

# Досвід лікування циклічної масталгії і мастодинії у жінок репродуктивного віку

А.Я. Сенчук<sup>1</sup>, І.О. Доскоц<sup>1</sup>, І.В. Чибісова<sup>2</sup>, С.В. Москаленко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», м. Київ

<sup>2</sup>Відділ акушерсько-гінекологічної допомоги МОЗ України, м. Київ

Більше 75,0% жінок репродуктивного віку відзначають наявність болю, а кожна п'ята сильного болю (масталгія) і нагубання (мастодинія) у молочній залозі (МЗ). Дані стани можуть істотно порушувати якість життя жінки, спричинити психологічну, сімейну і соціальну дезадаптацію.

З метою вивчення ефективності комбінованого фітопрепарату Нормоменс для лікування пацієнток репродуктивного віку, які страждають циклічною формою масталгії і мастодинії, до та після лікування проведено амбулаторне обстеження 73 хворих.

Результати досліджень свідчать про високу ефективність (84,9%) і безпечність застосування комбінованого фітопрепарату Нормоменс у лікуванні масталгії і мастодинії у хворих із доброякісними патологічними станами МЗ. Високу ефективність фітотерапії масталгії і мастодинії у хворих із патологією МЗ без додаткового використання гормональних препаратів можна пояснити натуропатичною дією фітопрепарату Нормоменс, який нормалізує гормональний баланс жінки, має знеболювальну, протипухлинну, антиоксидантну та імуномодулюючу дію.

**Ключові слова:** масталгія, мастодинія, лікування.

Понад 75,0% жінок репродуктивного віку відзначають наявність болю, а кожна п'ята сильного болю (масталгія) і нагубання (мастодинія) в молочній залозі (МЗ). Саме біль у МЗ є провідною скаргю, з якою молоді жінки звертаються до лікаря, за даними Т.Ф. Татарчук та співавторів (2010), за допомогою звертається менше половини з тих, хто страждає на масталгію і мастодинію. Дані стани можуть істотно порушувати якість життя жінки, спричинити психологічну, сімейну і соціальну дезадаптацію [8, 11].

Масталгію і мастодинію поділяють на фізіологічну (період пубертату, вагітність, менопауза) і патологічну, як симптоми захворювання МЗ чи суміжних органів.

Виділяють також циклічні симптоми, виникнення яких пов'язують з менструальним циклом, і ациклічні – масталгію і мастодинію [15, 17].

Циклічну мастодинію відзначають приблизно у 2/3 пацієнток, частіше віком 20–40 років, яка патогенетично пов'язана з циклічним функціонуванням яєчників і є результатом впливу статевих гормонів на тканину МЗ. Циклічні масталгія і мастодинія мають кілька різновидів:

- мастодинія психогенна (згідно з МКХ-10, шифр N64.4 і F45.4) – проявляється у вигляді передменструального нагубання і болю в МЗ, при цьому відсутні об'єктивні зміни в МЗ та симптоми передменструального синдрому (ПМС);
- мастодинія і масталгія як симптом ПМС;
- як симптом доброякісної дисплазії МЗ (ДДМЗ);
- на тлі вживання гормональних препаратів, зокрема контрацептивів і препаратів для замісної гормональної терапії (ЗГТ).

Ациклічний біль у МЗ найчастіше є симптомом патологічного процесу в ній: пухлина, травма, запальний процес

(мастит, тромбофлебіт), дифузні доброякісні зміни (мастопатія, дисплазія). Причиною його також може бути вагітність, застосування лікарських препаратів, а саме – гестагенів, кломіфену, антидепресантів, спіронолактону, метилдопи, резерпіну, кетоконазолу, метронідазолу [16, 23].

Ациклічний біль у МЗ нерідко виникає внаслідок застосування як високо- так і низькодозованих комбінованих оральних контрацептивів (КОК), особливо в перші місяці вживання таблеток. У разі ЗГТ масталгію спостерігають у 16,0–32,0% жінок [21, 25].

Етіологія і патогенез масталгії і мастодинії остаточно не вивчені. Вважають, що нормальне функціонування МЗ залежить від адекватного співвідношення в її тканинах концентрацій естрадіолу і прогестерону. Порушення цього співвідношення призводить спочатку до функціональних (масталгія, мастодинія), а потім і морфологічних (фіброзно-кістозна мастопатія) змін.

Слід урахувати, що в даному випадку важлива не абсолютна, а відносна гіперестрогенія, яка є наслідком недостатньої функції жовтого тіла в другій фазі менструального циклу. У науковій літературі переважає точка зору про провідну роль у патогенезі масталгії і мастодинії локальної гіперестрогенії. Концентрації естрадіолу в сполучній тканині МЗ у 2–20, а прогестерону у 2–10 разів вищі за їхні рівні в плазмі крові [11, 12, 14]. Естрогени спричиняють морфологічно-функціональну перебудову МЗ, яка проявляється набряком і гіпертрофією внутрішньочасткової сполучної тканини. У разі тривалого процесу відбувається проліферація, посилення синтезу ДНК і мітотичної активності епітелію протоків, стимуляція васкуляризації і ступеня гідратації сполучної тканини, що призводить до набряку і гіпертрофії інтралобулярної сполучної тканини, їх обструкції, збільшення альвеол за збереженої секреції і формування кістозних порожнин [12].

