УДК 618.19-006.5

© Колектив авторів, 2012.

ФІТОТЕРАПИЯ СИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТОК З МАСТОПАТІЄЮ ТА ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

Н. Н. Волошина, С. Н. Пащенко, Н. Ф. Щуров, І. Ф. Гіба, Ж. Н. Макарова, О. П. Паук
Кафедра онкології (зав. - професор С. Н. Пащенко), Запорізька медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя.

FITOTHERAPY OF SYSTEM VIOLATIONS IN PATIENTS WITH MASTOPATHY AND PREMENSTRUAL SYNDROME

N. N. Volioshina, S. N. Pashenko, N. F. Schurov, I. F. Giba, J. N. Makarova, O. P. Pauk

SUMMARY

The paper presents the results of vitokan in patients with mastopathy and premenstrual syndrome. The study involved 57 women aged 18 to 35 years. The subjective improvement noted 53 patients (93,0%). The majority of women who were under the supervision of changed mental status. They become less irritable, calmer, reported improved sleep and increased efficiency. According to sonography in 49 (86,0%) patients after 3-6 months of follow-up was marked by a positive trend.

ФИТОТЕРАПИЯ СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С МАСТОПАТИЕЙ И ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Н. Н. Волошина, С. Н. Пащенко, Н. Ф. Щуров, И. Ф. Гиба, Ж. Н. Макарова, О. П. Паук

РЕЗЮМЕ

Статья представляет результаты применения витокана у пациенток с мастопатией и предменструальным синдромом. В исследовании принимало участие 57 женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Субъективное улучшение состояния отметили 53 пациентки (93,0%). У большинства наблюдаемых женщин изменился психический статус. Они стали менее раздражены, спокойные, отмечали улучшение сна и повышение работоспособности. По данным сонографии, у 49 (86,0%) пациенток через 3-6 месяцев наблюдения была отмечена положительная динамика.

Ключові слова: мастопатія, передменструальний синдром, фітотерапія.

Доброякісна гіперплазія молочної залози (ДГМЗ) об'єднує групу захворювань молочної залози, що пов'язані з гормональними змінами в організмі. За визначенням ВООЗ (1984), мастопатія – це широкий спектр проліферативних та регресивних змін в тканині молочної залози (МЗ) із патологічним співвідношенням епітеліального та сполучнотканного компонентів [3, 10].

Проблема захворюваності молочної залози (МЗ) є однією з важливих та пріоритетних у сучасній медицині. Це обумовлено тим, що дисгормональні ураження МЗ поза періодом лактації та вагітності – найбільш поширена патологія репродуктивної системи жінок. Кількість захворювань у популяції, за даними різних авторів, складає 50,0-75,0% [3, 9, 15].

Особливостями МЗ є те, що вони ніколи не бувають в стані морфофункціональної стабільності і мають високу чутливість до гормональних факторів. МЗ знаходяться під впливом як генітальної, так і екстрагенітальної патології, а також психоемоціонального статусу [2, 4, 11].

У хворих на мастопатію підвищується ризик розвитку раку молочної залози. Дослідження показали, що важливим фактором канцерогенезу при фіброзно-кістозній мастопатії є спадкова мінливість в генах CYP19A1. Вважають, що це пов'язано з тим, що CYP19A1 кодує перетворення андрогенів в естрогени внаслідок ароматазування [10, 11].

На тлі таких фізіологічних подій, як менструальний цикл, вагітність, лактація і менопауза, молочні залози зазнають впливу статевих гормонів залежно від варіації їх секреції. У репродуктивному віці епітелій молочних залоз під дією естрогенів піддається циклічній клітинній проліферації і апоптозу. Прогестерон відіграє основну роль у стимуляції дольково-альвеолярного розвитку і диференціації [1, 7, 14].

На сучасному етапі проблема захворювань молочної залози потребує уваги лікарів різних профілів, турботи держави та громадських організацій. Вона повинна охоплювати не тільки спеціальні медичні установи, важливою також є участь засобів масової інформації у профілактичних заходах та пропаганді здорового способу життя. Необхідно роз'яснювати жінкам методи самообстеження молочних залоз та націлювати їх на шкідливість самолікування, або лікування у

«знахарів», акцентувати увагу на своєчасне звернення до лікаря [6, 12, 13].

