



МАСТОДИНИИ В ПРАКТИКЕ ОНКОМАММОЛОГА



Т.С. ГОЛОВКО

д. мед. н., профессор, заведующая отделением лучевой диагностики, Национальный институт рака

ЭТИОЛОГИЯ

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост как злокачественных, так и доброкачественных заболеваний молочных желез (МЖ), в частности фиброзно-кистозной мастопатии, заболеваемость которой составляет 60–85%, а в группе женщин, страдающих гинекологической патологией, достигает 95%.

Более чем вековая история изучения причинно-следственной связи развития дисгормональной дисплазии позволила выделить ряд причин, провоцирующих ее возникновение. Сюда относят состояния длительного психологического стресса, изменения женской репродуктивной сферы, а также гормональный дисбаланс. Последняя причина признается большинством исследователей.

К наиболее часто регистрируемым гормональным нарушениям относятся:

- особенности лютеиновой фазы (избыток эстрогена, дефицит прогестерона / снижение уровня эстрогена, избыток пролактина);
- увеличившаяся динамика выброса пролактина, пролана А и пролана В (хорионического гонадотропина человека);
- дисбаланс гормонов щитовидной железы;
- нарушенный жировой обмен веществ.

Таким образом актуальность неоднозначных и далеко не бесспорных вопросов патогенеза, диагностики и лечения мастопатии не вызывает сомнения. Особую важность приобретает тот факт, что доброкачественные заболевания и рак молочной железы (РМЖ) имеют много общего в этиологических факторах и патогенетических механизмах, факторы

риска их развития во многом идентичны. При этом некоторые пролиферативные формы мастопатии, сопровождающиеся гиперплазией эпителия, рассматриваются как маркеры повышенного риска возникновения РМЖ.

И здесь следует отметить, что боль в МЖ, возникающая при мастопатиях, – это не только весомый симптом, но и наиболее частая причина обращения за консультацией к специалистам: гинекологам, онкологам, маммологам. Боль в МЖ, согласно мнению ведущих специалистов, хотя бы раз в жизни отмечали почти 70% женщин, а около 11% испытывают умеренную или сильно выраженную масталгию не менее 5 дней ежемесячно. Необходимо помнить, что в редких случаях боль в молочной железе может служить начальным симптомом развития РМЖ.

КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Согласно современной классификации, различают циклическую боль в МЖ (2/3 случаев) и нециклическую (1/3 случаев), которая бывает и есть истинно грудной болью, не связанная непосредственно с МЖ.

Циклическая боль в МЖ (масталгия) возникает до менопаузы; средний возраст ее появления – 34 года. Это наиболее распространенный тип боли, который связан с менструальным циклом, особенно с периодом овуляции. Продолжительность – не менее недели для каждого цикла. Интенсивность боли – > 4 баллов, согласно результатам визуальной аналоговой шкалы. Такая боль стихает после менструации (или менопаузы).

Циклическую боль в МЖ связывают с более острыми проявлениями предменструального синдрома и повышенной уязвимостью МЖ. Доказательств того, что циклическая масталгия может означать повышенную предрасположенность к возникновению РМЖ, мало. Однако данный риск повышается с увеличением продолжительности циклической масталгии. Кроме того, у женщин, страдающих болями в МЖ, отмечается повышенная тревожность, склонность к депрессии.

Состояние МЖ оценивается, прежде всего, с помощью рентгеновской и ультразвуковой маммографии (рис. 1, 2). В случае отклонений, найденных при физическом осмотре, диагностика может также включать пункцию (при наличии опухолевого образования) и исследование уровня гормонов (эстрогенов, прогестерона, гормонов щитовидной железы).

Необходимо помнить, что при циклической боли масталгия не всегда помогает при постановке диагноза. Мы можем наблюдать неспецифические изменения (фиброаденоз), может отсутствовать связь между специфическим видом при радиологическом обследовании и местом локализации боли.

Нециклическая боль в МЖ не совпадает с обычным менструальным циклом, появляется как на пред- так и в постклимактерическом периоде, зачастую является односторонней. Для этого вида боли характерно то, что она локализуется преимущественно в субареолярном или верхнем наружном квадранте, узелковые уплотнения при этом менее заметны. Нециклическая боль в МЖ делится на две основные группы – истинно грудная боль и боль, не связанная непосредственно с МЖ.

Истинно грудная боль появляется при беременности, маститах, тромбозе поверхностных вен области МЖ – болезни Мондора (обычно вследствие травмы). Истинно грудную боль могут вызвать макрокиста или скопление небольших болезненных кист, большая обвисшая грудь и растяжение связок Купера, эктазия млечных протоков, жировой некроз вследствие травмы, воспалительный РМЖ (рис. 3–6).



