

## ФІБРОЗНО-КІСТОЗНА МАСТОПАТІЯ\*

### ВСТУП

Упродовж останнього десятиріччя відмічається зростання числа доброякісних захворювань молочних залоз (МЗ), в тому числі дифузної фіброзно-кістозної мастопатії, яка діагностується, за даними різних авторів, у 60–80% жінок репродуктивного віку [1, 2].

МЗ починають інтенсивно розвиватися у віці 12–16 років, коли посилюється функціональна активність кори наднирників і статевих залоз. Будучи органом репродуктивної системи, МЗ відчувають безперервний гормональний вплив протягом всього життя жінки. Ріст і розвиток МЗ – складний процес, який не може відбуватися автономно. Існують складні нейрогуморальні механізми регуляції і висока чутливість тканин МЗ до статевих стероїдів і гіпофізарних пептидів, гормонів і біологічно активних речовин органів інших систем (наднирників, щитовидної залози, печінки) [2, 5, 6, 15, 17]. Функціонування МЗ тісно пов'язане з менструальною функцією [13].

Тканини МЗ піддаються наступному гормональному впливу [5, 13]:

- ☒ естрогени викликають проліферацію протоків і сполучної тканини МЗ;
- ☒ прогестерон – залозисту трансформацію альвеол;
- ☒ пролактин сприяє розвитку лактоцитів, секреції молока, є основним гормоном, який забезпечує лактацію;
- ☒ гормони щитовидної залози відіграють важливу роль у морфогенезі і функціональній диференціації епітеліальних клітин МЗ;
- ☒ інсулін діє на клітини МЗ опосередковано, через інші гормональні впливи;
- ☒ кортизон сприяє утворенню рецепторів пролактину в МЗ і стимулює ріст епітеліальних клітин у синергізмі з пролактином.

У сучасних умовах жінка зазнає численних впливів зовнішнього середовища, які, безумовно, мають вплив на її внутрішній статус. Патологічні зміни, які виникають в органах різних систем (серцево-судинної, ЦНС, системи травлення, ендокринної) викликають порушення гормональної регуляції внаслідок прямого та опосередкованого впливу, що разом із дисбалансом репродуктивної системи відображається на структурі і функції МЗ.

На основі численних досліджень встановлена значна кількість факторів, які сприяють появі і розвитку патології МЗ, до них відносяться [7, 11, 12]:

1. Спадковий фактор.
2. Вік за 40 років.
3. Порушення менструальної і статеві функції:
  - ☒ раннє менархе;
  - ☒ пізня менопауза;
  - ☒ порушення функції яєчників;
  - ☒ сексуальні фактори.
4. Особливості акушерського і гінекологічного анамнезу:
  - ☒ невиношування вагітності;
  - ☒ аборти (на ранніх термінах вагітності гормональний вплив викликає виражену перебудову МЗ, гіперплазію залозистого компонента. Штучне переривання вагітності перериває проліферативні процеси в МЗ, у зв'язку з чим гіперплазована тканина піддається зворотному розвитку. Ці регресивні зміни відбуваються нерівномірно, розвиток залоз може набувати патологічного характеру і стати пусковим механізмом для формування дифузних і вузлових мастопатій);
  - ☒ пізня перша вагітність;
  - ☒ гормональнозалежні захворювання статевих органів;



**І.І. СМОЛАНКА**

д. мед. н., професор, керівник відділу патології молочної залози Інституту онкології НАМН України

**А.О. ЛЯШЕНКО**

к. мед. н., відділ патології молочної залози Інституту онкології НАМН України

\* Стаття опублікована у журналі «Жіночий лікар». – 2007. – № 1. – С. 8–18.

## ОПУХОЛИ И ПРЕДОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ

особливості лактації (відсутність, короткий або тривалий період грудного вигодовування).

5. Безпосереднє ураження МЗ (травми, мастити).

6. Ожиріння (відомо, що при поєднанні ожиріння з діабетом і артеріальною гіпертензією ризик раку МЗ підвищується втричі).

7. Тривалий психічний стрес, який призводить до зміни секреторної функції ендокринних залоз.

8. Захворювання щитовидної залози (тиреоїдити, вузловий зоб, автоімунний зоб).

9. Порушення функції гепатобіліарної системи (гепатит наявний чи в анамнезі; холангіоліт, гепатохолецистит).

