



# Доброкачественные дисплазии молочных желез: диагностика, лечение, профилактика

З.М. Дубоссарская, д.мед.н., профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины; Юй Ян  
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия  
МЗ Украины»

*Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез принадлежит к числу доброкачественных дисплазий, частота которых достигает 75% и выше в современной популяции женщин, особенно страдающих пролиферативным синдромом в гинекологии. В процессе онтогенеза молочные железы находятся под контролем гормонального воздействия, факторов роста, цитокинов, что в группах риска может привести к раку молочной железы. Междисциплинарный подход врачей разных специальностей, качество диспансеризации населения определяют не только правильность алгоритма лечения, но и эффективность профилактики данной онкопатологии, что позволит улучшить продолжительность и качество жизни женщин разных возрастных групп.*

*Ключевые слова: доброкачественная дисплазия молочной железы, гормоны, профилактика рака молочной железы.*

**А**ктуальность проблемы заболеваний молочных желез (МЖ) обусловлена прежде всего неуклонным повышением их частоты как в Украине, так и во всем мире. Рак МЖ (РМЖ) является одним из наиболее острых вопросов современного здравоохранения, что связано в основном со значительным ростом заболеваемости и смертности от данной патологии во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 650 тыс. новых случаев РМЖ, в странах СНГ – свыше 50 тыс. Это наиболее распространенная локализация рака у женщин в США и странах Европы, где заболевают каждая восьмая и десятая женщины соответственно [6, 9].

С 1995 г. и до настоящего времени по частоте проявления РМЖ занимает первое место среди всех злокачественных новообразований у женского населения Украины, причем отмечается ежегодное повышение уровня заболеваемости РМЖ.

**Экскурс в историю проблемы.** Древнейшим литературным источником, описывающим РМЖ, является папирус Эдвина Смита, датированный 2500 г. до н.э. и названный в честь изучившего его египтолога. Обожествленный при жизни жрец Имготеп указывает в нем: «Если ты осматриваешь

женщину и находишь у нее плотную вздувшуюся опухоль в груди; если ты кладешь руку на грудь и обнаруживаешь, что она прохладная и нет никакой лихорадки; если в груди нет зернистости, а только опухоль, и из соска не течет жидкость, а при надавливании она не меняет своего размера и женщина не вскрикивает от боли, то болезнь, с которой зовут тебя бороться, лечения не имеет, ей лечения нет...». В папирусе имеется упоминание о 48 случаях РМЖ. Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) впервые дал классическое описание РМЖ и не советовал прибегать к хирургическому лечению опухолей. Первое сообщение об ампутации МЖ, пораженной опухолью, сделал Парацельс. Клавдий Гален (131-201 гг.) писал: «Мы часто видели на груди женщины опухоль, похожую на канцер. Точно так же, как у краба, у этой болезни есть «жилы», отходящие от нее в другие органы тела и похожие на ноги. Лечить эту болезнь можно лишь сразу, удаляя всю область груди сначала отсечением, а затем прижигая огнем, так как может быть сильное истечение крови. Не следует пользоваться лигатурой, а лучше выжигать корни глубоко на груди. Но если болезнь приняла вид краба – лечения уже нет, есть лишь страдания...».



Первую операцию при РМЖ приписывают греческому врачу Леонидису (I в. н.э.).

Сведения о РМЖ имеются и в восточной литературе. Так, в «Книге сокровищ Вэйцзи» и «Медицинском справочнике дома Жэнь», относящимся к эпохе династии Сун (960-1279 гг.), содержится следующее описание: «Ай (опухоль) возникает под кожным покровом и уходит вглубь пещеры, небольшие бугорки с заостренными кончиками, иногда голубоватого цвета, выступают подобно вылезшим из орбиты глазным яблокам. Их ядовитые корни прорастают глубоко в тело».

Европейская медицина с начала прошлого тысячелетия и вплоть до XVI в. достаточно скептически относилась к лечению РМЖ. Амбруаз Паре (1510-1590 гг.) впервые обратил внимание на связь опухоли МЖ и увеличения лимфоузлов в подмышечной области. Он рекомендовал удалять опухоль, не изъязвляющую кожу железы, а изъязвленные опухоли советовал лечить консервативно: применением мазевых повязок, молока, уксуса. Хирургом, впервые начавшим удалять при раке не только МЖ, но и подмышечные лимфатические узлы, был Severinus (1580-1656 гг.). Жан Луи Пети (1674-1750 гг.) считал необходимым широкое удаление опухоли и аксиллярных лимфатических узлов с минимальным удалением кожи и сохранением соска. Необходимо отметить, что наряду с прогрессивными подходами в лечении РМЖ, существовали и «тупиковые ветви». Так, в конце XVIII – начале XIX вв. адепты галеновой гуморальной теории происхождения заболеваний рекомендовали в лечении РМЖ применять кровопускание, пиявки, рвотные и слабительные средства для «очищения организма», а также «разрушающие опухоль» щелочи, ртуть, мышьяк, йод. Джеймс Педжет (1814-1899 гг.), описавший своеобразную форму рака соска и ареолы, получившую его имя, не рекомендовал прибегать к его хирургическому лечению.