РИСУНОК 1. АЛГОРИТМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛИ В МЖ

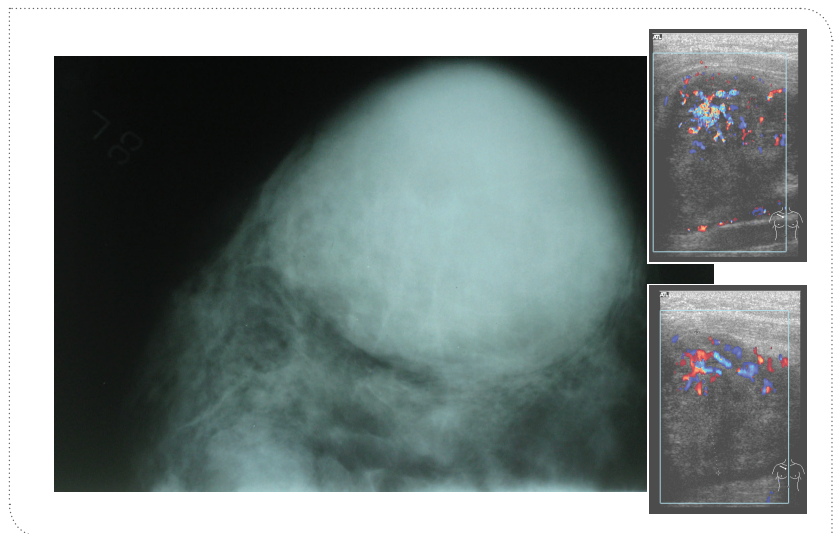


РИСУНОК 2. МАММОГРАММА И СОНОГРАММЫ ПРИ БОЛИ В МЖ (ВЫЯВЛЕНА САРКОМА МЖ)

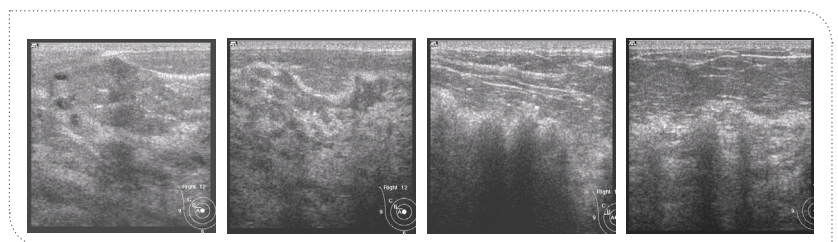


РИСУНОК 3. ЭХОГРАММЫ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ ПРИ ИСТИННОЙ БОЛИ В МЖ

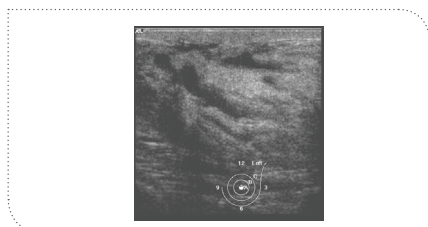


РИСУНОК 4. ЭХОГРАММА РАСШИРЕННЫХ МЛЕЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ИСТИННОЙ БОЛИ В МЖ

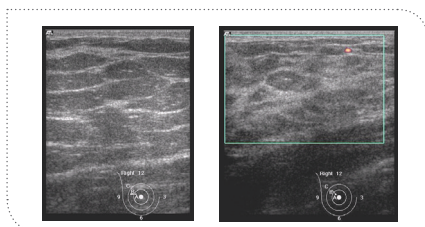


РИСУНОК 5. ЭХОГРАММЫ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИ ИСТИННОЙ БОЛИ В МЖ

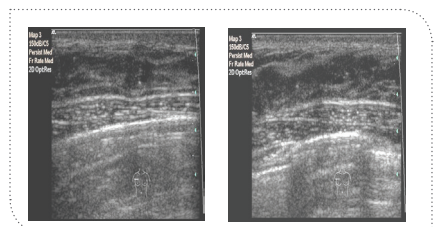


РИСУНОК 6. ЭХОГРАММЫ ОТЛОЖЕНИЙ КАЛЬЦИНАТОВ В ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ ПРИ ИСТИННОЙ БОЛИ В МЖ

ОПУХОЛИ И ПРЕДОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ

Истинно грудная боль может появляться после хирургического вмешательства по поводу мастэктомии, реконструкция с помощью имплантов, косметической операции по поводу увеличения груди и при травме МЖ (8–10%) (рис. 7–8). На рис. 9–10 представлены эхограммы, изображения при МРТ и маммографии ситуации повреждения имплантов, для которой также характерна истинно грудная боль.

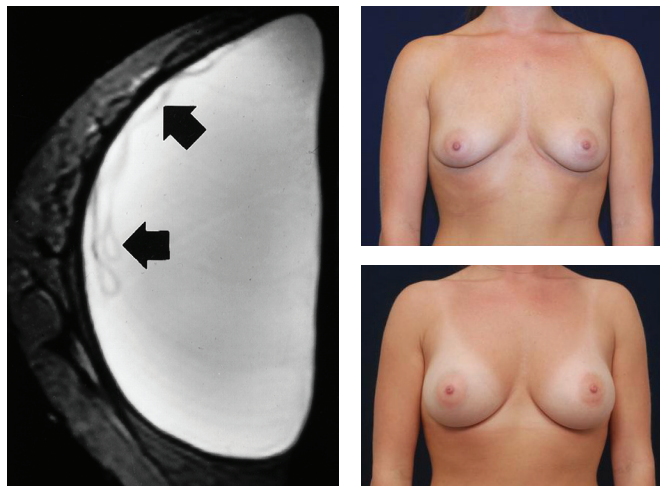


РИСУНОК 7.
ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЖ С ПОМОЩЬЮ СИЛИКОНОВЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ



РИСУНОК 8.
ОПЕРАЦИЯ ПО ИЗВЛЕЧЕНИЮ ИМПЛАНТА У БОЛЬНОЙ С РМЖ

Здесь следует подчеркнуть необходимость тщательного комплексного исследования, в т. ч. лучевого, перед всеми видами хирургического вмешательства. Халатность в этом вопросе недопустима и приводит к необратимым последствиям.

