

УДК 618.19 – 006. 03:615.

© Колектив авторів, 2011.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ МАСТОДИНОН У ЛІКУВАННІ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

А. М. Громова, Т. Ю. Ляховська, Л. М. Добровольська, О. Л. Громова, В. К. Ліхачов

Кафедра акушерства та гінекології (зав. кафедри – проф. А. М. Громова),

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF DISHORMONAL BREAST DISEASES DRUG MASTODINON

A. M. Gromova, T. Yu. Lyakhovska, L. N. Dobrovolska, A. L. Gromova, V. K. Lihachov

SUMMARY

Dishormonal breast diseases are the most widespread pathology of women reproductive system. 36 women of reproductive age with dyshormonal breast diseases were observed. Assess The level of mastalgia expression, stress voltage were estimated, the level of estradiol, progesterone, prolactin were determined. Herbal preparation Mastodinon was included in the treatment. Decreasing of mastalgia in 83,3% of women, reduction of stress voltage in 77,8% of the patients, normalization of hormonal balance were marked after 3 months course of treatment. The study showed a positive effect and expediency of application of preparation Mastodinon in the treatment of breast diseases.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МАСТОДИНОН В ЛЕЧЕНИИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

А. М. Громова, Т. Ю. Ляховская, Л. Н. Добровольская, А. Л. Громова, В. К. Лихачов

РЕЗЮМЕ

Дисгормональные заболевания молочных желез являются наиболее распространённой патологией репродуктивной системы женщины. Под наблюдением находилось 36 женщин репродуктивного возраста с дисгормональными заболеваниями молочных желез. Оценивали уровень выраженности масталгии, стрессового напряжения, определяли уровень эстрадиола, прогестерона, пролактина. В комплекс лечения включали растительный препарат Мастодинон. После 3-х месячного курса лечения отмечали снижение масталгии у 83,3% женщин, уменьшение стрессового напряжения – у 77,8% обследованных, нормализацию гормонального баланса. Проведенное исследование показало положительный эффект и целесообразность применения препарата Мастодинон в лечении дисгормональных заболеваний молочных желез.

Ключові слова: молочні залози, масталгія, стресова напруга, Мастодинон.

Зростання частоти патології молочних залоз, як доброякісної, так і злоякісної, є загальносвітовою тенденцією та пов'язане з чисельними гормональними та дисфункційними змінами. Пухлини молочної залози займають перше місце серед всіх онкологічних захворювань репродуктивної системи. В Україні щорічно занеджують близько 17000 жінок раком молочної залози. Частота запущених форм залишається досить високою. Серед хворих з уперше виявленим захворюванням на частоту I-II стадій припадає 54,6%, на III стадію – 29,6%, IV стадію – 12,6%. Враховуючи, що молочні залози є частиною репродуктивної системи жінки і виступають «органами-мішенями» до дії стероїдних статевих гормонів, пролактину, гормонів гіпофізу, щитоподібної залози, вони мають високу схильність до розвитку патологічних дисгормональних процесів – мастопатій, які можуть виступати чинником розвитку раку молочної залози [2, 3, 8].

Дисгормональні захворювання молочних залоз – найбільш розповсюджена патологія репродуктивної

системи жінки. Доброякісні процеси діагностуються у кожної 4-ої жінки до 30 років. У жінок старших 40 років патологічні стани молочних залоз виявляють у 60,0% випадків. Одним з найбільш частих клінічних проявів дисгормональних захворювань молочних залоз є мастодинія – болісне напруження тканин молочної залози, морфологічною основою якого є гіперплазія залозистих дольок, венозний застій і набряк стромы [4, 6].

Характерною рисою молочної залози є складність чіткої диференціації фізіологічних та патологічних змін, що пов'язано з високою чутливістю до гормональних впливів, а також дією багатьох чинників ризику [5]. Велику частку в розвитку захворювань молочної залози становить наявність гінекологічної, соматичної, ендокринної патології. Особлива увага приділяється психоемоційному статусу. Досить часто мастодинія поєднується з психоемоційними розладами, депресією, головним болем, подразливістю, проявами хронічного стресу [7]. Такі невітні стативі

