

Сучасні підходи до лікування мастопатії у пацієнток репродуктивного віку

А.А. Суханова^{1,2}, Ю.М. Мельник², О.О. Карлова^{2,3}

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини

³Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: вивчення ефективності і безпечності використання Мастофеміну під час лікування різних форм мастопатії у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 62 жінки репродуктивного віку (середній вік – 33,5±2,3 року), що проходили обстеження у Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини. Жінки були розподілені на 2 групи. До складу першої (основної) групи входили 32 пацієнтки, які отримували запропоноване нами лікування з використанням фітопрепарату Мастофемін по 1 капсулі 2 рази на добу протягом 3 міс; 30 пацієнток другої (контрольної) групи знаходилися під динамічним спостереженням і не отримували лікування. Означені групи були репрезентативні та однорідні за віком, клінічними проявами захворювання та сонографічними характеристиками.

Загальноклінічний метод включав оцінювання скарг пацієнток, даних анамнезу, наявність супутньої гінекологічної патології, огляд, пальпацію лімфатичних вузлів та молочних залоз і отримання виділень із сосків для проведення цитологічного дослідження, яке дозволяло виключити із дослідження жінок із підозрою на малигнізацію процесу. Усім пацієнткам проводили ультразвукове обстеження молочних залоз. Огляд доповнювали вагінальним гінекологічним обстеженням і УЗД органів малого таза для оцінювання стану матки та її придатків, діагностики гінекологічних захворювань.

Результати. Підсумовуючи отримані у ході цього дослідження результати, слід підкреслити позитивний довготривалий ефект при застосуванні Мастофеміну для лікування проліферативних змін молочних залоз у жінок репродуктивного віку. Це проявляється зменшенням інтенсивності клінічних ознак мастопатії, що співпадає з результатами сонографічного контролю. Установлена позитивна динаміка під час лікування кістозної мастопатії, дуктектазії та при поєднанні кістозної мастопатії з дуктектазією.

У контрольній групі пацієнток за наведений період спостереження (6 міс) суттєвих змін в клінічних ознаках мастопатії та сонографічних характеристиках захворювання не виявлено. Регрес захворювання не відбувся в жодній з пацієнток, у 2 пацієнток підвищена чутливість молочних залоз через 6 міс перейшла в болісні відчуття. Сонографічні характеристики мастопатії за період спостереження залишилися незмінними.

Отже, використання Мастофеміну спрямоване як на патогенетичне лікування мастопатії, так і на профілактику РМЗ.

Заключення. Застосування Мастофеміну при ліванні мастопатії у жінок репродуктивного віку значно покращує клінічний стан пацієнток, зменшує суб'єктивні та об'єктивні симптоми захворювання.

Позитивний ефект від лікування Мастофеміном доведений у випадку лікування наступних сонографічних форм мастопатії: кістозна мастопатія; кістозна мастопатія, поєднана з дуктектазією.

Мастофемін може бути препаратом вибору для комплексної консервативної монотерапії у жінок репродуктивного віку з проліферативними змінами молочних залоз, а також може використовуватись у складі комплексного лікування у пацієнток з дифузними змінами молочних залоз при їхньому поєднанні з гіперпластичними процесами міометрія та ендометрія.

Ключові слова: мастопатія, молочна залоза, фітотерапія, фітопрепарати, Мастофемін.

Питання патогенезу, діагностики та лікування дисгормональних захворювань молочних залоз в останні роки набуває все більшої актуальності. Це пов'язано зі стійкою тенденцією до росту як доброякісних, так і злоякісних новоутворень. Більше 50% злоякісних новоутворень органів репродуктивної системи жінки складає рак молочної залози (РМЗ) [23]. Невтішна статистика захворюваності та смертності жіночої частини населення від пухлинних захворювань свідчить про те, що проблема РМЗ в світі та в нашій країні стає останнім часом не тільки медичною, а й соціально значущою [2, 10, 14, 23].

Мастопатія як самостійна нозологічна одиниця була означена в кінці XIX століття. Майже 100 років це захворювання розглядалося як етап, передуючий виникненню РМЗ. Сьогодні погляди на мастопатію зазнали суттєвих змін. Передракові зміни виявляють лише у частини жінок з мастопатією. Проте не слід недооцінювати роль мастопатії у розвитку РМЗ. У країнах з високим рівнем захворюваності на РМЗ висока поширеність і мастопатії; у країнах з низьким рівнем – значно рідше у жінок виявляють і мастопатію. Неухильне зростання захворюваності на РМЗ у XX столітті супроводжувалося паралельним ростом поширеності мастопатії [13].

Мастопатія є найбільш поширеною формою захворювань молочних залоз у жінок репродуктивного віку. Це захворювання діагностують у 20–60% жінок у загальній популяції, а в групі жінок із гінекологічними захворюваннями частота мастопатії зростає до 95%. За даними літератури, доброякісні захворювання молочних залоз діагностують у кожної четвертої пацієнтки у віці до 30 років і у 60% пацієнток у віці після 40 років [13]. Незважаючи на те що мастопатія не є облігатним передраком, частота виникнення раку у даній групі пацієнток у 3–5 разів вище, ніж у загальній популяції. При проліферативних формах мастопатії ризик розвитку РМЗ зростає у 25–30 разів [24]. Тому своєчасна діагностика та лікування мастопатії надзвичайно важливі.

Морфологічною основою виникнення мастопатії, за визначенням ВООЗ (1984), є порушення співвідношення епітеліального і сполучнотканинного компонентів у комплексі з широким спектром проліферативних і регресивних змін тканин молочної залози і формуванням змін фіброзного, кістозного і проліферативного характеру. Поліетіологічний генез формування дифузної фіброзно-кістозної мастопатії підкреслює важливу роль таких компонентів, як генетичний, ендокринний та екологічний [1, 24].

Однією з провідних причин доброякісної патології молочної залози є прогестеронодефіцитний стан на тлі абсо-

лютної або відносної гіперестрогенії, що призводить до зміни співвідношення сполучнотканинного і залозистого компонентів, а потім – і до проліферації. Гормональний дисбаланс в тканинах молочної залози супроводжується набряком і збільшенням внутрішньодолькової сполучної тканини, а розростання протокового епітелію призводить до утворення кіст. Іншим гормоном, що впливає на розвиток проліферації ендометрія і залозистого епітелію молочної залози, є пролактин. Гіперпролактинемія супроводжується набряком, нагруданням і болючістю молочних залоз, зміною вегетативних реакцій (набряки кінцівок, метеоризм, біль у животі, мігреноподібний головний біль та ін.). Патологічне підвищення рівня пролактину може провокувати різні захворювання: гіпотиреоз, аденому гіпофіза, синдром полікістозних яєчників, недостатність наднирників, хронічну ниркову недостатність, цироз печінки, різні стресові ситуації [12, 15].

