

# Оптимізація діагностики гіперпластичних процесів у гормонально залежних органах (матка, грудна залоза) на етапах реабілітації репродуктивної функції

О.Д. Дубенко<sup>1</sup>, М.А. Флаксемберг<sup>2</sup>, А.Є. Дубчак<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>Хмельницький перинатальний центр

**Мета дослідження:** вивчення стану грудних залоз (ГЗ) у жінок з лейоміомою матки (ЛМ) на тлі запальних захворювань статевих органів.

**Матеріали та методи.** На першому етапі досліджень проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 246 жінок з безплідністю та ЛМ на тлі запальних захворювань та з супутньою патологією ГЗ, які лікувалися у відділенні планування сім'ї та реабілітації репродуктивної функції ДУ «ШАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМНУ» у 2015–2019 рр. На другому етапі проведено скринінгове ультразвукове обстеження з виявлення патології ГЗ, яке виконували на 6–11-й день менструального циклу.

**Результати.** Вираженість клінічних проявів дисгормональної дисплазії грудної залози (ДДГЗ) залежить від впливу найбільш значущих чинників ризику, які асоціюють із захворюваннями ГЗ: пізній репродуктивний вік, кількість невдало закінчених вагітностей (аборт, викидень), захворювання статевих органів, вік менархе, характер менструального циклу, його порушення та тривалість менструації, термін безплідності та періоду вигодовування, супутня соматична патологія, особливо захворювання печінки, щитоподібної залози, часті стреси та обтяжена спадковість.

**Заключення.** Висока частота поєднання ЛМ та ДДГЗ у жінок з безплідністю свідчить про необхідність своєчасної діагностики та адекватної корекції даної патології як одного із чинників розвитку захворювань ГЗ та найбільш раннього застосування методів реабілітації репродуктивної функції. Це сприятиме підвищенню ефективності лікування безплідності та профілактиці маткової та мамологічної патології.

**Ключові слова:** грудні залози, безплідність, лейоміома матки, запальні захворювання статевих органів, скринінг, чинники ризику.

## Optimization of diagnostic hyperplastic processes in the hormone-sensitive organs (uterus, breast) during reproductive function rehabilitation

O.D. Dubenko, M.A. Flaksemberh, A.Ye. Dubchak

**The objective:** a study of the condition of the mammary glands in women with uterine leiomyoma on the background of inflammatory diseases of the genital organs.

**Materials and methods.** At the first stage of the research, a retrospective analysis of histories of 246 women with infertility and uterine leiomyoma on the background of inflammatory diseases and pathology of mamma glands, who were treated in the department of family planning and rehabilitation of reproductive function of State Institution "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine" named after Academician OM Lukyanova in 2015-2019 was done. In the second stage, a screening ultrasound examination to detect pathology of the breast was performed on the 6th-11th day of the menstrual cycle.

**Results.** The severity of clinical manifestations of dysgynormonal dysplasia of the breast depends on the influence of the most significant risk factors associated with mamma glands diseases: late reproductive age, number of interrupted pregnancies (abortion, miscarriage), genital diseases, age of menarche, the parameters of the menstrual cycle, disorders and duration of menstruations, duration of infertility and lactation, comorbid somatic pathology, especially liver disease, thyroid disease, frequent stress and severe heredity.

**Conclusions.** The high frequency of combination of uterine leiomyoma and dysgynormonal dysplasia of the breast in women with infertility indicates the need for timely diagnosis and adequate correction of this pathology as one of the factors in the development of mamma gland diseases and the earliest use of methods of rehabilitation of reproductive function. This will increase the effectiveness of infertility treatment and prevention of uterine and mammological pathology.

**Keywords:** mamma glands, infertility, uterine leiomyoma, inflammatory diseases of genitals, screening, risk factors.

## Оптимизация диагностики гиперпластических процессов в гормонозависимых органах (матка, грудная железа) на этапах реабилитации репродуктивной функции

О.Д. Дубенко, М.А. Флаксемберг, А.Е. Дубчак

**Цель исследования:** изучение состояния грудных желез (ГЖ) у женщин с лейомиомой матки (ЛМ) на фоне воспалительных заболеваний половых органов.