Патологія МЗ виникає в результаті поєднаної дії багатьох факторів, таких як: генетичні, конституційні, гормональні, психоемоціональні, екологічні, професійні, соціально-економічні та інші. Дія більшості цих чинників здійснюється через порушення гормонального гомеостазу [8, 14]. Необхідно відзначити, що фактори ризику не завжди є причиною захворювання і можуть лише підвищувати вірогідність розвитку мастопатії. Умовно їх можна розділити на 3 групи. До низьких чинників ризику відносяться: особливості дієти, багатої жирами; переривання першої вагітності; тривала гормонотерапія без адекватного обстеження. До середніх чинників ризику відносяться: раннє менархе, пізня менопауза, перші пологи після 30 років, безплідність, високий соціально-економічний статус, часте вживання жінками алкоголю та тютюнопаління. До високих чинників ризику слід віднести: сімейний анамнез (рак МЗ у родичів 1-й лінії), мутації в генах [3, 11].

Зростання захворюваності молочних залоз збільшується у міру поліпшення соціального рівня життя жінок. У вищих соціальних шарах, особливо у осіб, які мають вищу освіту, відзначено збільшення ризику захворіти на мастопатію в порівнянні з низько кваліфікованими робітницями. Існує також зв'язок між соціальними проблемами і виникненням мастопатії. Його можна пояснити нервово-психічним станом жінок, що є безпосередньою передумовою розвитку патологічного процесу в молочних залозах [2, 13].

Головними джерелами надмірної мотивації у хворих на мастопатію є незадоволеність сімейним станом, побутові конфлікти, напружені ситуації на роботі, психічний стрес, несприятливі сексуальні чинники.

В епідеміологічних дослідженнях ДГМЗ доведено зв'язок між сімейним станом і виникненням цих захворювань. Великий ризик мастопатії мають жінки, що розведені та ті жінки, які не були заміжні. Прагнення до материнства є природним проявом фізіологічних і психологічних потреб, а відсутність гармонійного поєднання цих чинників може привести до виникнення стійкого вогнища збудження в корі головного мозку і може сприяти розвитку соматичних розладів [1, 2].

Зі складними ритмічними процесами в нервовій і ендокринній системах тісно пов'язана репродуктивна функція жінки. Слід звернути увагу на те, що ризик розвитку мастопатії зростає при відсутності пологів і великій кількості штучних абортів. Несприятливим етіологічним чинником є ановуляторні цикли в репродуктивному періоді [1, 9]. Знайдена пряма залежність ризику виникнення мастопатії від кумулятивної кількості регулярних овуляторних циклів. Зниження частоти овуляторних циклів досягається, особливо в юності, підвищеною фізичною активністю [2, 12].

Захисний ефект від мастопатії пов'язано з багатодітністю. Ризик мастопатії зменшується у сім'ях де 5 і більше дітей і зростає при короткочасній лактації. У більшості пацієнток з мастопатією спостерігається ряд несприятливих чинників репродуктивного характеру.

Важливим етіологічним фактором виникнення дисгормональних гіперплазій є гінекологічні захворювання. З перенесених захворювань необхідно виділити запальні процеси в порожнині малого тазу, в першу чергу, запальні процеси придатків матки. Наслідком хронічних захворювань органів малого тазу може бути порушення зворотного зв'язку між ефекторними ендокринними органами і дієнцефало-гіпофізарною зоною. Після усунення патологічних процесів в статевих органах показники гормонального балансу тривалий час далекі від норми [1, 14].

Вивчення сексуального життя хворих на мастопатію показало наявність серйозних порушень. Серед таких порушень частіше було виявлено повну відсутність статевого життя або наявність нерегулярного статевого життя. У цих хворих спостерігається зниження задоволення від сексу. Сексуальна незадоволеність може бути одним із найважливіших етіологічних чинників розвитку дисгормональних гіперплазій. Це зв'язано з тим, що статевий потяг у жінок тісним чином обумовлений станом емоційної сфери. Тривала сексуальна незадоволеність призводить до порушень у вегетативних центрах кори головного мозку та сприяє розвитку невротичних реакцій, внаслідок чого виникають ендокринні порушення у хворих [2, 4].