Слід зазначити, що у виникненні патології молочної залози вирішальна роль належить не абсолютній величині рівнів гормонів, а стану і чутливості рецепторного апарату тканин молочної залози, який може активуватися на тлі стресів [3, 12, 22].

Сучасні підходи до тактики лікування мастопатії спрямовані на усунення гормонального дисбалансу, лікування супутніх захворювань і зменшення впливу стресорних факторів. Отже, лікування має бути багатоконпонентним і мати етіопатогенетичну, а не симптоматичну спрямованість [11, 17, 19].

Логічним терапевтичним рішенням у випадках проліферативних змін молочної залози було б призначення антиестрогенних препаратів. Однак у науковій літературі є повідомлення про значні побічні ефекти антиестрогенів, такі, як канцерогенний вплив деяких з них на печінку та ендометрій, а також виникнення тромбоемболічних ускладнень [19].

В останні роки при лікуванні дисгормональних захворювань молочної залози все частіше дослідники приділяють свою увагу вивченню впливу природних сполук та рослинних екстрактів. Основними перевагами фітотерапії у порівнянні з іншими методами лікування є м'який лікувальний вплив її препаратів, різнобічна спрямованість дії, сумісність з багатьма синтетичними речовинами, що дозволяє використовувати фітопрепарати в комбінації з іншими методами лікування, при цьому маючи низький ризик розвитку побічних ефектів [5, 16, 17].

Численні дослідження останніх років присвячені речовинам рослинного походження (фітонутрієнтам), які мають здатність впливати на рівень гормонів, блокувати проліферативну активність на рівні мембран, цитоплазми і ядра клітин-мішеней, тим самим модулюючи сигнальні каскади як на білковому, так і на транскрипційному рівні. Такі фітонутрієнти часто проявляють метаболічні, антиоксидантні та інші супутні позитивні властивості [3, 4, 6, 7, 8].

Найбільш ефективними є фітопрепарати на основі екстрактів лікарських рослин, стандартизованих за основними біологічно активними речовинами, які містять лише сумісні між собою лікарські рослини, з обґрунтованим дозуванням та доведеною клінічною дією компонентів. До таких препаратів належить Мастофемін (виробництво ПАТ «Київмедпрепарат», Україна), до складу якого входять індол-3-карбінол (200 мг), екстракт плодів прутняка звичайного (4 мг), олія м'яти перцевої (7,5 мг). За рахунок комплексного впливу компонентів Мастофеміну можна досягти позитивних змін у молочній залозі. Ефекти Мастофеміну пов'язані з комплексною дією його компонентів:

- індол-3-карбінол є універсальним коректором патологічних проліферативних процесів в органах жіночої репродуктивної системи. Це зумовлено його здатністю блокувати всі основні шляхи трансдукції внутрішньоклітинних сигналів, що стимулюють клітинний ріст, а також індукувати

вибірковий апоптоз пухлинних клітин. Індол-3-карбінол здатний пригнічувати розвиток пухлинного процесу практично на всіх його рівнях: субмолекулярному, молекулярному і надмолекулярному [4, 7, 8, 9];

- речовини, що містяться в екстракті плодів прутняка (вітекса священного), мають високу спорідненість до D₂-дофамінових рецепторів гіпоталамусу, завдяки чому діють подібно до дофаміну, пригнічуючи виділення пролактину. У нормі пролактин синтезується лакотропними клітинами аденогіпофіза і екскретується в кров у дуже невеликій кількості (концентрація в сироватці не перевищує 15 нг/мл). У той самий час, секреція пролактину посилюється під дією естрогенів, які відіграють важливу роль в патогенезі мастопатії, та постійно гальмується гіпоталамічним гормоном дофаміном [5];

- олія м'яти перцевої проявляє спазмолітичну і заспокійливу дію, посилює функцію утворення і виділення жовчі, знімає здуття живота, чим покращує роботу травного тракту і чинить детоксикаційну дію, адже саме печінка виступає як регулятор різних процесів, пов'язаних з метаболізмом гормонів: синтез холестерину, механізм інактивації естрогенів (виведення з жовчю у вигляді ефірів з сірчаною і глюкуроною кислотами). Актуальність олії м'яти перцевої у складі Мастофеміну зумовлена тим, що у 50–70% жінок з мастопатією є супутні захворювання гепатобіліарної системи, травного тракту [17, 19].

Мета дослідження: вивчення ефективності і безпечності використання Мастофеміну під час лікування різних форм мастопатії у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

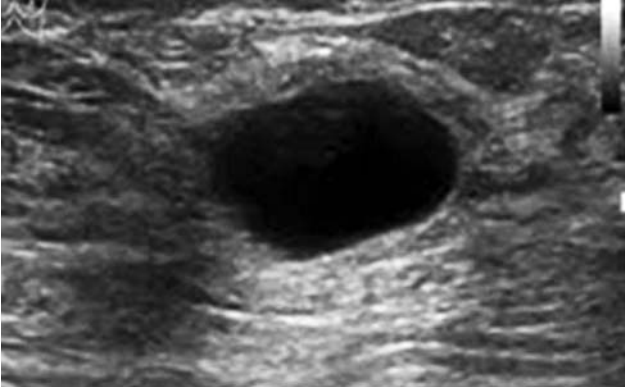
У дослідження були включені 62 жінки репродуктивного віку (середній вік – 33,5±2,3 року), що проходили обстеження у Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини. Жінки були розподілені на 2 групи. До складу першої (основної) групи входили 32 пацієнтки, які отримували запропоноване нами лікування з використанням фітопрепарату Мастофемін по 1 капсулі 2 рази на добу протягом 3 міс; 30 пацієнток другої (контрольної) групи знаходилися під динамічним спостереженням і не отримували лікування. Означені групи були репрезентативні та однорідні за віком, клінічними проявами захворювання та сонографічними характеристиками.

Загальноклінічний метод включав оцінювання скарг пацієнток, даних анамнезу, наявність супутньої гінекологічної патології, огляд, пальпацію лімфатичних вузлів та молочних залоз і отримання виділень із сосків для проведення цитологічного дослідження, яке дозволяло виключити із дослідження жінок із підозрою на малигізацію процесу. Усім пацієнткам проводили ультразвукове обстеження молочних залоз. Огляд доповнювали вагінальним гінекологічним обстеженням і УЗД органів малого таза для оцінювання стану матки та її придатків, діагностики гінекологічних захворювань.