**Материалы и методы.** На первом этапе исследований проведен ретроспективный анализ историй болезней 246 женщин с бесплодием и ЛМ на фоне воспалительных заболеваний и с сопутствующей патологией ГЖ, которые лечились в

отделении планирования семьи и реабилитации репродуктивной функции ГУ «ИПАГ имени академика А.Н. Лукьяновой НАМНУ» в 2015–2019 гг. На втором этапе проведено скрининговое ультразвуковое обследование по выявлению патологии ГЖ, которое выполняли на 6–11-й день менструального цикла.

**Результаты.** Выраженность клинических проявлений дисгормональной дисплазии грудной железы (ДДГЖ) зависит от влияния наиболее значимых факторов риска, которые ассоциируют с заболеваниями ГЖ: поздний репродуктивный возраст, количество неудачно завершённых беременностей (аборт, выкидыш), заболевания половых органов, возраст менархе, характер менструального цикла, его нарушения и продолжительность менструации, срок бесплодия и периода вскармливания, сопутствующая соматическая патология, особенно заболевания печени, щитовидной железы, частые стрессы и отягощённая наследственность.

**Заключение.** Высокая частота сочетания ЛМ и ДДГЖ у женщин с бесплодием свидетельствует о необходимости своевременной диагностики и адекватной коррекции данной патологии как одного из факторов развития заболеваний ГЖ и наиболее раннего применения методов реабилитации репродуктивной функции. Это будет способствовать повышению эффективности лечения бесплодия и профилактики маточной и маммологической патологии.

**Ключевые слова:** грудные железы, бесплодие, миома матки, воспалительные заболевания половых органов, скрининг, факторы риска.

Актуальність проблеми поєднаних захворювань репродуктивної системи (найбільш поширених «дуєт» — лейоміома матки та захворювання грудних залоз) зумовлена насамперед неухильним зростанням частоти цієї патології у всьому світі. Так, у популяції доброякісні дисплазії грудних залоз (ДДГЗ) виявляють у 30–70 % жінок, а при гінекологічних захворюваннях частота ДДГЗ зростає до 98 % [1, 2]. Ізольованих захворювань грудних залоз (ГЗ) майже не буває: їх діагностують у 76–80,8 % гінекологічних хворих, і навпаки — гінекологічна захворюваність у цього контингенту становить 115 %. Тобто на кожну жінку з хворобами ГЗ припадає більше одного гінекологічного діагнозу [2, 3]. Діагностика та скринінг до і після лікування гінекологічних захворювань у жінок, які належать до групи високого ризику з розвитку ДДГЗ, є дискусійним, як за часом проведення, так і за методологією.

Частота безплідних шлюбів перевищує критичну межу 15 %, за якої виникає соціально-демографічна проблема державного масштабу — депопуляція [1]. Сучасні методи лікування безплідності, засновані на корекції ендокринопатії, здатні порушити менструально-овуляторну функцію яєчників, що зумовлює збільшення ризику виникнення гіперпластичних процесів та можливих нефізіологічних проліферативних процесів в органах жіночої репродуктивної системи. Вони можуть бути результатом ятрогенного гіпергонадотропного стану [1]. Найтяжчі форми дисгормональних ДДГЗ виникають у жінок з гіперпластичними захворюваннями статевих органів (ендометріоз, міома матки, стійка гіперплазія та поліпоз ендометрія) — в ізольованих та поєднаних варіантах, які в останній час визначають як гіперпластичний синдром [2–4].

