

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2026.3.82>

Выбор метода лечения кист молочных желез

М.О. Русецкая¹, В.Л. Кожар², М.А. Аль Юсеф¹

¹ООО «Медикал Он Груп – Балашиха», г. Балашиха, Российская Федерация

²Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2026. – Том 25, №3. – С. 82-87.

Choosing a treatment method for breast cysts

M.O. Rusetskaya¹, V.L. Kozhar², M.A. Al Youssef¹

¹LLC Medical On Group – Balashikha, Balashikha, Russian Federation

²Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2026;25(3):82-87.

Резюме.

Цель исследования – проанализировать результаты различных методов лечения кист молочной железы и определить оптимальную тактику ведения пациенток.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 284 пациенток с фиброзно-кистозной мастопатией в ООО «Медикал Он Групп-Балашиха» (РФ) и УЗ «Витебский областной клинический диспансер» (РБ). Проанализированы клинические, лабораторные, инструментальные данные, эффективность консервативного, оперативного и комбинированного методов лечения кист молочных желез.

Результаты. Установлено, что комплексный подход в лечении фиброзно-кистозной мастопатии является оптимальным. Консервативная терапия эффективна при тонкостенных кистах размером до 1 мм. Сочетание консервативной терапии с пункцией образования является методом выбора при кистах размером 1-2 см и толщиной стенки до 1 мм. При этом доказана эффективность склеротерапии. Секторальная резекция молочной железы предпочтительна для лечения хронических кист молочной железы. Лазерная вапоризация кист не имеет преимуществ перед другими методами лечения. Заключение. Применение комплексной терапии позволяет добиться наиболее полного эффекта в лечении кистозной мастопатии. Пункция и введение склерозанта в полость кисты – наиболее эффективный метод лечения тонкостенных образований с толщиной стенки около 1 мм.

Ключевые слова: киста молочной железы, пункция кисты, консервативная терапия, склерозирующая терапия, оперативное лечение.

Abstract.

Objectives. To analyze the results of various methods of treating breast cysts and determine the optimal tactics for patients' management.

Material and Methods. The treatment outcomes of 284 patients with fibrocystic breast disease were studied at Medical On Group-Balashikha (Russian Federation) and Vitebsk Regional Clinical Dispensary (Republic of Belarus). Clinical, laboratory, and instrumental data were analyzed, as well as the effectiveness of conservative, surgical, and combined treatment methods for breast cysts.

Results. A comprehensive approach to treating fibrocystic breast disease has been established to be optimal. Conservative therapy is effective for thin-walled cysts up to 1 mm in size. A combination of conservative therapy and puncture of the cyst is the treatment of choice for cysts 1-2 cm in size and with a wall thickness of up to 1 mm. Sclerotherapy has also been proven to be effective. Sectoral mammary resection is preferred for the treatment of chronic breast cysts. Laser vaporization of cysts has no advantages over other treatment methods.

Conclusions. Combination therapy allows for the most complete treatment of cystic mastopathy. Puncture and injection of a sclerosant into the cyst cavity is the most effective treatment for thin-walled lesions with the wall thickness of approximately 1 mm.

Keywords: breast cyst, cyst puncture, conservative therapy, sclerotherapy, surgical treatment.

Введение

Фиброзно-кистозная мастопатия – распространенная патология полифакторной этиологии, которая может значительно снижать качество жизни пациенток, а в ряде случаев (3-25%) приводить к малигнизации. Малигнизация сложных кист и образований с пристеночным компонентом достигает 35% [1].

По литературным данным кисты молочных желез выявляются у 60-70% пациенток с мастопатией [2, 3, 4]. Выявлению кист в молочных железах способствует проведение скрининга. Во многих странах скрининг на рак молочной железы обязателен для определенных возрастных категорий. Параллельно выявляется и другая узловатая патология, в том числе кисты. Как правило, для уточнения диагноза требуется дополнительное ультразвуковое исследование.

В некоторых странах кистозная мастопатия считается вариантом нормы, врачи не проводят терапию и не наблюдают пациенток, назначая лишь нестероидные противовоспалительные препараты, что в свою очередь усугубляет течение нозологии и способствует увеличению роста заболеваемости раком молочной железы [1].

