

шуда, дар марҳилаи III – 10,3-20,9% ва дар марҳилаи IV 10,3-17,6% ҳолати ошкоршавии беморӣ мушоҳида шуда истодааст. Хусусияти “ёшгардии” саратони ғадуди ширӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низ мушоҳида мешавад.

Хулоса. Гирифторӣ ба саратони ғадуди ширӣ ва фавт аз он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, чун дар дигар мамолики дунё сол аз сол меафзояд. Ба нишондоди балан-

ди гирифторӣ ба беморӣ сол аз сол нигоҳ накарда, фавт аз он ҳамасола кам шуда истодааст, ки аз баланд шудани дараҷаи огоҳии аҳолӣ ва духтурони шабакаи умумии табобатӣ дарак медиҳад. Сол аз сол сину соли занҳои гирифтори саратони ғадуди ширӣ паст рафта истодааст.

Калимаҳои қалидӣ. Саратони ғадуди ширӣ, гирифторӣ ва фавт аз беморӣ.

УДК: 618.1-089

Э.Х. Хушвахтова, С.Дж.Ниязова, Г.У. Болиева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ

ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии”

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – д.м.н., ведущий научный сотрудник гинекологического отдела ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии”. E-mail: hushvaxtova@mail.ru; тел.: (+992) 901 11 59 99

Цель исследования. Определить эффективность современных методов лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз (ДЗМЖ) у женщин с патологией органов малого таза.

Материал и методы исследования. В исследование вошли результаты обследования 290 пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желёз с патологией органов гениталий. Первую группу составили – 127 (43,8%) пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желез на фоне воспалительного заболевания органов малого таза, вторую группу составили – 163 (56,2%) больных с дисгормональным заболеваниями молочной железы в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников.

Результаты исследования и их обсуждение. Терапия в группах исходила от факторов на котором развились ДЗМЖ: в первой группе пациентки обследованы на инфекции передаваемые половым путем (ИППП) и взяты бактериальные посевы. Терапия включала антибактериальную терапию с учетом выявленного инфекционного агента и санации очагов. У женщин II группы лечение заключалось в удалении истинных опухолей яичников. Для восстановления менструального цикла пациенткам обеих групп назначен КОК Линдинет -20 от 3-6 месяцев. Результаты исследования показали, что в процессе комплексной терапии наблюдалась положительная динамика состояния молочных желез у пациенток обеих обследованных групп. К концу первого года наблюдения отмечалось улучшение у превалирующего большинства пациенток обеих групп: 96/75,5±3,8% и 134/82,2±3,0% соответственно в I и II группе.

Заключение. Учитывая масштабный и многообразный фон возникновения мастопатии, необходимо отметить отсутствие единой схемы патогенетической терапии ДЗМЖ. Следовательно, лечение должно быть направлено на факторы, причины или их сочетание, которые привели к развитию патологии молочных желез.

Ключевые слова: доброкачественные заболевания молочных желёз, ВЗОМТ, ДНЯ, комплексная терапия.

E.H. Khushvakhtova., S.J Niyozova., G.U Bolieva

THE EFFECTIVENESS OF MODERN METHODS OF TREATING BENIGN DISEASES OF THE MAMMARY GLANDS IN WOMEN WITH PATHOLOGY OF THE GENITAL ORGANS

State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”

Khushvakhtova Ergashoy Khushvakhtovna – Doctor of Medical Sciences Leading Researcher of the Gynecological Department of the State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”. E-mail: hushvaxtova@mail.ru; tel.: (+992) 901 11 59 99

Purpose of the study. To determine the effectiveness of modern methods of treating MGD in women with pathology of the pelvic organs.

Material and research methods. The study material included 290 patients with benign neoplasms of the mammary glands who sought medical help at the gynecological department of the Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of Dushanbe in the period from 2015 to 2022. The first group consisted of 127 (main group) patients with dishormonal diseases of the mammary glands in combination with pelvic inflammatory disease, the second group consisted of 163 (comparison group) patients with dishormonal diseases of the mammary glands in combination with benign ovarian tumors.