Франсуа Ледран в 1757 г. предложил теорию происхождения РМЖ как изначально локального заболевания с последующим распространением по лимфатическим путям в регионарные лимфоузлы и «общей циркулирующей опухоли по организму» в финале болезни.

Важным этапом в истории хирургического лечения РМЖ явились работы английского хирурга Чарльза Мура (в 1867 г. он сформулировал основные принципы хирургического лечения РМЖ) и немецких ученых, в частности Фолькмана (1875 г.), предложившего иссекать грудную фасцию и подмышечную клетчатку с лимфоузлами по ходу подкрыльцовой вены. Хирургическое лечение РМЖ в России получило обоснование в работах Н.И. Студенского (1886 г.).

В настоящее время хирургическое вмешательство является основой тактики лечения при РМЖ, способное в ранних стадиях при благоприятных

обстоятельствах полностью излечить больную, но профилактика визуальной формы рака является реальной и необходимой.

Известно, что практически нет ни одного органа в женском организме, который бы не подвергался действию половых стероидов. В первую очередь это: матка и другие половые органы; МЖ; уретра и мочевого пузыря; печень; мышечная система; сердечно-сосудистая система; кожа и ее придатки; желудочно-кишечный тракт; центральная нервная система; костная система и др. [3].

МЖ начинают интенсивно развиваться у девочек в возрасте 12-16 лет, когда усиливается функциональная активность коры надпочечников и половых желез. В репродуктивном периоде все процессы, связанные с ростом и развитием МЖ (маммогенез), являются гормонально обусловленными. Основными гормонами, оказывающими действие на МЖ, являются стероидные гормоны яичников (эстрогены и прогестерон). Участвуют в маммогенезе также гормоны гипофиза, щитовидной железы, надпочечников и другие биологически активные соединения. Функционирование МЖ тесно связано с менструальной функцией и во многом обусловлено ее особенностями.

Эстрогены вызывают пролиферацию протоков и соединительной ткани МЖ. Прогестерон способствует железистой трансформации альвеол; пролактин – развитию лактоцитов, секреции молока и является основным гормоном, обеспечивающим лактацию. Гормоны щитовидной железы играют немаловажную роль в морфогенезе и функциональной дифференцировке эпителиальных клеток МЖ [1, 2].

Инсулин действует на клетки МЖ опосредованно через другие гормональные влияния. Кортизол способствует образованию рецепторов пролактина в МЖ и стимулирует рост эпителиальных клеток в синергизме с пролактином [4].

Большое влияние на рост МЖ в пубертатном периоде оказывают эстрогены. Первый ответ на повышение уровня эстрогенов – это увеличение размеров МЖ и пигментация ареолы. Развитие эстрогенных рецепторов невозможно без участия пролактина. Известно, что для полной дифференцировки МЖ требуется синергизм в действии инсулина, кортизола, тироксина, пролактина и гормона роста. По мере становления менструальной функции под влиянием циклически выделяемых гормонов (эстрогенов, прогестерона) изменяется морфологическая структура МЖ. В лютеиновой фазе, главным образом под влиянием прогестерона, происходит разрастание протоков и эпителия, в клетках накапливается секрет. Безусловно, большое значение имеет состояние рецепторного аппарата МЖ, что особенно интенсивно изучается в последние годы [2, 9].

Печальная статистика в Украине свидетельствует, что несмотря на проведение серьезной профилактики ежегодно РМЖ заболевают около



16 тыс. женщин. Ежечасно от этой болезни умирает одна украинка, так как пациентки с РМЖ в нашей стране составляют 17-20% от общего количества больных с онкологической патологией. Недопустимы встречающиеся случаи запущенных форм РМЖ у беременных, когда отсутствует профессиональная настороженность у врачей и внимание женщины к себе самой. Согласно данным европейской статистики, каждые 2,5 мин в европейских странах регистрируется один новый случай заболевания РМЖ, каждые 6,5 мин фиксируется смертельный исход, вызванный данной патологией [11].