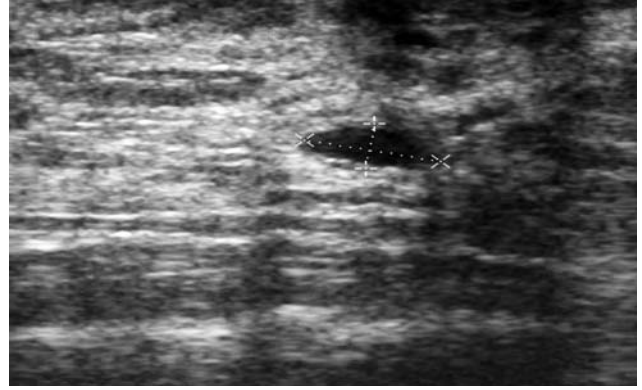
Обстеження молочних залоз у жінок репродуктивного віку проводили на початку менструального циклу (2–3-й день після закінчення менструації), тому що у II фазі нагрудання залоз дає велику вірогідність діагностичних помилок [15, 24].

Під час огляду молочних залоз оцінювали їхній зовнішній вигляд, звертаючи увагу на всі прояви асиметричності (контурів, кольору шкіри, положення сосків). Потім огляд повторювали при піднятих руках пацієнтки. Після огляду проводили пальпацію молочних залоз спочатку в положенні пацієнтки стоячи, а потім лежачи на спині. Одночасно оцінювали стан пахових, підключичних і надключичних лімфатичних вузлів.

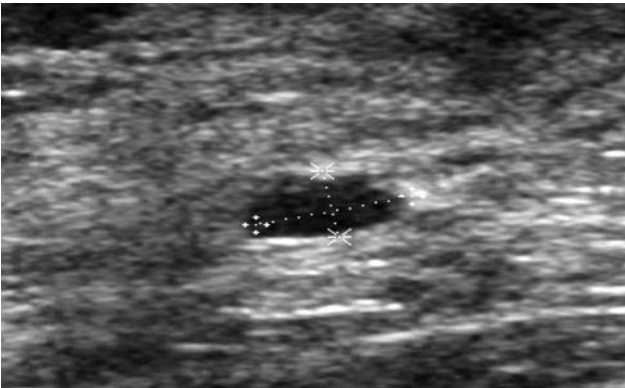
Вивчення структурних змін молочної залози проводили шляхом ультразвукового дослідження за допомогою ультразвукового сканера «Алока-3500» (Японія) з використанням лінійного датчика частотою 7,5 мГц за стандартною методи-



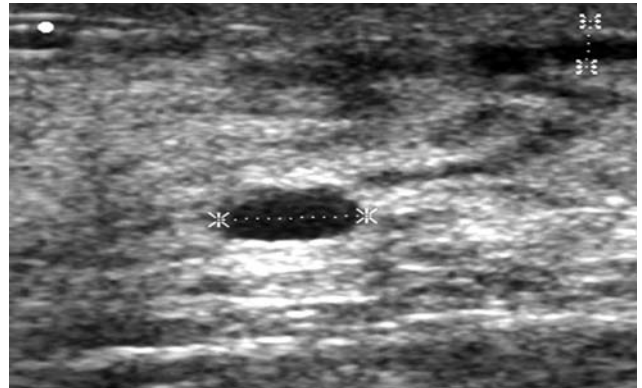
**Мал. 1. Пацієнтка М., 28 років.
Мастопатія з кістозним компонентом**



**Мал. 2. Пацієнтка Д., 35 років.
Мастопатія з фіброзно-кістозним компонентом**



**Мал. 3. Пацієнтка Т., 39 років.
Дуктектазія протоків молочних залоз**



**Мал. 4. Пацієнтка М., 42 роки.
Кіста лівої молочної залози поєднана з дуктектазією**

кою у В-режимі та режимі КДК (кольорового доплерівського картування). Цей метод нешкідливий, що дозволяє за необхідності багаторазово повторювати дослідження, і без додаткових втручань дає можливість судити про стан епітелію вистілки кісти і проводити диференціальну діагностику між кістою і фіброаденомою, а також виявляти навіть дрібні кісти (до 2–3 мм у діаметрі). Також УЗД дозволяє оцінити стан лімфатичних вузлів.

За допомогою УЗД можна успішно діагностувати наступні форми мастопатії: кістозну, фіброзно-кістозну, дуктектазію, кістозну у поєднанні з дуктектазією [12, 20].

Кістозна мастопатія вважається різновидом дифузної форми захворювання (мал. 1). Її особливістю є наявність великої кількості дрібних кіст, розташованих по всьому об'єму тканин молочної залози.

Кіста являє собою доброякісну патологічну порожнину, що складається зі стінки і рідкого або кашоподібного вмісту. Вона утворюється через розростання сполучних волокон, що призводить до порушення структури протоків і молочних часток. Як при будь-якій іншій формі мастопатії, причиною кістозної хвороби є дисбаланс гормонів, що виникає внаслідок різних ендокринних порушень при гінекологічних захворюваннях, а також особливостей способу життя [18, 22].

Фіброзно-кістозна мастопатія – це доброякісне захворювання молочної залози, спричинене гормональним дисбалансом, яке характеризується надмірним розростанням сполучної тканини (мал. 2).

Перші прояви фіброзно-кістозної мастопатії – больові відчуття у молочних залозах, які посилюються за кілька днів до початку менструації. Зазвичай, після закінчення менструації біль проходить або зменшується. З часом біль стає більш інтенсивним і тривалим. Під час пальпації молочних залоз

відзначають різку болочість і незначні ущільнення без чітких меж. Ці ущільнення розташовуються в різних відділах залоз. При натисканні на соски з'являються виділення різноманітного характеру [18, 22].

Дуктектазія проток молочної залози виникає насамперед у жінок пострепродуктивного віку (40–45 років) (мал. 3). Морфологічним підґрунтям у її формуванні є розширення субореолярних каналів.

Клінічними проявами дуктектазії є больові відчуття у молочних залозах, виділення з сосків, припухлість та почервоніння навколо ореоли. Формування дуктектазії відбувається як наслідок низки порушень, таких, як запалення, гіперпролактинемія, наявність утворень у протоці (поліпів або папілом).

Кістозна мастопатія, поєднана з дуктектазією, характеризується наявністю кістозних утворень еластичної консистенції з розширенням проток молочної залози понад 3 мм (мал. 4). Характерною клінічною ознакою цієї форми є болочість молочної залози, що посилюється перед менструацією.

