген как антагонист эстрогенов успешно используется для лечения мастопатии. В основе действия даназола лежит его способность угнетать синтез гонадотропного гормона и некоторых эссенциальных энзимов в овариальном стероидогенезе, ему присуще прогестагенное и слабое андрогенное действие. Стандартной принято считать дозу в 100-400 мг. Длительность терапии составляет 3 месяца.

Ингибиторы секреции пролактина. Эти препараты (Бромокриптин) назначаются только больным с лабораторно доказанной гиперпролактинемией. Уровень пролактина в сыворотке желательна определять после внутривенного введения освобождающего фактора тиреотропного гормона (TRH-тест). TRH-тест можно рекомендовать для тех пациенток, у которых можно ожидать каких-либо нарушений секреции пролактина и в связи с чем им показан

Алгоритм обследования и лечения женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз



Примечание: обследование необходимо проводить в I фазу менструально-овариального цикла на 5-12 день. Обследование начинают с клинического исследования для определения дальнейшей тактики ведения пациенток.

назначение Бромокриптина, дозу медикамента увеличивают очень медленно, начиная с 2,5 мг и повышая ее до 5,0 или 7,5 мг при регулярном контроле уровня пролактина в сыворотке крови.

Аналоги LHRH. В результате использования аналогов освобождающего гормона гонадотропина (LHRH- Дифириллин, Золадекс, Бусериллин) существенно уменьшается уровень циркулирующих эстрогенов и тестостерона. К тому же наличие рецепторов LHRH в образцах ткани рака молочной железы и фиброцистической мастопатии позволяет думать, что LHRH специфически воздействует (аутокринным или паракринным путем) на рост клеток ткани молочной железы.

После проведенного исследования разработан алгоритм обследования и лечения женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз.

Закключение. Настоящий алгоритм удобен в применении не только в медицинских учреждениях 3-уровня, но и во 2-уровне, что позволяет выявлять своевременно патологию молочных желёз у женщин в начальной стадии процесса и в условиях районных больниц. Применение данной методики позволило значительно повысить частоту выявления патологии на ранних стадиях, а также улучшить эффективность методов лечения заболеваний. В целом, согласно нашим исследования, и исследованиям других авторов, диагностические методы должны использоваться комплексно, с целью полного исключения рака молочной железы. Методы лечения, указанные в алгоритме, проявили себя эффективными и безопасными для использования у указанного контингента пациентов.

Выводы. Таким образом, исследование показывает необходимость применения дифференцированного диагностического алгоритма и комплексного подхода при ведении пациенток с доброкачественными образованиями молочных желёз на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза и доброкачественных новообразований яичников.

Данный алгоритм удобен в использовании не только в учреждениях 3-уровня, но и во 2-уровне медицинских учреждений позволяет выявлять комплексную патологию на ранних стадиях заболеваний. Дальнейшие исследования должны будут выявить наличие либо отсутствия необходимости в проведении коррекции алгоритма. В настоящий момент схема диагностики и лечения была опробована в клинической практике и с успехом внедрена в лечебный процесс нескольких специализированных учреждений.

В целом, согласно нашим данным, а также исследованиям других авторов, диагностические методы должны использоваться комплексно, с целью полного исключения рака молочной железы.

ЛИТЕРАТУРА:

(пп. 9-15 см. в REFERENCES)

