

## ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ – ПУТЬ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### ВВЕДЕНИЕ

Проблема своевременной диагностики и адекватного лечения доброкачественных заболеваний молочных желез (фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) и доброкачественных опухолей) является весьма актуальной, поскольку некоторые доброкачественные заболевания предшествуют развитию рака молочной железы (РМЖ). В Украине РМЖ занимает первое место среди причин смертности от онкологических заболеваний в популяции женщин детородного возраста. По данным Национального канцер-регистра, заболеваемость РМЖ в Украине в 2012 г. составила 62,2, а в 2013 году – уже 67,9 на 100 000 населения. В ряде развитых стран этот показатель достигает 130 на 100 000 населения. Суммарно по всем стадиям средняя продолжительность жизни пациентки после постановки диагноза и специального лечения составляет 5 лет, без специального лечения – 2,5 года [1].

Общность этиопатогенеза, корреляция изменений в МЖ при доброкачественных предраковых заболеваниях и РМЖ – существенный повод для более пристального внимания к данной патологии. Риск заболеть РМЖ при наличии предшествующего доброкачественного заболевания возрастает в 1,5–20 раз в зависимости от вида мастопатии. Частота ФКБ, в том числе с пролиферацией, возрастает в несколько раз у пациенток с такими гинекологическими заболеваниями, как миома матки, гиперплазия эндометрия, эндометриоз и т. д. [2, 5].

При лечении ФКБ часто приходится констатировать низкую врачебную настороженность и однотипность подходов. Причиной подобной ситуации можно считать широкий полиморфизм клинических проявлений доброкачественной патологии МЖ, большое количество факторов, обуславливающих заболевание, длительные сроки течения болезни, в том числе и в период, когда заболевание еще не диагностировано [1, 2].

### ФАКТОРЫ РИСКА

Тщательно собирая анамнез, можно ограничить круг пациенток, имеющих предрасположенность к развитию ФКБ. К основным факторам риска ее возникновения относятся:

1. Генетическая предрасположенность.
2. Нарушение детородной функции:
  - ☛ бесплодие;
  - ☛ большое количество абортот;
  - ☛ первые роды в возрасте старше 30 лет;
  - ☛ рождение первого ребёнка весом более 4 кг.

3. Нарушение менструального цикла, заболевания генитальной сферы:

- ☛ менархе до 12 или после 15 лет;
- ☛ климакс до 45 либо после 53 лет;
- ☛ фибромиома матки;
- ☛ гиперплазия эндометрия;
- ☛ кисты яичников.

4. Эндокринные заболевания:

- ☛ гипотиреоз, гипертиреоз;
- ☛ сахарный диабет.

5. Нарушение сексуальной сферы:

- ☛ начало половой жизни после 25 лет;
- ☛ отсутствие половой жизни (половая жизнь реже 1 раза в неделю);
- ☛ применение гормональных средств для предохранения от беременности.

6. Нервные расстройства.

7. Избыточный вес.

### КЛАССИФИКАЦИЯ

ФКБ отличаются не только разнообразием этиологии. Существенный полиморфизм характерен для патологических изменений в ткани МЖ. В связи с этим уместно классифицировать ФКБ в зависимости от морфологического строения измененной ткани МЖ. Наиболее часто выделяют следующие формы ФКБ:

- ☛ фиброзная (грубые тяжистые структуры без узловых компонентов);
- ☛ фиброзно-кистозная (зернистые структуры с кистозными компонентами);
- ☛ аденозная (мягкие бугристые структуры, болезненные при пальпации);
- ☛ фиброзно-аденоматозная (сочетание тяжистых и бугристых структур);
- ☛ масталгия (равномерная, напряженная болезненная ткань МЖ);
- ☛ инволютивная (липоматозные изменения МЖ);
- ☛ узловатая (оформленный узловой компонент разных размеров);
- ☛ смешанная.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Клиническая картина ФКБ определяется формой заболевания. К наиболее частым симптомам относятся болезненность МЖ, изменения их структуры без наличия новообразований, выделения из сосков. Клинический диагноз уточняется специальными методами исследования: сонография МЖ, маммография, дуктография, диагностическая биопсия. Исследуется уровень гормонов в крови пациенток.