стичні дані, висока частота дисфункційних захворювань молочних залоз, складність чіткої диференціації фізіологічних та патологічних змін, вплив багатьох факторів на стан молочних залоз визначають актуальність даної проблеми.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Метою нашого дослідження було визначення частоти генітальної, соматичної патології, психоемоційного стану, гормонального балансу у жінок з циклічною мастодинією та корекція виявлених змін препаратом Мастодинон. Під наглядом знаходилося 36 жінок репродуктивного віку з дисгормональними захворюваннями молочних залоз. Діагностика захворювання ґрунтувалась на огляді, пальпації, ультразвуковому дослідженні, мамографії молочних залоз (відповідно до наказу МОЗ України №676 від 31.12.2004 року «Профілактика і діагностика дисгормональних захворювань молочної залози»). Для оцінки вираженості масталгії використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ). Ступінь больових відчуттів визначали у міліметрах: до 40 мм – низькі, 41-70 мм – середні, 71-100 мм – виражені симптоми масталгії. Для визначення початкового рівня стресової напруги та її динаміки використовували опитувальник «Визначення нервово-психічного напруження» Немчина, який містить 30 пунктів. Оцінка результатів проводилася за бальною системою, де мінімальний рівень стресової напруги становив 30 балів, максимальний – 90 балів. Слабка нервово-психічна напруга відповідала проміжку 30-50 балів, середня – 51-70 балів, висока – 71-90 балів. Рівень естрадіолу, прогестерону, пролактину визначали імуноферментним методом у лабораторії «Біотек». Показники оцінювали до початку лікування, через 1,2 місяці та по закінченню курсу лікування. Одержані дані обробляли методами варіаційної статистики з визначенням критерія Стюдента за допомогою комп'ютерних програм.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік жінок коливався від 27 до 39 років і в середньому становив $32,7 \pm 4,6$ років. У всіх жінок основними скаргами були болі та нагубання молочних залоз у другій половині менструального циклу, симптоми психоемоційних розладів, визначення ділянок ущільнення та неоднорідності при пальпації молочних залоз, проте, вираженість даних симптомів була відмінною. Більшість жінок вказували на сильні больові відчуття: у 21 (58,4%) хворі показник ВАШ становив $82,3 \pm 6,1$ мм, у 11 (30,5%) – $57,8 \pm 4,2$ мм, що вказувало на середній ступінь вираженості больових відчуттів, у 4 (11,1%) – $26,6 \pm 3,3$ мм – низький показник за ВАШ. Вихідні значення оцінки психоемоційного стану серед 21 жінки з вираженими больовими відчуттями за опитувальником Немчина становили $76,7 \pm 8,1$ бали у 16 (76,2%) осіб, що вказувало на високий рівень стресової напруги, у 4 жінок цей показник становив $58,5 \pm 6,2$ бали, що відповідало середньому

рівню стресової напруги, і лише у 1 (4,8%) особи був низьким. У 11 жінок з середнім ступенем масталгії рівень стресової напруги у 3 (27,3%) осіб становив $64,7 \pm 3,2$ бали, у 7 (63,6%) жінок – $53,8 \pm 3,5$ балів і у 1 (9,1%) особи – 39 балів. У всіх жінок з слабким ступенем больових відчуттів рівень стресової напруги був низьким і становив $34,7 \pm 3,9$ балів. Одержані дані вказують на те, що мастодинія часто поєднується з психоемоційними розладами (порушенням сну, підвищеною втомлюваністю, дратівливістю, плаксивістю, зниженням розумової працездатності, нестійкістю настрою, зниженням впевненості в собі і своїх силах та ін.), на що вказують і результати інших авторів і дозволяють розглядати мастодинію як один із симптомів психоемоційної дезадаптації в репродуктивному віці [7].

Одним із чинників розвитку хронічного стресу та дисгормональних захворювань молочних залоз може бути функціональна гіперпролактинемія. Пролактин разом з естрогенами та прогестероном контролює формування і функціональну активність молочної залози, разом з прогестероном сприяє активному росту епітеліальних клітин, збільшує кількість рецепторів до естрогену у тканинах молочної залози. Порушення співвідношення між естрогенним і гестагенним компонентами викликає зміну співвідношення сполучнотканинного і залозистого компонентів та розвитку в них проліферативних процесів. Причому провідна роль у виникненні фіброзно-кістозної хвороби належить не стільки абсолютному підвищенню естрогенів, скільки відносній гіперестрогенемії, яка виникає на фоні недостатньої продукції прогестерону [1]. Тому нами проведено визначення рівня естрадіолу, прогестерону та пролактину у досліджуваних жінок. Концентрація пролактину у більшості обстежених хоча і не виходила за межі норми, але знаходилась на її верхній межі та становила $697,4 \pm 37,9$ мМЕ/л. Лише у 3 (8,3%) осіб вона дещо перевищувала норму – $738,3 \pm 12,4$ мМЕ/л. Рівень прогестерону у лютеїнову фазу був у цілому дещо знижений – $9,8 \pm 3,6$ нмоль/л. Концентрація естрадіолу у другу половину фолікулярної фази становила $1,6 \pm 0$ нмоль/л.

Проведені дослідження дають змогу в комплекс лікування включити препарат Мастодинон («Біонорика АГ»). Це рослинний препарат, який відновлює гормональний баланс, нормалізує рівень пролактину. Приймається незалежно від гормонального циклу, добре переноситься, не містить синтетичних гормонів. В його склад входять: прутняк, який діє на D2 рецептори дофаміна і м'яко знижує рівень пролактину; грудощник гіркий; цикламен (фіалка альпійська), які ефективні при психоемоційних розладах, мігренях, нервовому напруженні. Призначали Мастодинон по 30 крапель чи 1 пігулці 2 рази на день (вранці та увечері з невеликою кількістю води), курс лікування становив 3 місяці.