Research results and discussion. Therapy in the groups was based on the factors on which MGD developed: in the first group, patients were examined for STIs and bacterial cultures were taken. Therapy included antibacterial therapy, taking into account the identified infectious agent and sanitation of lesions. In group II, treatment consisted of removal of true ovarian tumors, the restoration of the cycle for which they received the COC Lindinet -20 for 3-6 months. The results of the study showed that in the process of complex therapy, positive dynamics in the condition of the mammary glands was observed in patients of both study groups. By the end of the first year of observation, improvement was noted in the prevailing majority of patients in both groups: 96/75.5±3.8% and 134/82.2±3.0%, respectively, in groups I and II.

Conclusion. Considering the large-scale and diverse background of the occurrence of mastopathy, it is necessary to note the absence of a unified scheme for pathogenetic therapy of MGD. Therefore, treatment should be aimed at the factors, causes, or combination thereof that led to the development of mammary gland pathology.

Key words: benign diseases of the mammary glands, PID, DAY, complex therapy.

Актуальность. В структуре заболеваний молочных желез, как злокачественные, так и доброкачественные, занимают лидирующее место по заболеваемости среди женского населения земного шара

[4,2,8,10]. Согласно данным статистики, среди злокачественных новообразований рак молочной железы является основной причиной смерти женщин в возрасте от 15 до 54 лет. По данным Всемирной Ор-

ганизации Здравоохранения, ежегодно в мире от рака молочной железы погибают около 5 млн. женщин [1,5,9,11]. В этой связи так важна своевременная диагностика, и основанная на ней корректная терапия доброкачественных заболеваний молочных желёз. Учитывая масштабный и многообразный фон возникновения мастопатии, необходимо отметить отсутствие единой схемы патогенетической терапии ДЗМЖ. Следовательно, лечение должно быть направлено на факторы, причины или их сочетание, которые привели к развитию патологии молочных желез. В течение терапии дисгормональных заболеваний молочных желёз необходимо учитывать возраст; формы заболевания; характер нарушения менструального цикла; заинтересованность в сохранении репродуктивной функции или, наоборот, в контрацепции; наличие обострения хронических, сопутствующих эндокринных, гинекологических и экстрагенитальных заболеваний [3,6,7].

Цель исследования. Определить эффективность современных методов лечения ДЗМЖ у женщин с патологией органов малого таза.

Материал и методы исследования. В материал исследования вошли результаты обследования 290 пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желёз с патологией органов гениталий. Первую группу составили - 127 пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных железы на фоне воспалительного заболевания органов малого таза, вторую группу составили -163 пациенток с дисгормональными заболеваниями молочной железы в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников. Возраст Обследованные пациентки были как в активном, так и в позднем репродуктивный возрасте. Исследование проведено в гинекологическом отделении Института акушерства,

гинекологии и перинатологии с 2015 по 2022 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем женщинам был выполнен клинический осмотр с использованием балльной системы для оценки степени тяжести процесса в молочных железах (таб. №1). Терапия в группах исходила от факторов на котором развилось ДЗМЖ: в первой группе пациентки обследованы на ИППП и взяты бактериальные посевы. Терапия включала антибактериальную терапию с учетом выявленного инфекционного агента и санации очагов. У больных II группы лечение заключалось в удалении истинных опухолей яичников, восстановление менструального цикла, для назначен КОК Линдинет -20 от 3-6 месяцев. При консервативном лечении патологии молочных желез, также проводились специфическое и симптоматическое лечение.