Ураховуючи викладене вище, ізольоване вивчення мамологічної та гінекологічної патології необхідно вважати стратегічною помилкою. Більшість авторів підкреслює значення комплексного підходу, що включає клінічний, цитологічний, рентгенологічний, ультразвуковий методи обстеження [5, 6]. На сьогодні не існує єдиного раціонального комплексного підходу до ведення пацієнток із захворюваннями статевих органів та ГЗ, хоча в останні роки ведеться пошук подібного алгоритму [7–11]. Раціональним є комплексний підхід, який забезпечує терапію, направлену на всі органи-мішені, що задіяні у патологічному процесі, та

регуляторні системи організму, що забезпечують його гомеостаз [12–14].

Тісний взаємозв'язок патологічних змін в органах репродуктивної системи з патологією ГЗ диктує необхідність розроблення єдиної динамічної системи лікувально-діагностичних заходів щодо цих станів. Вивчення даної проблеми становить безсумнівний інтерес не тільки для наукового загалу, але й для практичної багатогалузевої медицини. Тому є актуальним вивчення особливостей стану ГЗ у жінок з лейоміомою матки (ЛМ) на етапах реабілітації репродуктивної функції (лікування безплідності).

**Мета дослідження:** вивчення стану ГЗ у жінок з ЛМ на тлі запальних захворювань статевих органів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації мети дослідження та визначення клініко-епідеміологічних чинників розвитку патології ГЗ у жінок з ЛМ на тлі запальних захворювань була розроблена програма комплексного клініко-діагностичного обстеження.

На першому етапі досліджень проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 246 жінок з безплідністю та ЛМ на тлі запальних захворювань та супутньої патологією ГЗ, які лікувалися у відділенні планування сім'ї та реабілітації репродуктивної функції ДУ «ИПАГ имени академика О.М. Лук'яновой НАМНУ» у 2015–2019 рр. На другому етапі проведено скринінгове ультразвукове обстеження з виявлення патології ГЗ, яке виконували на 6–11-й день менструального циклу за допомогою ультразвукового апарата «SIEMENS SONO LINK G 40» лінійним датчиком з частотою 7,5 МГц.

Усі обстежені пацієнтки з ЛМ та ДДГЗ залежно від супутніх запальних процесів у статевих органах були розподілені на дві групи:

- 1-а група — жінки з ЛМ на тлі запальних захворювань та ДДГЗ (n=38);
- 2-а група — жінки з ЛМ та ДДГЗ без супутніх запальних захворювань органів малого таза (n=27).

Дослідження у пацієнток проводили за розробленою єдиною програмою, яка включала як гінекологічне, так і мамологічне обстеження з обов'язковим оглядом і мануальним дослідженням ГЗ, під час якого вивчали їхні ступінь розвитку, форму, розміри, стан шкіряних покривів, соска і регіональних лімфатичних вузлів. Визначали наявність виділень із соска з по-

дальшим цитологічним дослідженням. Проводили визначення стану щитоподібної залози.

Із анамнезу життя пацієнок звертали увагу на сімейний анамнез, наявність порушень менструальної та репродуктивної функцій, гінекологічних захворювань та захворювань ГЗ. Під час вивчення стану ГЗ була використана класифікація МКХ-10. Розрізняли доброякісні зміни ГЗ непухлинного походження, а також не пов'язані з пологами: у 60 жінок діагностовано доброякісну дисплазію грудної залози, що включало фіброзно-кістозну мастопатію.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для виконання мети дослідження було проведено спробу узагальнення клініко-анамнестичних даних в обстежених жінок з безплідністю, ЛМ на тлі запальних змін і дисгормональними ДДГЗ та визначення вив'язаних зв'язків між особливостями анамнезу та станом ГЗ. У результаті проведеного ретроспективного аналізу 246 історій хвороб у жінок з ЛМ патологія ГЗ в основному за даними анамнезу була відзначена лише у 31 (12,6 %) жінки. При проведенні активного клінічного мамологічного сонографічного скринінгу всім пацієнткам з безплідністю та ЛМ (n=77, 100 %) патологія ГЗ виявлена у 65 (84,4 %) жінок, що значно частіше, і свідчить про високу частоту поєднаної патології ЛМ з патологією ГЗ та важливу роль активних скринінгових обстежень у даного контингенту жінок.

