

Сучасний погляд на лікування хворих на фіброзно-кістозну мастопатію

І.І. Смоланка, А.Д. Лобода

Національний інститут раку, м. Київ

Мета дослідження: визначення ефективності препарату Епігалін® Брест у лікуванні фіброзно-кістозної мастопатії у жінок.

Матеріали та методи. У дослідження включено 50 жінок із встановленим діагнозом фіброзно-кістозної мастопатії (дифузна кістозна мастопатія). Усі жінки скаржилися на біль та набряк обох грудних залоз за 3–20 днів до початку менструації. Шляхом сліпої рандомізації усі жінки були розподілені на 2 групи. Хворі першої групи вживали препарат Епігалін® Брест по 1 таблетці 2 рази на добу протягом трьох місяців. Хворі другої групи вживали препарат прутняка за затвердженою в інструкції схемою. Хворі обох груп не відрізнялися за віком (від 22 до 48 років, середній вік – 35 років). Усім хворим під час загального обстеження було виконано УЗД грудних залоз, а хворим віком понад 40 років також виконували мамографію. У хворих обох груп були виявлені множинні кісти обох грудних залоз, розмір яких коливався у межах від 3 мм до 22 мм. За середнім розміром кіст групи були зіставні. Для оцінювання ефективності лікування в обох групах були визначені три параметри:

1. Біль у грудних залозах, який оцінювали за шкалою від 0 (відсутність болю) до 10 (нестерпний біль).
2. Щільність тканини грудної залози, для визначення якої вимірювали еластографію (кПа).
3. Середній діаметр кісти.

Результати. За результатами дослідження у першій групі виявлено реалізацію позитивного ефекту препарату Епігалін® Брест. У хворих даної групи було відзначено зниження середнього ступеня болю, тобто пацієнтки практично не відчували болю перед менструацією, повну відсутність кістозних елементів у грудних залозах було виявлено у 90% пацієнток. Жодна пацієнтка не відзначила погіршення стану грудних залоз за час спостереження.

У хворих другої групи середній ступінь болю не змінився, але 10% пацієнток відзначили посилення больового синдрому після припинення вживання препарату прутняка. У 15% пацієнток даної групи знову з'явилися кісти, а їхній середній діаметр почав збільшуватися. Щільність тканини грудних залоз мала тенденцію до збільшення.

Заключення. 1. Комплексний рослинний препарат Епігалін® Брест є ефективним засобом у лікуванні мастопатії. У разі регулярного вживання Епігалін® Брест зменшує на 68% наявність кістозного компонента у жінок з мастопатією.

2. Епігалін® Брест за регулярного вживання зменшує щільність тканини грудної залози, реалізуючи функцію онкопротектора.
3. Епігалін® Брест значно знижує больовий синдром перед менструацією, чим суттєво покращує якість життя жінок.

Ключові слова: мастопатія, біль, грудна залоза, лікування, Епігалін® Брест.

В останні десятиліття відзначається неухильне зростання як злоякісних, так і доброякісних захворювань грудних залоз, зокрема фіброзно-кістозної мастопатії, захворюваність на яку становить 60–85%, а у групі жінок, у яких діагностують гінекологічну патологію, досягає 95%.

Більш ніж вікова історія вивчення причинно-наслідкового зв'язку розвитку дисгормональної дисплазії дозволила виділити низку причин, що провокують її виникнення. До них належать стан тривалого психологічного стресу, захворювання жіночої репродуктивної сфери, а також гормональний дисбаланс. Останню причину визнають більшість дослідників. До найбільш частих гормональних порушень, які реєструють, належать: особливості лютеїнової фази (надлишок естрогену, дефіцит прогестерону / зниження рівня естрогену, надлишок пролактину); збільшення динаміки викиду пролактину, пролактину А і пролактину Б; дисбаланс гормонів щитоподібної залози; порушення жирового обміну речовин.