Також у розвитку дисгормональних гіперплазій МЗ значна роль відводиться гінекологічним захворюванням [10]. У 97,8% жінок репродуктивного віку з нейроендокринними гінекологічними захворюваннями виявлена патологічна перебудова МЗ. У жінок, які мають нерегулярний менструальний цикл переважно по типу олігоменореї, ураження МЗ відмічається в 64,5% випадків. При гінекологічних захворюваннях, які супроводжуються дисфункціональними матковими кровотечами, ураження МЗ виявляється в 57,6% випадків. При вторинній аменореї ураження МЗ зустрічається у 43,6% пацієток, а серед жінок із склерокістозним ураженням яєчників – у 25% випадків [19]. У хворих на ендометріоз патологічні зміни в МЗ зустрічаються у 76,7% спостережень [11], а у хворих з доброякісними пухлинами яєчників – у 69% випадків [19].

Особливе місце серед гінекологічних захворювань займає міома матки. У жінок репродуктивного віку, які мають міому матки, патологічні зміни в МЗ виявляються у 82% випадків [18]. Це відповідає твердженню Я.В. Бохмана [5], що міому матки можна розглядати як маркер ризику розвитку патології МЗ, включаючи рак. У жінок з міомою матки в постменопаузі патологія МЗ виявляється у 92% випадків (у тому числі дифузна фіброзно-кістозна мастопатія – у 66%, фіброаденома – у 8%, рак МЗ – у 18%) [15].

Наведені дані свідчать про необхідність звернення гінекологами особливої уваги на стан МЗ і проведення відповідної патогенетично обґрунтованої терапії як гінекологічних захворювань, так і захворювань МЗ.

Найчастіше в практиці акушера-гінеколога зустрічається фіброзно-кістозна мастопатія. Мастопатія (за визначенням ВООЗ, 1984) – це фіброзно-кістозна хвороба, яка характеризується порушенням співвідношень епітеліального і сполучнотканинного компонентів, широким спектром проліферативних і регресивних змін тканин МЗ.

### ЕТИОПАТОГЕНЕЗ

Важлива роль в етіології та патогенезі фіброзно-кістозної мастопатії відводиться відносній або абсолютній гіперестрогенії і прогестерондефіцитному стану, тобто порушенню співвідношення між естрогенами і прогестероном. Естрогени викликають проліферацію альвеолярного епітелію протоків і строми, а прогестерон протидіє цим процесам, забезпечує диференціювання епітелію і зупинку мітотичної активності. Прогестерон має властивість знижувати експресію рецепторів естрогенів і зменшувати локальний рівень активних естрогенів, обмежуючи стимуляцію проліферації тканин МЗ. Гормональний дисбаланс у тканинах МЗ в бік дефіциту прогестерону супроводжується набряком і гіпертрофією сполучної тканини, а проліфе-

рація епітелію протоків призводить до утворення кіст [7]. В генезі розвитку патології МЗ серед гормонів передньої долі гіпофізу особливе місце займає пролактин [23].

### КЛАСИФІКАЦІЯ

Є велика кількість класифікацій мастопатій. У клінічній практиці найчастіше використовують клініко-рентгенологічний варіант класифікації [14]:

1. Дифузна форма фіброзно-кістозної мастопатії:

- дифузна мастопатія з перевагою кістозного компоненту;
- дифузна мастопатія з перевагою фіброзного компоненту;
- дифузна мастопатія з перевагою залозистого компоненту;
- змішана форма дифузної мастопатії;
- склерозуючий аденоз.

2. Вузлова форма фіброзно-кістозної мастопатії.

В залежності від вираження дифузного ураження МЗ, розрізняють три ступеня, поділ яких має умовний характер за співвідношенням сполучнотканинного, залозистого компонентів і жирової тканини [17]:

1 ступінь – не різко виражений. Стан, при якому жирова тканина переважає над паренхіматозною.

2 ступінь – середнього вираження. Жирова тканина і щільні структури знаходяться приблизно у рівних співвідношеннях.

3 ступінь – різко виражений. Структура молочних залоз представлена переважно залозистими елементами, жирова тканина представлена мало.

Ризик малігнізації при непроліферативній формі складає 0,86%, при помірній проліферації – 2,34%, при різко вираженій проліферації – 31,4%. За даними гістологічних досліджень операційного матеріалу, рак МЗ поєднується з фіброзно-кістозною хворобою в 46% випадків [20].