При истинно грудной боли возможно также выявление кальцификации, расширения протоков и перидуктальный фиброз, сопутствующий эктазии млечных протоков или перидуктальным маститам, кист, доброкачественных опухолей, жирового некроза, абсцессов или локализованные формы мастита, склерозирующего аденоза, и в редких случаях рака (рис. 11, 12).

Боль, не связанная с грудной железой, может быть по-

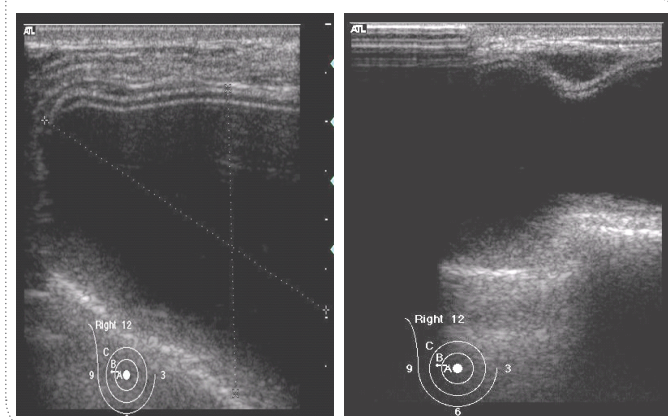
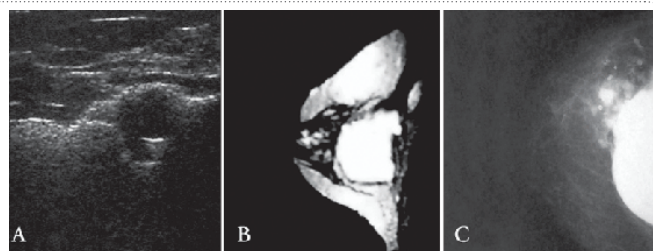


РИСУНОК 9.
ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОСТРУКТУРЫ МЖ НА ФОНЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕЛЯ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ)



Продольная сонограмма верхне-наружного квадранта правой МЖ с поврежденным эндопротезом: эхонегативная полость с эффектом «снежной бури»
Сагитальный срез при МРТ-исследовании, демонстрирующий локальный разрыв импланта в правой МЖ
Краниокаудальная маммограмма, демонстрирующая разрыв импланта и миграцию силикона в ткань МЖ

РИСУНОК 10.
ЭХОГРАММА (А), МРТ (В), МАММОГРАММА (С) ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ИМПЛАНТОВ

следствием скелетно-мышечной боли, коксохондрита (синдрома Титце), боли в боковой грудной стенке, радикулярной боли от шейного артрита. Эта боль может также возникать при переломах ребер, фибромиалгии, травмах грудной стенки. Иногда этот вид боли носит и казуистический характер (рис. 13).

Боль, не связанная с МЖ, может выявлять заболевания желчного пузыря, ишемическую болезнь сердца, желудочно-пищеводный рефлюкс, язву желудка и двенадцатиперстной кишки, перикардиты, легочную эмболию, а также опоясывающий лишай и серповидно-клеточную анемию. Здесь также следует помнить о болевых синдромах, вызванных употреблением медикаментов: гормонов (эстрогены, диэтилstilбестрол, кломифен, гормонозаместительная терапия и т. п.), антидепрессантов, антипсихотиков и анксиолитиков (сертралин, венлафаксин, мirtазапин, amitриптилин, доксерпин, галоперидол), противогипертензивных и сердечных препаратов (спиронолактон, дигоксин, резерпин), медикаментов антимикробного действия (кетоназол, метронидазол).

Во всех случаях масталгия может вызвать нарушение нормальной активности как сексуальной (48% случаев), так и физической (37%), и социальной (12%).

ДИАГНОСТИКА

Врач должен провести тщательный анамнез пациентки с масталгией: выяснить взаимосвязь с менструальным циклом, характер боли (локализованная или распространенная, односторонняя или двусторонняя). Необходимо определить связанные с ней образования, исследовать выделения из сосков или втянутые соски, выяснить на-

стянутость кожи, образование углублений, отек или эритема, изменения цвета кожи), состояния подмышечных, надключичных и подключичных лимфатических узлов. Необходимо также обозначить и описать форму и размер груди, проверить выделения из сосков, определить локализованные очаги чувствительности и связать их с областями боли, на которую жалуется женщина, и иными полученными данными.

Маммографию мы рекомендуем проводить в случае отклонений, найденных при физическом осмотре, женщинам старше 35 лет, которым ранее не делали маммографию и при очаговой боли. В других случаях мы рекомендуем исследование с помощью ультразвуковой эхографии. Здесь следует помнить, что риск РМЖ после негативных данных клинических и лучевых исследований МЖ очень низкий – менее 1%.

С болью в МЖ могут быть связаны и такие заболевания, как ареолярный абсцесс (пальпаторно – это болезненное образование на периферии ареолы), воспаление сальных желез Монтгомери, острый абсцесс МЖ (характерны локальная боль, чувствительность, эритема, «лимонная корка» и местное повышение температуры, связанные с узлом, возможны недомогание, лихорадка, озноб).

Боль в МЖ вызывают и такие достаточно редкие заболевания, как плазмоцитарный мастит, сифилис, туберкулез, рак соска (болезнь Педжета), различные формы грибковых заболеваний.

Связанной с болью в МЖ проблемой может быть жировой некроз – плотное образование неправильной формы, часто спаянное с окружающими тканями (характерны локальная боль, чувствительность, симптомы стянутости кожи, втянутость сосков), который чаще всего возникает вследствие травмы. Необходимо помнить, что жировой некроз часто тяжело отличить от рака.