Стан молочних залоз оцінювали на початку менструального циклу за стандартними ехографічними діагностичними критеріями за загальноприйнятою методикою при різних нахилах датчика. Оцінювали стан стромы, співвідношення складових елементів молочних залоз, розподіл жирової клітковини, залозистих структур, їхню товщину, ступінь інволютивних процесів, зміни шкіри і підшкірної жирової клітковини, наявність ознак мастопатії та інших патологічних змін або утворень у стромі молочних залоз і в ретромамарному просторі.

Для опису еластичності залозистої тканини використовували методику дозованої компресії робочою поверхнею датчика в певній ділянці з урахуванням того, що найбільша маса залозистої тканини зосереджена у зовнішніх квадрантах.

Частота клінічних скарг жінок до і після лікування Мастофеміном

Характер скарг (з боку молочних залоз)	Частота скарг					
	До лікування, n=32		Після лікування (1 міс), n=32		Після лікування (3 міс), n=32	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Підвищена чутливість	26	81,3	10	31,3*	1	3,1*
Болісні відчуття	25	78,1	7	21,9*	0	0
Утворення, що пальпуються	20	62,5	9	28,1*	2	6,25*
Виділення із сосків	12	37,5	4	12,5*	0	0

Примітка. * – Статистично значущі відмінності на різних етапах лікування (p<0,001). Розрахунок статистичної достовірності проводили за допомогою тесту хі-квадрат за методом МакНемара (при прийнятті рішення враховували поправку Боффероні).

Ультразвукове дослідження молочних залоз доповнювали сонографією органів малого таза для визначення супутніх гінекологічних захворювань. Дослідження проводили вагінальним датчиком за стандартною методикою.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У табл. 1 наведені найбільш поширені скарги жінок репродуктивного віку під час загальноклінічного обстеження молочних залоз.

Аналіз даних табл. 1 засвідчив, що до лікування Мастофеміном у 26 пацієток (81,3%) була наявна підвищена чутливість молочних залоз, яка статистично значуще зменшилась після 1 міс лікування. Підвищену болочість відзначено лише у 10 пацієток (31,3%), і вона збереглася тільки у 1 пацієтки (3,1%) через 3 міс лікування. Двадцять п'ять пацієток (78,1%) скаргились на болісні відчуття у молочній залозі; через 1 міс лікування Мастофеміном частоту цього показника виявили у 7 (21,9%) випадках, через 3 міс болісні відчуття у всіх них зникли (p<0,05). Утворення, що пальпуються, були визначені у 20 пацієток (62,5%). Після лікування Мастофеміном протягом 1 міс утворення фіксували у 9 пацієток (28,1%), через 3 міс – у 2 пацієток (6,25%), що статистично значуще відрізнялося від аналогічних показників до лікування (p<0,05). Виділення із сосків виявляли у 12 пацієток (37,5%), через 1 міс лікування – лише у 4 пацієток (12,5%), натомість після лікування протягом 3 міс скарги на виділення із сосків у всіх були відсутні (p<0,05).

Незважаючи на те що зв'язок захворювань молочних залоз, матки і її придатків не викликає сумнівів, в Україні не розроблена концепція комплексного підходу до діагностики та лікування такої поєднаної патології. Аналіз анамнестичних даних 62 пацієток та результати гінекологічного огляду дозволили скласти наступну структуру супутньої гінекологічної патології при захворюванні молочних залоз (мал. 5):

- міома матки – 7 випадків – 11,3%;
- міома матки у поєднанні з аденоміозом – 9 випадків – 14,5%;
- гіперплазія ендометрія – 7 випадків – 11,3%;
- міома матки у поєднанні з аденоміозом та гіперплазією ендометрія – 19 випадків – 30,6%;
- запальні захворювання жіночих статевих органів – 6 випадків – 9,7%;
- доброякісні та передракові захворювання шийки матки – 14 випадків – 22,6%.

Вивчення отриманих даних встановило, що найчастіше патологічні зміни у молочних залозах виявляли при поєднанні міоми матки з іншими проліферативними процесами в матці, і їхня частота досягала 30,6%, тобто у 19 пацієток. Фіброзно-кістозні форми мастопатії були визначені у 15 жінок, що складало 78,9%. У решти жінок було діагностовано кістозну форму мастопатії (4 пацієтки, що складало 21,1%).

При міомі матки кістозна форма мастопатії виявлена у 4 пацієток – 51,1%, фіброзно-кістозні форми були наявні у 3 випадках (48,9%).

При міомі матки у поєднанні з аденоміозом переважали кістозні форми (6 пацієток – 66,6%), у 1 пацієтки (11,1%) була виявлена дуктектазія; кістозна мастопатія, поєднана з дуктектазією, – у 2 (22,2%).

При гіперплазії ендометрія також виявляли переважно фіброзно-кістозні форми мастопатії (у 5 випадках – 71,4%), тоді як кістозна форма мастопатії була наявна у 2 випадках (28,6%).

При запальних захворюваннях жіночих статевих органів визначена невисока частота доброякісних захворювань молочних залоз. У цій групі фіброзно-кістозні форми мастопатії діагностовано не було, переважали кістозні форми (3 випадки – 50%) у порівнянні з дуктектазією (1 випадок – 16,6%) та кістозною мастопатією, поєднаною з дуктектазією (2 випадки – 33,4%). Отже, запальні захворювання статевих органів при мастопатії діагностують з частотою, що не перебільшує частоту у загальній популяції – у кожній четвертій жінки, і вони не пов'язані причинно-наслідковими зв'язками з розвитком мастопатії.

Доброякісну та передракову патологію шийки матки фіксували у 14 пацієток (22,6%). На нашу думку, ці захворювання не є причиною розвитку мастопатії, а мають спільну природу виникнення та розвитку у жінок репродуктивного віку, пов'язану із супутніми гормональними порушеннями. У структурі патології переважали кістозна форма мастопатії та кістозна мастопатія, поєднана з дуктектазією (10 жінок – 71,4% та 4 жінки – 28,6% відповідно). Представлені дані збігаються з даними поодиноких наукових досліджень, які були опубліковані за останні роки в світовій літературі [10, 21].



Мал. 5. Структура гінекологічної патології у пацієток із захворюванням молочних залоз

У табл. 2 наведено розподіл основних ультразвукових форм патології молочної залози до і після лікування Мастофеміном.