### КЛІНІЧНА КАРТИНА

Клініка мастопатії зумовлена її формою. Клінічною ознакою вузлової мастопатії є так званий «вузловий компонент», який виявляється при пальпації на фоні порівняно однорідної тканини МЗ. Одним із найчастіших проявів дифузної мастопатії (змішана форма, залозиста, кістозна) є передменструальний синдром, який виникає в другій (лютеїновій) фазі менструального циклу або за декілька днів до менструації. Він включає комплекс фізичних, вегетативних і емоційних симптомів. На перший план виступає біль в МЗ, відчуття збільшення їх об'єму, набухання (мастодинія). Мастодинія часто поєднується з головним мігреноподібним болем, набряками, неприємними відчуттями в області живота (метеоризм, запори, відчуття перенаповнення), підвищеним нервовим збудженням, тривогою. З початком менструації симптоми передменструального синдрому зникають.

При інших формах хвороби (фіброзна) головним клінічним проявом є наявність грубих структур у формі тяжів, які часто симулюють вузлові утворення.

Деякі випадки мастопатії, особливо інволютивна форма, мають майже безсимптомний клінічний перебіг.

### ДІАГНОСТИКА

Діагностика захворювань МЗ ґрунтується на огляді, пальпації, мамографії, УЗД, пункції вузлових утворень, підозрілих ділянок і цитологічному дослідженні пунктату.

Пальпацію МЗ доцільно здійснювати в першій фазі циклу – на 5-7-й день після закінчення менструації, так як у другій фазі через набухання залоз існує велика вірогідність діагностичних похибок.

Для огляду МЗ жінці необхідно роздягтися до пояса і стати обличчям до джерела світла, після чого лікар оцінює зовнішній вигляд залоз, звертаючи увагу на всі прояви асиметрії (контурів, кольору шкіри, розміщення сосків тощо). Потім жінка повинна підняти руки, і залози ще раз оглядають в такому положенні. Після огляду виконується пальпація залоз спочатку в положенні стоячи, а потім лежачи на спині. Одночасно пальпують підпахвові, підключичні і надключичні лімфатичні вузли. Наступним етапом обстеження, в залежності від віку хворої та ступеня патологічних змін, є мамографія і УЗД. У випадку виявлення вузлів або вузла в тому чи іншому відділі МЗ, показане проведення пункційної біопсії та інших методів обстеження для вирішення питання щодо оперативного лікування. Необхідно пам'ятати, що тільки дифузні форми мастопатії підлягають консервативному лікуванню.

### ЛІКУВАННЯ

Не дивлячись на те, що історія лікування мастопатії нараховує більше 100 років, до сьогодні немає єдиної точки зору щодо методів терапії цього захворювання, не створена єдина модель патогенетичної терапії, залишаються нез'ясованими питання щодо тривалості терапії. Без сумніву, лікування хворих на мастопатію повинно бути комплексним, тривалим, з урахуванням гормональних, метаболічних особливостей хворої, супутніх захворювань. Лікування має бути направлене на причини, які призвели до розвитку мастопатії. Кожний випадок вимагає індивідуального підходу.

Численні автори рекомендують корекцію дієти як першу умову при лікуванні мастопатії. Експерименти і клінічні дослідження показали, що існує тісний зв'язок між споживанням метилксантинів (кофеїн, теofilін, теобромін) і розвитком фіброзно-кістозної мастопатії. Є думка, що ці сполуки сприяють розвитку фіброзної тканини і утворенню рідини в кістах. Тому обмеження продуктів, які містять метилксантини (кава, чай, шоколад, какао, кола) або повна відмова від них може значно зменшити біль і відчуття набухання МЗ [4].