### И.И. СМОЛАНКА

д. мед. н., профессор, главный онкохирург МЗ Украины, заведующий научно-исследовательским отделением опухолей грудной железы и ее реконструктивной хирургии Национального института рака МЗ Украины

Контакты:

Смоланка Иван Иванович  
Национальный институт рака МЗ Украины,  
науч.-иссл. отделение опухолей грудной железы и ее реконструктивной хирургии  
03022, Киев, Ломоносова, 33/43  
тел.: +38 (044) 257 40 49  
e-mail: info@unci.org.ua



Риск заболеть РМЖ при наличии предшествующего доброкачественного заболевания возрастает в 1,5–20 раз в зависимости от вида мастопатии

Основным методом скрининга РМЖ на сегодняшний день является маммография. Диагностическая эффективность метода, используемого в условиях специализированного рентген-кабинета, достигает 98% при клинических проявлениях болезни и 78% – при непальпируемом РМЖ. При выраженной ФКБ точность диагностики снижается: в плотной, структурно перестроенной МЖ иногда затруднительно визуализировать опухоль. Маммография позволяет объективно оценить и распознать патологические изменения в МЖ, установить наличие ФКБ, выявить преобладание аденоза, кист или фиброзных изменений, наблюдать динамику процесса под влиянием лечения, обнаружить опухолевый узел или определить место пункции.

В последнее время широко развиваются новые виды исследования: УЗИ, цифровая маммография, КТ, МРТ. УЗИ имеет существенное значение в дифференциальной диагностике кистозных и солидных образований. При наличии пальпаторного образования в МЖ у женщин в возрасте до 30 лет, беременных и кормящих заменить маммографию может УЗИ, однако в случае сомнений следует проводить маммографию с пункционной биопсией. Недостаток метода: низкая информативность при выраженном развитии железистой ткани в МЖ, невозможность обнаружения микрокальцинатов (одного из первых признаков РМЖ). В настоящее время широкое распространение получили КТ и МРТ как одни из наиболее точных методов обследования [4]. Однако их массовое применение ограничено высокой стоимостью исследования, поэтому основным методом скрининга РМЖ остается рентгеномаммография.

Одним из первых этапов морфологического исследования, позволяющих с максимальной достоверностью и минимальной травматичностью для организма отличить доброкачественную опухоль от злокачественной, является цитологический метод. Цитологическое заключение с указанием на доброкачественный процесс может считаться достоверным только при полном совпадении с данными пальпаторного и маммографического исследований. При диагностике РМЖ цитологический метод информативен в 93–95% случаев, его чувствительность составляет 97–98,7%, специфичность – от 76 до 80% [2, 4].

При подозрении на малигнизацию опухоли и отсутствии цитологической верификации необходимо ее иссечение со срочным гистологическим исследованием.

### ПАТОГЕНЕЗ

Диагностика и лечение ФКБ – важная и актуальная задача. Научившись вовремя диагностировать и адекватно лечить ФКБ, мы сможем предупредить развитие РМЖ на предопухолевом этапе. Правильность этого пути вытекает из того, что дисгормональные гиперплазии МЖ и РМЖ начальных стадий сопровождаются практически идентичными изменениями гормонального фона, наиболее значимыми звеньями которого являются доминирование эстрогенов, нарушение лютеиновой фазы менструального цикла, снижение функции щитовидной железы, нарушение обмена и синтеза глюкокортикоидов. Так, например, миома матки в 70% случаев сочетается с ФКБ, что подтверждает их общий патогенез [5, 8].

В патогенезе развития ФКБ играют роль как гиперэстрогенные состояния, часто сопровождающиеся развитием опухолевых и гиперпластических процессов органов малого таза, так и относительное доминирование эстрогенов при недостаточной секреции прогестерона, преобладание числа эстрогеновых рецепторов над прогестероновыми [6, 7]. Подобные изменения присутствуют в организме в течение длительного времени, задолго до возникновения первичной опухоли и дисгормональных гиперплазий МЖ.