Проліферація тканин МЗ повинна під впливом прогестерону циклічно змінюватися стимуляцією розвитку протоків і альвеол МЗ. Для цього прогестерон запобігає проліферації епітелію протока залоз, забезпечує диференціацію на частки, гальмує мітотичну активність епітелію клітин молочних протоків [12]. Мітотична активність і підвищена продукція ДНК наприкінці лютеїнової фази змінюється апоптозом. Крім того, прогестерон зменшує місцевий вплив естрогенів на тканину МЗ за рахунок стимуляції ферменту 17 $\beta$ -гідроксистероїддегідрогенази-2 [7].

У патогенезі циклічної мастодинії домінують роль належить пролактину. У даних пацієнток виявляють так звану латентну гіперпролактинемію. Пролактин є стресовим гормоном: його секреція патологічно підвищується при хронічних стресових ситуаціях (виробничі, сімейні, соціально-політичні та інші проблеми), які постійно супроводжують сучасну жінку [13]. Слід також враховувати, що є велика кількість жінок, у яких на стрес виробляється надмірна кількість пролактину, і в цих випадках надмірна гіперпролактинемія може призвести до встановлення помилкового діагнозу мікропролактиніями.

Хронічний стрес призводить до того, що гіпоталамічні

дофамінові нейрони знижують свою секрецію в поральну судинну систему. Розвивається стан, що пояснюється недостатністю допамінергічного інгібування. Даний феномен підтверджується також тим, що у разі введення синтетичних дофамінових агоністів відбувається зниження пролактину і знижується передменструальна симптоматика [3, 7].

Підвищення концентрації пролактину активує натрійзатримувальний ефект альдостерону, а також антидіуретичну дію вазопресину, тим самим спричиняючи затримку рідини і електrolітів у МЗ та, як наслідок, їх болочість і напруження [18].

Виникнення болю в МЗ під час вживання КОК пов'язане з дією естрогенового компонента препаратів, який інгібує активність тирозингідроксилази, що призводить до зменшення продукції ендогенного дофаміну і збільшення секреції пролактину. Крім цього, ендогенні й екзогенні естрогени активують експресію гена, відповідального за синтез пролактину, сенсibiliзують лактотрофи до стимулювальних впливів інших пролактин-релізінг-факторів [3, 7].

Ще однією патогенетичною ланкою масталгії і мастодинії є запальна реакція, яка виникає в тканинах МЗ. Довготривалі процеси проліферації епітелію, набряк стромы і активація фібробластів призводять до ішемізації тканин і накопичення надлишків простагландинів E2. Простагландини спричиняють локальне розширення судин, набряк, ексудацию, сенсibiliзацію рецепторів до медіаторів болю (гістаміну, брадикініну) і зниження порогу больової чутливості [14].

Клінічно масталгія і мастодинія проявляються тягучим, ниючим чи стискальним болем в обох МЗ, який з'являється за тиждень до менструації. Біль може іррадіювати в підпахвинну ділянку, плече, лопатку. Іноді з'являються кров'яні, серозні, молочні чи гноеподібні виділення із сосків. Залози збільшуються у розмірах, набухають, виникає відчуття розпирання залоз зсередини. Підвищується чутливість соска і тканин залоз, виникає дискомфорт при доторканні.

У більшості випадків сучасні жінки розглядають масталгію і мастодинію як небажане явище, яке створює дискомфорт у повсякденному житті і на роботі, знижує якість життя. Лікарська тактика залежить від етіопатогенетичних факторів масталгії і мастодинії, але в усіх випадках больових відчуттів в МЗ необхідно пам'ятати, що масталгія і мастодинія можуть бути першою ознакою новоутворення чи запального процесу, тому потрібне докладне збирання анамнезу, оцінювання характеру скарг, ретельне мамологічне обстеження тощо [2, 6].

Близько 20,0% пацієнок, які страждають на масталгію та мастодинію, потребують проведення терапії, спрямованої на зменшення болю. Дуже часто рекомендації лікарів зводяться до порад з використання підтримувальної дієти, спеціальних дієт з обмеженням кофеїну і зниженим вмістом жиру, вживання вітаміну Є, рослинних харчових добавок, що містять поліненасичені жирні кислоти, і нестероїдних протизапальних препаратів [5, 19, 24]. Патогенетично обґрунтованим вважають призначення бромокриптину, тамоксифену, даназолу [20], однак розвиток побічних ефектів обмежує широке застосування даних препаратів. Обираючи тактику лікування, жінки віддають перевагу щадним методам: акупунктурі, гомеопатії, фітотерапії [9, 14].