Всем пациенткам в обеих группах с ДЗМЖ включала витаминотерапия: витамин Е по 50-100 мг ежедневно; витамин С по 100-500мг в день; витамин А по 50000 МЕ 2 раза в день длительность курса 3 месяца. В среднем количество курсов витаминотерапии составило до 3 раз, повторное назначение определялось от степени тяжести клинической симптоматики заболеваний молочных желез. А также в рацион питания включены продукты богатые витаминами А, Е, С: молоко, рыба, печень, белок яйца, сливочное масло, кукуруза. Рекомендовано ограничить употребление животных жиров. Гиперпролактинемии нарушение корригировались «Дастинекс» ½таб 2 раза в недели в течение от 3 до 6 месяцев. Для улучшения эмоционального фона женщин назначались седативные средства: вамелан, настойка пустырника, персен, бромкамфора; адаптогены: элеутерококк, пантокрин, настойка женьшеня. Лечение мастодиноном

проводилось в I группе у каждой второй женщины ($60/47,3 \pm 4,4\%$) и во II группе каждой третьей ($55/33,7 \pm 3,7\%$). При наличии различных видов НМЦ с целью регуляции менструальной функции, Линдинет -20 получали женщины II группы в 3 раза достоверно ($p < 0,001$) чаще, чем пациентки I группы. Это указывает на дисгормональный генез возникновении ДЗМЖ у пациенток с ДНЯ (табл. 1).

Пациентки с патологией щитовидной железы консультировались и находились под динамическим наблюдение у врача эндокринолога и получали тиреотропную терапию. Консультированы гастроэнтерологом, и назначены гепатопротекторы (эс-сенциале форте, лив-52), желчегонные и ферментные препараты (аллахол, холосас, кукурузные рыльца, фестал, мезим форте). Курс терапии длился 1,5-2 месяца.

Терапия в группах исходила от факторов на фоне, котором развилось ДЗМЖ: в первой группе все пациентки с ВЗОМТ обследованы на ИППП и взяты бактери-

альные посевы из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам. Лечение включало антибактериальную терапию с учетом выявленного инфекционного агента и санации очагов. У пациенток II группы лечение заключалось в удалении истинных опухолей яичников. При различных типах нарушения менструального цикла женщинам обеих групп ($20/15,7 \pm 3,2\%$ и $79/48,5 \pm 3,9\%$ соответственно I и II групп) для восстановления менструального цикла использован КОК Линдинет -20 в течении от 3-6 месяцев. Кроме общего консервативного лечения патологии молочных желез, в каждой группе было проведено симптоматическое лечение.

Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза зависит от точной диагностики этиологии процесса соблюдения последовательной этапности и принципа комплексного подхода к диагностике и терапии. Чаще ИППП вызывают воспаление в ассоциации, что также является фактором, способствующим хронизации

Таблица 1.

Консервативное лечение женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез

Группы	I гр (n -127)	II гр (n -163)
Терапия	n/M±m%	n/M±m%
1. Диета	127/100	163/100
2. Антиоксиданты (фолиевая к-та).	127/100	163/100
3. Витаминотерапия	127/100±0	163/100±0
4. Терапия заболевания щитовидной железы	50/39,3±4,3	80/49,0±3,9
5. Терапия заболевания гепатобилиарной системы	35/27,5±3,9	28/17,1±2,9
6. Мастодинон	60/47,3±4,4	55/33,7±3,7 $p < 0,05^{**}$
7. Линдинет - 20	20/15,7±3,2	79/48,5±3,9 $p < 0,001^*$
8. Седативная терапия	127/100	127/100±0
9. Местное лечение	35/27±3,9	55/33,7±3,7

Примечание: $p < 0,001^*$; $p < 0,05^{**}$ – статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни).

воспалительного процесса и развитию осложнений. При лечении микст-инфекций необходим подбор антибиотиков, обладающих этиотропным действием по отношению ко всем видам выявленной инфекции. Обоснование этиотропной терапии воспалительных процессов половых органов предусматривает, с какими видами ЗППП ассоциируют патологический процесс. Учитывая, низкий иммунный статус женщин с инфекцией, передаваемых половым путём в комплекс лечении, включена системная энзимотерапия, которая потенцирует лечебный эффект антибиотиков. А также антивирусных препаратов, антибиотиков и иммуномодуляторов, воздействующих на монилиаз. Препараты, которые назначали при лечении ИППП, показали одинаковую эффективность вильпрофена и азитромицина. При лечении *Trichomonas vaginalis* и гарднеллез женщинам был назначен метронидазол по 250мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, дополнительно было назначено местное лечение в виде вагинальных свечей с метронидазолом. Исследование показали, что сочетание инфекционных агентов наиболее часто отмечено с вирусными ассоциациями - ВПГ и ЦМВ.