Раніше висловлювалася думка про зв'язок між розвитком мастопатії і підвищеним вживанням метил-ксантинів (кофеїну, теофіліну, теоброміну), а також продуктів, які містять метилксантин (кава, чай, шоколад, какао, кола), подальшими дослідженнями це підтверджено не було [13].

Індивідуальні схеми лікування хворих на ДГМЗ поєднують методи загального оздоровлення, призначення гепатопротекторів, індивідуальні схеми гормонотерапії та фітотерапії. Головним чинником вибору індивідуальних схем є оцінка структурних перетворень тканини молочної залози.

Слід зазначити, що онкологічна застереженість повинна бути у кожного лікаря: акушера-гінеколога, хірурга, терапевта та лікарів інших спеціальностей. Аналіз занедбаних випадків раку молочної залози свідчить про те, що жінки бояться страшного діагнозу, тому займаються самолікуванням. Низький рівень інформованості жінок про своєчасне виявлення та можливість лікування передракових процесів,

самолікування приводять до занедбаних випадків раку [3, 8, 10].

Найбільш частим клінічним проявом ДГМЗ є масталгія (мастодінія) – болюче напруження тканин молочної залози. Стан мастодинії морфологічним субстратом має гіперплазію залозистої тканини молочної залози, венозний стаз, набряки строми. Виділяють циклічну і нециклічну мастодінію, які підлягають різній лікувальній тактиці. Нециклічна мастодінія потребує симптоматичної терапії, а циклічна мастодінія вимагає регуляції гормонального гомеостазу [2, 14]. Найчастіше мастодінія поєднується з передменструальним синдромом (ПМС). ПМС – складний симптомокомплекс, до складу якого входять психоемоційні, нейровегетативні та обмінно-ендокринні розлади [1, 9]. ПМС – найбільш часта причина нетривалого порушення працездатності у молодих жінок, що не народжували. Лікування хворих на мастопатію ускладнюється тим, що в даний час відсутній єдиний, загальновизнаний стандарт, а запропонована велика кількість препаратів і варіантів схем лікування.

Мета роботи – вивчення терапевтичного впливу фітопрепарату вітокан на стан жінок з мастопатією в передменструальний період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 57 жінок у віці від 18 до 35 років. Середній вік – 27,0±2,5 років. Критеріями включення в дослідження були скарги хворих на болі, відчуття дискомфорту на набряки молочних залоз напередодні місячних. Всім пацієнткам проведено загально-клінічне обстеження з обов'язковим вивченням стану гепатобіліарної системи. Гінекологічне обстеження включало вивчення анамнезу сексуальної та репродуктивної функції (по розробленим анкетам), огляд з кольпоскопічним і цитологічним дослідженням та обстеження гормонального профілю в фолікулінову та лютеїнову фази циклу. Всі пацієнтки пройшли ультразвукове дослідження (УЗД) молочних залоз та стану органів малого тазу з використанням вагінального датчика. Функціональний стан гіпофізарно-яєчникової системи вивчали за допомогою біохімічних та імуноферментних методів обстеження.

Для корекції масталгії на фоні дисгормональних та вегетативних розладів, больового синдрому, психо-неврологічних порушень в передменструальний період ми використовували вітчизняний фітопрепарат вітокан («Фіта»), що містить у своєму складі 21 рослинний екстракт. Компоненти препарату мають низку лікувальних ефектів:

Аір болотний – стимулює роботу кишкового тракту та має загально укріплюючу дію;

Нігітки – мають протизапальну, седативну та радіопротекторну дію, знижують нервову збуджуваність, покращують сон;

Шиповник – має низку вітамінів, каротини та олії, що укріпляють імунну систему;

Спориш та безсмертник – покращують роботу печінки та нирок;

Плоди калини містять дубильні речовини, катехіни, флавоноїди (кверцетин, кемпферол, леонозид), що дають протизапальний та седативний ефекти;

Мар'їн корінь – має ефірні олії, органічні кислоти, що мають заспокійливу дію, покращують сон, зменшують головні болі та підвищують працездатність;

Звіробій – має протизапальну, тонізуючу дію та покращує регенерацію;

Хвощ польовий – сечогінна дія та ремінералізація;

Барвінок рожевий – у складі містить вінбластін, що має протипухлинну дію;

Смородина чорна – полівітамінна рослина, виводить сечову та щавлеву кислоти, тонізує серцеву систему;

Глод – має загальноукріплюючу та кардіотонічну дію;

Солодка гола – у складі має флавоноїди, що дають високу протипухлинну активність;

Чага – березовий гриб – затримує ріст пухлин, покращує самопочуття.