Отже, актуальність неоднозначних і далеко не безперечних питань патогенезу, діагностики та лікування мастопатії не викликає сумнівів. Особливої важливості набуває той факт, що доброякісні захворювання і рак грудної залози (РГЗ) мають багато спільного щодо етіологічних факторів і патогенетичних механізмів, фактори ризику їхнього розвитку багато в чому ідентичні. При цьому деякі проліферативні форми мастопатії, що супроводжуються гіперплазією епітелію, розглядають як маркери підвищеного ризику виникнення РГЗ.

І тут слід зазначити, що біль у грудній залозі, що виникає при мастопатії, – це не тільки вагомий симптом, але і найбільш часта причина звернення по консультацію до фахівців: гінекологів, онкологів, мамологів. Біль у грудних залозах, згідно з думкою провідних фахівців, хоча б раз у житті відзначали майже 70% жінок, а близько 11% жінок відчувають помірну або сильно виражену масталгію не менше 5 днів щомісяця. Необхідно пам'ятати, що в окремих випадках біль у грудній залозі може бути початковим симптомом розвитку РГЗ!

Відповідно до сучасної класифікації розрізняють циклічний біль у грудних залозах (2/3 випадків) і нециклічний (1/3 випадків), який буває істинно грудним болем і болем, не пов'язаним безпосередньо з грудними залозами.

Циклічний біль у грудних залозах виникає до періоду менопаузи; середній вік – 34 роки. Це найбільш поширений тип болю, який пов'язаний з менструальним циклом, особливо з періодом овуляції. Тривалість – не менше тижня для кожного циклу. Інтенсивність болю > 4 балів згідно з результатами візуальної аналогової шкали зникає після менструації (або періоду менопаузи).

Циклічний біль у грудних залозах (масталгія) пов'язують з більш гострими проявами передменструального синдрому і підвищеною вразливістю грудних залоз. Доказів того, що циклічна масталгія може означати підвищену схильність до виникнення РГЗ, мало: ризик підвищується зі збільшенням тривалості циклічної масталгії! Крім того, у жінок, які страждають від болю у грудних залозах, відзначають підвищену тривожність, схильність до депресії.

Стан грудних залоз оцінюють, перш за все, за допомогою рентгенівської та ультразвукової мамографії. У разі відхилень, виявлених під час фізичного огляду, дослідження може також включати пункцію (за наявності пухлинного утворення) і визначення рівня гормонів (пролактину, естрогенів, прогестерону, гормонів щитоподібної залози).

Нециклічний біль у грудній залозі не збігається зі звичайним менструальним циклом, з'являється як у перед- так і постклімактеричний період, часто є одностороннім. Для цього виду болю характерно те, що він локалізується переважно у субареолярному або верхньому зовнішньому квадранті, вузлові ущільнення при ньому менш помітні. Нециклічний біль у грудній залозі ділять на дві основні групи – істинно грудний біль і біль, не пов'язаний безпосередньо з грудними залозами.

Істинно грудний біль з'являється при вагітності, маститах, тромбофлебії поверхневих вен в області грудних залоз – хвороба Мондора (зазвичай внаслідок травми). Істинно грудний біль можуть спричинювати великі кісти або скупчення невеликих кіст, великі обвислі груди і розтягнення зв'язок Купера, екстазія молочних протоків, жировий некроз внаслідок травми, запальний РГЗ.

Істинно грудний біль може з'являтися після хірургічного втручання з приводу мастектомії, реконструкції за допомогою імплантів, косметичної операції зі збільшення грудей і при травмі грудних залоз (8–10%). Слід наголосити на необхідності ретельного комплексного дослідження, у тому числі променевого, перед усіма видами хірургічного втручання. Халатність у цьому питанні недопустима і призводить до незворотних наслідків.

У всіх випадках масталгія може спричинювати порушення нормальної активності: як сексуальної (48%), так і фізичної (37%) і соціальної (12%). І – страх виникнення раку.

Під час диференціальної діагностики болю у грудній залозі особливу увагу необхідно приділяти віковим критеріям. Так, у пацієток до 12 років біль може бути зумовлений: коксохондритом – синдромом Тітце (характерний гострий біль у грудній клітці, який загострюється при глибокому диханні і тиску); вживанням нестероїдних протизапальних препаратів (NSAID); пов'язаними патологіями – ревматоїдний артрит, псоріаз; спондилітом. У цій самій категорії пацієток біль у грудній залозі може бути спричинений початком статевого розвитку (телархе).