Як фіброзно-кістозна мастопатія, так і рак МЗ, мають зв'язок із в'ялою діяльністю кишечника, хронічними запорами, зміненою кишковою мікрофлорою і недостатньою кількістю клітковини в щоденному раціоні. Можливо, що при цьому відбувається реабсорбція із кишечника вже виведених естрогенів. Тому наступна порада пацієнткам з фіброзно-кістоз-

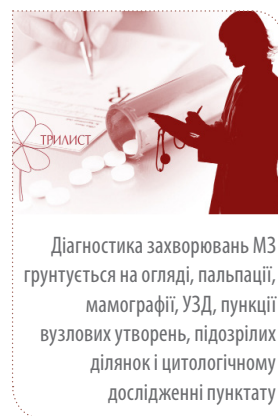
ною мастопатією – споживання їжі, багаті на клітковину і адекватне споживання рідини (не менше 1,5–2 л на день). Оскільки утилізація естрогенів відбувається в печінці, то будь-які порушення дієти, які погіршують або обмежують нормальну діяльність печінки (багата на жир їжа, алкоголь, інші гепатотоксичні речовини) з часом можуть впливати на кліренс естрогенів в організмі.

Комплекс негормональних препаратів, які застосовуються для лікування хворих на фіброзно-кістозну мастопатію, представляє велику групу і включає різноманітні засоби [9, 10]:

- ✦ вітаміни (авевіт, декамевіт, вітамін Е та ін.);
- ✦ адаптогени (елеутерокок, пантокрин, жень-шень та ін.);
- ✦ заспокійливі засоби (спочатку віддають перевагу легким препаратам рослинного походження, а за необхідності – сильнішим за дією седативним засобам);
- ✦ гепатопротектори (легалон, ессенціале, хофітол і ін.);
- ✦ сечогінні (лазикс, триампур, верошпірон і ін.);
- ✦ препарати калію (аспаркам, панангін і ін.);
- ✦ біогенні стимулятори (алоє, ФІБС, гумізол);
- ✦ ензимні препарати (вобензим, флогензим);
- ✦ йодвмісні препарати (кламін і ін.);
- ✦ спазмолітики (но-шпа, папаверин і ін.);
- ✦ антигістамінні (тавегіл, димедрол).

Сьогодні для лікування мастопатії застосовують препарати із рослинних компонентів. Мастодинон (Біонорика СЕ, Німеччина) – комбінований препарат, з екстрактів лікарських трав: прутняк, цикламен, чілібуха, ірис, тигрова лілія. Дія препарату полягає у зниженні підвищеного рівня пролактину за рахунок допамінергічного ефекту, що сприяє звуженню протоків, зниженню активності проліферативних процесів, зменшенню утворення сполучнотканинного компоненту. Мастодинон у значній мірі зменшує кровонаповнення, а отже набряк МЗ, сприяє зменшенню больового синдрому (мастодинії), зворотному розвитку дегенеративних змін тканин МЗ. Мастодинон діє значно м'якше, ніж хімічно синтезовані сполуки, і майже не має побічних ефектів. Його призначають по 30 крапель або 1 таблетці вранці та ввечері протягом трьох місяців без перерви [18]. **Препарат Мастодинон входить до стандарту лікування дисгормональних захворювань МЗ, згідно наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».**

Найбільш патогенетичним методом терапії, враховуючи гормональну регуляцію МЗ, треба вважати застосування гормональних препаратів. Однак системна гормонотерапія вимагає обережного підходу, ретельного попереднього обстеження і правильного підбору препаратів, оскільки при невдалому виборі



## ОПУХОЛИ И ПРЕДОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ

терапії може спостерігатися загострення больового синдрому, проліферація тканин МЗ. Гормональну терапію повинен проводити висококваліфікований спеціаліст, який має можливість здійснювати контроль за гормональним фоном пацієнтки.

Не дивлячись на значну кількість досліджень, присвячених вивченню впливу екзогенних гормонів на ризик розвитку карциноми МЗ, досі питання гормональної терапії є предметом дискусії гінекологів, онкологів, ендокринологів [22].

З метою лікування мастопатії використовують синтетичні антиестрогени. Механізм дії полягає в конкурентному зв'язуванні з рецепторами естрадіолу в клітинах тканин МЗ. Протипоказання до застосування цих препаратів: тромбоемболія, вагітність, порушення в системі згортання крові.

Інгібітори секреції пролактину виправдано призначати тільки хворим, у яких лабораторно доведена гіперпролактинемія [4]. Протипоказаннями до застосування препарату є: серцево-судинна патологія, захворювання шлунково-кишкового тракту, психічні захворювання.