В останні роки накопичено клінічний матеріал з успішного використання рослинних препаратів і, зокрема, екстракту Циміцифуги, плодів Вітекса священного (*Vitex agnus castus*) [1, 7, 9, 13, 14] для лікування гінекологічної нейроендокринної патології, у тому числі і патології МЗ.

Враховуючи провідну роль нейроендокринних порушень у патогенезі масталгії і мастодинії, а також обнадійливі клінічні результати з використання фітоте-

рапії в регуляції подібних порушень у клініці ендокринної гінекології, ми також вирішили використати комбінований фітопрепарат Нормоменс для лікування даної патології.

Основними діючими речовинами комбінованого фітопрепарату Нормоменс є екстракти Вітекса звичайного (*Vitex agnus castus*) – 100 мг, Імбиру садового (*Zingiber officinale*) – 25 мг, Пажитника сінного (*Trigonella foetum graecum*) – 50 мг; Яблуні лісової (*Malus sylvestre*) – 7,5 мг.

*Екстракт Вітекса звичайного (Vitex agnus castus)*. Екстракти з Авраамового дерева рекомендовані німецькою експертною «Комісією Є», яка готує монографії про лікарські рослини, для лікування порушень менструального циклу, симптомів ПМС, зокрема передменструальної мастодинії. Біциклічні детерпени, виділені з рослини *Vitex agnus castus* (VAC), мають допамінергічну, пролактин-інгібувальну дію. Плоди цієї рослини чинять дію, схожу на дію гормонів жовтого тіла, а деякі компоненти екстракту VAC мають спорідненість до опіїдних рецепторів. Застосування екстракту Вітекса звичайного у пацієнок із мастодинією є високоєфективним і відбувається на фоні суттєвого зниження (на 20,0–30,0% від похідного рівня) пролактину в крові пацієнок [14].

Плоди, насіння і листя, а також препарати на основі Вітекса застосовують для лікування різних захворювань, що супроводжуються пригніченим настроєм, депресією, у разі жіночих хвороб для гармонізації вмісту статевих гормонів, ПМС, що супроводжується набряками, скудністю менструації або їхньою відсутністю, ановуляторних циклів, порушень менструального циклу, пов'язаних із недостатністю жовтого тіла та після застосування протизапальних засобів, у разі безпліддя, пов'язаного з гіперпролактинемією, циклічного болю у грудях (масталгії).

*Екстракт Імбиру садового (Zingiber officinale)*. Корінь Імбиру використовують як знеболювальний засіб (здатний пригнічувати вироблення простагландинів), протизапальний, розсмоктувальний, спазмолітичний, загоєвувальний, тонізувальний і антибактеріальний. Завдяки здатності Імбиру пригнічувати вироблення простагландинів, цей компонент Нормоменсу відіграє досить важливу роль в терапії жінок з масталгією та мастодинією, адже доведено, що в крові таких жінок рівень простагландинів підвищений у 7–8 разів [14]. Крім того, Імбир є досить потужним природним афродизіаком, що допомагає жінкам позбутися фригідності.

*Екстракт Пажитника сінного (Trigonella foetum graecum)*. Насіння Пажитника (боби) містить стероїдні сапоніни, стероли, флавоноїди (діосгенін, тигогенін, ямогенін, фітостерин), які є природними фітогормонами. Із діосгеніну організм синтезує власні стероїдні гормони і передусім прогестерон. Нормалізація рівня прогестерону реалізується в позитивних клінічних ефектах у разі ПМС, фіброзно-кістозної мастопатії та дисменореї.

*Екстракт Яблуні лісової (Malus sylvestre)*. Яблуня лісова має потужну антиоксидантну та заспокійливу дію, тому її використовують як седативний засіб. Профілактика стресів найкращим чином впливає на важливу ланку етіопатогенезу масталгії і мастодинії, призводить до розриву патологічного кола «стрес–гіперпролактинемія» і сприяє досягненню високого ефекту терапії.

Отже, завдяки комбінованому складу фітопрепарату Нормоменс нормалізує гормональний баланс жінки, має знеболювальну, протипухлинну, антиоксидантну та імуномодуючу дію. Відомі на сьогодні біологічні ефекти компонентів фітопрепарату Нормоменс на специфічні функції жіночого організму визначають показання для його застосування як альтернативної терапії симптомів ПМС, дисмено-

Таблиця 1

## Особливості гінекологічного і акушерського анамнезу у обстежених пацієнток, абс. число (%)

Патологія	1-а група, n=27	2-а група, n=21	3-я група, n=25
Порушення циклу	13 (48,1)	7 (33,3)	6 (24,0)
Недостатність лютеїнової фази	9 (33,3)	8 (38,1)	6 (24,0)
Дисменорея	14 (51,9)	9 (42,9)	4 (16,0)
Безпліддя	4 (14,8)	5 (23,8)	3 (12,0)
Невиношування вагітності	9 (33,3)	6 (28,6)	3 (12,0)
Запальні захворювання	13 (48,1)	12 (57,1)	7 (28,0)
Лейоміома матки	14 (51,9)	9 (42,9)	8 (32,0)
<i>Акушерський анамнез</i>			
Єдині пологи	11 (40,7)	12 (57,1)	13 (52,0)
Пологи після 25 років	9 (81,8)	10 (83,3)	13 (100,0)
Грудне вигодовування протягом року	2 (18,2)	2 (16,7)	5 (38,5)
Гіпогалактія	8 (72,7)	10 (83,3)	7 (53,8)