У пацієток у віковому діапазоні від 12 до 18 років біль у грудній залозі також може бути спричинений коксохондритом, початком статевого дозрівання (характерні асиметричні грудні залози, підліткова гіпертрофія грудних залоз), гінекомастією, фіброаденомою, кістозно-фіброзною мастопатією.

Між 18 і 45 роками біль у грудній залозі може бути спричинений фізіологічними відхиленнями від нормального стану, може бути не пов'язаний з грудними залозами, виникати при гострому передменструальному синдромі, кістозно-фіброзній мастопатії, запаленнях, маститах, абсцесах, після травми, при фіброаденомах і, нарешті, при раку.

У віці 45–65 років біль у грудній залозі частіше спричинюють кістозно-фіброзна мастопатія, РГЗ, передменструальний синдром, синдром передменопаузи, розлади менструального циклу, ановуляторні цикли, гормонозамісна терапія. Може також спостерігатися біль, не пов'язаний з грудними залозами.

Після 65 років біль може спричинювати насамперед РГЗ, інволютивні зміни основних (магістральних) молочних проток, ішемічні зміни, гормонозамісна терапія, травми і може спостерігатися біль, не пов'язаний з грудними залозами.

Лікар, до якого звернулася пацієнтка з масталгією, повинен перш за все виключити рак, потім виключити інфекцію і переконатися у своїй правоті пацієнтку. Необхідно бути наполегливими і постаратися уникнути частих і непотрібних досліджень, якщо раку не виявлено.

Отже, біль у грудних залозах не повинен бути зручним діагнозом для проведення частих рентгенографій, томографій та інших досліджень подібного роду. Необхідно терпляче роз'яснювати результати проведених досліджень, не залякуючи пацієток. У разі сумніву пацієток потрібно направити на подальші дослідження до фахівців-маммологів.

А тепер повернемося до найбільш часто виявляємої проблеми – фіброзно-кістозної мастопатії і пов'язаної з нею масталгії.

Для болю цього виду характерні щільні, рухливі вузли (кісти), які добре пальпуються, а також ознаки і симптоми передменструального синдрому (набухання, головний біль, нудота, спазматичний біль унизу живота).

З першими ознаками мастопатії стикається майже кожна жінка – це напруження і хворобливі відчуття у грудях (масталгія) перед менструацією, що пов'язано із затримкою рідини, зумовленої гормоном прогестероном, кількість якого зростає саме у цей період. Якщо у грудях періодично «тягне» і «ниє», потрібно проконсультуватися із фахівцем. При подальшому розвитку мастопатії біль стає більш інтенсивним, а дрібні ущільнення починають збільшуватися у розмірах. Цю форму мастопатії фахівці називають дифузною. І якщо вчасно звернути увагу на «ниючі» груди і супутні симптоми, то лікування не вимагатиме багато часу і великих зусиль.

Для подолання наведених вище симптомів, а також з метою профілактики розвитку онкологічних захворювань, пацієнткам призначають лікування з урахуванням усього симптомокомплексу. На сьогодні розроблено велику кількість препаратів, що використовують для лікування мастопатії, але, на жаль, не проведено достатньо клінічних досліджень для розроблення найбільш ефективних схем лікування фіброзно-кістозної мастопатії.

Мета дослідження: визначення ефективності препарату Епігалін® Брест у лікуванні фіброзно-кістозної мастопатії у жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 50 жінок із встановленим діагнозом фіброзно-кістозної мастопатії (дифузна кістозна мастопатія). Усі жінки скаржилися на біль та набряк обох грудних залоз за 3–20 днів до початку менструації. Шляхом сліпої рандомізації усі жінки були розподілені на 2 групи. Хворі першої групи вживали препарат Епігалін® Брест по 1 таблетці 2 рази на добу протягом трьох місяців. Хворі другої групи вживали препарат прутняка за затвердженою в інструкції схемою. Хворі обох груп не відрізнялися за віком (від 22 до 48 років, середній вік – 35 років). Усім хворим під час загального обстеження було виконано УЗД грудних залоз, а хворим віком понад 40 років також виконували мамографію. У хворих обох груп були виявлені множинні кісти обох грудних залоз, розмір яких коливався у межах від 3 мм до 22 мм. За середнім розміром кіст групи були зів'язані.