Ранее пациентки с мастопатией консультировались врачами смежных специальностей: гинеколог, хирург, онколог. Ни у одного из специалистов пациентки не получали всестороннего обследования и лечения, отсутствовал принцип преемственности.

Чаще всего гинеколог выявлял кисты, хирурги пунктировали, выполняли секторальную резекцию, онкологи включались на этапе малигнизации и проводили дальнейшую специфическую терапию.

Появление отдельной специальности «маммолог» позволяет систематизировать знания об этиологии, патогенезе и оптимальной тактике ведения мастопатии, замыкает круг обследования, лечения и постоянного наблюдения пациенток одним специалистом.

Появление расширения протоков, переход тонкостенных кист в хронические, увеличение количества образований и их объема, инфицирование содержимого кист ставят вопрос о необходимости консультации маммолога и уточнении дальнейшей тактики ведения.

Основными направлениями в лечении фиброзно-кистозной мастопатии являются: консервативная терапия, малоинвазивные методики

– пункция кист с или без введения склерозанта, оперативное лечение – секторальная резекция молочной железы с образованием [5, 6]. Тем не менее, рецидив заболевания после пункции, в том числе со склерозированием, достигает 25-40% [5, 6].

Цель работы – проанализировать результаты методов лечения кист молочной железы и определить оптимальную тактику ведения пациенток.

Материал и методы

Пролечено 284 пациентки с фиброзно-кистозной мастопатией в ООО «Медикал Он Груп-Балашиха» (РФ) и УЗ «Витебский областной онкологический диспансер» (РБ) с января 2022 г. по август 2025 г.

Проанализированы клинические, лабораторные, инструментальные данные, эффективность консервативного, оперативного и комбинированного методов лечения кист молочных желез.

В инструментальном обследовании пациенток опирались на данные ультразвуковой диагностики, маммографии и/или магнитно-резонансной томографии) МРТ молочных желез с контрастированием и без.

Маммографию или МРТ молочных желез, ультразвуковое исследование (УЗИ) выполняли всем пациенткам на первом этапе обследования на 5-12 день цикла у менструирующих пациенток, затем контролировали динамику лечения с помощью УЗИ.

Всем пациенткам назначена консервативная терапия. Комбинированная (малоинвазивные или оперативные вмешательства в сочетании с приемом медикаментов) терапия определялась по показаниям при необходимости.

Пунктировано под контролем УЗИ всего 193 пациентки. У 107 пациенток выявлены «свежие» тонкостенные кисты. У 177 – хронические кисты размером от 0,5 до 7,0 см. С напряженными инфицированными кистами обратилось 11 пациенток (4 из них впоследствии оперированы).

Лазерная вапоризация хронических кист под контролем УЗИ выполнена 2 пациенткам.

Секторальная резекция молочной железы по поводу хронических кист больших размеров и кластерных кист выполнена 33 пациенткам.

Возраст пациенток варьировал от 18 до 75 лет. В исследовании принимали участие пациентки с ожирением, дисменореей, артериальной гипертензией, аутоиммунным тиреоидитом (АИТ)

Таблица 1 – Сопутствующая патология у пациенток с фиброзно-кистозной мастопатией

Сопутствующее заболевание	Количество пациенток
Ожирение	103
Дисменорея	37
Артериальная гипертензия	59
Аденомиоз	204
Миома матки	198
Гиперпролактинемия	16
Гипотиреоз на фоне АИТ	25
Аутоиммунный тиреоидит без гипотиреоза	127
Хронические заболевания ЛОР-органов	228
Сочетание нескольких заболеваний	69

с гипотиреозом и без нарушения гормональной функции органа, аденомиозом, миомой матки, хроническим гайморитом, тонзиллитом, гиперпролактинемией (табл. 1).

Выбор тактики лечения пациенток основан на размере образований, толщине стенки кисты, сроках, прошедших с момента установления диагноза и наличия воспалительного процесса [5, 6].

У пациенток с сопутствующей патологией к терапии привлечены гинеколог, эндокринолог, ЛОР-врач, невролог/психоневролог.