Ми призначали вітокан по 30 крапель 3 рази на добу за 20-30 хвилин до прийому їжі (запивати водою). Курс лікування складав 3 місяці. Клінічне обстеження проводили через 8-12-24 тижні. УЗД та біохімічне обстеження – через 12 тижнів після початку лікування. Протягом 6 менструальних циклів пацієнткам було рекомендовано вимірювати базальну температуру та відтворювати показники на графіках.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні соціального стану з'ясовано, що в групі спостереження найчастіше були програмісти та менеджери – 23 (40,0%) жінки, 18 студенток (32,0%), вчителі – 8 (14,0%) та інші професії з розумовою напругою. В репродуктивному анамнезі у 12 жінок (21,0%) були пологи та аборти. Лактація після пологів була нетривалою від 2-х до 6 місяців. Шість пацієнток (10,0%) скаржилися на безплідність протягом від одного до п'яти років. Нерегулярне статеве життя відмітили 22 (38,0%) пацієнтки. Шкідливі звички (паління) виявлені у 17 (30,0%) жінок.

Всі пацієнтки мали скарги на циклічну масталгію. Вони відмічали появу двостороннього тупого або різкого болю з іррадіацією у пахвову область за 7-10 днів до менструації. Біль зникав з початком менструації у 48 (84,0%) жінок. 40 (70,5%) хворих у цей період відмічали порушення сну, загострення хронічних соматичних захворювань, набряки рук та тіла. Майже всі хворі (92,0%) скаржилися на появу нервово-психічніих розладів: головний біль, швид-

ку стомлюваність, депресію. У них спостерігалась образливість, дратівливість, емоційна лабільність, порушувалась працездатність.

При огляді визначався набряк та гіперемія молочних залоз, болісність при пальпації. У 18 (31,5%) жінок виявлені гіперплазовані пахвові лімфовузли. У 12 (21%) пацієнток ці симптоми поєднувались з виділеннями з сосків (серозними, брудно-зеленуватими, темними). При пальпації виявлені дифузні ущільнення в молочних залозах у вигляді дрібної зернистості розміром від дробини до горошини.

При обстежені гормонального профілю у хворих з мастопатією спостерігається незначне підвищення рівня пролактину, а також естрогенів і зниження рівня прогестерону у лютеїновій фазі менструального циклу.

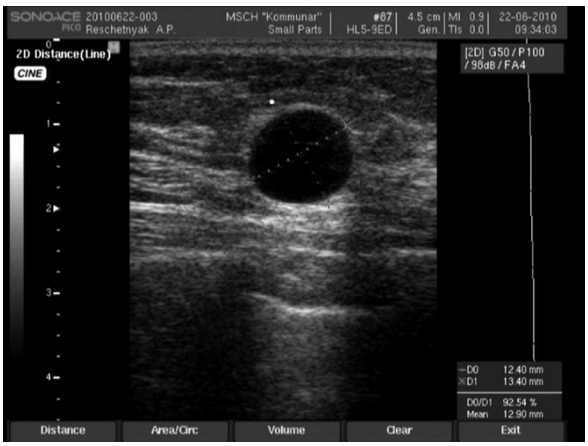
При ультразвуковому дослідженні виявлена підвищена ехогенність молочної залози, гіпертрофовані залозисті часточки та розширені протоки у 32 (56,0%) пацієнток. Дифузні кістозні утворення та кісти у вигляді ізольованих округлих або овальних структур різних розмірів з чіткими і рівними контурами виявлені у 17 (30,0%) жінок. У 3-х пацієнток (5,0%) виявлені багатокамерні кісти. Дифузні фіброзні зміни та нерівномірна тяжистість виявлені у 6 (10,0%) хворих.