После проведенной терапии повторное обследование показало эрадикацию (уничтожению) ИППП у превалирующего большинства женщин: при сочетании двух инфекции у 13/86,6% и 5/83,3%; сочетание трех инфекционных агентов у 33/76,7% и 37/77,7%; сочетание четырех инфекций – у 43/75,4% и 8/72,7%; сочетание более четырех инфекций – у 5/55,5% и 12/60% соответственно в Ia и Ib группах. У женщин с *Trichomonas vaginalis* уничтожение инфекции установлено в 47/79,6% и 31/77,5% случаях соответственно Ia и Ib группах. Учитывая отсутствие эрадикации ИППП, этим пациенткам после первого курса этиотропной терапией, через две недели

перерыва повторяли назначение антибиотиков последнего поколения. Обязательным компонентом терапии при повторном курсе являлась назначение препаратов, защищающих микробиотику кишечника. Таким пациенткам после первого этапе лечения вильпрофеном или азитромицином, во втором этапе терапии включали иммуномодулятор виферон в свечах - широко применяемый малоинвазивный препарат интерферона. Следующим этапом лечение женщин с воспалительными заболеваниями половых органов малого таза является реабилитационная терапия. Физиотерапевтическое лечение начинали при отсутствии у пациенток острого воспалительного процесса органов гениталий.

Пациентки с ДНЯ тщательно обследованы с целью исключения злокачественного новообразования яичников. Учитывая то, что все доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) после установления диагноза подлежат оперативному лечению, мы в нашем исследовании во всех 83 случаях пациенток с ДОЯ производили хирургическое удаление опухоли яичников. Из 93 случая произведенных хирургического вмешательств при ДНЯ, почти в каждом четвертом ($23/24,7\pm4,4\%$) случае операция выполнялась по экстренным показаниям: перекрут ножки кисты или перфорация капсулы образования. Объём операции при локальном поражении яичника составлял вылущивание кисты яичника или резекция яичника, а при полном поражении яичника – аднексэктомия. Гистологическое исследование макропрепарата установило: в более половине ($64,5\pm4,9\%$) случаев серозная цистаденома яичников, в каждом пятом ($24,7\pm4,5\%$) случае эндометриоидная киста яичников. Опухолевидные образования во всех случаях были представлены фолликулярной кистой яичников. Образованиями, которые не подлежат хирург-

гическому лечению, являются функциональные кисты яичников (опухолевидные образования яичников: фолликулярная киста и киста жёлтого тела. Под нашим наблюдением находились 196 женщин репродуктивного возраста с ООЯ в течение от 6 до 12 месяцев. Из 196 пациенток с ООЯ установлены следующие эхографические формы ретенционных образований: в $152/77,5\pm2,9\%$ случаях фолликулярная кисты, и в $44/22,4\pm2,9\%$ киста желтого тела. Консервативное лечение ООЯ основывалось на результаты эхографической картины предположительного гистотипа яичникового образования, который определяли на УЗИ, наличия болевого синдрома, длительности существования опухоли. В процессе консультирование женщин установлено, что боли носили не постоянный характер, были незначительными и не имели показания к хирургическому лечению.

Из 152 женщин с фолликулярными кистами, у $73/48\pm4\%$ образование яичника обнаружено при профилактическом осмотре, так как патологический процесс протекал бессимптомно. А у каждой третьей ($50/32,8\pm3,8\%$) пациентки имели место различные виды НМЦ, и у $29/19,1\pm3,1\%$ - тянущие боли внизу живота и в пояснице, связанные с ВЗОМТ. Пациенткам с НМЦ был назначен комбинированный оральный контрацептив (линдинет-20) в течение 3-6 менструальных циклов в режиме контрацепции. При проведении консервативной терапии на фоне приема оральных контрацептивов (линдинет-20) менструальный цикл нормализовался, кисты редуцировались. На фоне противовоспалительной терапии у большинства женщин кистозные образования регрессировали ($137/90,1\pm2,4\%$). А у $15/9,8\pm2,4\%$ больных образование уменьшились в размерах.