Вышеизложенное является подтверждением целесообразности новых подходов к диагностическому и лечебному алгоритмам при доброкачественных заболеваниях МЖ, которые рассматриваются в контексте ранней профилактики РМЖ.

В настоящее время определено большое количество факторов, способствующих возникновению и развитию патологии МЖ. К ним относятся: наследственный фактор (наличие доброкачественных и злокачественных новообразований у родственниц по материнской линии); нейроэндокринные нарушения (нарушение нейрогуморальной составляющей репродуктивного цикла ведет к активации пролиферативных процессов в гормонально-зависимых органах, в т.ч. в тканях МЖ); возраст старше 40 лет [3, 5].

На самых ранних сроках беременности гормональное влияние вызывает выраженную перестройку железы, гиперплазию железистого компонента. Искусственное прерывание беременности останавливает пролиферативные процессы в МЖ, в связи с чем гиперплазированная ткань подвергается обратному развитию. Эти регрессивные изменения в МЖ происходят неравномерно. В настоящее время отводится ключевая роль прогестерондефицитным состояниям, при которых избыток эстрогенов вызывает пролиферацию тканей МЖ и нарушение рецепторного аппарата [4, 9].

Клиническая практика подтверждает то, что большинство гинекологических больных страдают теми или иными заболеваниями МЖ. При этом самую большую группу риска тяжелой патологии МЖ составляют женщины с пролиферативными заболеваниями половых органов.

Структура патологии МЖ у лиц с нейроэндокринной генитальной патологией приведена по данным Л.М. Бурдиной (1995), не претерпев существенных изменений:

1. Гиперпластические заболевания – 65,4%.
2. Преждевременные инволютивные изменения – 32,5%.
3. Узловые пролифераты – 6,5%.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости обращения гинекологами особого внимания на состояние МЖ и проведения соот-

ветствующей патогенетически обоснованной терапии как гинекологических заболеваний, так и патологии МЖ.

Наиболее часто в практике акушера-гинеколога встречается фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ). Мастопатия, по определению ВОЗ, – это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей МЖ.

Существует большое количество классификаций мастопатий. В клинической практике наиболее часто используют клинико-рентгенологический вариант классификации (Рожкова Н.И., 1983):

1. Диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии:
  - диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
  - диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
  - диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента;
  - смешанная форма диффузной мастопатии;
2. Узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии.

Наиболее часто мастопатия клинически проявляется предменструальным синдромом, обычно возникающим в лютеиновой фазе менструального цикла или за несколько дней до менструации. Он включает комплекс физических, вегетативных и эмоциональных симптомов; при этом на первый план выступают боль в МЖ, ощущение увеличения их объема, нагрубание (мастодиния). Мастодиния часто сочетается с головной мигреноподобной болью, отеками, неприятными ощущениями в области живота (метеоризм, запор, чувство переполнения), повышенной нервной возбудимостью, беспокойством, страхом. Обычно с началом менструации симптомы предменструального синдрома исчезают.

Если при обследовании пациентки выявляются узел или узлы в том или ином отделе МЖ, то в этом случае показано обследование у специалиста (маммолога или хирурга) с проведением тонкоигольной пункционной биопсии и других методов обследования для решения вопроса о необходимости оперативного лечения. Только диффузные формы мастопатии подлежат консервативному лечению.

Диагностика доброкачественных дисплазий МЖ проводится согласно Приказу МЗ Украины от 31.12.2004 г. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Кратность и методы обследования определяются возрастом женщины. Алгоритмы необходимых мероприятий представлены на схемах 1-3.

Клиническое обследование МЖ, кроме пальпации, включает тщательный сбор анамнеза с учетом факторов риска развития РМЖ.



Схема. 1. Алгоритм ведения женщин старше 35 лет при выявлении объемного новообразования в МЖ