При боли в МЖ, вызванной эктазией млечных протоков, пациентки жалуются на ее жгучий характер, иногда зуд. Предыстория этой боли может включать один и более случаев воспаления, сопровождающегося повышенной чувствительностью, эритемой, лихорадкой, которые развивались и внезапно стихали в период от 7 до 10 дней. Характерны расширение субареолярных протоков, зуд и эритема вокруг соска, густые, клейкие выделения из соска – черноватого или зеленого цвета, подмышечная лимфаденопатия (рис. 14, 15).

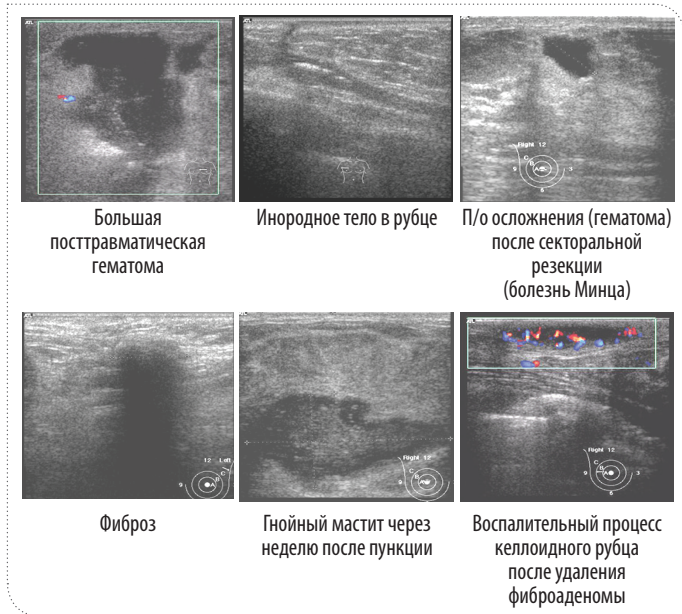


РИСУНОК 11. ЭХОГРАММЫ ПРИ ИСТИННОЙ ГРУДНОЙ БОЛИ

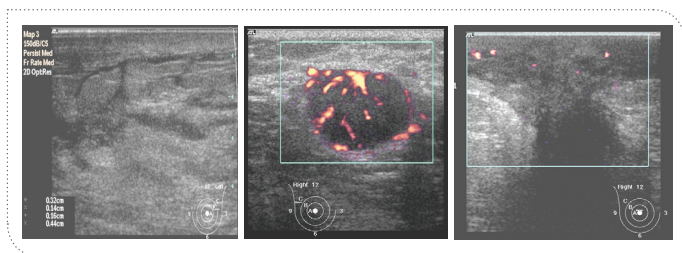


РИСУНОК 12. ЭХОГРАММЫ ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ РМЖ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА

личие беременности, ситуацию кормления грудью, наличие предшествующих травм, оценить взаимосвязь с деятельностью или питанием, а также влияние наследственности.

При физическом осмотре необходимо проверить изменения кожи (симметричность и контур груди, расположение сосков, корочки или язвы на сосках, шрамы,

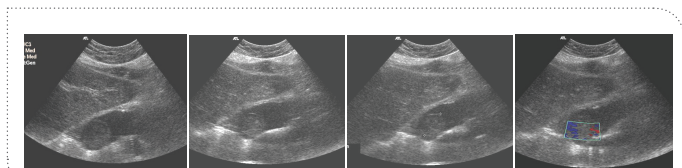


РИСУНОК 13. БОЛЬ, НЕ СВЯЗАННАЯ С МЖ. ЭХОГРАММЫ ШАРОВИДНОГО ТРОМБА В ПРАВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ СЕРДЦА. НАХОДКА ПРИ КОНТРОЛЬНОМ ОСМОТРЕ ПЕЧЕНИ ЧЕРЕЗ 2 ГОДА ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ, А ЗАТЕМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОСТАЗА ЛЕВОЙ РУКИ

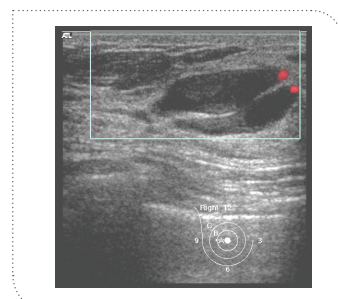


РИСУНОК 14. ЭХОГРАММА РАСШИРЕННЫХ МЛЕЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ БОЛИ В МЖ

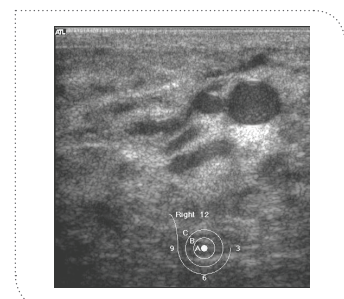


РИСУНОК 15. ЭХОГРАММА МЛЕЧНЫХ ПРОТОКОВ С КИСТОПОДОБНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ПО ИХ ХОДУ ПРИ БОЛИ В МЖ

НАЗНАЧЕНИЕ ПРОЖЕСТОЖЕЛЯ ПОЗВОЛЯЕТ :