Середній вік обстежених жінок становив відповідно за групами: 1-а група — 33,7±4,3 року; 2-а група — 34,1±4,6 року. Найбільше, а саме — 23 (35,4 %) обстежені жінки знаходилися у віці від 36 до 40 років. Більше жінок у цій віковій категорії було у 2-й групі. Отримані результати відповідають тенденції останніх років щодо реалізації репродуктивних планів у більш пізньому віці [7].

Головним клінічним проявом ДДГЗ був біль або больові відчуття (масталгія) у ГЗ, які посилювались за декілька днів до менструації і припинялися або зменшувалися після її закінчення. Біль мав різноманітну інтенсивність та характер. Найчастіше він іррадіював у пахову западину, плече, лопатку.

Одним з проявів захворювання був синдром передменструального напруження (мастодинія), так званий передменструальний синдром (ПМС), який виражався у нагубанні залоз, збільшенні кровонаповнення, появі ущільнень у ГЗ у лютеїнову фазу менструального циклу. У 1-й групі його діагностували у 42,1 % хворих, у 2-й групі — у 37 % жінок. Виділення із сосків спостерігалися у 16 (42,1 %) жінок у 1-й і в 11 (40,7 %) пацієнок у 2-й групах. Вони були серозними у 29 (44,6 %) обстежених жінок, молочними (галакторея) — у 31 (47,7 %). Колір виділень — білий та зелений, кров'янисті виділення не спостерігалися. Із особливостей, що визначали при подальших дослідженнях, встановлено, що виділення зеленого кольору переважали у пацієнок з кістозними мастопатіями.

Під час пальпації у 47 (72,3 %) жінок виявляли дифузні форми ДДГЗ, вузлова патологія була верифікована у 18 (27,7 %) жінок — вона була представлена кіс-

тами, фіброаденомами та ліпомами і переважала у жінок 2-ї групи — 9 (33,3 %) проти 9 (23,7 %) у 1-й групі. Вивчення сексуальності анамнезу дозволило встановити, що більша кількість обстежених жінок почали статеве життя у віці 15–18 років (63,1 %). Усі жінки мали регулярні статеві стосунки та майже не запобігали вагітності, позаяк переважна більшість їх лікувалася від безплідності (81,5 %). Більше половини жінок перебували у другому шлюбі (52,3 %). Маса-зростовий індекс становив відповідно за групами 27,4±5,3 та 22,8±2,8.

Слід відзначити, що у 1-й групі жінок поряд із запальними змінами частіше виявляли у якості супутнього діагнозу синдром полікістозних яєчників, який свідчив про метаболічні порушення, що характеризуються як надмірною, так і дефіцитом маси тіла. За соціальним положенням переважна більшість обстежених жінок були службовицями — 86,2 %, решта — домогосподарками — 13,8 %. Кількість жительок різних міст України становила 87,7 %, сільської місцевості — 12,3 %. Переважна частина жінок вели активний професійний спосіб життя, який пов'язаний зі стресовими ситуаціями, як на роботі, так і з відсутністю вагітностей, що є одним із факторів розвитку ДДГЗ [1].

Частота екстрагенітальних інфекційних і алергійних захворювань деякою мірою відображає стан імунної системи. Високий показник інфекційних захворювань впливає на процес становлення центрів регуляції функції репродуктивної системи, що спричинює розлади менструального циклу, репродуктивної функції і розвиток нейроендокринних захворювань. На дитячі інфекційні захворювання, такі, як вітряна віспа, інфекційний паротит, кір, скарлатина, коклюш, хворіли 64,6 % пацієнок.