Для оцінювання ефективності лікування в обох групах були визначені три параметри:

1. Біль у грудних залозах, який оцінювали за шкалою від 0 (відсутність болю) до 10 (нестерпний біль).
2. Щільність тканини грудної залози, для визначення якої виконували еластографію (кПа).
3. Середній діаметр кісти.

Оцінювання стану пацієнтки проводили безпосередньо на первинному прийомі до призначення лікування. Після цього пацієнткам призначали лікування залежно від їхньої групи дослідження. Усім пацієнткам призначали повторне УЗД грудних залоз та огляд мамолога через 3 міс лікування. При повторному огляді стан пацієнтки знову оцінювали за трьома параметрами. У разі задовільних результатів лікування подальшу терапію відміняли. Пацієнткам призначали наступний огляд ще через 3 міс, під час якого стан грудних залоз знову оцінювали за трьома параметрами.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними первинного огляду у хворих першої групи було визначено середній ступінь болю, що з'являвся у середньому за 6,5 доби до початку менструації, – 5,4. Середній діаметр кіст складав 6,1 мм, а за даними еластографії щільність тканини грудних залоз складала у середньому 57 кПа.

За даними первинного огляду у хворих другої групи середній ступінь болю, що з'являвся у середньому за 6,2 доби до початку менструації, складав 5,8. Середній діаметр кіст складав 5,9 мм, а за даними еластографії щільність тканини грудних залоз складала у середньому 55 кПа.

Хворим першої групи призначали препарат Епігалін® Брест по 1 таблетці 2 рази на добу протягом трьох місяців; хворим другої групи – препарат прутняка за затвердженою в інструкції схемою.

Через 3 міс лікування знову було оцінено стан пацієнток. У першій групі виявлено значний позитивний ефект. За даними огляду у хворих першої групи було визначено зниження середнього ступеня болю на 4 одиниці – він склав 1,4, а середня тривалість болю до початку менструації знизилася на 4 доби і складала у середньому 1,5 доби. Середній діаметр кіст зменшився до 2,1 мм, а у 68% пацієнток відзначено повну відсутність кістозних елементів у грудних залозах. За даними еластографії щільність тканини грудних залоз суттєво знизилася та складала у середньому 25 кПа, що значно зменшує ризик виникнення пухлин грудної залози.

У хворих другої групи середній ступінь болю знизився, але не так суттєво, та склав 3,8; тривалість болю до початку менструації у середньому скоротилася на 2 доби та складала 4,5 доби. Середній діаметр кіст зменшився на 1,5 мм та склав 4,4 мм а за даними еластографії щільність тканини грудних залоз складала у середньому 35 кПа.

Наступний контрольний огляд був призначений ще через 3 міс.

Современный взгляд на лечение больных фиброзно-кистозной мастопатии И.И. Смоленка, А.Д. Лобода

Цель исследования: определение эффективности препарата Эпигалин® Брест в лечении фиброзно-кистозной мастопатии у женщин.

Материалы и методы. В исследование включены 50 женщин с установленным диагнозом фиброзно-кистозной мастопатии (диффузная кистозная мастопатия). Все женщины жаловались на боль и отек обеих грудных желез за 3–20 дней до начала менструации. Путем слепой рандомизации все женщины были разделены на 2 группы. Больные первой группы принимали препарат Эпигалин® Брест по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение трех месяцев. Больные второй группы употребляли препарат прутняка по утвержденной в инструкции схеме. Больные обеих групп не отличались по возрасту (от 22 до 48 лет, средний возраст – 35 лет). Всем больным во время общего обследования было выполнено УЗИ грудных желез, а больным старше 40 лет также выполняли маммографию. У больных обеих групп были обнаружены множественные кисты обеих грудных желез, размер которых колебался в пределах от 3 мм до 22 мм. По среднему размеру кист группы были сопоставимы. Для оценки эффективности лечения в обеих группах были определены три параметра:

1. Боль в грудных железах, которую оценивали по шкале от 0 (отсутствие боли) до 10 (невыносимая боль).
2. Плотность ткани грудной железы, для определения которой выполняли эластографию (кПа).
3. Средний диаметр кисты.