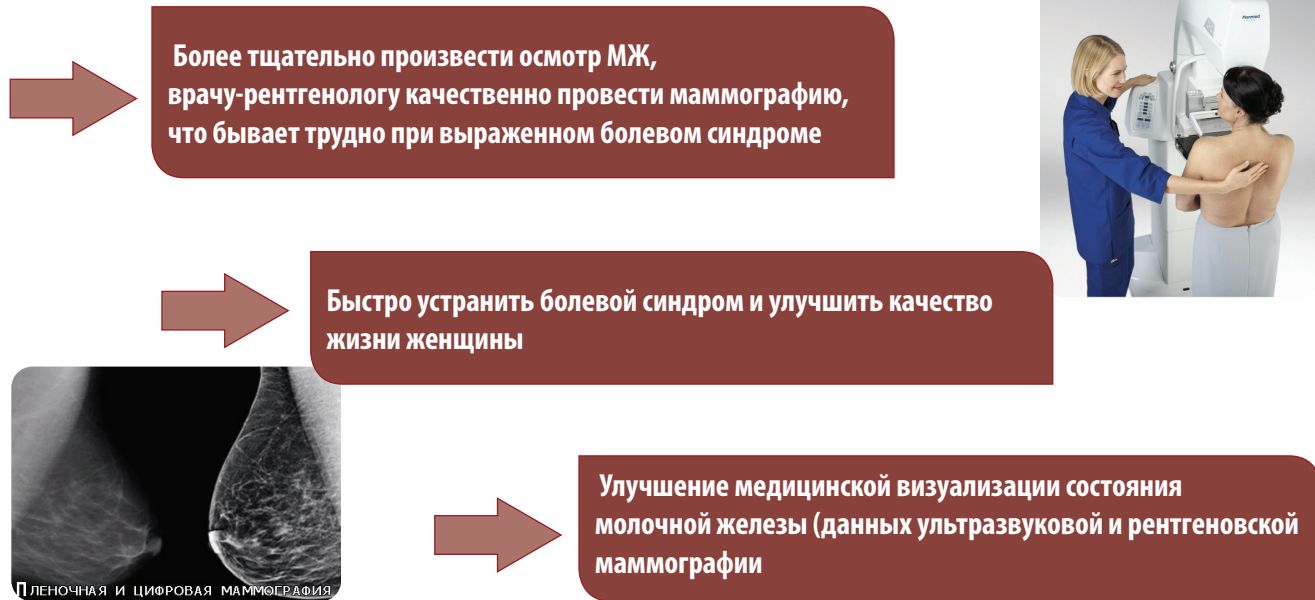


РИСУНОК 16. ПРЕИМУЩЕСТВА НАЗНАЧЕНИЯ ПРОЖЕСТОЖЕЛЯ ПРИ ОСМОТРЕ И ДИАГНОСТИКЕ МЖ

При связанных с болью в МЖ маститах возможна сильная односторонняя боль, в особенности, если воспаление возникает близко к поверхности кожи; обычно отмечается покраснение и повышение температуры кожи груди в районе воспаления, может присутствовать «лимонная корка», появляться уплотнения, симптомы стянутости кожи и общие симптомы (лихорадка, недомогание, озноб, слабость).

Боли в МЖ могут быть вызваны атеромами (в т. ч. инфицированными), воспалением сальных желез Монгомери (характерны маленький, хорошо очерченный узел, локализованная эритема, уплотнение), быстрорастущими кистами (характерны локализованная боль, хорошо пальпируемый узел) и внутрипротоковыми папилломами (характерны серозные или кровяные выделения из соска).

Необходимо подчеркнуть, что у женщин в постклимактерической стадии боль в МЖ в следствии доброкачественной опухоли встречается редко.

При дифференциальной диагностике боли в МЖ особое внимание необходимо уделять возрастному аспекту.

Так, у **пациенток до 12 лет** боль может быть вызвана коксохондритом – синдромом Титце (характерна острая боль в грудной клетке, обостряющаяся при глубоком дыхании и давлении), употреблением нестероидных противовоспалительных препаратов, связанных с патологиями – ревматоидным артритом, псориазом, спондилитом. У этой же категории пациентов боль в МЖ может быть вызвана началом полового развития (телархе).

У **пациенток в возрастном диапазоне от 12 до 18 лет** боль в МЖ также может быть вызвана коксохондритом, началом полового созревания (характерны ассиметричные

МЖ, подростковая гипертрофия желез), гинекомастией, фиброаденомами, кистозно-фиброзной мастопатией.

Между 18 и 45 годами боль в МЖ может быть вызвана физиологическими отклонениями от нормального состояния, может быть не связана с МЖ, может возникать при остром предменструальном синдроме, кистозно-фиброзной мастопатии, воспалениях, маститах, абсцессах, после травмы, при фиброаденомах и, наконец, при раке.

В возрасте 45–65 лет боль в МЖ чаще вызывается кистозно-фиброзной мастопатией, РМЖ, предменструальным синдромом, синдромом предменопаузы, расстройствами менструального цикла, ановуляторными циклами, гормонозаместительной терапией. Может также наблюдаться боль, не связанная с МЖ.

После 65 лет боль могут вызывать прежде всего РМЖ, инволютивные изменения основных (магистральных) млечных протоков, ишемические изменения, гормонозаместительная терапия, травмы и боль, не связанная с грудными железами.

Врач, к которому обратилась страдающая масталгией пациентка, должен первым делом исключить рак, затем исключить инфекцию и убедить в своей правоте пациентку. Следует быть настойчивым в общении с пациенткой и постараться избежать частых и ненужных исследований, если РМЖ не обнаружен.