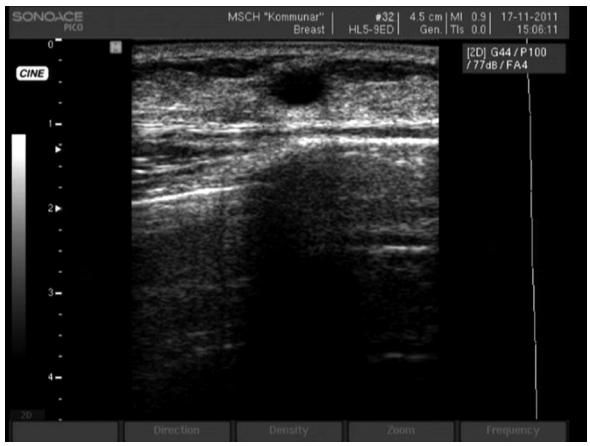
Протягом 3-х місяців всі пацієнтки приймали вітокан по 30 крапель (запивали теплою водою) за 20-30 хвилин до їжі. Додатково їм було рекомендовано кинути палити та щоранку вимірювати базальну температуру. Ми рекомендували всім пацієнткам вести щоденник спостережень самопочуття, особливо напередодні місячних.

Після першого місяця прийому вітокану 15 пацієнток (26,0%) відмітили, що зменшилась чутливість молочних залоз та підвищився настрій. Через два місяці прийому препарату позитивні зміни відмітили 38 (67,0%) пацієнток. Після трьох місяців лікування всім жінкам проведено загальноклінічне обстеження. Суб'єктивне покращення стану відмітили 53 пацієнтки (93,0%). Зменшилася, або зовсім зникла болючість молочних залоз. У більшості жінок, що були під наглядом, змінився психічний статус. Вони стали менш роздратовані, спокійніші, відмічали покращення сну та підвищення працездатності.

За сонографічними даними, у 49 (86,0%) пацієнток через 3-6 місяців спостереження відмічена позитивна динаміка.

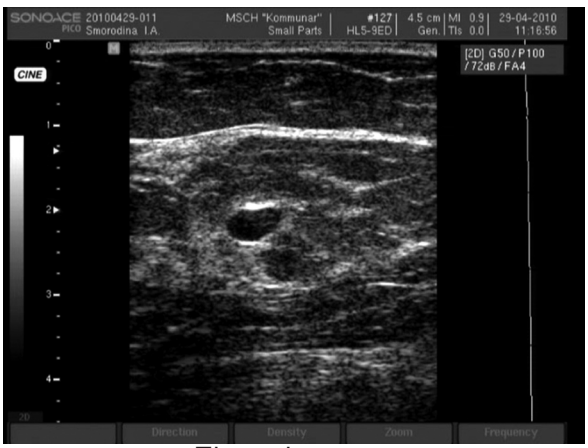
Зменшилися розміри кістозних утворень в молочних залозах, інтенсивність інтерстиціального набряку (рис. 1, 2).





До лікування Після лікування

Рис. 1. Пацієнтка Р., 1978 р.н., до та після лікування.



До лікування Після лікування

Рис. 2. Пацієнтка Н., 1985 р.н., до та після лікування.

При огляді було відмічено зменшення напруженості пахвових лімфовузлів.

При вивченні загальних та біохімічних показників крові пацієнток з ДГМЗ в поєднанні з ПМС відмічено позитивну динаміку у функціональних показниках печінки (табл. 1).

Таблиця 1

Зміни показників функціональної здатності печінки у хворих на ДГМЗ та ПМС

Показник	До лікування	Через 3 місяці після лікування	p
Загальний білірубін, мкмоль/л	20,04±1,03	16,07±0,87	<0,05
Прямий білірубін, ммоль/л	5,02±0,75	3,75±0,17	<0,05
АсАТ, ммоль/(л.год)	0,53±0,03	0,37±0,02	<0,05
АлАТ,ммоль/(л.год)	0,61±0,04	0,49±0,03	>0,05
Г-ГТП, ммоль/л	0,67±0,03	0,49±0,05	<0,05
Тимолова проба, од.	2,78±0,15	2,12±0,13	<0,05

Через три місяці виявлено, що після прийому вітокану у 9 жінок (16,0%) підвищився рівень прогестерону на 21-23 дні менструального циклу.