1. Жерулик С.В. Каталитическая активность сывороток и иммуноглобулинов классов G и A у пациенток с новообразованиями молочной железы / С.В. Жерулик, Н.Г. Луд, И.И. Генералов // Иммунопатология, Аллергология, Инфектология. – 2022. – №3. – С. 7.
2. Покуль Л.В. Динамика ангиогенеза в узловой форме доброкачественной дисплазии молочной железы на фоне терапии алколоидами, флавоноидами и гликозидами / Л.В. Покуль и др. // Гинекология. – 2022. – Т24, №4. – С. 289-293.
3. Пушкарев А.В. Доброкачественные опухоли молочной железы и факторы риска их развития / А.В. Пушкарев и др. // Уральский медицинский журнал. – 2022. – Т216, №5. – С. 128-137.
4. Серебрякова С.В. Магнитно-резонансная маммография в диагностике гистологического класса филоидных опухолей / С.В. Серебрякова и др. // Медицинская визуализация. – 2023. – Т27, №1. – С. 12-21.
5. Саидов М.С. Гигантская фиброаденома молочной железы у девочки подросткового возраста. / М.С. Саидов, Г.М. Ходжамуратов, М.М. Исмоилов, А.Х. Шаймонов // Пластическая хирургия и эстетическая медицина, - 2023. - №1. - С. 48-52.
6. Чёрная А.В. Контрастная спектральная двухэнергетическая маммография–инструмент точной диагностики онкопатологии на фоне плотной ткани молочной железы / А.В. Чёрная и др. // Медицинская визуализация, – 2023. –Т28, №1. – С. 2-11.
7. Шаханова Ш.Ш. Опухоли молочных желёз у девочек подросткового возраста / Ш.Ш. Шаханова, Н.М. Рахимов, П.И. Зарипова // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т7, №3. – С. 112 – 116.
8. Юсупова З.Ш. К вопросу патологии молочной железы / З.Ш. Юсупова, Г.З. Исмадинова // MEDICUS. – 2022. – №. 3. – С. 42-45.

REFERENCES

1. Zherulik S.V. Kataliticheskaya aktivnost syvorotok i immunoglobulinov klassov G i A u patsientok s novoobrazovaniyami molochnoy zhelezy [Catalytic activity of serum and immunoglobulin classes G and A in patients with breast neoplasms]. *Immunopatologiya, Allergologiya, Infektologiya – Immunopathology, Allergology, Infectology*, 2022, No. 3, pp. 7.
2. Pokul L.V. Dinamika angiogeneza v uzlovoy forme dobrokachestvennoy displazii molochnoy zhelezy na fone terapii alkoloidami, flavonoidami i glikozidami [Dynamics of angiogenesis in the nodular form of benign breast dysplasia on the background of therapy with

alkoloids, flavonoids and glycosides]. *Ginekologiya – Gynecology*, 2022, Vol. 24, No. 4, pp. 289-293.

3. Pushkarev A. V. Dobrokachestvennyye opukholi molochnoy zhelezy i faktory riska ikh razvitiya [Benign breast tumors and risk factors for their development]. *Uralskiy meditsinskiy zhurnal – Ural Medical Journal*, 2022, Vol. 21b, No. 5, pp. 128-137.

4. Serebryakova S.V. Magnitno-rezonansnaya mammografiya v diagnostike gistologicheskogo klassa filloidnykh opukholey [Magnetic resonance mammography in the diagnosis of histologic grade of phyllodes tumors]. *Meditsinskaya vizualizatsiya – Medical Visualization*, 2023, Vol. 27, No. 1, pp. 12-21.

5. Saidov M.S. Gigantskaya fibroadenoma molochnoy zhelezy u devochki podrostkovogo vozrasta [Giant breast fibroadenoma in a teenage girl]. *Plasticheskaya khirurgiya i esteticheskaya meditsina - Plastic Surgery and Aesthetic Medicine*, 2023, No. 1, pp. 48–52.

6. Chyornaya A.V. Kontrastnaya spektralnaya dvukhenergeticheskaya mammografiya–instrument tochnoy diagnostiki onkopatologii na fone plotnoy tkani molochnoy zhelezy [Contrast spectral dual-energy mammography-a tool for accurate diagnosis of oncopathology against dense breast tissue]. *Meditsinskaya vizualizatsiya – Medical Visualization*, 2023, Vol. 28, No. 1, pp. 2-11.