Таблиця 2

## Ефективність лікування пацієнток обстежених груп, визначена за інтенсивністю болю, n (%)

Обстежені групи n=73	Терміни обстеження	Характеристика болю				
		Слабкий	Помірний	Сильний	Надмірний	Нестерпний
1-а група, n=27	До лікування	5 (18,5)	9 (33,3)	10 (37,0)	3 (11,1)	0
	Після лікування	6 (22,2)	3 (11,1)	0	0	0
2-а група, n=21	До лікування	2 (9,5)	10 (47,6)	9 (42,9)	0	0
	Після лікування	5 (18,5)	3 (11,1)	0	0	0
3-я група, n=25	До лікування	3 (12,0)	9 (36,0)	11 (44,0)	2 (8,0)	0
	Після лікування	0	0	0	0	0

реї, фіброзно-кістозної мастопатії, безпліддя, зумовленого недостатністю лютеїнової фази менструального циклу.

**Мета дослідження:** вивчення ефективності комбінованого фітопрепарату Нормоменс для лікування пацієнток репродуктивного віку, які страждають на циклічну форму масталгії і мастодинії.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні брали участь 73 жінки з циклічною масталгією і мастодинією, яким проведено амбулаторне обстеження до та після лікування Нормоменсом. Усім пацієнткам було призначено Нормоменс: 1 курс протягом 3 міс. Ефективність лікування визначали на підставі суб'єктивних даних клінічного та ультразвукового дослідження (УЗД).

Дослідження складалося зі збирання даних анамнезу, загальноклінічного і гінекологічного обстеження, УЗД органів малого таза і МЗ. В анамнезі особливу увагу приділено терміну настання менархе, кількості пологів, тривалості лактації, перенесеним запальним захворюванням органів малого таза. Під час обстеження МЗ звертали увагу на форму, симетричність, вираженість підшкірної жирової клітковини, наявність виділень із сосків і болючі ділянки. Критерії включення у дослідження: вік від 18 до 45 років; основна скарга на наявність циклічної масталгії і мастодинії; добровільна згода на участь у дослідженні.

Реєстрацію суб'єктивних скарг стосовно болю здійснювали згідно з даними візуально-аналогової шкали (ВАШ) у комбінації з вербальною ранговою шкалою (ВРШ), які запропоновані В.В. Кузьменко та співавторами (1986). Комбінова-

на шкала – це пряма лінія довжиною 10 см з нанесеними на ній сантиметровими поділками, що відповідає інтенсивності болю від 0 до 10 балів. Кожні 2 см лінія має «опорні слова»: 2 см відповідає дискриптору «слабкий», 4 см – «помірний», 6 см – «сильний», 8 см – «надсильніший», 10 см – «нестерпний» біль. Пацієнтки самостійно визначали динаміку інтенсивності болю до та наприкінці 3-го місяця терапії. Опитування проводили на 23–28-й день циклу (передменструальна фаза).

Статистичне оброблення отриманих результатів дослідження здійснювали за допомогою програми Statistika 6,0 з використанням параметричного t-критерію Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток становив  $33,7 \pm 6,2$  року. Середній вік менархе –  $13,2 \pm 1,3$ , середня тривалість циклу –  $28,5 \pm 5,3$  дня, тривалість менструації становила  $4,7 \pm 2,1$  дня. Такі показники свідчили про відсутність патологічних відхилень у становленні та перебігу менструації у пацієнток із масталгією та мастодинією. Заміжніми були 38 (52,1%), регулярно (2 рази на тиждень) статевим життям жили 34 (46,6%). Вагітність наставала у 49 (67,1%) жінок із них у 42 були єдині пологи, а в 7 – штучні аборти, безпліддя діагностовано у 13 (17,8%) пацієнток.

Тривалість масталгії та мастодинії варіювала від 1 до 10 років. Усі пацієнтки скаргились на біль, відчуття нагубання, важкості в МЗ, які виникали за декілька днів до менструації, або починаючи з середини менструального циклу, збільшення об'єму і щільності тканин МЗ.

На підставі результатів комплексного обстеження всі пацієнтки (73 жінки) розподілені на 3 репрезентативні за віком та даними акушерсько-гінекологічного і соматичного анамнезів групи. До 1-ї групи включено 27 жінок із масталгією і мастодинією на фоні фіброзно-кістозної хвороби – дифузні форми мастопатії. До 2-ї ввійшли 21 пацієнтка з мастопатією у вигляді невеликих заповнених кіст. До 3-ї групи – 25 хворих із масталгією і мастодинією без наявних (виражених) дегенеративних змін у МЗ.