Согласно современным представлениям, влияние гиперпролактинемии на развитие ФКБ неоднозначно. С одной стороны, при подтвержденной гиперпролактинемии патологические изменения в МЖ развиваются только у 30–35% пациенток. В то же время пролактин стимулирует синтез эстрогенов и повышает количество эстрогеновых рецепторов в ткани МЖ, одновременно имеет место нарушение синтеза прогестерона яичниками. Таким образом, гиперпролактинемия сочетается с абсолютной или относительной прогестероновой недостаточностью на фоне локальной гиперэстрогении, что приводит к высокому риску доброкачественных заболеваний и РМЖ [6, 10].

Многочисленные данные свидетельствуют, что заболеваниям МЖ предшествуют и сопутствуют нарушения эндокринной, гинекологической сферы, а также хронические заболевания гепатобилиарной системы. Так, один из факторов развития ФКБ и репродуктивных нарушений – это ожирение. Жировая ткань является депо эстрогенов, увеличение ее массы более чем на 20% выше нормы приводит к дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Выявление гормональной дисфункции и ее коррекция может существенно отразиться на показателях заболеваемости

мастопатиями и РМЖ. Своевременная диагностика и лечение этих нарушений позволит существенно уменьшить число случаев возникновения ФКБ и РМЖ.

Исследования последних лет продемонстрировали значимость процессов метаболизма эстрогенов в регуляции апоптоза и пролиферации. Превышение уровня агрессивного метаболита 16 $\alpha$ -гидроксиэстрогена приводит к активации пролиферативных изменений. В связи с этим перспективными представляются пути нормализации метаболизма эстрогенов в качестве профилактики и лечения заболеваний МЖ [13].

### ЛЕЧЕНИЕ

Лечение назначается в зависимости от формы заболевания. Узловые формы ФКБ подлежат оперативному лечению, но большинство случаев этой болезни лечат консервативными методами с использованием препаратов различных групп. Наиболее часто применяется патогенетически обоснованная фитотерапия (Тазалок™ и другие фитопрепараты), гормонотерапия (прогестерон, препараты гормонов щитовидной железы при нарушении ее функции), антигормоны (тамоксифен, торемифен, препараты дофаминергического действия, ингибиторы гонадотропной функции гипофиза), витаминотерапия, энзимотерапия.

Как правило, лечение начинают с известных фитопрепаратов, зарекомендовавших себя как природные регуляторы гормонального гомеостаза. Наиболее известен Тазалок™ – комплексный растительный негормональный препарат, который регулирует синтез эндогенных гонадотропных гормонов, нормализует менструальный цикл, способствует восстановлению нормального соотношения эстрогенов и гестагенов (прогестерона) [9, 11]. Препарат оказывает влияние на ткани МЖ, матки и яичников, предотвращает развитие диспластических процессов в этих тканях. За счет флавоноидов (лабазник, петрушка, льнянка, сельдерей) Тазалок™ действует как природный антиэстроген: блокирует эстрогеновые рецепторы в МЖ и матке, снижает чувствительность МЖ к колебанию гормонального фона в течение менструального цикла. По данным клинических исследований, на фоне приема этого препарата у всех пациенток с ФКБ отмечено снижение уровней гонадотропных гормонов, эстрогенов и пролактина, которые приближаются к нормальным значениям контрольной группы [11].

Тазалок™ обладает некоторой антипролиферативной и противовоспалительной активностью. За счет противоотечного и резорбтивного действия препарат способствует уменьшению и рассасыванию безболезненных плотных узлов при ФКБ, кроме того, значительно снижает синтез простагландинов и уменьшает отек и болезненность ткани МЖ.

Для больных с лабораторно доказанной гиперпролактинемией дополнительно назначаются препараты, снижающие уровень пролактина. В клинической практике с этой целью достаточно долгое время используются алкалоиды спорыньи и их производные: бромокриптин, бромэргон, карбеголин, лизурит, перголид, лисенил. Все эти препараты являются неселективными агонистами допаминовых рецепторов.