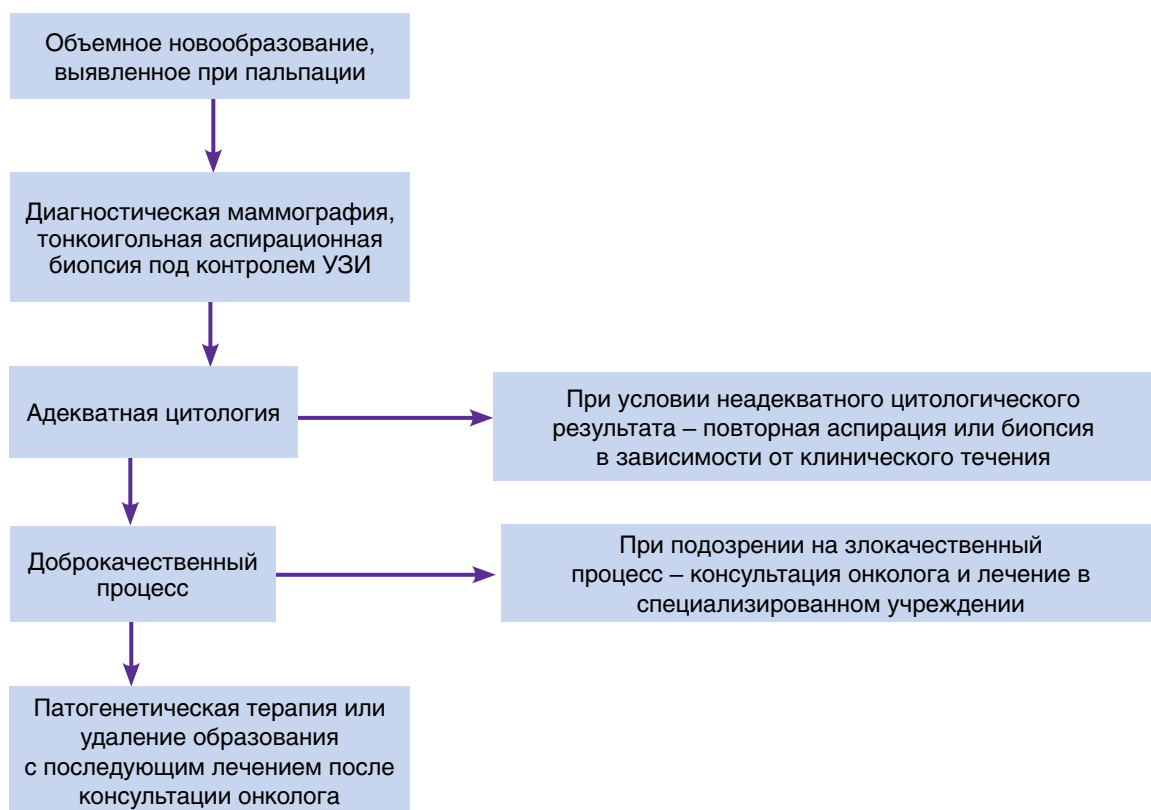


Схема. 2. Алгоритм ведения женщин младше 35 лет при выявлении объемного образования МЖ