Особливості гінекологічного і акушерського анамнезу у обстежених нами пацієнток наведені в табл. 1.

Аналіз наведених у табл. 1 даних свідчить про переважання в гінекологічному анамнезі у пацієнток 1-ї і 2-ї груп, де масталгія і мастодинія були на фоні фіброзно-кістозних змін у МЗ, запальних захворювань жіночих статевих органів і нейроендокринної патології: порушення менструального циклу, недостатність лютеїнової фази (НЛФ), дисменорея, безпліддя, невиношування вагітності, лейоміома матки.

До особливостей акушерського анамнезу в обстежених пацієнток належить той факт, що тільки половина з них народжувала, і це були єдині пологи. З них від 80,0% до 100,0% народжували у віці понад 25 років.

У жінок із масталгією без структурних змін МЗ переважали лейоміома матки і запальні захворювання статевих органів.

Серед хворих із деструктивними змінами у МЗ протягом року грудне вигодовування здійснювали тільки 18,2% (1-а група) і 16,7% (2-а група), а гіпогалактія зареєстрована відповідно в 72,7% і 83,3% пацієнток. У жінок, що страждають на масталгію і мастодинію на фоні відсутності дегенеративних змін у МЗ, гіпогалактія спостерігалася в 53,8% випадків, протягом року грудьми годували 38,5% жінок.

Отже, дані гінекологічного і акушерського анамнезу свідать про провідне значення в етіології та патогенезі масталгії, мастодинії і мастопатії гінекологічної нейроендокринної і запальної патології, а також факторів «нерационального використання» репродуктивного потенціалу: відсутність чи мала кількість пологів, пологи після 25 років, гіпогалактія і нечасті випадки грудного вигодовування до року.

Під час обстеження МЗ у пацієнток із мастопатіями (фіброзно-кістозна хвороба) пальпаторно ми виявляли дифузні ущільнення у вигляді тяжів і дрібну зернистість, які частіше були виявлені у верхньозовнішніх квадрантах МЗ. У хворих 2-ї групи під час пальпації МЗ виявляли невеликі, заповнені рідиною кісти. Утворення в МЗ у пацієнток обох груп були болючими під час пальпації. У третини обстежених жінок 1-ї і 2-ї груп ми визначали молозивні виділення з сосків.

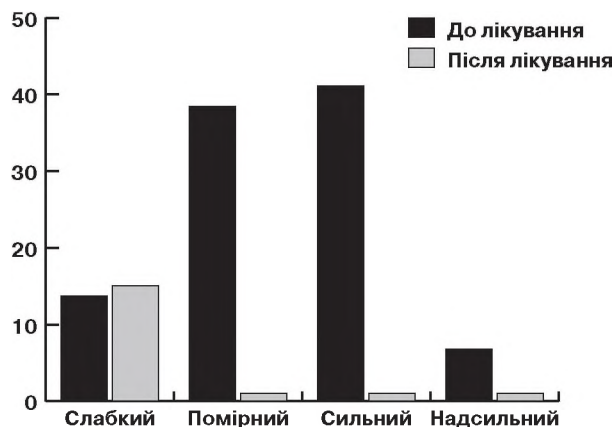
Дані про динаміку болю до та наприкінці тримісячного курсу лікування Нормоменсом наведено на малюнку.

Ефективність лікування з урахуванням симптомів масталгії у пацієнток за виділеними нами групами наведена в табл. 2.

Аналіз наведених результатів свідчить, що обстежені нами хворі досить сильно страждали від болю. Так, слабкий біль відчували тільки 10 (13,7%) пацієнток, решта 63 (87,3%) оцінювали біль як помірний – 28 жінок (38,4%), сильний – 30 (41,1%) і надсильний – 5 (6,8%).

Після лікування повна відсутність болю зареєстрована нами у 62 (84,9%) із 73 пацієнток, які отримували лікування. На слабкий біль скаржились 11 (15,1%) пацієнток, при цьому вони зазначали суттєве зниження інтенсивності болю, порівняно з його інтенсивністю до лікування.

Аналіз динаміки больового синдрому за виділеними нами групами показав, що найкращий ефект (100,0%) у вигляді повної відсутності болю спостерігали у хворих 3-ї групи, в яких масталгія і мастодинія не сполучалася з деструктивними змінами в МЗ. Ефективність лікування у разі масталгії на фоні кістозних змін у МЗ становила 76,2%. У пацієнток цієї



**Динаміка болю до та наприкінці 3-го місяця вживання Нормоменсу**

групи сильний і помірний біль зник, і тільки у 5 хворих (23,8%) він трансформуввся у легкий, що розцінювалося ними як позитивний результат лікування.

У пацієнток 1-ї групи, в яких масталгія і мастодинія циклічно виникала на фоні наявної дифузної фіброзно-кістозної мастопатії, біль зник у 21 (77,8%) і значне полегшення відчули 6 (22,2%) пацієнток, в яких залишився слабкий біль.