Результаты. По результатам исследования в первой группе выявлено реализацию положительного эффекта препарата Эпигалин® Брест. У больных данной группы было отмечено снижение средней степени боли, то есть пациентки практически не чувствовали боли перед менструацией, полное отсутствие кистозных элементов в грудных железах было обнаружено у 90% пациенток. Ни одна пациентка не отметила ухудшения состояния грудных желез за время наблюдения.

У больных второй группы средняя степень боли не изменилась, но 10% пациенток отметили усиление болевого синдрома после прекращения приема препарата прутняка. У 15% пациенток данной группы снова появились кисты, а их средний диаметр начал увеличиваться. Плотность ткани грудных желез имела тенденцию к увеличению.

За даними цього огляду у першій групі виявлено подальшу реалізацію позитивного ефекту препарату Епігалін® Брест. У хворих першої групи було відзначено зниження середнього ступеня болю – ще на 0,5 одиниці, він склав 0,9, тобто пацієнтки практично не відчували болю перед менструацією. Середній діаметр кіст залишився без змін, але повну відсутність кістозних елементів у грудних залозах було виявлено у 90% пацієнток першої групи. За даними еластографії щільність тканини грудних залоз ще незначно знизилася та складала у середньому 22 кПа. Жодна пацієнтка не відзначила погіршення стану грудних залоз за час спостереження.

У хворих другої групи середній ступінь болю не змінився, але 10% пацієнток відзначили посилення болювого синдрому після припинення вживання препарату прутняка. У 15% пацієнток даної групи знову з'явилися кисти, а їхній середній діаметр почав збільшуватись і досяг 5,5 мм. Щільність тканини грудних залоз за даними еластографії мала тенденцію до збільшення та складала в середньому 40 кПа.

ВИСНОВКИ

1. Комплексний рослинний препарат Епігалін® Брест є ефективним засобом у лікуванні мастопатії. У разі регулярного вживання Епігалін® Брест зменшує на 68% наявність кістозного компонента у жінок з мастопатією.

2. Епігалін® Брест за регулярного вживання зменшує на 32 кПа щільність тканини грудної залози за даними еластографії, реалізуючи функцію онкопротектора.

3. Епігалін® Брест значно знижує болювий синдром перед менструацією, чим суттєво покращує якість життя жінок.

Заключение. 1. Комплексный растительный препарат Эпигалин Брест является эффективным средством в лечении мастопатии. В случае регулярного употребления Эпигалин® Брест уменьшает на 68% наличие кистозного компонента у женщин с мастопатией.

2. Эпигалин® Брест при регулярном употреблении уменьшает плотность ткани грудной железы, реализует функцию онкопротектора.

3. Эпигалин® Брест значительно снижает болевой синдром перед менструацией, чем существенно улучшает качество жизни женщин.

Ключевые слова: мастопатия, боль, грудная железа, лечение, Эпигалин® Брест.

Modern view on treatment of patients with fibrocystic mastopathy I. I. Smolanka, A. D. Loboda

The aim of the study: to determine the effectiveness of the drug Epigalin® Brest in the treatment of fibrocystic breast disease in women.