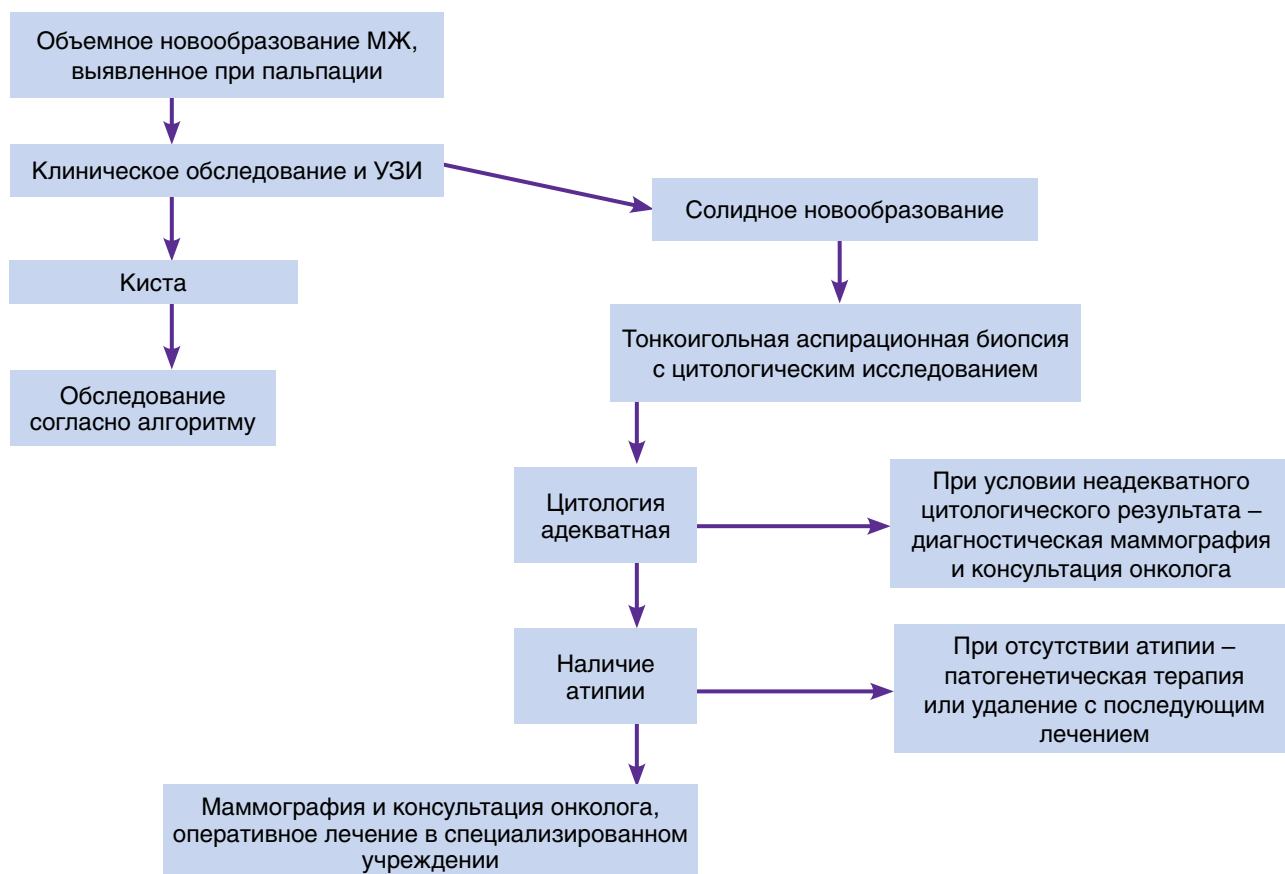




Схема 3. Алгоритм ведения пациенток младше 35 лет с кистой МЖ



\* Во всех случаях наличия атипии в результате цитологического исследования – консультация онколога.

При клиническом обследовании МЖ определяющим является принцип онконастороженности. Клинические признаки малигнизации следующие:

- опухоль, которая определяется при пальпации;
- втягивание соска или кожи соска;
- асимметрия соска;
- эрозия соска;
- боль в МЖ;
- аксиллярная лимфаденопатия;
- отек верхних конечностей;
- отек кожи МЖ – «лимонная корка»;
- боль в аксиллярной области.

При обследовании МЖ и ведении женщины в случае выявления патологии МЖ используется правило «семи позиций»:

1. *Положения* – обследование проводится сначала в положении женщины сидя, далее – стоя, после этого – лежа с поднятыми руками.

2. *Размера* – обращают внимание на асимметрию размеров желез.

3. *Пальпации* – проводится по часовой стрелке подушечками пальцев.

4. *Давления* – отмечают плотность МЖ, при условии наличия образования – его плотность и подвижность.

5. *Методики обследования* – должна отвечать принятым алгоритмам.

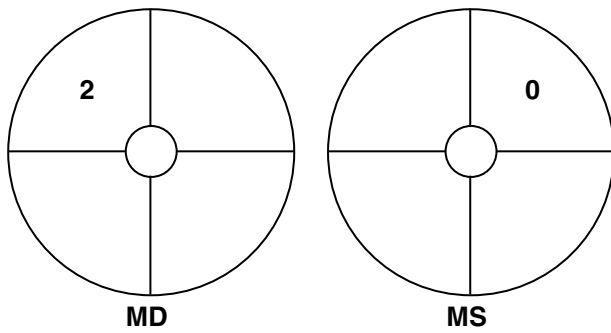
6. *Обратной связи* – предполагает согласованность и последовательность действий специалистов разных профилей.

7. *Диспансерного наблюдения.*

Шкала изменений, выявленных при пальпации МЖ, представлена на рисунке.

При выявлении патологии во время проведения скрининга осуществляется дальнейшее обследование состояния МЖ, которое проводится с использованием «**тройного теста**», который включает:

- клиническое обследование МЖ;
- билатеральную маммографию;
- при наличии объемных образований – тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем УЗИ с последующей цитологией (манипуляция производится подготовленным врачом).



Шифр	Характеристика пальпируемых участков	Клиническое заключение
3	В одной или обеих МЖ четко определяются локализованные участки уплотнения на фоне диффузных	Локализованный фиброаденоматоз на фоне диффузного
2	В одной или обеих МЖ определяются уплотненные участки без четких контуров на фоне диффузного фиброаденоматоза	Локализующийся фиброаденоматоз на фоне диффузного
1	В одной или обеих МЖ определяются мелкозернистые участки уплотнения диффузного характера	Диффузный кистозный или фиброзный фиброаденоматоз
0	Пальпаторно структура железы однородна	Отсутствие физикальных признаков патологического процесса

Рисунок. Шкала оценки изменений, выявленных в МЖ

Интерпретация результатов тонкоигольной аспирационной биопсии осуществляется патоморфологом.