Таким образом, боль в МЖ не должна становиться удобным диагнозом для проведения частых рентгенографий, томографий и иных исследований подобного рода. Необходимо терпеливо объяснять результаты своих исследований, не запугивая пациентов. При сомнениях пациентов нужно направить на дальнейшие исследования к специалистам по МЖ.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ

Рассмотрим наиболее часто встречающуюся проблему – фиброзно-кистозную мастопатию и связанную с ней масталгию. Для боли этого вида характерны плотные, подвижные узлы (кисты), которые хорошо прощупываются, а также признаки и симптомы предменструального синдрома (набухание, головная боль, тошнота, спазматические боли в животе).

Одним из механизмов кистозной мастопатии является дисбаланс соотношения гормонов в сторону уменьшения прогестерона и относительного или абсолютного увеличения эстрогенов в тканях МЖ. Это приводит к пролиферации соединительнотканного и эпителиального компонента МЖ, что при наличии персистирующей секреции в альвеолах приводит к обструкции протоков, и с течением времени это приводит к формированию кистозных полостей, что часто коррелирует с возрастом пациентки (от 30 лет).

С первыми признаками мастопатии сталкивается почти каждая женщина – это напряжение и слегка болезненные ощущения в груди (масталгия) перед менструацией, что связано с задержкой жидкости, обусловленной гормоном прогестероном, количество которого возрастает именно в этот период. Если грудь периодически тянет и ноет, нужно проконсультироваться со специалистом. При дальнейшем развитии мастопатии боль становится более интенсивной, а мелкие уплотнения начинают увеличиваться в размерах. Эту форму мастопатии специалисты именуют диффузной. И если вовремя обратить вни-

мание на ноющую грудь и сопутствующие симптомы, то лечение не займет много времени и не потребует больших усилий.

ЛЕЧЕНИЕ

Поскольку лучевая диагностика предполагает компрессию исследуемой железы, мы считаем целесообразным применение преимуществ Прожестожеля (прогестерон натуральный микронизированный в форме геля для наружного применения) в качестве препарата, вызывающего уменьшение отека, напряжения и боли (рис. 16, 17). Пациентки при этом чувствуют себя более комфортно, исследование получается более качественным и информативным. Здесь следует подчеркнуть необходимость тщательного комплексного исследования, в т. ч. лучевого, перед всеми видами хирургического вмешательства.

Чтобы повысить качество проводимых диагностических исследований, мы рекомендуем назначать именно Прожестожель, так как накожные аппликации прогестерона ограничивают влияние эстрогенов на ткань МЖ, снижая проницаемость капилляров, и ограничивают тем самым отек МЖ. Эстрогены вызывают пролиферацию протоков альвеолярного эпителия, тогда как прогестерон противодействует этим процессам, обеспечивает дифференцировку эпителия и прекращение митотической активности. Кроме того, прогестерон стимулирует продукцию 17β-гидроксистероиддегидрогеназы и эстронсульфотрансферазы, которые окисляют эстради-