Аналіз даних табл. 2 довів, що найбільш поширеною сонографічною формою була мастопатія з кістозним компонентом, яка встановлена у 18 пацієток (56,25%). Лікування Мастофеміном сприяло зниженню частоти даної патології

Частота сонографічних форм патології молочної залози до та після лікування Мастофеміном

Показник	До лікування, n=32		Після лікування (1 міс), n=32		Після лікування (3 міс), n=32	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Кістозна мастопатія	18	56,25	11	34,4	5	15,6*
Фіброзно-кістозна мастопатія	5	15,6	4	12,5	3	9,3
Дуктектазія	2	6,25	1	3,1	0	0
Кістозна мастопатія, поєднана з дуктектазією	7	21,8	4	12,5	2	6,25*

Примітка. * – Статистично значущі відмінності на різних етапах лікування (p<0,001). Розрахунок статистичної достовірності проводили за допомогою тесту хі-квадрат за методом МакНемара (при прийнятті рішення враховували поправку Бонферроні).

через 1 міс лікування до 11 (34,4%) випадків і статистично значущому зниженню частоти виявлення цієї форми мастопатії до 5 (15,6%) випадків (p<0,05) після 3 міс лікування.

Фіброзно-кістозну мастопатію до початку лікування виявляли в 5 (15,6%) випадках, після 1 міс лікування – в 4 (12,5%), через 3 міс вживання Мастофеміну – в 3 (9,3%) випадках.

Також позитивний ефект від лікування даним препаратом був відзначений за наявності дуктектазії та у разі поєднання кістозної мастопатії з дуктектазією. До лікування ці форми діагностували відповідно у 2 (6,25%) пацієнток та у 7 (21,8%) пацієнток. Після 1 міс лікування частота поширеності дуктектазії становила 1 (3,1%) випадок, кістозна мастопатія з дуктектазією була відзначена в 4 (12,5%) випадках. Через 3 міс лікування частота кістозної мастопатії з дуктектазією становила 2 (6,25%) випадки, що статистично нижче аналогічного показника до лікування (p<0,05).

Слід зауважити, що нами також був встановлений позитивний вплив при лікуванні Мастофеміном фіброзно-кістозної мастопатії за рахунок зменшення кістозного компонента в 60 % випадків (мал. 6, 7).

У цілому, враховуючи особливості даної форми мастопатії, ефект був значно менший, ніж за інших форм. Така форма мастопатії визначає необхідність застосування більш активної тактики по відношенню до даної групи хворих.

Також у ході дослідження було проведено оцінювання тривалості ефекту лікування. Ознаки прогресу або регресу захворювання визначали за суб'єктивними та об'єктивними даними через 3 міс після завершення курсу застосування препарату. Болісні відчуття у молочних залозах відновилися у 1 пацієнтки та у 2 пацієнток регресувала підвищена чутливість молочних залоз. Слід зауважити, що ці клінічні ознаки мастопатії мали меншу інтенсивність, ніж до початку лікування, та не мали статистичної значущості. Утворення, що пальпуються, залишилися незмінними у 2 пацієнток. Виділення із сосків не відновилися в жодному випадку.

Серед сонографічних характеристик мастопатії через 3 міс

після завершення лікування привертає увагу той факт, що тільки при фіброзно-кістозній формі відбувалося часткове рецидивування захворювання за рахунок тенденції до неповного відновлення кістозного компонента в 40% випадків. Це ще раз підтверджує зроблений раніше висновок, що за цієї форми мастопатії ефект був менший, ніж за інших форм, і потребував зміння тактики лікування даної групи хворих. В інших випадках сонографічні ознаки захворювання не мали тенденції до прогресування.

У контрольній групі пацієнток за наведений період спостереження (6 міс) суттєвих змін в клінічних ознаках мастопатії та сонографічних характеристиках захворювання не було. Регрес захворювання не відбувся в жодній з пацієнток, у 2 пацієнток підвищена чутливість молочних залоз через 6 міс перейшла в болісні відчуття. Сонографічні характеристики мастопатії за період спостереження залишилися незмінними.

Підсумовуючи отримані у ході цього дослідження результати, слід підкреслити позитивний довготривалий ефект при застосуванні Мастофеміну для лікування проліферативних змін молочних залоз у жінок репродуктивного віку. Це проявляється зменшенням інтенсивності клінічних ознак мастопатії, що співпадає з результатами сонографічного контролю. Установлена позитивна динаміка під час лікування кістозної мастопатії, дуктектазії та при поєднанні кістозної мастопатії з дуктектазією.

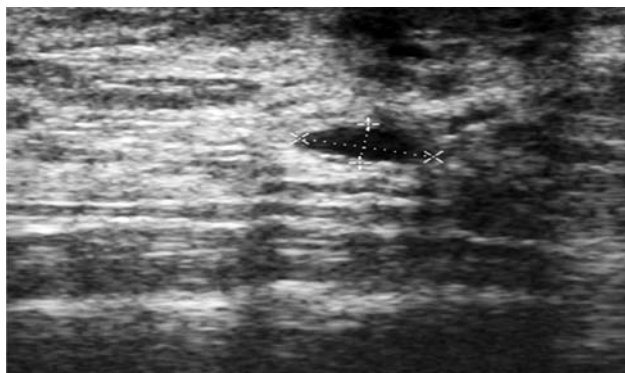
Отже, використання Мастофеміну спрямоване як на патогенетичне лікування мастопатії, так і на профілактику РМЗ.

Вплив призначеного лікування на гінекологічну патологію потребує подальшого вивчення.

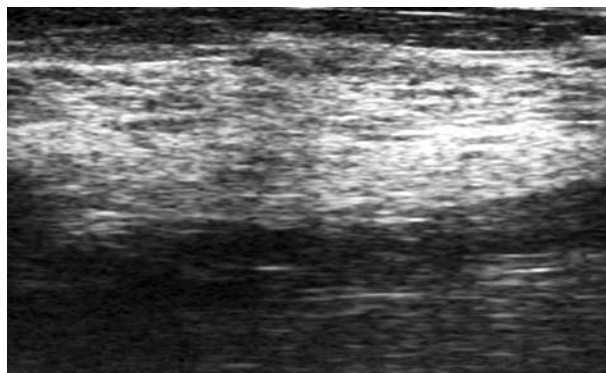
Побічних ефектів при проведенні лікування не відзначено. Відмов від вживання препарату не було.

ВИСНОВКИ

1. Застосування Мастофеміну при лікуванні мастопатії у жінок репродуктивного віку значно покращує клінічний стан пацієнток, зменшує суб'єктивні та об'єктивні симптоми захворювання.



Мал. 6. Пацієнтка Н., 34 роки. Мастопатія з фіброзно-кістозним компонентом. Стан молочної залози до лікування



Мал. 7. Пацієнтка Н., 34 роки. Мастопатія з фіброзно-кістозним компонентом. Стан молочної залози після лікування (відзначено повну регресію кістозного компонента мастопатії)

2. Позитивный эффект від лікування Мастофеміном доведений у випадку лікування наступних сонографічних форм мастопатії: кістозна мастопатія; кістозна мастопатія, поєднана з дуктектазією.