У женщин младше 35 лет с целью снижения лучевой нагрузки на организм при пальпаторном выявлении объемного новообразования в МЖ для диагностики вместо маммографии целесообразно использовать УЗИ МЖ.

Показания для проведения УЗИ МЖ:

- скрининг МЖ у молодых женщин (до 40 лет);
- мониторинг состояния МЖ у лиц, которые принимают гормональные препараты: гестагены, комбинированные оральные контрацептивы (КОК), заместительную гормональную терапию (ЗГТ);
- интерпретация данных маммографии для определения структуры объемных образований;
- динамическое наблюдение за размерами объемных новообразований у молодых женщин;
- контрольное обследование после пункционной биопсии и хирургических вмешательств на МЖ.

Обследование может проводиться на 6-12-й день менструального цикла. Однако необходимо учитывать, что при УЗИ недостаточно визуализируются доклинические формы, небольшие по размеру опухоли МЖ.

Золотым стандартом обследования МЖ является маммография, что обусловлено радиорезистентностью ткани зрелой МЖ, низкой дозой облучения современных аппаратов, высокой эффективностью диагностики бессимптомных злокачественных опухолей – 85-90%.

Информативность и диагностическая ценность маммографии определяются маммографической плотностью – степенью рентгенологической плотности ткани МЖ.

Высокая маммографическая плотность отмечается при превалировании фиброзной ткани, низкая – при жировой инволюции МЖ, промежуточная – при той или иной степени визуализации протоковых структур.

Согласно Приказу МЗ Украины от 27.08.2010 г. № 728 «Про диспансеризацію населення», при ежегодных осмотрах проводится пальпация МЖ (при отсутствии патологии – 1 раз в 3 года), маммография женщинам с 40 лет – 1 раз в 2 года.

Оценка маммографической плотности при интерпретации маммограмм осуществляются рентгенологом соответственно следующей классификации.

**Классификация маммографической плотности МЖ** (Wolfe J.N., 1987; Byrne C., Schairer C., 1995), в соответствии с которой определяются четыре типа маммограмм.

N1 – паренхима представлена полностью или почти полностью жировой тканью, могут быть единичные фиброзные соединительнотканые тяжи.

P1 – визуализируются протоковые структуры, которые занимают не более 25% объема МЖ.

P2 – протоковые структуры занимают более 25% объема МЖ.

DY – очень плотная (непрозрачная) паренхима (дисплазия), которая обычно указывает на гиперплазию соединительной ткани.

Установление маммографической плотности имеет важное диагностико-прогностическое значение: риск развития РМЖ у женщин с повышенной маммографической плотностью в 3 раза выше, чем у женщин с нормальным ее показателем.

Прием экзогенных эстрогенов и гестагенов повышает плотность ткани МЖ на маммограмме, чем снижает диагностические возможности маммографии при выявлении ранних стадий РМЖ. Это требует более внимательного подхода к оценке маммограмм в случае обследования пациентов, которые принимают гормональные препараты.

Все женщины с патологией МЖ должны быть подвергнуты тщательному обследованию состояния щитовидной железы, УЗИ, определению



уровня тиреотропина (ТТГ), свободного тироксина, так как тиреоидная дисфункция может служить пусковым фактором скрытой, клинически не манифестной гиперпролактинемии [10].

Общепринятого алгоритма лечения ФКМ нет, ибо каждый случай требует индивидуального подхода врача. Многие авторы рекомендуют начинать лечение с назначения диеты, поскольку имеется тесная взаимосвязь, в частности, между ожирением, употреблением метилксантинов (кофеин, теofilлин, теобромин) и развитием ФКМ. Существует мнение, что эти соединения способствуют развитию фиброзной ткани и образованию жидкости в кистах. Поэтому ограничение употребления содержащих метилксантины продуктов (кофе, чай, шоколад, какао, кола) или полный отказ от них может существенно уменьшить боль и мастодинию.

Установлено, что как ФКМ, так и РМЖ имеют связь с нарушением деятельности кишечника, хроническими запорами, измененной кишечной микрофлорой и недостаточным количеством клетчатки в ежедневном рационе. Возможно, что при этом происходит реабсорбция из кишечника уже выведенных с желчью эстрогенов. Поэтому пациенткам с ФКМ некоторые авторы рекомендуют прием пищи, богатой клетчаткой, и адекватное употребление жидкости (не менее 1,5–2 л в день).