Пациенткам с кистами до 1,0 см назначена только консервативная терапия (основная линия) индолкарбинол (ИЗС) 200 мг 2 раза в сутки (с января 2022 г. по июнь 2023 г.), 3,3-дииндолилметан (ДИМ) (с июня 2023 г. по август 2025 г.) по схеме 300 мг 1 раз в сутки с жирной пищей 3-6 месяцев [1].

Также в схему лечения включали экстракт плодов прутняка обыкновенного, полиненасыщенные жирные кислоты, витамины и микроэлементы на 3-6 месяцев. Длительность консервативной терапии зависела от клинической и ультразвуковой картины.

Подбор препарата основной линии для консервативной терапии осуществляли на основании сбора анамнеза, исследования гинекологического гормонального профиля (эстрадиол, ФСГ, ЛГ, пролактин на 3-5 день цикла, прогестерон на 22-23 д.ц., ТТГ, Т3, Т4, антител к пероксидазе) у менструирующих пациенток, не принимавших контрацептивы [1-4].

Исследование гормонального профиля только щитовидной железы проведено у пациенток в менопаузе и при приеме оральных контрацептивов. Дополнительные критерии выбора препарата – аллергоанамнез.

Пациенткам с размером образования более 10 мм и толщиной стенки до 1 мм выполнена

пункция образования молочной железы под контролем УЗИ с последующим назначением курса консервативной терапии.

Пациенткам с впервые выявленными хроническими кистами (образования размером от 1 см до 2 см с плотной стенкой – толщина 2 мм по данным УЗИ) выполнена пункция и склерозирование полости 1% раствором Лауромакрогола 400* [5, 6].

При рецидивах хронических кист после склеротерапии и при наличии образований, толщина стенки которых по данным УЗИ составляла 3 мм и более, – проведена секторальная резекция.

Двум пациенткам выполнена лазерная вапоризация кист.

Оценка результатов лечения основана на заключении УЗИ и самочувствии пациенток. Обработка данных проведена в программе Statistika 13.3, с определением критерия Манна-Уитни ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Изучение гормонального профиля пациенток и данные обследования смежных специалистов показали, что эндокринные нарушения (заболевания половой системы и/или щитовидной железы) выявлены у 16%. Хронические воспалительные заболевания: гаймориты, тонзиллиты, риниты отмечали 5% пациенток. Около 79% пациенток отмечали повышенную эмоциональную лабильность и наличие хронического стресса. В литературе это состояние описывается как синдром мегаполиса [7, 8]. Появление патологических изменений в ткани молочной железы запускают дисгормональные изменения, причиной которых являются гинекологическая патология, заболевания щитовидной железы (в т.ч. аутоиммунные),

хронический стресс, хронические воспалительные заболевания.

Оценивали результаты лечения, опираясь на самочувствие пациенток, клинические и инструментальные данные.

При анализе динамики УЗ исследования молочных желез контролировали ширину протоков, наличие зон аденоза, размеры и количество кист, болевой синдром в покое и при надавливании датчиком на молочную железу. После курса консервативной терапии у 83% пациенток отмечена нормализация или значительное уменьшение ширины протоков, уменьшение размеров и количества кист вплоть до полной нормализации экоструктуры молочной железы, уменьшение и исчезновение зон аденоза. Динамика симптомов фиброзно-кистозной мастопатии (боли, нагрубание молочных желез, тяжесть, чувствительность сосков, кистозный процесс) после курса консервативной терапии отражена в таблице 2.

Отсутствие эффекта консервативной или комбинированной терапии связано с невыявленным эндокринным или хроническим воспалительным заболеванием, заменой препарата, продуктами питания со сходным химическим составом (например, замена 3,3-дииндолилметан (ДИМ) и индолкарбинол на соцветия брокколи), неправильная дозировка или режим приема препарата.

Пункция кист молочных желез под контролем УЗИ выполнена 193 пациенткам. Рецидив кист отмечен у 38 (20%) пациенток.

Рецидив кисты после простой пункции или пункции со склеротерапией, лазерной вапоризации кисты зависит от толщины стенки образования и фиброзного процесса в железистой ткани,

от сроков, прошедших с момента начала заболевания. По данным разных авторов рецидив кист после малоинвазивных манипуляций достигает 55% [5, 6].