7. Shakhonova Sh.Sh. Opukholi molochnykh zhelez u devochek podrostkovogo vozrasta [Breast tumors in adolescent girls]. *Zhurnal biomeditsiny i praktiki – Journal of Biomedicine and Practice*, 2022, Vol. 7, No. 3, pp. 112-116.

8. Yusupova Z.Sh. K voprosu patologii molochnoy zhelezy [To the question of breast pathology]. *Medicus*, 2022, No. 3, pp. 42-45.

9. Chen H. Breast Tumor Classification in Ultrasound Images by Fusion of Deep Convolutional Neural Network and Shallow LBP Feature. *Journal of Digital Imaging*, 2023, No. 1, pp. 1-15.

10. Lin C.X. Diagnostic value of multiple b-value diffusion-weighted imaging in discriminating the malignant from benign breast lesions. *BMC Medical Imaging*, 2023, Vol. 23, No. 1, pp. 1-12.

11. Modi O. Breast tumor detection in ultrasound images using artificial intelligence. *Applications of Artificial Intelligence in Medical Imaging*, 2023, No. 1, pp. 137-181.

12. Ni Y. Spindle Cell Lesions of the Breast: A Diagnostic Algorithm. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 2023, Vol. 147, No. 1, pp. 30-37.

13. Tan B.Y. Survey of recurrent diagnostic challenges in breast phyllodes tumours. *Histopathology*, 2023, Vol. 82, No. 1, pp. 95-105.

14. Wang T. Feature generation and multi-sequence fusion based deep convolutional network for breast tumor diagnosis with missing MR sequences. *Biomedical Signal Processing and Control*, 2023, Vol. 82, pp. 104536.

15. Zhao T. The study of segmentation and recognition technology of breast tumor ultrasound image based on adaptive BP neural network. Third International Conference on Computer Vision and Data Mining (ICCVDM 2022). SPIE Publ., 2023. pp. 799-805.

ХУЛОСА

Э.Х. Хушвахтова, С.Ч. Ниёзова,
М.Х. Қурбанова, Г.У. Болиева,
М.Н. Кармишева, Н.Т. Ҳакимова

АЛГОРИТМИ ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ БЕМОРИҶОИ ХУШСИФАТИ ҒАДУДИ ШИР ДАР ЗАНҶО

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии самаранокии алгоритми ташхис ва муолиҷаи бемориҳои хушсифати ғадуди шир дар занҳо.

Мавод ва усули таҳқиқот. Ба маводи таҳти таҳқиқ натиҷаи муоинаи 290 беморзани мубтало ба номияҳои хушсифати ғадуди шир шомиланд, ки дар давраи аз солҳои 2015 то 2022 дар шӯъбаи гинекологии Пажуҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекологи ва перинатологии ВТ ҲИА ҚТ бистарӣ буданд. Зимни таҳқиқот дар байни занҳои бемори муоинашуда ҳодисаҳои маъҷубӣ, инчунин фавтнокӣ набуд. Ба таҳқиқ занҳо дар марҳалаи наслронӣ фаро гирифта шудаанд. Синни беморони таҳти муоина дар ҳудуди аз 18 то 45 тағйир меёбад. Зимнан синни миёнаи занҳои бемор $23,4 \pm 24$ солро ташкил меод.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Алгоритми таҳиягардида аз як қатор дастамалҳои ташхисӣ ва муолиҷавӣ иборат мебошад, ки раванди ошкор намудани бемории ғадуди ширро осон ва натиҷабахшии муолиҷаро баланд мебарад.

Хулоса. Алгоритм оиди истифода дар мавриди категорияи мазкури беморон қулай ва натиҷабахш аст. Ба шарофати истифодаи он инкишофи равандҳои номусонд, инчунин оризаҳо дар мавриди беморони гирифта ба бемориҳои хушсифати ғадуди шир ва бемориҳои ҳамроҳи узвҳои гениталий коҳиш меёбад.

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои хушсифати ғадуди шир, алгоритм, самаранокӣ, ташхис.