Так как утилизация эстрогенов происходит в печени, любые нарушения диеты, затрудняющие или ограничивающие нормальную деятельность печени (холестаз, прием жирной пищи, алкоголя, других гепатотоксичных веществ), со временем могут оказывать влияние на клиренс эстрогенов в организме. С этой точки зрения применение хофитола в течение 3–4 мес следует считать обоснованным.

Не вызывает сомнения, что в комплекс лечения ФКМ следует включать витаминотерапию, так как она обладает лечебно-профилактическим эффектом. Витамины усиливают терапевтическую активность действующих лекарственных средств, устраняют или ослабляют их побочные действия, стабилизируют деятельность периферической и центральной нервной системы, укрепляют иммунную систему организма. Для лечения мастопатии наиболее часто применяют витамины групп А, В, Е. Витамин А обладает антиэстрогенным действием, уменьшает явления пролиферации эпителия и стромы. Как правило, доза составляет 50 000 ЕД/сут, курс – 6 мес. Витамин Е – антиоксидант, который потенцирует действие прогестерона. Его рекомендуют назначать по 50–100 мг/сут на протяжении 6–12 мес. Витамин В<sub>6</sub> снижает уровень пролактина, нормализует состояние нервной и сердечно-сосудистой систем. Его следует принимать по 10–40 мг/сут в течение 6–12 мес.

Рекомендуется также использовать витамины Р и С (аскорутин) и содержащие их продукты

(цитрусовые фрукты, плоды шиповника, черную смородину, черноплодную рябину, вишню, малину) для улучшения микроциркуляции и уменьшения локального отека МЖ. В зависимости от психоэмоционального состояния женщины в схему комплексного лечения мастопатий целесообразно включать седативные средства, преимущественно препараты растительного происхождения или ноофен.

Наиболее обоснованным патогенетическим методом терапии с учетом гормональной регуляции МЖ следует считать использование гормональных средств. Врачами различных специальностей накоплены данные о возможности эффективного применения тех или иных гормональных методов лечения доброкачественной патологии МЖ.

**Бромокриптин (парлодел, достинекс)** – полусинтетическое производное алкалоида спорыньи – эргокриптина, специфический агонист дофаминовых рецепторов. Весьма эффективно и патогенетически обоснованно применение бромокриптина у больных с пролактиномами гипофиза, а также при функциональной гиперпролактиновой аменорее и бесплодии (под контролем уровня пролактина и макропролактина в крови).

При мастопатии препарат назначают с целью коррекции проявлений латентной (скрытой) гиперпролактинемии. Противопоказаниями к применению препарата являются: сердечно-сосудистая патология, заболевания желудочно-кишечного тракта, психические заболевания. Препарат применяют в дозе 1/2 или 1 таблетка в день, курс лечения – от 3 до 6 мес.

При патологической гиперпролактинемии рекомендовано использовать прямой стимулятор D<sub>2</sub>-дофаминовых рецепторов, пролонгированный ингибитор секреции пролактина с выраженной селективностью – препарат каберголина достинекс.

Всеми исследователями признается тот факт, что правильно подобранная **низкодозированная гормональная контрацепция** обладает лечебно-профилактическим действием в отношении дисгормональных дисплазий МЖ. В США, например, применение КОК ежегодно предупреждает госпитализацию по поводу мастопатии 20 тыс. женщин. Считается установленным, что снижая частоту доброкачественных заболеваний МЖ, гормональные контрацептивы снижают риск развития РМЖ в 2 раза.

Кроме того, нужно всегда помнить о так называемых фитоэстрогенах или природных эстрогенах, которые обладают потенциальной противораковой биологической активностью.

Типичные фитоэстрогены (лигнаны и изофлавоны) в большом количестве присутствуют в сое, проросших зернах пшеницы, семенах и ягодах.

Чаще всего в терапии мастопатии используются гестагены. Учитывая патогенез развития мастопатии, эта терапия по существу является наиболее патогенетически обоснованной [7, 8].



Трансдермальный препарат **Прожестожель** был зарегистрирован с 1990 г. во многих странах мира.

Прожестожель – это гель, содержащий натуральный прогестерон в количестве 1 г прогестерона в 100 г геля. Это препарат местного действия для применения в области МЖ. Накожные аппликации назначают с целью повышения концентрации натурального прогестерона в тканях МЖ. Воздействуя на состояние эпителия и сосудистой сети, Прожестожель не влияет на уровень прогестерона в плазме крови, и концентрация гормона в ткани в 10 раз выше, чем в системном кровотоке, что позволяет снизить применяемую дозу препарата по сравнению с пероральным путем введения.