Є докази позитивного впливу агоністів гонадотропних релізінг-гормонів на всі форми гіперпластичних процесів у МЗ [16]. Дані препарати блокують гонадотропну функцію гіпофізу і пригнічують секрецію лютеїнізуючого та фолікулостимулюючого гормонів. Внаслідок цього зменшується вміст в крові статевих гормонів. Їх призначення особливо показане при поєднанні фіброзно-кістозної мастопатії з момою матки і/або ендометріозом.

Призначаються також і препарати місцевого застосування, які не мають системних побічних ефектів. Це препарати місцевої дії для перкутанного застосування на ділянку МЗ. Аплікації на шкіру використовують з метою підвищення концентрації натурального прогестерону в тканинах МЗ.

У веденні хворих на мастопатію важлива роль належить комбінованим гормональним контрацептивам. Необхідно пам'ятати, що при виборі гормонального контрацептивного засобу важливе значення мають властивості та дози його складових компонентів. Враховуючи потенційну роль естрогенів у розвитку мастопатії, перевагу варто віддавати низькодозованим комбінованим оральним контрацептивам.

Необхідно пам'ятати, що успіх лікування залежить, перш за все, від ретельного обстеження жінки, включаючи клінічний, ультразвуковий, рентгенологічний методи дослідження, а також індивідуального підбору методу терапії.

### ПРОФІЛАКТИКА

Надзвичайно важлива профілактика захворювань МЗ. Основними задачами гінекологів у профілактиці захворювань МЗ є:

- профілактика абортів;
- своєчасне лікування гінекологічних захворювань;
- раціональна контрацепція;
- раннє виявлення патології МЗ;
- правильне ведення вагітності, пологів і післяпологового періоду.

М.І. Піддубний та співавт. [11] розробили і запропонували для практичної роботи жіночих консультацій план заходів щодо раннього виявлення захворювань МЗ. Кожній жінці (незалежно від віку), яка вперше звернулася до гінеколога, необхідно провести огляд та пальпацію МЗ:

➤ у випадку відсутності патологічних змін повторний контрольний огляд необхідно повторити через рік;

➤ УЗД МЗ жінкам, молодшим за 30 років (як скринінг) необхідно проводити один раз на 2 роки, старшим за 30 років – 1 раз на рік.

При виявленні патологічних змін необхідно направити жінку на УЗД або мамографію:

➤ при підтвердженні патологічних змін пацієнтку необхідно направити до мамолога або онколога для виключення можливої онкопатології;

➤ після виключення онкопатології проводять консервативне лікування.

Жінкам, які страждають на різні гінекологічні захворювання, дослідження МЗ (включаючи ультразвукове сканування) необхідно проводити 2 рази на рік.

Лікування гінекологічних захворювань, особливо дисгормональної природи, необхідно проводити з урахуванням стану МЗ.

Жінкам у постменопаузі, крім УЗД МЗ (1 раз на рік), необхідно проводити мамографію 1 раз на 2 роки.

### ВИСНОВОК

На закінчення необхідно підкреслити, що консервативному лікуванню підлягають тільки дифузні форми фіброзно-кістозної мастопатії. Всі вузлові форми підлягають лікуванню у онкологів, адже за доброякісними новоутвореннями може бути прихований рак. Адекватне лікування раку МЗ є досить складною проблемою, вирішення якої доступне тільки спеціалістам.





## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

### 1. Апанасевич В.И.

Очерки клинической онкологии. Фиброаденоматоз молочной железы // Современная онкология. – 2001. – С. 45–51.

### Apanasevich V.I.

«Sketches about Clinical Oncology. Breast Fibroadenomatosis.» Modern Oncology (2001):45-51.

### 2. Андреева Е.Н., Леднева Е.В.

Основные аспекты этиологии и патогенеза фиброзно-кистозной болезни молочной железы // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 6. – С. 7–9.

### Andreeva E.N., Ledneva E.V.

«Key aspects of the etiology and pathogenesis of fibrocystic disease of the breast.» Obstetrics and Gynecology, 6(2002):7-9.

### 3. Баграмян Э.Р., Бурдина Л.М., Волобуев А.И.

// Акушерство и гинекология. – 1990. – № 12. – С. 3–6.

### Akhurian E.R., Burdina L.M., Volobuev A.I.

«Obstetrics and Gynecology.» 12(1990):3-6.

### 4. Балтиня Д., Сребный А.

Консервативное лечение фибронокистозной болезни (мастопатии) // www.mastopatia.ru/artc2.html.