Під час аналізу соматичної патології у жінок виявлено, що частіше за все фіксували хвороби органів кровообігу (30,8 %), дихання (24,6 %), нирок (18,5 %), органів травлення (23,1 %), які були в основному представлені гепатитом, холециститом. Дані літератури свідчать, що у 25 % жінок з мастопатією спостерігаються хвороби печінки, які відіграють суттєву роль у виникненні патології ГЗ і часто супроводжуються розвитком хронічної гіперестрогенії внаслідок повільної утилізації естрогенів у печінці, що призводить до розвитку гіперпластичних процесів у ГЗ [9, 13, 14].

Достовірної відмінності щодо віку менархе між групами не виявлено. Мінімальний вік менархе спостерігався у 2-й групі — 9 років. За даними деяких авторів, раннє менархе є одним із факторів ризику розвитку ДДГЗ [2]. Характер менструальної функції в обстежених жінок свідчить, що регулярний менструальний цикл був у 57 (87,7 %) жінок, у 24 (36,9 %) спостерігалась дисменорея. У 2 (3,1 %) випадках діагностовано олігоменорею, гіперполіменорею — у 30 (46,2 %) жінок, аномальні маткові кровотечі — у 22 (33,8 %) пацієнок, перед- та постменструальні виділення спостерігалися у 7 (10,7 %) хворих, при чому найчастіше порушення менструального циклу виявляли у жінок 2-ї групи. Під час вивчення особливостей менструального циклу можна передбачити, які гормональні порушення частіше характерні для різних гінекологічних захворювань та прогнозувати зміни у ГЗ на цьому тлі.

Можна виділити низку особливостей мамологічної патології у жінок з ЛМ, які виявлені при проведенні активного ультразвукового клінічного скринінгу. Із 65 пацієнток з ДДГЗ у 47 (72,3 %) обстежених були зафіксовані різноманітні дифузні форми мастопатії, у 14 (21,5 %) — кісти, у 18 (27,7 %) — вузлові форми. За наявності вузлових та рідинних утворень за показаннями мамолога проводили рентгеномаммологічне дослідження (мамографія) та біопсію з гістологічною верифікацією (атипія виявлена в одному випадку, пацієнтка прооперована онкологами). Найчастіше — у 23 (48,9 %) обстежених жінок — визначали дифузну фіброзну мастопатію (ДФМ), по 12 (25,5 %) жінок мали як залозистий компонент (аденоз), так і кістозну форму мастопатії відповідно.

Залежно від поєднання ЛМ із запальними захворюваннями статевих органів виявлені такі особливості патології ГЗ. У жінок 1-ї групи фіксували усі види мастопатії, найчастіше — у 29 (76,3 %) пацієнток — дифузну мастопатію, з переважанням фіброзного компонента — у 14 (48,3 %) жінок. Майже у чверті випадків однаково часто діагностували аденозні (24,1 %) та кістозні (27,6 %) види мастопатії. У 9 (23,7 %) пацієнток 1-ї групи виявлені вузлові форми (в основному фіброаденоми). У жінок 2-ї групи з ЛМ також переважали дифузні зміни — у 18 (68,7 %) жінок, у половини — 9 (50,0 %) — із них констатували фіброзну форму, аденозний компонент дещо переважав над кістозним — 5 (27,8 %) проти 4 (22,2 %) відповідно. У 9 (31,3 %) пацієнток, майже у кожній третій, виявлені вузлові фіброаденоми — найчастіше з усіх обстежених жінок. Залежно від виду мастопатії достовірні відмінності спостерігалися лише при виявленні ізольованих кіст — в 11 (27,7 %) жінок 1-ї групи та при вузлових формах фіброаденом — у 9 (31,3 %) жінок 2-ї групи.

Як видно, в обох групах визначено надзвичайно різноманітну і майже однакою за частотою патологію ГЗ, що пояснюється спільними глибокими патогенетичними механізмами, які не залежать від ініціального чинника [7, 9, 13]. Привертає на себе увагу кількість виявлених незмінених лімфатичних вузлів у майже кожній четвертій пацієнтки — 18 (27,7 %) з достовірним переважанням у 1-й групі — 13 (34,2 %). Це потребує додаткового обстеження та осмислення порівняно з мікробіологічними, імунологічними та цитологічними даними виділень із ГЗ у зв'язку із первинним бактеріальним чинником пошкодження для можливого виділення запального предиктора [2, 3].