3. При лікуванні фіброзно-кістонової мастопатії позитивний ефект характеризується зменшенням кістоного компонента в 60% випадків. Після завершення курсу лікування можливе часткове відновлення кістоного компонента в 40% випадків. Така форма мастопатії потребує більш активної тактики по відношенню до даної групи хворих.

4. Віддалені результати через 3 міс після завершення лікування свідчать про стійку високу ефективність використання Мастофеміну для лікування таких форм, як кістозна мастопатія, дуктектазія та кістозна форма, поєднана з дукт-

ектазією. У цих випадках рецидивів або прогресування захворювання не зафіксовано.

5. Пацієток з патологією шийки матки, міомою матки, аденоміозом і гіперплазією ендометрія слід відносити до групи високого ризику виникнення захворювань молочної залози і скеровувати зусилля лікарів на своєчасну діагностику і лікування супутньої патології.

6. Мастофемін може бути препаратом вибору для комплексної консервативної монотерапії у жінок репродуктивного віку з проліферативними змінами молочних залоз, а також може використовуватись у складі комплексного лікування у пацієток з дифузними змінами грудних залоз при їхньому поєднанні з гіперпластичними процесами міометрія та ендометрія.

Современные подходы к лечению мастопатии у пациенток репродуктивного возраста

А.А. Суханова, Ю.М. Мельник, О.О. Карлова

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности использования Мастофемина при лечении различных форм мастопатии у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 62 женщины репродуктивного возраста (средний возраст – 33,5±2,3 года), проходивших обследование в Киевском городском центре репродуктивной и перинатальной медицины. Женщины были разделены на 2 группы. В состав первой (основной) группы входили 32 пациентки, получавшие предлагаемое нами лечение с использованием фитопрепарата Мастофемин по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 3 мес; 30 пациенток второй (контрольной) группы находились под динамическим наблюдением и не получали лечения. Указанные группы были репрезентативны и однородны по возрасту, клиническим проявлениям заболевания и сонографическим характеристикам.

Общеклинический метод включал оценивание жалоб пациенток, данных анамнеза, наличие сопутствующей гинекологической патологии, осмотр, пальпацию лимфатических узлов и молочных желез и получения выделений из сосков для проведения цитологического исследования, которое позволяло исключить из исследования женщин с подозрением на малигнизацию процесса. Всем пациенткам проводили ультразвуковое обследование молочных желез. Обзор дополняли вагинальным гинекологическим обследованием и УЗИ органов малого таза для оценки состояния матки и ее придатков, диагностики гинекологических заболеваний.

Результаты. Суммируя полученные в ходе данного исследования результаты, следует подчеркнуть положительный долгосрочный эффект при применении Мастофемина для лечения пролиферативных изменений молочных желез у женщин репродуктивного возраста. Это проявляется уменьшением интенсивности клинических признаков мастопатии, совпадает с результатами сонографического контроля. Установлена положительная динамика при лечении кистозной мастопатии, дуктектазии и при сочетании кистозной мастопатии с дуктектазией.

В контрольной группе пациенток за приведенный период наблюдения (6 мес) существенных изменений в клинических признаках мастопатии и сонографических характеристиках заболевания не было. Регресс заболевания не произошел ни у одной из пациенток, у 2 пациенток повышенная чувствительность молочных желез через 6 мес перешла в болезненные ощущения. Сонографические характеристики мастопатии за период наблюдения не изменились.

Таким образом, использование Мастофемина направлено как на патогенетическое лечение мастопатии, так и на профилактику РМЖ.

Заключение. Применение Мастофемина при лечении мастопатии у женщин репродуктивного возраста значительно улучшает клиническое состояние пациенток, уменьшает субъективные и объективные симптомы заболевания.

Положительный эффект от лечения Мастофеминном доказан в случае лечения следующих сонографических форм мастопатии: кистозная мастопатия, кистозная мастопатия с дуктектазией.

Мастофемин может быть препаратом выбора для комплексной консервативной монотерапии у женщин репродуктивного возраста с пролиферативными изменениями молочных желез, а также может использоваться в составе комплексного лечения у пациенток с диффузными изменениями молочных желез при их сочетании с гиперпластическими процессами миометрия и эндометрия.

Ключевые слова: мастопатия, молочная железа, фитотерапия, фитопрепараты, Мастофемин.

Modern approaches to the treatment of mastitis in women of reproductive age

A. A. Sukhanova, Yu. M. Melnik, O. O. Karlova

The aim of the study: to study the efficacy and safety of use Mastofemin in the treatment of various forms of mastitis in women of reproductive age.

Materials and methods. The study included 62 women of reproductive age (mean age of 33.5±2.3 years) who were screened in the Kiev city center reproductive and perinatal medicine. Women were divided into 2 groups. The first (main) group consisted of 32 patients who received the proposed treatment using herbal remedies Mastofemin 1 capsule 2 times per day for 3 months; 30 patients of the second (control) group were under observation and received no treatment. These groups were representative and homogeneous on age, clinical symptoms and sonographic characteristics.

The clinical method included evaluation of complaints of patients, anamnesis, presence of concomitant gynecologic pathology, inspection, palpation of the lymph nodes and the breast and obtaining a discharge from the nipples to conduct cytological examination, which allowed excluding from the study women with suspected malignancy of the process. All the patients were performed ultrasound examination of the breast. The review was supplemented with vaginal gynecological examination and ultrasound examination of small pelvis organs to assess the condition of the uterus and its appendages, the diagnosis of gynecological diseases.

Results. Summarizing obtained in this study results one should stress the positive long-term effect of applying Mastofemin for the treatment of proliferative changes of the breast in women of reproductive age. This is manifested by a decrease in the intensity of clinical signs of mastitis, consistent with the results of sonographic control. Established positive dynamics in the treatment of cystic mastitis, ductectasia and when combined cystic mastopathy with ductectasia.

In the control group of patients for a given observation period (6 months) no significant changes in clinical signs of mastitis and sonographic characteristics. Regression of disease has not occurred in any of the patients, in 2 patients increased sensitivity of the breast after 6 months moved to the soreness. Sonographic characteristics of mastitis during the observation period did not change.