По нашему мнению, причина рецидива кист после пункции чаще всего связана с толщиной стенки образования и рубцовым процессом вокруг. После манипуляции фиброзная капсула кисты не слипается, а способствует повторной секреции жидкости в полость образования и постепенному восстановлению его архитектоники. Рубцовый процесс не дает слипнуться стенкам кисты, а как бы растягивает их, способствуя накоплению содержимого.

Одиночные хронические кисты больших размеров (от 2 см) удалены путем секторальной резекции. В дальнейшем при контрольном УЗ исследовании рецидива и прогрессирования процесса не выявлено.

У двух пациенток предпринята попытка лазерной вапоризации крупных множественных хронических кист молочных желез. Под контролем УЗИ прокалывали стенку кисты и световодом обрабатывали образование изнутри.

На контрольном УЗ исследовании через 3 месяца размер образований составлял 60% от первоначального. В дальнейшем вышеописанную методику лечения хронических кист молочных желез не использовали по причине недостаточной эффективности. В результате исследования установлено, что комплексный подход в лечении фиброзно-кистозной мастопатии является оптимальным.

1. Начало терапии на ранних сроках появления мастопатии позволяет купировать процесс кистообразования без инвазивных методов.

Таблица 2 – Динамика проявления симптомов фиброзно-кистозной мастопатии до и после консервативной терапии

Симптомы	Количество пациенток с жалобами до курса терапии	% соотношение до курса терапии	Количество пациенток с положительной динамикой после курса терапии	% соотношение после курса терапии
Тяжесть в молочных железах	260	91	222	78
Чувствительность сосков	208	73	186	65
Боль/дискомфорт	273	96	222	78
Нагрубание молочных желез	259	91	201	71
Положительная УЗИ динамика	-	-	236	83

2. Только консервативная терапия эффективна в случаях с тонкостенными кистами размером до 1 см.

3. Сочетание консервативной терапии и пункции образования – метод выбора для тонкостенных кист размером от 1 см до 2 см с толщиной стенки до 1 мм.

4. Склеротерапия эффективна при пункции тонкостенных кист (толщина стенки не более 1 мм) размером от 1 до 2 см на фоне консервативной терапии.

5. Комбинация консервативной терапии и секторальной резекции молочной железы предпочтительна для лечения хронических кист.

6. Лазерная вапоризация кист молочных желез эффективна в лечении тонкостенных образований. Однако стоимость оборудования, необходимость использования операционной и результат манипуляции, сравнимый с эффективностью пункции кисты, делает выбор данного метода лечения фиброзно-кистозной мастопатии нерациональным.

Лечение только инвазивными методами (пункция, секторальная резекция) без консервативной терапии и выявления причины заболевания не позволяет купировать или устранить процесс кистообразования, так как у основного количества пациенток имеются дисгормональные изменения, связанные с эндокринными заболеваниями или хроническими стрессами.

Заключение

1. Применение комплексной терапии позволяет добиться наиболее полного эффекта в лечении мастопатии.

References

1. Muzheynek EL, Kiseleva VI, Rozhkova NI, Ashrafyan LA. Between mastopathy and breast cancer: risk factors and pathogenetic treatment. Moscow, RF: GEOTAR-Media; 2024. 336 p. (In Russ.).
2. Petrov YuA, Tarasova AY, Palieva NV, Bibyaeva EYu. Psychological and gynecological health of women with benign breast diseases. *Glavnyi Vrach Yuga Rossii*. 2025;(1):31-33. (In Russ.).
3. Kononenko TS, Karakhalis LY, Penzhoyan GA. Breast dysplasia in the gynecology practice. *Akusherstvo i Ginekologiya: Novosti, Mneniya, Obucheniye*. 2025;13(1):123-130. (In Russ.). doi: 10.33029/2303-9698-2025-13-1-123-130
4. Kogan IYu, Musina EV. Mastopathy in gynecological

2. Пункция – эффективный способ лечения кист с тонкой стенкой (до 1 мм).

3. Секторальная резекция – оптимальный способ для лечения хронических кист больших размеров.