Важное место в лечении мастопатий занимают 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 МЖ), не позволяют эстрогенам связываться с рецепторами, уменьшая их биологическую активность. В литературе указания на применение антиэстрогенов для лечения мастопатии появились уже с конца 70-х годов. По данным разных авторов, терапевтический эффект тамоксифена наблюдается в 65–75% случаев и наступает обычно через 2–3 месяца. Однако в последнее время авторы все чаще обращают внимание на канцерогенные свойства тамоксифена, т. е. вероятность развития при длительном его применении индуцированной гиперплазии эндометрия и/или рака эндометрия у женщин, а также гепатоцеллюлярной карциномы у лабораторных животных. Поэтому вполне понятны поиски более безопасных средств, тем более что они предусмотрены для использования в профилактических целях или при доброкачественных болезнях.

Обоснованием использования микродотерапии в лечении мастопатии послужили исследования, показавшие, что недостаток йода способен повышать чувствительность протокового и долькового эпителия МЖ к эстрогенной стимуляции, равно как микродозы йода способствуют лютеинизации фолликулярных кист, нормализуя овариальный цикл. При этом отмечается уменьшение или исчезновение клинических признаков мастопатии. Превышение дозировок при терапии препаратами йода ведет к перегрузке щитовидной железы, обострению хронических заболеваний желудка и гепатобилиарной системы без улучшения общего результата.

С целью ликвидации интерстициального отека ткани МЖ и снижения болевого синдрома при мастодии возможно применение препаратов противовоспалительного действия, десенсибилизирующих средств. По данным итальянских исследователей, ингибиторы синтеза простагландинов способны блокировать канцерогенное действие животных жиров [3].

Как уже говорилось выше, снижение содержания агрессивного эстрогенного метаболита 16 $\alpha$ -гидроксиэстрогена способствует уменьшению пролиферативных изменений в эпителии МЖ. Препарат Эпигалин® дополнительно к индол-3-карбинолу содержит эпигаллокатехин (экстракт зеленого чая), что дополняет его антипролиферативное действие антиоксидантным. Индол-3-карбинол снижает синтез 16 $\alpha$ -гидроксиэстрогена, блокирует факторы роста опухоли (эпидермальный, инсулиноподобный), активирует апоптоз. Эпигаллокатехин угнетает продукцию провоспалительных цитокинов, а также уменьшает степень пролиферации [9, 12].

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

1. Пациентка Н., 34 года, повышенного питания, индекс массы тела 31. В анамнезе – 1 нормальные роды, 2 медицинских аборта. Разведена. Жалобы на болезненное

нагрубание МЖ, усиливающееся перед менструацией, оценка болей по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 70 баллов из 100. Менархе в 15 лет, менструации нерегулярные, через 21–37 дней, обильные, болезненные. Неоднократно лечилась по поводу воспалительного процесса у гинеколога. Обследована онкомаммологом, гинекологом, выполнено УЗИ МЖ, органов малого таза, проведено лабораторное исследование. Диагноз при обследовании: «Диффузная мастопатия, смешанная морфологическая форма. Показаний к биопсии нет. Нарушение менструального цикла. Хронический аднексит в фазе ремиссии. Миома матки 3 см интерстициальная. Ожирение I степени». Лабораторные анализы (общий, биохимический анализ крови, гормональное обследование на пролактин, тестостерон общий, свободный, эстрадиол, прогестерон, лютеинизирующий и фолликулостимулирующий гормоны на 5-й и 20-й дни менструального цикла, тиреотропный гормон) отклонений от нормы не выявили. Рекомендована коррекция питания – ограничение простых углеводов, животных жиров; Тазалок™ по 30 капель трижды в день, Эпигалин® по 1 капсуле дважды в день. Через 3 месяца пациентка отмечает улучшение состояния: боли в МЖ беспокоят в течение короткого периода за 4–5 дней до менструации, их интенсивность уменьшилась до 40 баллов из 100 по ВАШ. Также улучшились показатели менструального цикла: менструации через 25–30 дней (практически регулярные), не обильные, безболезненные. Снижение массы тела на 4 кг. Кроме того, пациентка стала посещать бассейн и отметила улучшение состояния кожи лица и повышение настроения. МЖ объективно (пальпация, УЗИ) с положительной динамикой, выделения из сосков исчезли. Миома матки по УЗИ без изменений. Курс лечения рекомендовано повторить через месяц.