Подкожное расположение МЖ определяет преимущества использования такого рода терапии. Препарат назначают по 2,5 г геля на кожу каждой МЖ 1 или 2 раза в день в непрерывном или в циклическом режиме (с 16-го по 25-й день менструального цикла). Показания к применению препарата: мастопатия и масталгия, обусловленная различными причинами (прием оральных контрацептивов, ЗГТ, нарушение эндогенной секреции гормонов и др.). Противопоказаний к применению Прожестожеля не выявлено.

Однако необходимо помнить, что успех лечения обусловлен прежде всего тщательным обследованием женщины, включающим клинический, ультразвуковой, рентгенологический методы исследования; индивидуальным выбором метода терапии. Чрезвычайно важна профилактика заболеваний МЖ.

Основными задачами гинекологов в профилактике заболеваний МЖ, безусловно, являются:

1. Профилактика аборт, особенно повторных.
2. Своевременное лечение гинекологических заболеваний.
3. Рациональная контрацепция.
4. Раннее выявление патологии МЖ.
5. Правильное ведение беременности, родов и послеродового периода.

В ведении пациенток с заболеваниями МЖ большую роль играет преемственность между врачами различных специальностей.

#### Список использованной литературы

1. Ахмедова М.А. Особенности течения мастопатии у женщины с эутиреозом / Материалы X юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2009. – С. 254-255.
2. Доброкачественные заболевания молочных желез: Руководство по диагностике и лечению / Под ред. О.С. Филиппова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 112 с.
3. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты): учеб.-метод. пособ. – Д.: «Лири ЛТД», 2008. – 416 с.
4. Жабченко И.А., Хоминская З.Б., Шекера И.О., Диденко Л.В., Коваленко Т.Н. Особенности гормонального гомеостаза у женщин с доброкачественными

дисплазиями молочных желез в период послеродовой лактации // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2013. – № 2 (26). – С. 70-76.

5. Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. – М., 2010. – 304 с.

6. Молочная железа. Рак и предраковые заболевания / Под ред. В.И. Тарутинова. – К.: Полиграфист, 2006. – 415 с.

7. Приказ МЗ Украины от 27.08. 2010 г. № 728 «Про диспансеризацию населения».

8. Приказ МЗ Украины от 15.07. 2011 г. № 417 «Про организацию амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Украине».

9. Сотникова Л.С., Удут Е.В., Тонких О.С. и др. Докладательная медицина: внедрение современных технологий в диагностику и лечение дисгормональной патологии молочных желез // Consilium medicum (женское здоровье). – 2013. – Т. 15, № 6. – С. 30-33.

10. Теория и практика эндокринной гинекологии: учеб.-метод. пособ. / Под ред. проф. З.М. Дубоссарской. – Днепрпетровск: «Лири», 2010. – С. 446-459.

11. Shulman L.P. New recommendations for the periodic Well-woman visit: impact on counseling // Contraception. – 2006. – № 73. – P. 319-324.

#### Доброякісні дисплазії молочних залоз: діагностика, лікування, профілактика

**З.М. Дубоссарська, Юя Ян**

Фіброзно-кістозне захворювання молочних залоз належить до доброякісних дисплазій, частота яких досягає 75% та вище в сучасній популяції жінок, особливо тих, що страждають проліферативним синдромом в гінекології. У процесі онтогенезу молочні залози знаходяться під контролем гормонального впливу, факторів росту, цитокінів, що в групах ризику може призвести до раку молочної залози. Міждисциплінарний підхід лікарів різних спеціальностей, якість диспансеризації населення визначають не тільки правильність алгоритму лікування, але й ефективність профілактики раку молочної залози, що дає можливість поліпшити тривалість та якість життя жінок різних вікових груп.

**Ключові слова:** доброякісна дисплазія молочної залози, гормони, профілактика раку молочної залози.

#### Benign breast dysplasia: diagnostics, treatment, prophylactics

**Z.M. Dubossarska, Yu Yang**

Fibrous cystic breast disease is one of the benign dysplasia; which are growing up to 75% and higher in modern female population; especially those suffering with proliferative gynecologic syndrome. In the process of ontogenesis breast are in the hormonal influence, growth factors, cytokines; and this can be cause of breast cancer in the risk groups. Interdisciplinary approach of different specialists, quality of annual medical examination of the population not only determine accuracy of therapeutic algorithm but also increase effectiveness of prevention of breast cancer and so improve longevity and quality of life of women of different age groups.

**Keywords:** benign breast dysplasia, hormones, prophylactics of breast cancer.