Литература

1. Между мастопатией и раком молочной железы: факторы риска и патогенетическое лечение / Е. Л. Мужейнек, В. И. Киселева, Н. И. Рожкова, Л. А. Ашрафян. Москва : GEOTAR-Media, 2024. 336 с.
2. Психологическое и гинекологическое здоровье женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез / Ю. А. Петров, А. Ю. Тарасова, Н. В. Палиева, Е. Ю. Бибяева // *Главный врач юга России*. 2025. № 1. С. 31–33.
3. Кононенко, Т. С. Дисплазия молочных желез в практике гинеколога / Т. С. Кононенко, Л. Ю. Карахалис, Г. А. Пенжоян // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2025. Т. 13, № 1. С. 123–130. DOI: 10.33029/2303-9698-2025-13-1-123-130
4. Коган, И. Ю. Мастопатия в гинекологической практике : рук. для врачей / И. Ю. Коган, Е. В. Мусина. Москва : GEOTAR-Media, 2021. 303 с. DOI: 10.33029/9704-6225-6-MAS-2021-1-304
5. Арабачян, М. И. Эволюция методов лечения кистозной мастопатии / М. И. Арабачян, В. И. Соловьев, А. В. Боруков // *Вестник Смоленский государственной медицинской академии*, 2018. Т. 17, № 4. С. 151–156.
6. Арабачян, М. И. Малоинвазивные технологии в лечении кистозной формы мастопатии под ультразвуковой навигацией / М. И. Арабачян, В. И. Соловьев, А. В. Боруков // *Research'n practical medicine journal*. 2019. Т. 6, спецвып. С. 46.
7. Тищенко, М. Г. Синдром мегаполиса. Актуальность в настоящее время / М. Г. Тищенко // *Scientist*. 2022. № 4. С.181–184.
8. Андреева, Е. Н. Нерегулярный менструальный цикл у женщин репродуктивного возраста как часть синдрома мегаполиса / Е. Н. Андреева, Е. В. Шереметьева // *Гинекология*. 2020. Т. 22, № 6. С. 6–10.

Поступила 09.03.2026 г.

Принята в печать 19.06.2026 г.

- practice: ruk dlya vrachei. Moscow, RF: GEOTAR-Media; 2021. 303 p. (In Russ.). doi: 10.33029/9704-6225-6-MAS-2021-1-304
5. Arabachyan MI, Solovyev VI, Borsukov AV. The evolution of cystic mastopathy treatment. *Vestnik Smolenskii Gosudarstvennoi Meditsinskoi Akademii*. 2018;17(4):151-156. (In Russ.).
6. Arabachyan MI, Solovyev VI, Borsukov AV. Minimally invasive technologies in the treatment of cystic mastopathy under ultrasound navigation. *Research'n Ppractical Medicine Journal*. 2019;6(spetsvyp):46. (In Russ.).
7. Tishchenko MG. Megalopolis syndrome. Current relevance. *Scientist*. 2022;(4):181-184. (In Russ.).
8. Andreeva EN, Sheremetyeva EV. Irregular menstrual cycle in women of reproductive age as part of metropolitian syndrome. *Ginekologiya*. 2020;22(6):6-10. (In Russ.).

Submitted 09.03.2026

Accepted 19.06.2026

Сведения об авторах:

Русецкая Марина Олеговна – к.м.н., врач-маммолог, ООО «Медикал Он Груп-Балашиха», г. Балашиха, Российская Федерация, e-mail: marinaarusebka@gmail.com;

В.Л. Кожар – к.м.н., доцент кафедры онкологии с курсом ФПК и ПК, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;

М.А. Аль Юсеф – врач-онколог, ООО «Медикал Он Груп-Балашиха», г. Балашиха, Российская Федерация.

Information about authors:

Marina O. Rusetskaya – Candidate of Medical Sciences, mammologist, LLC Medical On Group – Balashikha, Russian Federation, e-mail: marinaarusebka@gmail.com;

V.L. Kozhar – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Chair of Oncology with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University;

M.A. Al Youssef – oncologist, LLC Medical On Group – Balashikha, Russian Federation.