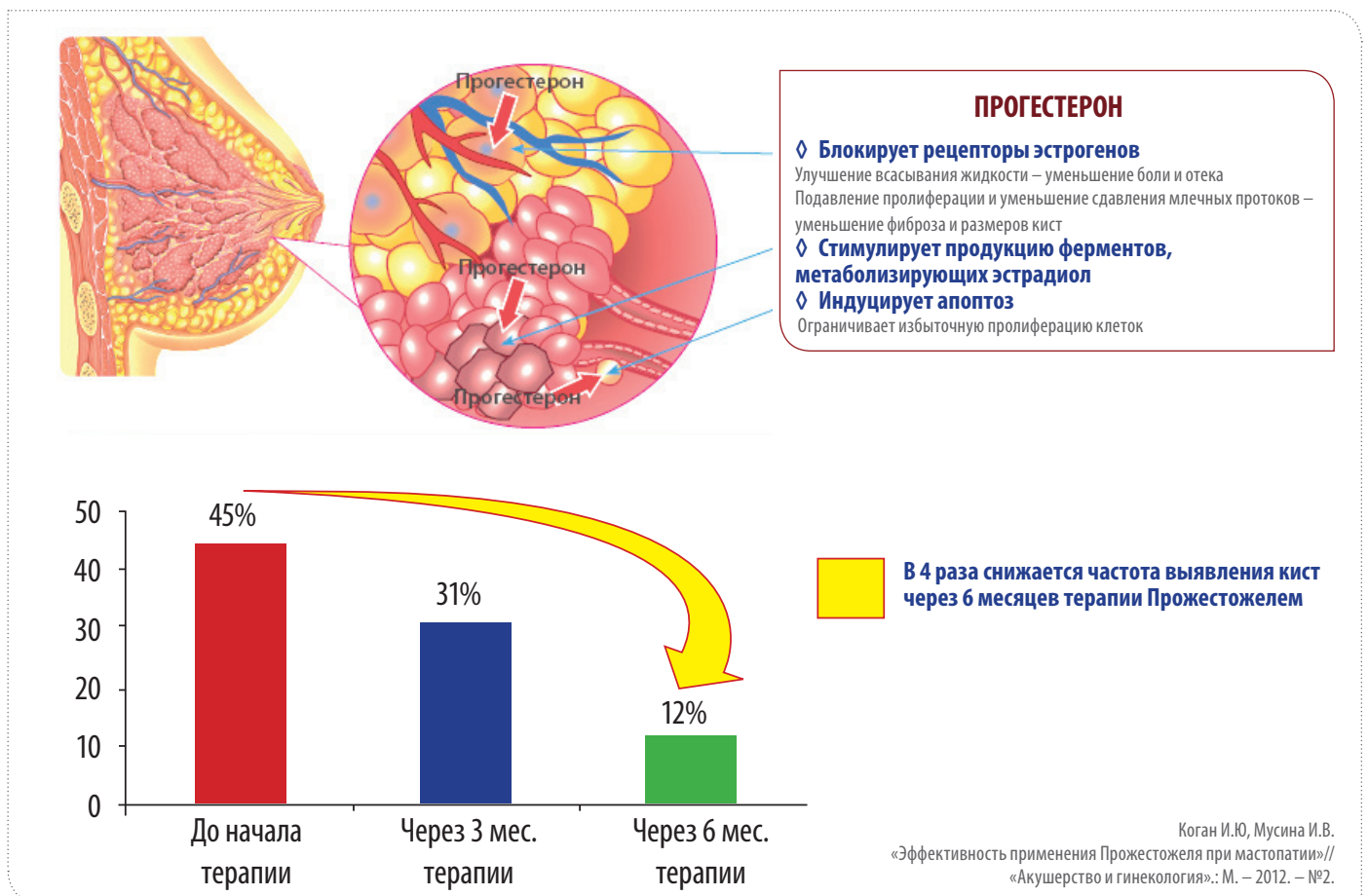


РИСУНОК 17.
ДЕЙСТВИЕ ПРОГЕСТЕРОНА НА ТКАНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

ОПУХОЛИ И ПРЕДОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ

ол в эстрон и эстрона сульфат – менее активные метаболиты эстрогенов. Назначение прогестерона местно в виде геля позволяет восполнить дефицит его непосредственно в тканях МЖ и приводит к деградации мелких кист за счет улучшения дренажной функции. Одним из основных преимуществ Прожестожеля является способность купировать масталгию за счет снижения отека тканей МЖ уже в первые сутки терапии.

С одной стороны, мы видим быстрый клинический эффект уже в течение первых дней терапии в виде субъективных ощущений женщины, которые значительно повышают качество жизни (уменьшение или полное исчезновение болезненности, чувства тяжести и дискомфорта в области МЖ). С другой стороны – снижение болевого синдрома позволяет маммологу более тщательно произвести осмотр МЖ, врачу-рентгенологу – качест-

венно провести маммографию, что бывает трудно при выраженном болевом синдроме.

Большое преимущество Прожестожеля в том, что он действует непосредственно в ткани МЖ и не оказывает системного влияния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

И последний момент, на котором нам бы хотелось сделать особый акцент, – это улучшение медицинской визуализации состояния МЖ (данных ультразвуковой и рентгеновской маммографии), что достигается уменьшением отечности ткани МЖ и, таким образом, повышается разрешающая способность лучевых методов и соответственно повышается их диагностическая эффективность: чувствительность, специфичность и точность.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Dace Baltija.

Pain in the breast.

2. Wewers, M. E. Lowe, N. K.

«Critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena.» Published online: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770130405/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+24+March+from+10-14+GMT+%2806-10+EDT%29+for+essential+maintenance>.

3. Gould, D. Kelly, D. Goldstone, L. Gammon, J.

«Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data INFORMATION POINT: Visual Analogue Scale.» Published online: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2001.00525.x/abstract>.

4. Grant, S. Aitchison, T. Henderson, E. Christie, J. Zare, S. McMurray, J. Dargie, H.

«A Comparison of the Reproducibility and the Sensitivity to Change of Visual Analogue Scales, Borg Scales, and Likert Scales in Normal Subjects During Submaximal Exercise.» Published online: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/116/5/1208.abstract>.

5. Липкевич О.

«Грудь – без проблем!» Доступ он-лайн: <http://www.likar.info/health/article-42641-grud-bez-problem>.

Lipkevich, O.

«Chest without problem!» Available online: <http://www.likar.info/health/article-42641-grud-bez-problem>.

6. Радзиховская А.А.

«Все о боли в молочной железе». Доступ он-лайн: <http://www.tiensmed.ru/news/o-boli-v-mol-jelez1.html>.

Radzykhovskaya, A.A.

«All of the pain in the breast.» Available online: <http://www.tiensmed.ru/news/o-boli-v-mol-jelez1.html>.

7. Красножон Д.А.

«Боли в молочных железах». Доступ он-лайн: http://www.lood.ru/print_mamma-diseases/breast-pain.html.

Krasnozhon, D.A.

«Pain in the breast». Available online: http://www.lood.ru/print_mamma-diseases/breast-pain.html.

8. Стручков В., Стручков Ю.

«Боль в молочной железе, повышение температуры – симптомы серозной фазы мастита». Доступ он-лайн: <http://www.rostmaster.ru/lib/surg/surg-0029.shtml>.

Struchkov, B. Struchkov, Yu.

«Pain in the breast, fever are the symptoms of mastitis serous phase». Available online: <http://www.rostmaster.ru/lib/surg/surg-0029.shtml>.

9. Абдуллаев Р.Я., Головки Т.С., Грабар В.В., Белевцов Ю.П., Лысенко Т.Л., Доленко О.В.

«Лучевая диагностика неопухолевых заболеваний грудной железы» // Учебное пособие // Харьков: Новое слово. – 2009. – 96 с.

Abdullaev, R.J. Golovko, T.S. Grabar, V.V. Belevtsov, Y.P.