### Baltinja D., Srebnij A.

«Conservative treatment of fibrocystic disease (masthopatia).» www.mastopatia.ru/artc2.html.

### 5. Бохман Я.В., Ткешелашвили В.Т., Вишневский А.С., Волкова А.Т.

// Акушерство и гинекология. – 1987. – № 7. – С. 12–13.

### Bohman Y.V., Tkeshelashvili V.T., Vishnevsky A.S., Volkova A.T.

«Obstetrics and Gynecology.» 7(1987):12-13.

### 6. Бурдина Л.М.

Клинико-рентгенологические особенности заболеваний молочных желез у гинекологических больных репродуктивного возраста с нейроэндокринной патологией // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М. – 1993. – 54 с.

### Burdina L.M.

«Clinical and radiological features of breast disease in gynecological patients of reproductive age with neuroendocrine pathology.» Author. thesis for PhD, M. (1993):54 p.

### 7. Дедов И.И., Дедов В.И.

Биоритмы гормонов. – М. – 1992. – 126 с.

### Dedov I.I. Dedov V.I.

«Biorhythms of hormones.» М. (1992):126 p.

### 8. Кириллов В.С.

Патогенетический подход к лечению различных вариантов мастопатии // Лечащий врач. – 2005. – № 1.

### Kirillov V.S.

«Pathogenetic approach to the treatment of the various forms of mastitis.» Attending Physician, 1(2005).

### 9. Кулаков В.И.

Гинекологическая эндокринология: новые аспекты старых проблем // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 2. – С. 6–9.

### Kulakov V.I.

«Gynecological endocrinology: new aspects of the old problems.» Obstetrics and Gynecology, 2(2003):6-9.

### 10. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И.

Фиброзно-кистозная мастопатия: клиника, диагностика и лечение // Лечащий врач. – 2004. – № 10.

### Manusharova R.A., Cherkezova E.I.

«Fibrocystic breast disease: clinical features, diagnosis and treatment.» Attending Physician, 10(2004).

### 11. Пиддубный М.И.

Сочетание миомы матки с дисгормональной патологией молочных желез // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1994. – 23 с.

### Piddubny M.I.

«The combination of uterine fibroids with dys hormonal breast pathology.» Author. thesis for PhD. M. (1994):23 p.

### 12. Пиддубный М.И., Жученко О.Г., Багаева Т.В., Хасханова Л.Х.

Сочетание гинекологических заболеваний с патологическими изменениями молочных желез // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2002. – № 2. – С. 47–49.

### Piddubny M.I., Zhuchenko O.G., Bagaeva T.V., Khaskhanova L.H.

«The combination of gynecological diseases with pathological changes in the breasts.» Russian Gazette of Obstetrician and Gynecologist, 2(2002):47-49.

### 13. Прилепская В.Н., Швецова О.Б.

Доброкачественные заболевания молочных желез: принципы терапии // Гинекология. – 2002. – Т. 2. – № 6.

### Prilepskaya V.N., Shvetsova O.B.

«Benign breast diseases: principles of therapy.» Gynecology, 2(6) (2002).

### 14. Рожкова Н.И.

Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы // Под ред. А.С. Павлова. – М. – 1993.

### Rozhkova N.I.

«X-ray diagnosis of breast diseases.» М. (1993).

### 15. Сидорова И.С., Пиддубный М.И., Леваков С.А. и др.

// Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. – № 1. С. 92–95.

### Sidorova I.S., Piddubny M.I., Levakov S.A. et al.

«Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists.» 1(1999):92-95.

### 16. Сметник В.П., Тумилович Л.Г.

Неоперативная гинекология. – М. – 1997. – 543 с.

### Smetnik V.P., Tumilovich L.G.

«Non-operative gynecology.» М. (1997):543 p.

### 17. Тагиева Т.Т.

Фиброзно-кистозная мастопатия // Гинекология. – 2005. – Т. 7. – № 3.

### Tagiyeva T.T.

«Fibrocystic breast disease.» Gynecology, 7(3) (2005).

### 18. Тагиева Т.Т., Волобуев А.И.

Применение Мастодинона у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией // Здоров'я України. – 2002. – № 5.

### Tagiyeva T.T., Volobuev A.I.

«Mastodynon use in women with fibrocystic breast disease.» Health Protection of Ukraine, 5(2002).