У 10 (13 %) обстежених жінок відзначено обтяжену спадковість (пухлини ГЗ у родичів жіночої статі), із них у матерів — у 6 (60,0 %), у бабусь — у 3 (30,0 %), та у 2 (20,0 %) — онкопатологію, як у матері, так і в бабусі (за типом сімейного раку), в одній пацієнтки рак ГЗ був в обох батьків. Заслуговує на увагу те, що у 5 (50,0 %) із них при проведенні генетичного дослідження в жодному випадку не було виявлено мутації генів BRCA-1, 2. У 4 (6,2 %) жінок в сім'ї виявляли інші онкологічні захворювання. Шість (9,2 %) жінок перенесли хірургічне втручання на ГЗ з приводу доброякісної вузлової патології та мамопластики. Цікаво, що 47 (72,3 %) обстежених жінок не мали суб'єктивних скарг з приводу патології ГЗ і лише 14 (21,5 %) виявили її при самообстеженні.

## ВИСНОВКИ

1. У жінок з ЛМ виявлена висока частота поєднаної патології: ДДГЗ діагностовано у 65 (84,2 %) жінок, а патологію щитоподібної залози — у 37 (48,0 %) жінок.

2. Вираженість клінічних проявів ДДГЗ залежить від впливу найбільш значущих чинників ризику, які асоціюють із захворюваннями ГЗ: пізній репродуктивний вік, кількість невдало закінчених вагітностей (аборт, викидень), захворювання статевих органів, вік менархе, характер менструального циклу, його порушення та тривалість менструації, термін безплідності та періоду вигодовування, супутня соматична патологія, особливо захворювання печінки, щитоподібної залози, часті стреси та обтяжена спадковість.

3. В алгоритм обстеження жінок з лейоміомою матки (ЛМ) повинен обов'язково входити активний клінічний сонографічний скринінг ГЗ, консультація мамолога з наступним формуванням груп ризику з розвитку мамологічної патології.

4. При всіх видах лікування жінок з ЛМ (хірургічне, консервативне) реабілітаційні заходи повинні включати засоби лікування та профілактики мамологічної патології з огляду на реалізацію репродуктивних планів пацієнток.

5. Висока частота поєднання ЛМ та ДДГЗ у жінок з безплідністю свідчить про необхідність своєчасної діагностики та адекватної корекції даної патології як одного із чинників розвитку захворювань ГЗ та найбільш раннього застосування методів реабілітації репродуктивної функції. Це сприятиме підвищенню ефективності лікування безплідності та профілактиці маткової та мамологічної патології.

## Відомості про авторів

**Дубенко Ольга Дмитрівна** — ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: (050) 332-28-31. *E-mail:* dubenko.od@gmail.com

**Флаксемберг Майя Аркадіївна** — Хмельницький обласний перинатальний центр, 29000, м. Хмельницький, вул. Пілотська, 1; тел.: (038) 265-76-81. *E-mail:* flakseberg.maja@gmail.com  
orcid.org/0000-0002-7419-0180

**Дубчак Алла Єфремівна** — ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: (050) 970-86-87. *E-mail:* besplodiepag@gmail.com

Informations about authors

**Dubenko Olha D.** — State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named academic O.M. Lukyanova of NAMS of Ukraine», 04050, Kyiv, str. Platona Mayborody, 8; tel.: (050) 332-28-31. *E-mail: dubenko.od@gmail.com*

**Flaksemberh Maiia A.** — Khmelnytskyi Regional Perinatal Center, 29000, Khmelnytskyi, Pilotskaia str. 1; tel.: +38(038) 265-76-81. *E-mail: flakseberg.maja@gmail.com*  
orcid.org/0000-0002-7419-0180