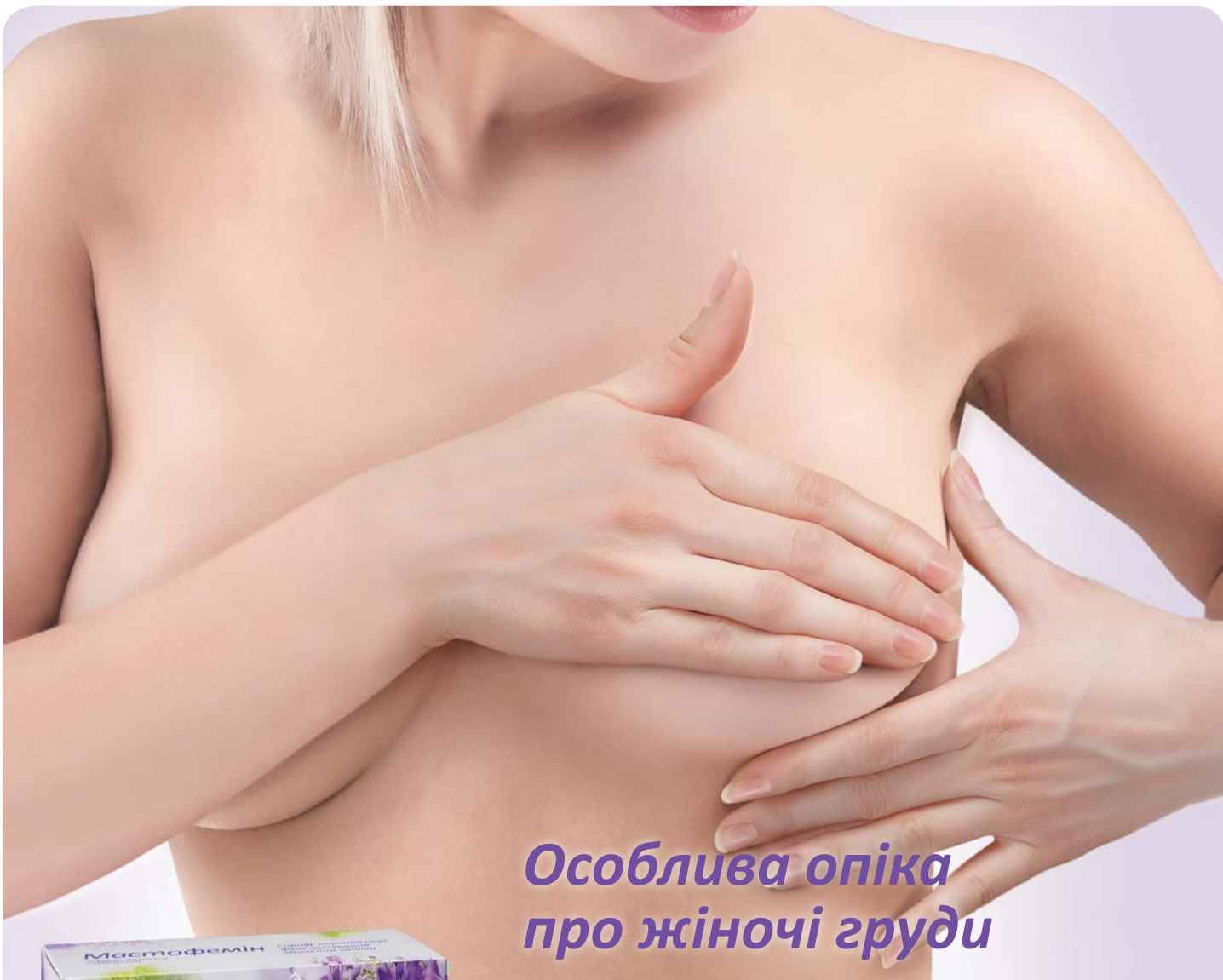
Thus, the use of Mastofemin aimed at pathogenetic treatment of mastitis and prevention of breast cancer.

Conclusion. Application of Mastofemin during the treatment of mastitis in women of reproductive age significantly improves the clinical condition of patients; reduce the subjective and objective symptoms of the disease.

The positive effect of the treatment with Mastofemin proved in the case of the treatment of sonographic following forms of mastitis: cystic mastopathy, cystic mastopathy with ductectasia.

Mastofemin may be the drug of choice for complex conservative monotherapy in women of reproductive age with proliferative changes in the breast, and can also be used as part of complex treatment in patients with diffuse changes of the breast when combined with hyperplastic processes of the myometrium and endometrium.

Keywords: mastopathy, breast gland, herbal medicine, herbal remedies, Mastofemin.



Особлива опіка про жіночі груди



Мастофемін

Негормональний вплив на гіперпроліферативні процеси в репродуктивних органах жінки

Індол-3-карбінол сприяє

- Синтезу 2-гідроксиестрону, який попереджає проліферацію клітин в естрогенчутливих клітинах¹
- Підвищенню синтезу антионкобілків та зниженню експресії пухлинних генів¹
- Індукції апоптозу пухлинних клітин, заражених HPV¹
- Зниженню активності циклооксигенази-2¹

Екстракт плодів прутняка сприяє зниженню гіперпролактинемії²

Олія м'яти перцевої

- Сприяє посиленню функції утворення та виділення жовчі³
- Володіє м'якими спазмолітичними та заспокійливими властивостями³

Активні інгредієнти: 1 капсула містить: індол-3-карбінол — 200 мг, олія м'яти перцевої — 7,5 мг, екстракт плодів прутняка звичайного — 4 мг.

Рекомендації щодо застосування: рекомендується вживати як додаткове джерело індол-3 карбінолу, флавоноїдів, терпенів та дитерпенів з метою нормалізації функціонального стану при порушенні метаболічних процесів в молочних залозах і для

зменшення гіперпроліферативних процесів в репродуктивних органах жінок.

Спосіб застосування та рекомендована добова доза: вживати дорослим (жінкам) по 1 капсулі 1–2 рази на добу під час їди; запивати достатньою кількістю питної води. Рекомендована тривалість застосування при порушенні метаболічних процесів в молочних залозах становить 3 місяці, при гіперпроліферативних процесах

в репродуктивних органах жінок — 6 місяців. При необхідності курс застосування можна повторити.

Застереження щодо застосування: не перевищувати рекомендовану добову дозу. Не рекомендовано вживати разом з продуктами, що знижують кислотність шлункового соку.

Протипоказання: індивідуальна чутливість до компонентів, вагітність та період лактації, злоякісні новоутворення молочної залози.

1. Ашрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивних органів (етиологія і патогенез)// М.: Изд-во Дмитрейд Трафік Груп, 2007. с. 216, ил. 28 - ISBN 5-93620-035-3

2. Татарчук Т.Ф., Исламова А.О./ Природа в сохрании репродуктивного здоровья женщины // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 6(14). – С. 38–48. ISSN 2309-4117

3. Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник / Відп. ред. А.М.Гродзіньський. – К.: Видавництво «Українська Енциклопедія» ім. М.П.Бажана, 1992. – с. 544: іл. – ISBN 5-88500-055-7.

Дієтична добавка. Не є лікарським засобом. Інформація виключно для медичних і фармацевтичних працівників. Для використання в професійній діяльності. Інформацію наведено в скороченому вигляді. Повна інформація викладена в тексті етикетування до Висновку ДСЄЕ і Додатка до ТУ добавки дієтичної «Мастофемін». Висновок ДСЄЕ № 05.03.02-04/12277 від 25.03.2015 р; ТУ У 10.8-00480862-002:2015 дійсний до 19.03.2020 р.

Виробник: ПАТ «Київмедпрепарат», Україна, 01032, м. Київ, вул. Сакаганського, 139, тел.: (044) 490-75-22, факс: (044) 495-75-17. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 29.06.2016 р.

До складу Корпорації «Артеріум» входять ПАТ «Київмедпрепарат» і ПАТ «Галичфарм».

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей
 ARTERIUM

Сведения об авторах

Суханова Аурика Альбертовна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, пр-т Г. Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-92-33

Мельник Ю.М. – Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, пр-т Г. Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-91-55. E-mail: kazatinklin@yandex.ru

Карлова О.О. – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, пр-т Г. Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-91-55. E-mail: karlova74@list.ru.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Aceves C, Anguiano B., Delgado G. Is iodine a gatekeeper of the integrity of the mammary gland? // J. Mammary Gland Biol. Neoplasia. ?– 2005. – Vol. 10. – P. 189–196.
2. Ahn W.S., Yoo J., Huh S.W., Kim C.K., Lee J.M., Namkoong S.E., Bae S.M., Lee IP. Protective effects of green tea extracts (polyphenon E and EGCG) on human cervical lesions. Eur J CancerPrev, 2003, Oct, 12 (5), 383–90.
3. Huber J. (2000) Phytoestrogens and SERMS, alternatives to classical hormone therapy10Ther. Umsch. 57: 651–654 (German).
4. Hudson E.A., Howells L., Ball H.W., Pfeifer A.M., and Manson M.M. Mechanisms of action of indole-3-carbinol as a chemopreventive agent. Biochem.Soc.Trans. 1998;26(4):S370.
5. Joanne Barnes, Linda A Anderson, J David Phillipson; Herbal Medicines, 3rd Edition, – Pharmaceutical Press, London, 2007, p. 498–499, ISBN 978 0 85369 623 0
6. Matsuzaki Y., Koyama M., Hitomi T., Kawanaka M., and Sakai T. Indole-3-carbinol activates the cyclin-dependent kinase inhibitor p15 (INK4b) gene. FEBS Lett. 10-8-2004; 576 (1-2):137–140.
7. Meng Q., Qi M., Chen D.-Z., Yuan R., Goldberg I.D., Rosen E.M., Auburn K. & Fan S. (2000) Suppression of breast cancer invasion and migration by indole-3-carbinol: associated with up-regulation of BRCA1 and E-cadherin/catenin complexes. J. Mol. Med. 78: 155–165.
8. Meng Q., Yuan F., Goldberg I.D., Rosen E.M., Auburn K. & Fan S. (2000) Indole-3-carbinol is a negative regulator of estrogen receptor-alpha signaling in human tumor cells. J. Nutr. 130: 2927–2931. Miltenburg O.M., Speights V.O. Benign breast disease // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. – 2008. – Vol. 35. – P. 285–300.
9. Rahman K.M., Li Y., and Sarkar F.H. Inactivation of akt and NF-kappaB play important roles during indole-3-carbinol-induced apoptosis in breast cancer cells. Nutr.Cancer 2004; 48(1): 84–94
10. Spinos N., Terzis G., Crysanthopoulou A. et al Increased frequency of thyroid nodules and breast fibroadenomas in women with uterine fibroids //Thyroid. 2007. – Vol. 17. – P. 1257–1259.
11. Wang H. K. (2000) The therapeutic potential of flavonoids. Expert Opin. Investig. Drugs 9: 2103–2119.
12. Андреева Е.Н., Леднева Е.В. Особливі аспекти етіології та патогенезу фіброзно-кістозної хвороби молочної залози // Акушерство і гінекологія. – 2002. – № 6.
13. Зотов А.С., Белик Е.О. Мастопатії та рак молочної залози. – М.: МЕДпресс-інформ, 2005. – 112 с.
14. Колз А. Рак молочної залози: забов'язаність рідності, вибір лікування обмежений // Точка зору. – 2002. – Т. 19, № 4. – С. 1–8.]
15. Лєтягин В.П. Мастопатія // Гінекологія. – 2000. – № 11. – С. 468–472.
16. Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник / Відп. ред. А.М. Гродзінський. – К.: Видавництво «Українська Енциклопедія» ім. М.П. Бажана, Український виробничо-комерційний центр «Олімп», 1992. – 544 с.
17. Мамчур Ф.І., Довідник з фітотерапії. – К.: Здоров'я, 1984. – С. 246–247.
18. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Фіброзно-кістозна мастопатія: клініка, діагностика і лікування // Лікувальний лікар. – 2004. – № 10.
19. Мурав'єва Д.А., Самыліна І.А., Яковлев Г.П., Фармакогнозія: Учебник. – 4е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 656 с.: (Учеб. лит. для студ. фарм. вузов).
20. Озерова О.Е. Нормальні ехографічні особливості структури молочних залоз в різні вікові періоди, при вагітності і лактації // Sonoaceinternational. – 2001. – Вып. 9. – С. 50–57.
21. Радзінський В.Е., Ордіянц І.М., Зубкін В.И. и др. Неракові захворювання молочних залоз і гінекологічні захворювання // Журнал Російського товариства акушерів-гінекологів. – 2006. – № 2. – С. 34–42.
22. Тагієва Т.Т. Фіброзно-кістозна мастопатія // Гінекологія. – 2005. – Т. 7. – № 3.
23. Чайка В.К., Ласачка С.А., Гукова Д.Ю., Уманська Е.С. Діагностика, лікування і профілактика захворювань молочних залоз в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні //Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – 1 (64). – С. 5–9.
24. Чистяков С.С. Фіброзно-кістозна хвороба і доброякісні пухли молочних залоз // Клінічна маммологія. Сучасний стан проблеми / Под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С. Чистякова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 116–143.

Статья поступила в редакцию 02.06.2016