Lysenko, T.L. Dolenko, O.V.

«Radiology diagnostics of benign diseases of the breast». Study guide. Kharkiv: New Word(2009):96 p.

10. Головки Т.С., Абдуллаев Р.Я., Скляр С.Ю., Крахмалева Л.П., Крахмалева А.С., Сорокин И.Н.

«Лучевая диагностика опухолевых заболеваний грудной железы» // Учебное пособие // Харьков: Новое слово. – 2009. – 112 с.

Golovko, T.S. Abdullaev, R.J. Sklar, S.Y. Krahmaleva, L.P.

Krahmaleva, A.S. Sorokin, I.N.

«Radiological diagnosis of neoplastic diseases of the breast». Study guide. Kharkiv: New Word(2009):112 p.

11. Манихас А.Г., Мартынюк В.В., Соболев А.А., Крючков С.Б., Фролова И.М.

«Семиотика и проблемы диагностики фиброаденоматоза молочных желез» // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – № 3(27). – 2007. – С. 39–41.

Manikhas, A.G. Martynuk, V.V. Sobolev, A.A. Kruchkov, S.B. Frolkova, I.M.

«Semiotics and problem diagnosis of breast fibroadenomatosis.» Outpatient Surgery. Hospital replacement technology,3(27)(2007):39-41.

12. Высоцкая И.В., Летыгин В.П., Ким Е.А.

«Дисгормональные дисплазии молочных желез» // Маммология. – № 2. – 2006. – С. 9–12.

Vysotskaya, I.V. Letyagin, V.P. Kim, E.A.

«Dishormonal mammary dysplasia.» Mammalogy,2(2006):9-12. □

МАСТОДИНІЇ В ПРАКТИЦІ ОНКОМАМОЛОГА

Т.С. Головко, д. мед. н., професор, завідувач відділенням променевої діагностики, Національний інститут раку, Київ

В останні десятиліття відзначається неухильне зростання доброякісних захворювань молочних залоз (МЗ), зокрема фіброзно-кістозної мастопатії. Біль у МЖ при мастопатіях – найчастіша причина звернення жінок до лікаря. Розрізняють циклічний біль у МЗ (2/3 випадків) і нециклічний (1/3 випадків). Циклічний біль у МЗ (масталгія) – найбільш поширений тип болю, який пов'язаний з менструальним циклом. Нециклічний біль у МЗ не збігається із звичайним менструальним циклом.

Стан МЖ оцінюється за допомогою рентгенівської та ультразвукової маммографії. У разі відхилень, знайдених при фізичному огляді, діагностика може також включати пункцію і дослідження рівня гормонів. При огляді лікар повинен виключити рак, а потім інфекцію.

Призначення прогестерону місцево у вигляді гелю при фіброзно-кістозній мастопатії дозволяє відновити його дефіцит безпосередньо в тканинах МЗ та зумовлює деградацію дрібних кіст.

Ключові слова: мастопатія, масталгія, фіброзно-кістозна мастопатія, прогестерон, Прожестозель.

MAMMALGIA IN ONCOMAMMOLOGY PRACTICE

T.S. Golovko, MD, professor, National Cancer Institute, Kiev

In recent decades it have seen a growth of benign breast disease, in particular fibrocystic breasts. Pain in breasts at mastopathia is the most important cause of women visits to the doctor. There are cyclic breast pain (2/3 cases) and non-cyclic (1/3 of cases). Cyclic breast pain (mastalgia) is the most common type of pain that is associated with the menstrual cycle. Noncyclic breast pain does not relate with the usual menstrual cycle.

Breast status is evaluated using X-ray and ultrasound mammography. If deviations during a physical examination were found, diagnostics may also include a puncture and study of hormone levels. At examination the physician should rule out cancer and infection.

Administration of progesterone topically as a gel helps compensate it deficit directly in the tissues of breast and leads to degradation of small cysts in case of fibrocystic breast disease.

Key words: breast, mastalgia, fibrocystic breast disease, progesterone, Prozhestozhel.

ПОДПИСКА 2014
II ПОЛУГОДИЕ



РЕПРОДУКТИВНАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
Reproductive Endocrinology
scientific and practical medical journal

ТАКЖЕ МОЖНО ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ НА САЙТЕ WWW.REPRODUCT-ENDO.COM.UA

ПОВІДОМЛЕННЯ	Отримувач	ТОВ «Трилист»	
	Код ЄДРПОУ	35422926	
	Рахунок УАН	2600289830 в АБ «Укргазбанк», м. Київ	МФО 320478
	Платник	Прізвище, ім'я, по-батькові _____	
		Поштовий індекс та адреса платника _____	
		Вид платежу	Сума
	Передплата на журнал «Репродуктивна ендокринологія» № 4-6, 2014 р.	145 грн	
	Дата здійснення операції «__» _____ 20__ р.		
	Підпис платника _____	Підпис банку _____	
КВИТАНЦІЯ	Отримувач	ТОВ «Трилист»	
	Код ЄДРПОУ	35422926	
	Рахунок УАН	2600289830 в АБ «Укргазбанк», м. Київ	МФО 320478
	Платник	Прізвище, ім'я, по-батькові _____	
		Поштовий індекс та адреса платника _____	
		Вид платежу	Сума
	Передплата на журнал «Репродуктивна ендокринологія» № 4-6, 2014 р.	145 грн	
	Дата здійснення операції «__» _____ 20__ р.		
	Підпис платника _____	Підпис банку _____	