Отже, повний ефект за ознаками зникнення масталгії на 3-му місяці від початку терапії Нормоменсом ми спостерігали в 84,9% випадках. При цьому слід зазначити, що найбільша ефективність (100,0%) спостерігається у пацієнток, у яких циклічна масталгія існує без дистрофічних змін у МЗ.

Під час клінічного дослідження визначено зниження напруженості, щільності МЗ і залозисто-фіброзних структур, зменшення або взагалі зникнення молозивних виділень з сосків у разі натискання.

УЗД МЗ через 3 міс від початку терапії визначило зменшення фіброзно-кістозних утворень у 15 (55,6%) пацієнток 1-ї групи, в яких мастодинія була на фоні фіброзно-кістозних утворень у МЗ. У 5 (23,8%) хворих із кістозними утвореннями в МЗ (2-а група) УЗД виявило зменшення розмірів кіст у 1,5–2 рази. У двох (9,5%) пацієнток 2-ї групи ми не виявили позитивної динаміки розмірів кіст, у зв'язку з чим їм було рекомендовано продовжити вживання фітопрепарату Нормоменс загальною тривалістю 6 міс з наступною консультацією акушера-гінеколога.

## ВИСНОВКИ

Отже, на сьогодні є достатня доказова база, що свідчить про високу ефективність застосування фітопрепаратів з метою лікування циклічної масталгії і мастодинії як у пацієнток без дегенеративних змін у молочних залозах (МЗ), так і з мастопатією. Результати наших досліджень також свідчать про високу ефективність (84,9%) і безпечність застосування комбінованого фітопрепарату Нормоменс в лікуванні масталгії і мастодинії у хворих із доброякісними патологічними станами МЗ. Високу ефективність фітотерапії масталгії і мастодинії у хворих із патологією МЗ без додаткового використання гормональних препаратів можна пояснити натуропатичною дією препарату Нормоменс, який нормалізує гормональний баланс жінки, має знеболювальну, протипухлинну, антиоксидантну та імуномодулюючу дію.

**Опыт лечения циклической масталгии и мастодинии у женщин репродуктивного возраста**  
**А.Я. Сенчук, И.А. Доскоц, И.В. Чибисова, С.В. Москаленко**

Более 75,0% женщин репродуктивного возраста отмечают наличие боли, а каждая пятая сильной боли (масталгия) и нагрубание (мастодиния) в молочной железе (МЖ). Данные состояния могут существенно нарушать качество жизни женщины, вызвать психологическую, семейную и социальную дезадаптацию.

С целью изучения эффективности комбинированного фитопрепарата Нормоменс для лечения пациенток репродуктивного возраста, страдающих циклической формой масталгии и мастодинии, до и после лечения проведено амбулаторное обследование 73 больных. Результаты исследований свидетельствуют о высокой эффективности (84,9%) и безопасности комбинированного фитопрепарата Нормоменс в лечении масталгии и мастодинии у больных с доброкачественными патологическими состояниями МЖ. Высокую эффективность фитотерапии масталгии и мастодинии у больных с патологией МЖ без дополнительного использования гормональных препаратов можно объяснить натуропатическим действием фитопрепарата Нормоменс, который нормализует гормональный баланс женщины, обладает обезболивающим, противоопухолевым, антиоксидантным и иммуномодулирующим действием.

**Ключевые слова:** масталгия, мастодиния, лечение.

**Experience in treating cyclic mastalgia mastodynia and women of reproductive age**  
**A.Y. Senchuk, I.A. Doskoch, I.V. Chibisova, S.V. Moskalenko**

More than 75.0% of women of reproductive age report the presence of pain, and one in five severe pain (mastalgia) and engorgement (mastodynia) in the mammary gland (MG). These conditions can significantly disrupt the quality of life of women, cause psychological, family and social maladjustment.

To study the effectiveness of combined phytopreparation Normomens to treat patients of reproductive age suffering from cyclic mastalgia form and mastodynia, before and after treatment performed outpatient examination 73 patients.

Studies indicate high efficiency (84.9%) and security combined phytopreparation Normomens in the treatment of mastalgia and mastodynia in patients with benign disease states GBs. High efficacy of herbal medicine and mastalgia mastodynia in patients with pathology MG without the use of hormones may be explained by the influence of naturopathic phytopreparation Normomens, which normalizes hormonal balance of women, has analgesic, anti-tumor, antioxidant and immunomodulatory effects.