Анализ результатов обследования до проводимой терапии (табл.2) показал, что в I группе из 127 пациенток у $17/13,3\pm3,0\%$ боли не отмечались в молочных желёз, $45/35,4\pm4,2\%$ женщин испытывали слабую боль, $30/23,6\pm3,7\%$ пациенток - боль средней интенсивности, и $35/27,5\pm4,0\%$ - испытывали сильные боли. Во II группе из 163 женщин $30/18,4\pm3,0\%$ никаких жалоб не предъявляли. Почти каждая третья ($50/30,6\pm3,6\%$) женщина испытывала слабую боль, а у $28/17,1\pm3,0\%$ пациенток - боль была средней интенсивности. В каждом третьем ($55/33,7\pm3,7\%$) случае пациентки отметили сильные боли. Очень сильные боли не имели место ни у одной пациентки обеих исследуемых групп.

В I группе у большинства пациенток при оценки внешних симптомов в ($109/85,8\pm3,1\%$) было установлено правильное развитие сосково-ареолярного комплекса и молочных желез, а у $2/1,5\%$ пациенток выявлена полителия, и у более чем каждой десятой ($16/12,5\pm2,9\%$) женщины – макромастия. Во II группе аномалии развитии молочных желез не были обнаружены у $141/86,5\pm2,6\%$ пациенток, у $3/1,8\%$ женщин выявлены полителия, а макромастия имело место в $19/11,6\pm2,5\%$ случаях.

При пальпаторном исследование молочных желез установлено: в I группе у $72/56,6\pm4,3\%$ пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1-3 см, а у $30/23,6\pm3,7\%$ - равномерно плотными со складкой 3-4 см; в $23/18,1\pm3,4\%$ случаях у пациенток верхне-наружный квадрант молочных желез был более плотным и со складкой 4-5 см; у $2/1,5\%$ пациентки из-за плотности молочных желез, пальпация была невозможна. Во II группе у половины ($80/49,0\pm4,0\%$) пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером

Таблица 2.

Данные клинического осмотра молочных желез обследованных групп женщин с использованием балльной оценки до проводимой терапии

Оценка в баллах на этапах осмотра	I группа (n=127)	II группа (n=163)
Жалобы	n/%	n/%
0	17/13,3±3,0	30/18,4±3,0
1	45/35,4±4,2	50/30,6±3,6
2	30/23,6±3,8	28/17,1±3,0
3	35/27,5±4,0	55/33,7±3,7
4	-	-
Внешние симптомы		
0	77/60,6±4,3	117/71,7±3,5
1	34/26,7±4,0	46/28,2±3,5
2	16/12,5±3,0	-
Пальпаторное исследование		
0	72/56,6±4,3	80/49,0±4,0
1	30/23,6±3,7	47/28,9±3,5
2	23/18,1±3,4	33/20,2±3,1
3	2/1,5±1,1	3/1,8±1,0
Выделения		
0	123/97,0±1,5	140/86,0±2,7
1	2/1,5±1,1*	20/12,2±2,5*
2	-	-
3	-	-
4	2/1,5±1,1	3/1,8±1,0

1-3 см, и у 47/28,9±3,5% - равномерно плотными со складкой 3-4 см; в каждом пятом случае (33/20,2±3,1%) верхненаружный квадрант молочных желез был более плотный со складкой 4-5 см; а у 3/1,8% пациенток из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна.