2. Пациентка М., 28 лет, объективно нормостенического телосложения, кожа лица жирная, акне. Жалобы на боли в МЖ в течение года, усиливаются за неделю до менструации. В анамнезе – 1 роды, 5 лет назад. Единственная беременность наступила самостоятельно, через 2 года после замужества. Контрацепцию не использовала, в настоящий момент также не предохраняется. Менструации нерегулярные, по 3 дня, цикл 35–45 дней, иногда задержки до 1 мес. Гинекологический осмотр, УЗИ – без патологии. МЖ при осмотре диффузно неоднородны, структура комковато-тяжистая, узловых уплотнений нет, оценка болей по шкале ВАШ – 54 балла. Узи МЖ – диффузная мастопатия. Гормональное обследование – в пределах 750 МЕ/мл, тестостерон общий в пределах нормы, свободный – верхняя граница нормы, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, ТТГ – в пределах нормы. Рекомендовано: Тазалок™ 3 месяца. После лечения: боли уменьшились, 30 баллов. МЖ пальпаторно и по УЗИ с положительной динамикой. Состояние кожи заметно улучшилось. Менструации через 30–35 дней, по 3–4 дня, регулярные. Лечение продлено еще на 3 месяца.

3. Женщина 35 лет обследована у гинеколога по поводу мастопатии и альгодисменореи. Страдает ожирением I степени, хронический колит, калькулезный холеци-

стит. Мастопатия с наличием множественных микрокист в обеих МЖ размером 5, 8, 12 мм. Выделения из сосков серозные, цитология – аморфная масса, клетки эпителия без признаков пролиферации. Произведена биопсия наиболее крупной кисты (эпителий выстилки кисты с пролиферацией). УЗИ органов малого таза без патологии, гормональное обследование – в пределах нормы. Лечение: Тазалок™, Эпигалин® 6 мес. По результатам осмотра через 4 месяца: жалоб нет, менструации безболезненные, не обильные, регулярные. МЖ с положительной динамикой, выделений из сосков нет, лимфоузлы не увеличены, показаний к биопсии нет. Через 6 месяцев: УЗИ МЖ – единичные микрокисты, выполнена контрольная биопсия той же кисты (d = 7 мм) – аморфная масса, капли жира, эпителий без пролиферативных изменений.

### ПРОФИЛАКТИКА

Прежде всего, профилактикой любых эндокринных и онкологических заболеваний является коррекция образа жизни и питания: физическая активность, ходьба пешком, уменьшение потребления высококалорийной пищи, жирного, сладкого, ограничение алкоголя, копченостей, консервированных продуктов. Рекомендуются увеличить потребление овощей и фруктов, особенно семейства крестоцветных, богатых индол-3-карбинолом. Можно рекомендовать с профилактической целью прием препарата Эпигалин® до 6 месяцев.

Профилактика генетически обусловленных заболеваний МЖ состоит в обсуждении с пациенткой возможности выполнения профилактической мастэктомии. Для всех женщин в зависимости от степени риска разрабатывается индивидуальная программа скрининга (регулярного профилактического обследования). Исследования последних лет позволяют рассматривать перспективы применения таких препаратов, как Эпигалин®, с профилактической целью в группах высокого риска. Это связано с доказанной способностью индол-3-карбинола повышать экспрессию «нормального» белка BRCA1 (ген РМЖ), способствовать поддержанию общей стабильности генома и восстановлению процессов ДНК-репарации [12].

### ВЫВОД

Диагностика и лечение доброкачественной патологии МЖ – весьма важная и непростая задача. Научиться распознавать предраковую патологию МЖ на этапе профилактического обследования означает сделать серьезный шаг к победе над главным онкологическим недугом у женщин, а вылечить пациенток с дисгормональными гиперплазиями МЖ – значит оставить РМЖ минимальный шанс. Четкая диагностика, онкологическая настороженность, своевременное направление больных данного профиля к онкологу – важные звенья в решении проблемы улучшения показателей ранней диагностики РМЖ в нашей стране.

## ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Смоланка, І. І., Скляр, С. Ю.  
Шляхи підвищення ефективності комплексного лікування хворих на рак молочної залози. — К.: Сталь. — 2007. — 191 с.  
Smolanka, I.I., Skliar, S.Y.  
Ways of improving the efficiency of complex treatment of patients with breast cancer. Kyiv. Steel (2007): 191 p.
- Путырский, Л.А.  
Рак молочной железы: Учебн. пособие. — Минск: Выш. школа. — 1998. — 95 с.  
Putyrskiy, L.A.  
Breast Cancer: study guide. Minsk. High School (1998): 95 p.
- Grio, R., Cellura, A., Geranio, R., et al.  
"Clinical efficacy of tamoxifen in the treatment of premenstrual mastodynia." *Minerva Ginecologica*, 3(1998) (Vol. 50): 101–103.
- Нейштадт, Э.Л., Воробьева, О.А.  
Патология молочной железы: Учебн. пособие. — С-Петербург: Фолиант. — 2003. — 207 с.  
Neustadt, E.L., Vorobyeva, O.A.  
Pathology of breast: study guide. St. Petersburg. Foliant (2003): 207 p.
- Косей, Н.В.  
Фітотерапія в лікуванні дисгормональних доброякісних захворювань молочних залоз у жінок із лейоміомою матки / Н.В. Косей // Репродуктивне здоров'я жінки. — 2008. — № 4 (38). — С. 171–173.
- Kosei, N.V.  
"Phytotherapy in the treatment of dishormonal benign breast diseases in women with uterine leiomyoma." *Reproductive women health*, 4(38) (2008): 171–173.
- Татарчук, Т.Ф.  
Лечение стресс-индуцированной недостаточности лютеиновой фазы / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, Т.Н. Тутченко // Репродуктивная гинекология. — 2012. — № 2. — С. 34–41.  
Tatarchuk, T.F., Kosei, N.V., Tutchenko, T.N.  
"Treatment of stress-induced luteal phase deficiency." *Reproductive Gynecology*, 2(2012): 34–41.
- Strnad, P., Zavadil, M., et al.  
"The importance of hormone receptors in benign breast diseases." *Ceska Gynekol*, 1(1998) (Vol. 63): 29–38.
- Татарчук, Т.Ф., Сольский, Я.П.  
Эндокринная гинекология (клинические очерки). Часть 1. — К., 2003.  
Tatarchuk, T.F., Solskiy, Y.P.  
Endocrine gynecology (clinical essays). Part 1. Kyiv (2003).
- Резніков, О.Г., Тарасенко Л.В.  
Фармакологія та лікарська токсикологія. — 2011. — № 6 (25). — С. 30–34.  
Reznikov, O.G., Tarasenko, L.V.  
Pharmacology and drug toxicology, 6(25) (2011): 30–34.
- Грищенко, О.В.  
Ультразвуковая диагностика и комплексное лечение диффузной фиброзно-кистозной мастопатии у женщин репродуктивного возраста / О.В. Грищенко, Р.Я. Абдуллаев, О.В. Доленко, С.А. Пак // Здоровье женщины. — 2009. — № 9 (45). — С. 134.
- Grishchenko, O.V., Abdullaiev, R.Y., Dolenko, O.V., Pak, S.A.  
"Ultrasound diagnosis and comprehensive treatment of diffuse fibrocystic breast in women of reproductive age." *Women's Health*, 9(45) (2009): 134.
- Товстановская, В.А.  
Новое слово в негормональной терапии фиброзно-кистозной мастопатии / В.А. Товстановская, В.Н. Воробей-Виховская, И.А. Сахарова // Здоровье женщины. — 2010. — № 1 (47). — С. 63–66.  
Tovstanovskaia, V.A., Vorobei-Vikhovskaia, V.N., Sakharova, I.A.  
"The new word in non-hormonal therapy fibrocystic breast mastopathy." *Women's Health*, 1(47) (2010): 63–66.
- Ашрафян, Л.А.  
Метаболиты эстрогенов у больных раком молочной железы и возможные пути их коррекции / Л.А. Ашрафян, В.И. Киселев, О.А. Овчинникова, И.Б. Антонова // Материалы IX Всероссийской школы «Основы клинической маммологии». — М., 2008.  
Ashrafyan, L.A., Kiselev, V.I., Ovchinnikova, O.A., Antonova, I.B.  
"Metabolites of estrogen in breast cancer patients and possible correction." *Materials of the IX Russian school "Fundamentals of Clinical Mammalogy"*. Moscow (2008). □

## ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ – ПУТЬ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**И.И. Смоланка**, д. мед. н., профессор, главный онкохирург МЗ Украины, зав. научно-исследовательским отделением опухолей грудной железы и ее реконструктивной хирургии НИР МЗ Украины

В статье освещены вопросы классификации, этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики и лечения фиброзно-кистозной болезни в контексте профилактики рака молочных желез.

Лечение большинства случаев фиброзно-кистозной болезни осуществляется консервативными методами. Наиболее часто применяется патогенетически обоснованная фитотерапия, гормонотерапия, антигормоны, витаминотерапия, энзимотерапия. Узловые формы фиброзно-кистозной болезни подлежат оперативному лечению.

В зависимости от степени риска развития рака молочной железы для женщин разрабатывается индивидуальная программа скрининга. Исследования последних лет позволяют рассматривать перспективы применения таких препаратов, как Эпигалин®, с профилактической целью у женщин группы высокого риска.

**Ключевые слова:** фиброзно-кистозная болезнь, рак молочной железы, Эпигалин®, Тазалок™.

## ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КИСТОЗНОЇ ХВОРОБИ – ШЛЯХ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

**І.І. Смоланка**, д. мед. н., професор, головний онкохірург МОЗ України, зав. науково-дослідним відділенням пухлин грудної залози та її реконструктивної хірургії НІР МОЗ України

У статті висвітлені питання класифікації, етіології, патогенезу, клінічної картини, діагностики та лікування фіброзно-кістозної хвороби в контексті профілактики раку молочних залоз.

Лікування більшості випадків фіброзно-кістозної хвороби здійснюється консервативними методами. Найчастіше застосовується патогенетично обґрунтована фітотерапія, гормонотерапія, антигормони, вітамінотерапія, ензимотерапія. Вузлові форми фіброзно-кістозної хвороби підлягають оперативному лікуванню.

Залежно від ступеня ризику розвитку раку молочної залози для жінок розробляється індивідуальна програма скринінгу. Дослідження останніх років дозволяють розглядати перспективи застосування таких препаратів, як Епігалін®, із профілактичною метою у жінок групи високого ризику.

**Ключові слова:** фіброзно-кістозна хвороба, рак молочної залози, Епігалін®, Тазалок™.

## TREATMENT OF FIBROCYSTIC BREAST DISEASE – A WAY TO PREVENT BREAST CANCER

**I.I. Smolanka**, MD, professor, Chief oncosurgeon of the Ministry of Health of Ukraine, head of the Scientific and Research Department of Breast Tumors of the its Reconstructive Surgery, National Cancer Institute of the Ministry of Health of Ukraine

The issues of classification, etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and treatment of fibrocystic breast disease in the context of the prevention of breast cancer are present in this article.

Treatment of most cases of fibrocystic breast disease is carried by conservative methods. The most frequently used pathogenetic grounded herbal medicine, hormone therapy, anti-hormones, vitamins, enzyme therapy. Nodal forms of fibrocystic breast disease are subject to surgical treatment.

An individual program of screening is developed for women, depending on the degree of breast cancer risk. Studies in recent years allow us to consider the use of such drug as Epigalin® for a prophylactic measure in high-risk women.

**Keywords:** fibrocystic breast disease, breast cancer, Epigalin®, Tazalok™.