Materials and methods. The study included 50 women with an established diagnosis of fibrocystic breast disease (diffuse cystic mastopathy). All women complained of pain and swelling of both breast 3-20 days before the start of menstruation. By blind randomization, all women were divided into 2 groups. Patients of the first group used the drug Epigalin® Brest 1 tablet 2 times a day for three months. Patients of the second group used the drug prostrate summer cypress on the approved user scheme. Patients of both groups did not differ in age (from 22 to 48 years, mean age 35 years). All patients during General examination were performed ultrasound of the breast, and patients older than 40 years also performed the mammogram. Patients of both groups were found multiple cysts in both breasts, the size of which ranged from 3 mm to 22 mm. the average size of the cysts groups were comparable.

To assess the effectiveness of treatment in both groups was determined by three parameters:

1. Pain in the Breasts, which were evaluated on a scale from 0 (no pain) to 10 (unbearable pain).
2. Tissue density breast, to determine which was performed by transient elastography (kPa).
3. The average diameter of the cyst.

Results. According to the study in the first group identified the implementation of a positive effect of the drug Apigalin Brest. Patients in this group there was a decrease in the average degree of pain, i.e. the patient almost did not feel pain before menstruation, and the complete absence of cystic elements in the Breasts was detected in 90% of patients. No patient noted the deterioration of the breast during the observation.

Patients of the second group the average degree of pain, but 10% of the patients noted aggravation of pain syndrome after discontinuation of the drug prostrate summer cypress. In 15% of patients in this group appeared again cysts, and their average diameter

began to increase. Tissue density of the breast tended to increase. Conclusion. 1. Complex herbal preparation Epigalin® Brest is effective in the treatment of mastitis. In the case of regular use Apigalin Brest reduce by 68% the presence of cystic component in women with mastopathy.

2. Epigalin® Brest with regular use reduces the density of the tissue of the breast, realizing the function of oncoprotektor.

3. Epigalin® Brest significantly reduces pain before menstruation, which considerably improves the quality of life.

Key words: mastopathy, pain, breast gland, treatment, Epigalin® Brest.

Сведения об авторах

Смоланка Иван Иванович – Научно-исследовательское отделение опухолей грудной железы и ее реконструктивной хирургии Национального института рака, 03022, г. Киев, ул. М. Ломоносова, 33/43. E-mail: iismolanka@gmail.com

Лобода Антон Дмитриевич – Научно-исследовательское отделение опухолей грудной железы и ее реконструктивной хирургии Национального института рака, 03022, г. Киев, ул. М. Ломоносова, 33/43. E-mail: antonloboda@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Dace Baltira Dr.hab.med. Riga East University Hospital «Боль в молочной железе».
2. Dr. Mary Ellen Wewers, Nancy K. Lowe, "Critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena" Article first published online: 19 JAN 2007, <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. Dinah Gould BSc, MPhil, PhD, RGN, RNT, Cert Ed, DipN, Daniel Kelly BSc, MSc, RGN, NDN, Cert Onc, Cert PGCE, RNT, Len Goldstone BA, MSc, FSS, John Gammon BSc, MA(Ed), MPhil, PhD, RGN "Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data INFORMATION POINT: Visual Analogue Scale" Article first published online: 21 DEC 2001 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2001.00525.x/abstract>
4. Stan Grant, PhD, Tom Aitchison, BSc, Esther Henderson, BSc, Jim Christie, BSc, Sharam Zare, PhD, John McMurray, MD and Henry Dargie, MD, "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", <http://chestjournal.chestpubs.org/content/116/5/1208.abstract>
5. Липкевич Олег. Грудь – без проблем! – <http://www.likar.info/health/article-42641-grud-bez-problem>
6. Радзиховская А.А. Все о боли в молочной железе. – <http://www.tiensmed.ru/news/o-boliv-mol-jelez1.html>
7. Красножон Д.А. Боли в молочных железах. – 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», <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 / Учеб. пособ. – Харьков: Новое слово, 2009. – 96 с.
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 / Учеб. пособ. – Харьков: Новое слово, 2009. – 112 с.
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. – Сентябрь 2007. – № 3 (27). – Стр. 39–41.
12. Высоцкая И.В., Летягин В.П., Ким Е.А. Дисгормональные дисплазии молочных желез // Актуальная тема «Маммология». – 2006. – № 2. – Стр. 9–12.

Статья поступила в редакцию 21.07.2016