У процесі лікування спостерігалось достовірне зниження інтенсивності масталгії, яке було відмічене вже через місяць після початку прийому препарату і продовжувало знижуватись до кінця 2-го місяця та до закінчення курсу лікування. Так, серед 21 жінки з високою інтенсивністю масталгії за ВАШ цей показник знизився з $82,3 \pm 6,1$ мм до $61,3 \pm 4,2$ мм у 13 (61,9%, $p < 0,05$), до $37,6 \pm 2,9$ мм – 7 (33,3%) жінок ($p < 0,05$), і лише у однієї особи інтенсивність болю залишалась високою. У жінок з середньою інтенсивністю масталгії також відмічений позитивний вплив Мастодинону на вираженість цього симптому. В кінці курсу лікування середній показник ВАШ становив $34,6 \pm 2,4$ мм, що майже на 60,0% нижче вихідного рівня ($p < 0,05$). Слід відмітити, що після тримісячного курсу лікування знизився і рівень психоемоційної напруги. Так, у 19 жінок з вираженою масталгією та високим рівнем стресової напруги після лікування відмічене достовірне зниження даного показника з $76,7 \pm 8,1$ балів до $54,3 \pm 5,6$ балів ($p < 0,05$). У жінок з середнім рівнем стресової напруги після 3-місячного прийому препарату теж визначалось покращення загального стану та зниження цього показника з $64,7 \pm 3,2$ балів до $44,5 \pm 3,7$ балів ($p < 0,05$). Лише 4 (11,1%) особи не відмітили позитивної динаміки і продовжували відмічати високий (2 хворі) та середній (2 хворі) рівні психоемоційної напруги. Дослідження гормонального статусу вказувало на нормалізацію концентрації пролактину, в середньому до $436,5 \pm 37,8$ мМЕ/л, естрадіолу у другу половину фолікулярної фази до $1,2 \pm 0,3$ нмоль/л, підвищення рівня прогестерону в лютеїнову фазу до $34,5 \pm 6,2$ нмоль/л. Тобто під впливом прийому Мастодинону відбувається відновлення співвідношення між естрогенами, прогестероном та пролактином, що сприятливо впливає на зменшення клінічних проявів дисфункційних захворювань молочних залоз, встановлення гормонального балансу в організмі жінки, зменшення психоемоційної напруги.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведене дослідження показало позитивний ефект від застосування препарату Мастодинон, що клінічно проявлялося суттєвим знижен-

ням вираженості мастодинії та больових відчуттів у молочних залозах, зменшенням симптомів психоемоційної дезадаптації та покращенням загального самопочуття, нормалізацією гормонального балансу у жінок репродуктивного віку, що підтверджує доцільність включення у схеми лікування дисгормональних захворювань молочних залоз препарату Мастодинон.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жержова Т. А. Принципы диагностики и лечения дисгормональных заболеваний молочных желез / Т. А. Жержова, А. Ф. Курилова // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2007. – С. 279–282.
2. Зотов А. С. Мастопатия и рак молочной железы / Зотов А. С., Велик Е. О., Чешук В. Е. – Киев, 2004. – 87 с.
3. Ильин А. Б. Эндокринотерапия и лечение фиброзно-кистозной болезни молочных желез / А. Б. Ильин, С. В. Бескровный, Е. В. Малахова : материалы Первой международной онкологической конференции [«Проблемы диагностики и рака молочной железы»], (Санкт-Петербург, 2004). – СПб, 2004. – С. 73–77.
4. Ласачко С. А. Диагностика и возможности терапии мастодинии в практике акушера-гинеколога / С. А. Ласачко, В. П. Квашенко, Е. Г. Яшина // Новости фармации и медицины. – 2007. – № 3 (207). – С. 8.
5. Мастодиния в структуре предменструальных нарушений / Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольский, О. А. Ефименко [и др.] // Здоровье женщины. – 2006. – №3 (25). – С. 116–118.
6. Синицын В. А. Лечение больных с фиброзно-кистозной мастопатией, сопровождающейся болевым синдромом / В. А. Синицын, Т. В. Руднева // Жіночий лікар. – 2007. – № 6. – С. 31–33.
7. Татарчук Т. Ф. Эффективность применения препаратов, оказывающих дофаминергическое действие, в комплексной терапии дисгормональной стрессиндуцированной патологии / Т. Ф. Татарчук // Природная медицина. – 2010. – № 3. – С. 20–25.
8. Porter P. «Европеизация» риска развития рака молочной железы / P. Porter // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 3 (12). – С. 70–71.