**Keywords:** mastalgia, mammalgia treatment.

**Сведения об авторах**

Сенчук Анатолий Яковлевич – Киевский медицинский университет УАНМ, 02175 г. Киев, Харьковское шоссе 121; тел.: (050) 945-37-23

Доскоц Инна Александровна – Киевский медицинский университет УАНМ, 02175 г. Киев, Харьковское шоссе, 121

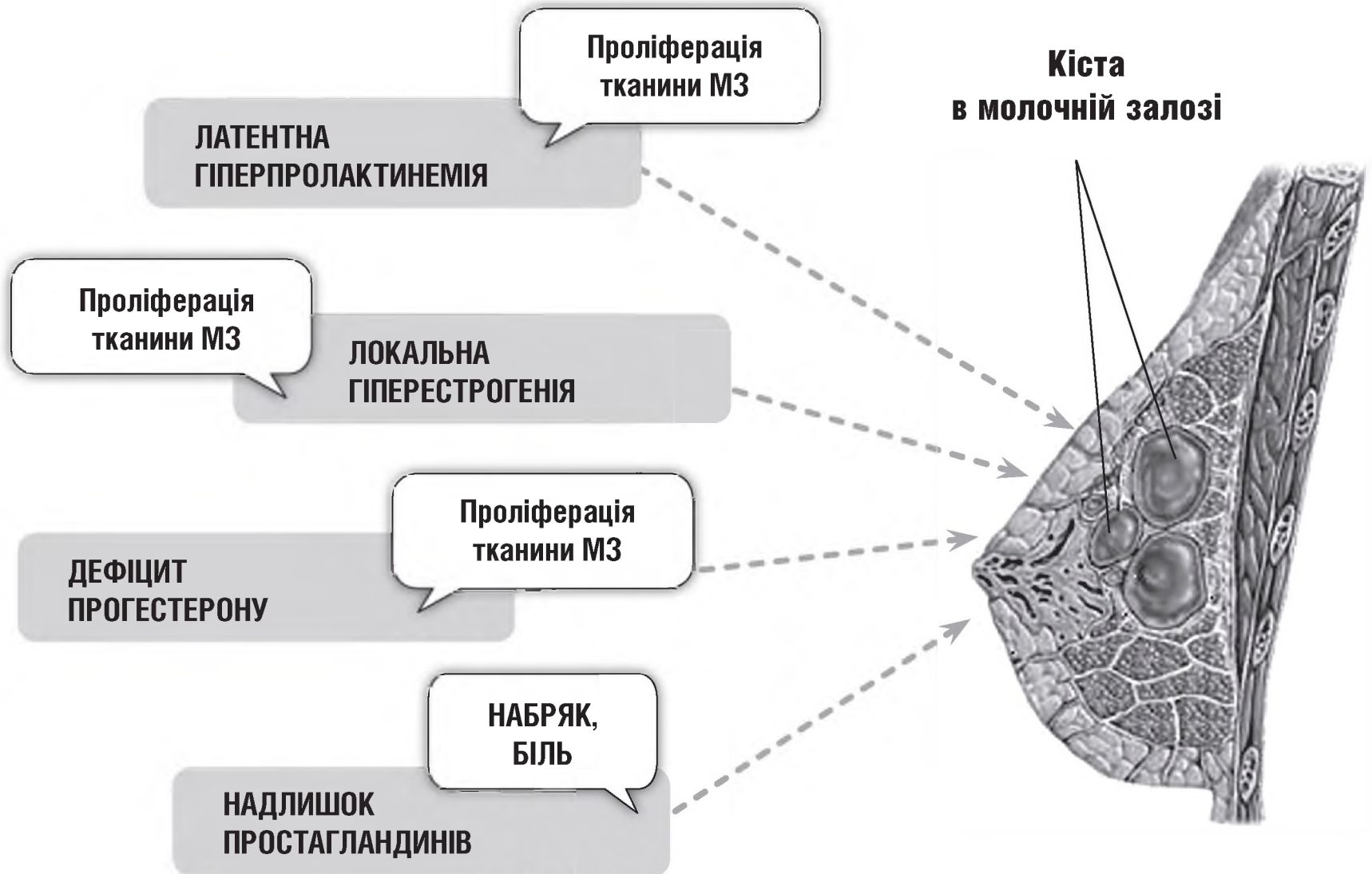
Чибисова Ирина Владимировна – Отдел акушерско-гинекологической помощи МЗ Украины, 01601, г. Киев, ул. Грушевского, 7

Москаленко Светлана Васильевна – Киевский медицинский университет УАНМ, 02175 г. Киев, Харьковское шоссе, 121