**Dubchak Alla Ye.** — State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named academic O.M. Lukyanova of NAMS of Ukraine», 04050, Kyiv, str. Platona Mayborody, 8; tel.: +38 (050) 970-86-87. *E-mail: besplodiepog@gmail.com*

Сведения об авторах

**Дубенко Ольга Дмитриевна** — ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, Украина, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (050) 332-28-31. *E-mail: dubenko.od@gmail.com*

**Флаксемберг Майя Аркадьевна** — Хмельницкий областной перинатальный центр, 29000, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1; тел.: (038) 265-76-81. *E-mail: flakseberg.maja@gmail.com*  
orcid.org/0000-0002-7419-0180

**Дубчак Алла Ефремовна** — ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (050) 970-86-87. *E-mail: besplodiepog@gmail.com*

ПОСИЛАННЯ

- Kornatska AG, Tatarchuk TF, Dubenko OD, editor. Bezploidnist' ta dobroyakisni zakhvoryuvannya molochnoyi zalozy. Kyiv; 2017. 272 p.
- Costa M, Saldanha P. Risk Reduction Strategies in Breast Cancer Prevention. Eur. J. Breast Health. 2017;13:103-12.
- Dyrstad SW, Yan Y, Fowler AM, Colditz GA. Breast cancer risk associated with benign breast disease: systematic review and meta-analysis. Breast Cancer Res. Treat. 2015;149(3):569-75.
- Bespalov VG, Travina ML. Dobrochestvennyye zaboлевaniya molochnykh zhelez. Fibrozno-kistoznaya bolezn' i risk raka molochnoy zhelezy (obzor literatury). Opukholi zhenskoy reproductivnoy sistemy. 2015;4(11):58-70.
- Dubenko OD. Reabilitatsiya reproductivnoy funktsiyi zhinok z bezplidnistyu ta dobroyakisnymy displaziymy molochnykh zaloz [avtoreferat]. Kiev; 2016. 36 p.
- Polyulyakh OA. Reproduktyvne zdorov'ya zhinok iz poyednanoyu patolohiyeyu matky ta molochnykh zaloz. Semeynaya medytsyna. 2019;2(82):99-102.
- Priymak SG, Zakharuk HM, Shishkovsky IB. Suchasni pidkhody do likuvannya fibrozno-kistoznoyi mastopatiyi u patsiyentok z miomoyu matky. Young Scientist. 2015;5(20):23-7.
- Kornatska AG, Dubenko OD, Gorovenko NG, Rossokha ZI. Henetychni chynnnyky ryzyku rozvytku mastopatii u zhinok z bezplidnistyu. Women's health. 2016;1:187-91.
- Lasachko SA, Umanskaya EU, Skochilas TL, Lasachko PS. Kliniko-laboratornyye osobennosti patsiyentok reproductivnoy vozrasta s displaziyye grudnykh zhelez. Woman's health. 2015; 2: 41-3.
- Castells X, Domingo L, Corominas JM. et al. Breast cancer risk after diagnosis by screening mammography of non-proliferative or proliferative benign breast disease: a study from a population-based screening program. Breast Cancer Res. Treat. 2015;149(1):237-44.
- Chae EY, Cha JH, Kim HJ. Shin Comparison of lesion detection in the transverse and coronal views on automated breast sonography. J. Ultrasound Med. 2015;34(1):125-35.
- American College of Radiology. ACR Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS) [Internet]. — Available from: <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Reporting-and-Data-Systems/Bi-Rads>
- Kasum M, Beketic-Oreskovic L, Peddi PF. et al. Fertility after breast cancer treatment. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2014;173:13-8.
- Smolanka AI. Lecheniye fibrozno-kistoznoy boleznii — put' profilaktiki raka molochnoy zhelezy. Reproductivnaya endokrinologiya. 2015; 2 (22): 65-9.

Стаття надійшла до редакції 27.04.2021. — Дата першого рішення 04.05.2021. — Стаття подана до друку 08.07.2021