У 123/97,0±1,5% пациенток I группы выделение из сосков не было, у 2/1,5% женщин выявлены молозивные, прозрачные выделения, и в 2/1,5% случаях наблюдалась кровянисто-коричневые отделяемое. Во II группе у 140/ 85,9±2,7% пациенток выделений не было, а у более чем каждой десятой (20/12,2±2,5%) женщины наблюдались прозрачные или молозивные выделения, и 3/1,8% случаях - наблюдались кровянисто-коричневые.

Критериями улучшения заболевания молочных желез в процессе лечения были: стабилизация/нормализация самочувствия и эмоционального фона больных; устранение или нивелирование болезненности в молочных железах; при пальпации – уменьшение, размягчения или устранения кистообразных расширений протоков желез и очаговых процессов.

На фоне проводимой терапии через 6 месяца пациентки были повторно обследованы с использованием балльной оценки клинического осмотра молочных желез и были получены следующие результаты: при оценке болезненности молочных желез в I группе 82/64,5±4,2% пациенток жалоб не предъявляли, 20/15,8±3,2% женщин испытывали слабую боль, 25/19,7±3,5% -

боль средней интенсивности, жалобы на сильные боли и очень сильные боли не предъявлял никто. Во II второй группе у 117/71,7±3,5% пациенток жалоб не было, 28/17,1±3,0% больных испытывали слабую боль, 18/11,0±2,4% - боль средней интенсивности, а жалоб на сильные и очень сильные боли не отмечались. Динамика в оценке внешних симптомов в обеих группах не обнаружено.

Повторное пальпаторное исследование молочных желез выявило, через 3 месяца что в I группе у 72/56,6±4,3% пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1-3 см, у 30/23,6±3,7% - равномерно плотными со складкой 3-4 см, у 23/18,1±3,4% пациенток верхненаружный квадрант молочных желез был более плотным со складкой 4-5 см, и у 2/1,5±1,1% пациентки из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна. Во II группе у 80/49,0±4,0% пациенток молочные железы были мягкими с равномерной складкой размером 1-3 см, у 47/28,9±3,5% - равномерно плотными со складкой 3-4 см, у 33/20,2±3,1% женщин верхненаружный квадрант молочных желез был более плотным со складкой 4-5 см, и у 3/1,8±1,0% больных из-за плотности молочных желез пальпация была невозможна.

При оценке выделений из сосков в I группе у двух больных выделение прекратились, и всего у 125/98,4±1,1% пациенток выделения не отмечалось, у 2/1,5±1,1% - наблюдались янтарно-коричневое отделяемое. Во II группе у десяти женщин от-

деляемое из сосков прекратились, и всего у 150/92,0±2,1% пациенток выделений не было. Прозрачные или молозивные выделения наблюдались у 10/6,1±1,8%, а у 3/1,8±1,0% - наблюдались янтарно-коричневые.

Результаты исследования показали, что в процессе комплексной терапии наблюдалась положительная динамика состояния молочных желез у пациенток обеих обследованных групп. К концу первого года наблюдения отмечалось улучшение у превалирующего большинства пациенток обеих групп: 96/75,5±3,8% и 134/82,2±3,0% соответственно в I и II группе (табл.3).

Оперативное вмешательство у женщин с ДЗМЖ произведено в тех случаях, когда имело место: узловая форма мастопатии с пролиферацией; пролиферация эпителия в кистах в размере менее 5мм; при кистах диаметром более 5мм без пролиферации (после биопсии тонкоигольным методом); в случаях с повторным пополнением кисты; выявление на маммографии микрокальцинатов и при отсутствии эффекта от консервативной терапии

Показанием для оперативного лечения в 29- случаях явилась фиброаденома молочных желез. Из них у 12 женщин заболевание молочных желёз сочеталось с ВЗОМТ (Iгруппа) и у 17 пациенток с ДНЯ (IIгруппа). С кистой молочных желёз прооперированы 6/24±8,5% пациентки I и 10/27,8±7,4% - женщин II группы. При очаговой мастопатии по 2 пациентки с обеих групп подвергнуты хирургическому лече-

Таблица 3.