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Баранов И.И. Возможности применения растительного препарата на основе экстракта *Vitex agnus castus* при патологии молочных желез: известные факты и новые сведения / И.И. Баранов // Акушерство и гинекология. – № 17, 2012. – С. 889–892.
2. Диспансеризація жінок із доброякісними захворюваннями молочної залози (методичні рекомендації). Б.М. Венцівський, А.Я. Сенчук, Т.К. Іркіна та співавт. – К., 1999. – 29 с.
3. Иловайская И.А. Биология пролактина. Нейроэндокринный контроль и регуляция секреции / И.А. Иловайская, Е.И. Марона // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 5. – С. 42–44.
4. Кузьменко В.В. Психологические методы количественной оценки боли / [В.В. Кузьменко, В.А. Фокин, Э.Р. Маттис и др.] // Советская медицина. – 1986. – № 10. – С. 44–48.
5. Ласачко С.А. Профилактика заворувань молочної залози в рамках планування сім'ї / С.А. Ласачко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2011. – Т. 16, № 4. – С. 101–106.
6. Ласачко С.А. Мастодиния: стоит ли обращать внимание? / С.А. Ласачко // Медицинские аспекты здоровья женщины. – № 8 (84). – 2014. – С. 56–59.
7. Прилепская В.Н. Масталгия у женщин репродуктивного возраста: кли-
- ника, диагностика, лечение / В.Н. Прилепская, А.И. Волобуев, О.Б. Швецова // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 4. – С. 20–24.
8. Радзинский В.Е. Молочные железы и гинекологические заболевания: от общности патогенетических воззрений к практическим решениям / [В.Е. Радзинский, И.М. Ординец, М.Н. Масленникова, Е.И. Павлова] // Репродуктивная эндокринология. – 2014. – № 2 (16). – С. 72–80.
9. Рожкова Н.И. Возможности фитотерапии при различных формах мастопатии (обзорная статья) / Н.И. Рожкова, Е.В. Меских // Проблемы репродукции. – № 2, 2011. – С. 18–24.
10. Рожкова Н.И. Применение Мастодина при различных формах мастопатии / Н.И. Рожкова, Е.В. Меских // Маммология / Гинекология. – 2010. – № 3. – С. 1–5.
11. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология / [В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова] – М: МЕДпресс-информ, 2006. – 520 с.
12. Серова О.Ф., Антонова Е.Г. Факторы риска развития фиброзно-кистозной мастопатии в репродуктивном возрасте и современные подходы к ее лечению // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2003. – № 4. – С. 75–79.
13. Татарчук Т.Ф. Мастодиния на фоне хронического стресса у женщин активного репродуктивного возраста / Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко, Т.Н. Тутченко // Здоровье женщины. – 2009. – № 10 (46). – С. 50–53.
14. Татарчук Т.Ф. Опыт лечения масталгии у пациенток с дисгормональными заболеваниями молочной железы / Т.Ф. Татарчук, Л.В. Калугина, О.А. Ефименко // Репродуктивная эндокринология. – № 3 (5). – 2012. – С. 63–68.
15. Энзимотерапия в лечении циклической мастодинии у женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез / [Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко, Л.А. Васильченко и др.] // Здоровье женщины. – № 5 (52). – С. 58–61.
16. Adverse events reported by postmenopausal women in controlled trials with raloxifene / [G.C. Davies, W.J. Huster, Y. Lu et al.] // Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 93. – P. 558–565.
17. Bieber E.J. Clinical Gynecology / [E.J. Bieber, J.S. Sanfilippo, I.R. Horowitz] – 2006, ELSEVIER, 1003.
18. Cabergoline versus bromocriptine for symptomatic treatment of premenstrual mastalgia: a randomised, open-label study / [K. Aydin, A. Atis, S. Kaleli et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2010. – Vol. 150 (2). – P. 203–206. Epub. – 2010. – Mar. 4.
19. 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, No 2. – P. 183–193.
20. Fructus agni casti and bromocriptine for treatment of hyperprolactinemia and mastalgia / [E.B. Kilicdag et al.] // Intl. J. Gyn&Ob. – 2004. – Vol. 85. – P. 292–293.
21. Ismail M.S. Elevated serum prolactin level with high-dose estrogen contraceptive pills / [M.S. Ismail, G.T. Serour, U. Torsten] // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. – 1998. – Vol. 3 (1). – P. 45–50.
22. Mastalgia: a review of management / [A. Olawaiye, M. Withiam-Leitch, G. Danakas, K. Kehn] // J. Reprod. Med. – 2005. – Vol. 50 (12). – P. 933–939.
23. Smith R.L. Evaluation and management of breast pain / [R.L. Smith, S. Pruthi, L.A. Fitzpatrick] // Mayo Clin. Proc. – 2004. – Vol. 79(3). – P. 353–372.
24. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Mastalgia / [V. Rosolowich, E. Saettler et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Can. – 2006. – Vol. 28 (1). – P. 49–71: quiz 58–60, 72–4.
25. The long-term course of mastalgia / [E.L. Davies, C.A. Gateley, M. Iters, R.E. Mansel] // J. ft. Soc. Med. – 1998. – Vol. 91. – P. 462–464.

# ПАТОГЕНЕЗ ГОРМОНАЛЬНИХ ТА ГУМОРАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ МАСТАЛГІЇ, МАСТОДІНІЇ ЯК СИМПТОМАХ МАСТОПАТІЇ



# КОРЕКЦІЯ ГОРМОНАЛЬНИХ ТА ГУМОРАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ МАСТАЛГІЇ, МАСТОДИНІЇ ПРИ ПРИЗНАЧЕННІ ФІТОПРЕПАРАТУ НОРМОМЕНС