### 19. Хасханова Л.Х., Пиддубный М.И., Гурьев Т.Д.

// Акушерство и гинекология. – 1998. – № 1. С. 57–61.

### Khaskhanova L.H., Piddubny M.I., Guriev T.D.

«Obstetrics and Gynecology.» 1(1998):57-61.

### 20. Цвелев Ю.В., Ильин А.Б.

// Журнал акушерства и женских болезней. 1999. № 1. С. 63–71.

### Tsvelev Y.V., Ilyin A.B.

«Journal of Obstetrics and Women's Diseases.» 1(1999):63-71.

### 21. Чистяков С.С., Гребенникова О.П., Шикина В.Е.

Комплексное лечение фиброзно-кистозной болезни // http://www.mastopatia.ru/pronk.html. 2003.

### Chistyakov S.S., Grebennikova O.P., Shikina V.E.

«Comprehensive treatment of fibrocystic disease.»// http://www.mastopatia.ru/pronk.html. 2003.

### 22. Чистяков С.С., Габуния З.Р., Гребенникова О.П.

Онкологические аспекты заболеваний молочных желез // Гинекология. – 2001. – Т. 3. – № 5. – С. 102–104.

### Chistyakov S.S., Gabunia Z.R., Grebennikova O.P.

«Oncological aspects of breast diseases.» Gynecology, 3(5) (2001):102-104.

### 23. Marchbanks P.A., McDonald J.A. et al.

New Engl. J Med, 346(2002):2025-2032.

### ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ

**И.И. Смоланка**, д. мед. н., профессор, руководитель отдела патологии молочной железы Института онкологии НАМН Украины

**А.А. Ляшенко**, к. мед. н., отдел патологии молочной железы Института онкологии НАМН Украины

Чаще всего в практике акушера-гинеколога среди заболеваний молочных желез встречается фиброзно-кистозная мастопатия, которая характеризуется нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

Важная роль в этиологии и патогенезе фиброзно-кистозной мастопатии принадлежит относительной или абсолютной гиперэстрогемии и прогестерон-дефицитного состояния, то есть нарушению соотношения между эстрогенами и прогестероном.

Различают диффузную и узловую формы фиброзно-кистозной мастопатии. Диагностика мастопатии основывается на осмотре, пальпации, маммографии, УЗИ, пункции узловых образований, подозрительных участков и цитологическом исследовании пунктата. Лечение заключается в применении негормональных препаратов (в т. ч. фитопрепарата Мастодинон) и гормональных лекарственных средств (антиэстрогены, ингибиторы секреции пролактина, агонисты гонадотропных релизинг-гормонов, гестагены, комбинированные гормональные контрацептивы).

**Ключевые слова:** молочные железы, мастопатия, фиброзно-кистозная мастопатия, Мастодинон.

### FIBROCYSTIC MASTOPATHY

**I.I. Smolanka**, MD, Professor, Head of the Breast Pathology Department, Oncology Institute of the NAMS of Ukraine

**A.A. Ljashenko**, PhD, Breast Pathology Department, Oncology Institute of the NAMS of Ukraine

Fibrocystic breast disease is the most common of breast diseases in the obstetrician-gynecologist practice, which is characterized by impaired epithelial and connective relations components, a wide range of proliferative and regressive changes in breast tissue.

Important role in the etiology and pathogenesis of fibrocystic breast disease belong to relative or absolute hyperestrogenemia and progesterone deficiency condition, i.e., a violation of the relation between estrogen and progesterone.

There is diffuse and nodular form of the fibrocystic breast disease. Diagnosis of mastitis is based on inspection, palpation, mammography, ultrasound, nodules puncture, suspicious areas and cytological examination of punctate. Non-hormonal drugs (including phyto-drug Mastodynon) and hormonal medications (anti-estrogens, prolactin secretion inhibitors, gonadotropin-releasing hormone agonists, progestin, and combined hormonal contraceptives) are used for treatment.

**Key words:** breasts, breast, fibrocystic breast disease, Mastodynon.

[www.reproduct-endo.com](http://www.reproduct-endo.com)

На сайте вы найдете все, что публикуется на страницах нашего журнала.

Материалы подаются на украинском, русском и английском языках.

Заполнив удобную форму, можно оформить подписку на текущий год!