Показники гормонального статусу до та після лікування пацієнток з ПМС та ДГМЗ представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Показники гормонального статусу

Показники	До лікування	Через 3 місяці після лікування	Через 6 місяців після лікування
Пролактин, мкг/л	14,27±0,55	13,20±0,36 p>0,05	12,61±2,45 p>0,05
Естрадіол, нг/л 1 фаза 2 фаза	 66,92±13,26 63,57±7,26	 52,28±1,12 76,17±8,15 p>0,05	 58,16±1,28 67,37±3,41 p>0,05
Прогестерон, мкг/л 1 фаза 2 фаза	 0,58±0,01 1,61±0,12	 0,56±0,09 2,91±0,04 p>0,05	 0,61±0,04 5,22±1,13 P<0,05

При обстеженні пацієнток через шість місяців більшість з них відмітили покращення загального стану. Дві пацієнтки завагітніли протягом 6 місяців після проведеного курсу лікування.

Вітокан не виявив токсичної та алергічної дії при довготривалому застосуванні. Алергічну реакцію у вигляді свербежу відмітила одна жінка (1,7%) на третьому місяці прийому препарату.

ВИСНОВКИ

1. Вітокан допомагає зняти симптоми передменструального синдрому та зменшує прояви мастопатії.

2. Призначення фітопрепарату вітокан є безпечним та ефективним засобом лікування дисгормональних розладів у жінок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е. М. Вихляева. – М. : МИА, 2000. – 765 с.

2. Дисгормональні гіперплазії молочних залоз (мастопатії): комплексна терапія з використанням системної ензимотерапії : методичні рекомендації / В. І. Тарутинов, Н. В. Рось, І. В. Досенко [та ін.]. – К., 2001. – 20 с.

3. Діагностика та лікуваня дисгормональних гіперплазій молочної залози : методичні рекомендації / Запорізька мед. академія післядипломної освіти ; уклад. : Н. М. Волошина, С. М. Пащенко, Н. С. Луценко, Г. І. Резніченко. – Запоріжжя, 2010. – 45 с.

4. Ефименко А. О. Роль современных дофаминомиметиков III поколения в лечении гиперпролактинемии / А. О. Ефименко, Н. Ф. Захаренко // Здоровье женщины. – 2009. – № 10 (46). – С. 59–63.

5. Жук С. І. Індивідуалізація призначення препаратів КОК / С. І. Жук, Л. Д. Захурдаєва // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 5 (34). – С. 166–170.

6. Негормональная терапия фиброзно-кистозной болезни молочных желез / Н. Н. Волошина, С. М. Пащенко, Д. И. Кебало [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (27). – С. 127–131.

7. Пащенко С. М. Клініко-морфологічна характеристика мастопатії / С. М. Пащенко, Ф. Шах, Н. М. Волошина // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009.– Т. 14, № 4. – С. 162–169.

8. Серов В. Н. Гинекологическая эндокринология / В. Н. Серов, В. Н. Прилепская. – М. : Медпресс-информ, 2006. – 520 с.

9. Татарчук Т. Ф. Мастодиния на фоне хронического стресса у женщин активного репродуктивного возраста / Т. Ф. Татарчук, О. А. Єфименко, Т. Н. Турченко // Здоровье женщин. – 2009. – № 10 (46). – С. 50–54.

10. Adolescent Diet and Incidence of Proliferative Benign Breast Disease / H. J. Baer, S. J. Schnitt, J. L. Connolly [et al.] // Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention. – 2003, Nov. – Vol. 12. – P. 1159–1167.

11. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention / T. Byers, M. Nestle, A. McTiernan [et al.] // CA Cancer J. Clin. – 2002. – Vol. 52. – P. 92.

12. Consumption of vegetables and fruits and risk of breast cancer / C. H. Van Gils, P. H. Peeters, H. B. Bueno-de-Mesquita [et al.] // JAMA. – 2005. – Vol. 293, № 2. – P. 183–193.

13. Cyclical Mastalgia and Breast Cancer Risk: Results of A French Cohort Study / G, Plu-Bureau, M. G. Lк, R. Sitruk-Ware [et al.] // Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention. – 2006, June. – Vol. 15. – P. 1229–1231.

14. Focal fibrosis of the breast diagnosed by a sonographically guided core biopsy of nonpalpable lesions: imaging findings and clinical relevance / J. K. You, E. K. Kim, J. Y. Kwak [et al.] // J. Ultrasound Med. – 2005. –Vol. 24. – P. 1377–1384.