Эффективность комплексной терапии ДЗМЖ у обследованных пациенток на фоне терапии в течении 6- и 12 месяцев наблюдения

Группы	Iа гр	IIа гр	Iа гр	IIа гр
Результаты	Через 6мес.		Через 12 мес.	
улучшение	91/71,6±3,9	117/1,7±3,5	96/75,5±3,8	134/82,2±2,9
отсутствие жалоб	36/28,3±3,9	46/28,2±3,5	31/24,4±3,8	29/17,8±3,0

нию. В обеих группах женщин операция при внутрипротоковой папилломы произведено с одинаковой частотой: $2/8,0 \pm 5,4\%$ и $3/8,3 \pm 4,6\%$ соответственно. По 2 и 4 случаев соответственно пациенткам в I и II группах с фибролипомой также произведена секторальная резекция молочной железы. Секторальная резекция молочной железы проводилась у женщин в проекции зоны предшествующей мультифокальной трепанбиопсии.

Результаты исследования частоты проведенных операций по отдельным нозологиям ДЗМЖ, таких как фиброаденома, кисты молочных желез, очаговой мастопатии, папиллома, фибролипома статистически значимых отличий удельного веса в сравниваемых группах не установило. Гистологическое исследование оперативного материала установило отсутствие онкологического процесса в молочных железах.

Терапия заболеваний молочных желез должна обязательно включать в себя устранение причин, приводящих к заболеванию. Приоритетным направлением негормональных методов лечения является применение гомеопатических и растительных препаратов. Гомеопатические препараты действуют значительно мягче и не обладают побочными явлениями по сравнению с химически синтезированными препаратами, а отсутствие аллергических реакций является важным преимуществом перед растительными препаратами.

Заключение. Учитывая масштабный и многообразный фон возникновения мастопатии, необходимо отметить отсутствие единой схемы патогенетической терапии ДЗМЖ. Следовательно, лечение должно быть направлено на факторы, причины или их сочетание, которые привели к развитию патологии молочных желез. Своевременное выявление инфекции, передаваемые половым путём, позволяет проводить лечение

заболеваний органов малого таза на ранних стадиях, которые приводят к снижению частоты заболевания половых органов и связанные с этим осложнений, и патологии других систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гигантская фиброаденома молочной железы у девочки подросткового возраста./ Саидов М.С., Ходжамурадов Г.М., Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х. // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2023. №1. С.48–52.
2. Динамика ангиогенеза в узловой форме доброкачественной дисплазии молочной железы на фоне терапии алколоидами, флавонOIDАМИ и гликозидами / Л. В. Покуль и др. //ГИНЕКОЛОГИЯ. – 2022. – Т. 24, №. 4. – С. 289-293.
3. Доброкачественные опухоли молочной железы и факторы риска их развития / А. В. Пушкирев и др. //Уральский медицинский журнал. – 2022. – Т. 216 №. 5. – С. 128-137.
4. 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.
5. Контрастная спектральная двухэнергетическая маммография—инструмент точной диагностики онкопатологии на фоне плотной ткани молочной железы / А. В. Чёрная и др. //Медицинская визуализация. – 2023. –Т.28, №1. – С. 2-11.
6. Шаханова Ш. Ш. Опухоли молочных желез у девочек подросткового возраста / Ш. Ш. Шаханова, Н. М. Рахимов, П. И. Зарипова //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7, №. 3. – С. 112 – 116.
7. Юсупова З. Ш. К вопросу патологии молочной железы / З. Ш. Юсупова, Г. З. Исомадинова //MEDICUS. – 2022. – №. 3. – С. 42-45.
8. Breast Tumor Classification in Ultrasound Images by Fusion of Deep Convolutional Neural Network and Shallow LBP Feature / H. Chen et

al. //Journal of Digital Imaging. – 2023. – №1. – P. 1-15.

9. Diagnostic value of multiple b-value diffusion-weighted imaging in discriminating the malignant from benign breast lesions / C. X. Lin et al. //BMC Medical Imaging. – 2023. – T. 23. – №. 1. – P. 1-12.

10. Feature generation and multi-sequence fusion based deep convolutional network for breast tumor diagnosis with missing MR sequences / T. Wang et al. //Biomedical Signal Processing and Control. – 2023. – T. 82. – P. 104536.

11. Ni Y. Spindle Cell Lesions of the Breast: A Diagnostic Algorithm / Y. Ni, G. M. Tse // Archives of Pathology & Laboratory Medicine. – 2023. – T. 147. – №. 1. – P. 30-37.

12. Modi O. Breast tumor detection in ultrasound images using artificial intelligence / O. Modi, A. Subasi //Applications of Artificial Intelligence in Medical Imaging. – 2023. - №1. – P. 137-181.

ХУЛОСА

Э.Х. Хушвахтова, С.Ч. Ниёзова,
Г.У. Болиева

САМАРАНОКИИ УСУЛҲОИ МУОСИРИ МУОЛИҶАИ БЕМОРИҲОИ ХУШСИФАТИ ҒАДУДҲОИ ШИРӢ ДАР ЗАНОНЕ, КИ ПАТОЛОГИЯИ УЗВҲОИ ТАНОСУЛ ДОРАНД

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани самаранокии усулҳои муосири табобати беморихои хушсифати ғадудҳои ширӣ дар занони патологияи узвҳои таносули коси хурд дошта.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар маводҳои омӯзиши натиҷаҳои муоинай 290 нафар беморони гирифтори беморихои хушсифати ғадудҳои ширӣ бо патологияи узвҳои таносулро дар бар мегирад. Ба гурӯҳи якум 127 (43,8%) (гурӯҳи асосӣ) беморони гирифтори беморихои дисгормо-

налии ғадудҳои ширӣ дар заминай бемории илтиҳоби органҳои коси хурд, гурӯҳи дуюм -163 (56,2%) (гурӯҳи муқоисавӣ) беморони гирифтори беморихои дисгормоналии ғадуди ширӣ дар якчоягӣ бо варамҳои хушсифати тухмдонҳо иборат буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Табобат дар гурӯҳҳо ба омилҳое асос ёфта буд, ки дар онҳо беморихои хушсифати ғадудҳои ширӣ инкишоф ёфтааст: дар гурӯҳи якум беморон барои муоинай беморихои сироятии ба воситаи алоҳаи чинсӣ гузаранда ва барои кишти бактерияҳо маводҳо гирифта шуданд. Табобати антибактериалии коркарди санитарии заҳмҳоро дар бар мегирад, бо назардошти агенти сироятии муайяншуда ва коркарди санитарии осебҳо, дар занони гурӯҳи II, табобат аз бартараф кардани варамҳои ҳақиқии тухмдонҳо иборат буд. Барои барқарор кардани давраи ҳайз ба беморони ҳар ду гурӯҳ ба онҳо барои 3-6 моҳ СОС Lindinet -20 гирифтанд. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар ҷараёни гузаронидани табобати комплексӣ дар беморони ҳарду гурӯҳи таҳқиқотӣ динамикаи мусбӣ дар ҳолати ғадудҳои ширӣ мушоҳида гардид. Дар охири соли аввали мушоҳида, дар аксаияти беморони ҳарду гурӯҳ беҳбудӣ ба қайд гирифта шуд: мутаносибан $96/75,5 \pm 3,8\%$ ва $134/82,2 \pm 3,0\%$ дар гурӯҳҳои I ва II.

Хулоса. Бо назардошти заминай ва сеъ ва гуногуни пайдоиши мастопатия, мавҷуд набудани схемаи ягонаи табобати патогенетикии онро қайд кардан лозим аст. Аз ин рӯ, табобат бояд ба омилҳо, сабабҳо ё омӯзиши онҳо, ки боиси рушди бемории ғадудҳои ширӣ шудаанд, равона карда шавад.

Калимаҳои қалидӣ: беморихои варми хушсифати ғадудҳои ширӣ, беморихои хушсифати тухмдонҳо, беморихои сирояти узвҳои таносули коси хурд, табобати комплексӣ.