

В.А. СИНИЦЫН  
Т.В. РУДНЕВА

Научный центр  
акушерства,  
гинекологии  
и перинатологии  
Федерального агентства  
по высокотехнологичной  
медицинской помощи,  
Москва

# Клиническая эффективность препарата «Мастодинон» в лечении фиброзно-кистозной мастопатии с болевым синдромом

*В последнее время отмечается рост доброкачественных заболеваний молочных желез, которые выявляются у каждой четвертой женщины в возрасте 30 лет и в 60% у пациенток старше 40 лет. Наиболее часто наблюдается диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии – 50%. Большинство доброкачественных изменений не имеют тенденции к озлокачествлению (около 70%), но около 25% связаны с повышением риска развития рака молочной железы в 1,5-2 раза, а в 3-5% случаев в 4-5 раз.*



По определению ВОЗ, мастопатия характеризуется широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов. В основе доброкачественных изменений молочных желез лежат гормональный дисбаланс и взаимодействие различных биологически активных веществ (эстрогены, прогестерон, пролактин, гормоны щитовидной железы, инсулин). Запускаются два важных механизма – гормонально индуцированная секреция с расширением протоков и стимулированная

пролиферация эпителия протоков и долек с развитием разнообразных вариантов гиперплазии эпителия в форме аденоза, эпителиоза или атипичной гиперплазии. Доброкачественные изменения молочных желез включают в себя разнообразные изменения паренхимы и стромы, исходящие из терминальных дольково-протоковых сегментов. Увеличиваясь в размерах, они вовлекают в процесс соседние ацинусы. Возникновение кист, а также наличие отека и фиброзных изменений в строме приводят к клиническим проявлениям синдрома доброкачественных изменений молочных желез.

Нередко различные формы мастопатии сопровождаются болевым синдромом, который определяют понятием мастодиния, или масталгия (2).

Существует множество теорий, объясняющих этиологию и патогенез масталгии: нарушение эстроген-прогестеронового соотношения, повышение активности альдостерона, увеличение активности в системе ренин-ангиотензин, усиление адреналовой активности, уменьшение

количества эндогенных эндорфинов, субклиническая гипогликемия, нарушение метаболизма катехоламинов, гиповитаминозы; также придается значение стрессовым ситуациям (4).

Последние исследования указывают на циклические изменения активности эндогенных опиоидов как возможную патофизиологическую основу масталгии. Имеются сведения, что развитие и прогрессирование мастодинии связано с повышением уровня пролактина, который способен увеличивать число рецепторов эстрадиола ткани молочной железы. Эстрогены являются важным модулятором секреции пролактина на уровне гипоталамуса и гипофиза и стимулируют выброс пролактина в кровь. В этой связи гиперэстрогенное состояние оценивается как фактор, определяющий гиперпролактинемия, и может способствовать развитию пролиферативных процессов в ткани молочной железы (1). Существенное значение имеет раздражение нервных окончаний, вызванное отеком.

Принято выделять циклическую и нециклическую формы масталгии. Циклическая масталгия – довольно распространенное патологическое состояние, проявляющееся болевым синдромом различной степени выраженности и продолжительности в предменструальном периоде.

Циклическая масталгия, как правило, носит двусторонний характер, хотя боли могут локализоваться только в одной молочной желе-

**В основе доброкачественных изменений молочных желез лежат гормональный дисбаланс и взаимодействие различных биологически активных веществ (эстрогены, прогестерон, пролактин, гормоны щитовидной железы, инсулин). Запускаются два важных механизма: гормонально индуцированная секреция с расширением протоков и стимулированная пролиферация эпителия протоков и долек с развитием разнообразных вариантов гиперплазии эпителия в форме аденоза, эпителиоза или атипичной гиперплазии.**

зе. Интенсивность ее может быть также асимметричной. Наиболее частая локализация болей – верхне-наружные квадранты.

Особенно следует отметить связь циклической масталгии с риском развития рака молочной железы (6). Эти данные подчеркивают важность лечебных мероприятий, направленных на устранение циклической масталгии как фактора риска неопластического процесса.

Нередко встречаются боли в области молочных желез, не связанные с их патологией, а обусловленные иррадиацией из других патологических очагов (остеохондроз, плече-лопаточный периартрит, нейромиозит, артроз плечевых суставов и пр.). Это можно назвать ложными масталгиями. Дифференциация истинных и ложных масталгий позволяет выбрать адекватную терапию.

Под нашим наблюдением находилось 86 пациенток в возрасте от 24 до 45 лет, страдающих диффузной фиброзно-кистозной мастопатией с болевым синдромом. Всем женщинам проводилось комплексное маммологическое обследование: клинический осмотр, по показаниям рентгено-, ультразвуковая или МРТ-маммография. Особое внимание уделялось характеристике болей в молочных железах: продолжительности, интенсивности, локализации, зависимости от фаз менструального цикла.

В качестве лечебного средства использовался препарат Мастодион, представляющий собой комплекс лекарственных трав: витекса священного, стеблелиста василистниковидного, цикламена европейского, чилибухи, ириса, тигровой лилии. Препарат разработан и выпускается немецкой фирмой «Бионорика АГ». Действие его заключается в снижении повышенного уровня пролактина за счет допаминэргического эффекта, что способствует сужению протоков, снижению активности пролиферативных процессов, уменьшению образования соединительно-тканного компонента, устранению недостаточности желтого тела и нормализации эстро-

ген-прогестероновых нарушений через гипоталамо-гипофизарную систему. Препарат в значительной мере уменьшает отек молочных желез, снижает болевые ощущения, способствует обратному развитию дегенеративных изменений тканей молочной железы. Кроме того, на фоне лечения значительно улучшается эмоционально-психическое состояние женщин (повышается работоспособность, уменьшается раздражительность).

Препарат назначался по стандартной схеме в течение 3-6 месяцев.

Лечебный эффект оценивался один раз в 3 месяца в первую фазу менструального цикла по следующим критериям (5):

- субъективная оценка по жалобам больной;
- осмотр маммолога;
- рентгеномаммография;
- ультразвуковая маммография;
- магнитно-резонансная маммография.

Проведен анализ данных, полученных при объективном обследовании.

1. Осмотр маммолога осуществлялся каждые 3 месяца на протяжении года. Осмотрено 86 женщин. В течение наблюдения на фоне терапии при пальпации отмечалось: снижение плотности молочных желез, исчезновение явлений нагрубания, уменьшение болезненности, значительно сократилось число пальпируемых гиперплазированных долек. Положительная динамика клинической картины совпадала со снижением интенсивности болевого синдрома.

2. Рентгеномаммография выполнена 30 больными (34,9%) до начала лечения и через 12 месяцев. Следует отметить, что на протяжении года больные осматривались маммологом каждые 3 месяца. Рентгеномаммография выполнялась женщинам старше 40 лет. Динамическое наблюдение показало: уменьшение рентгенологической плотности тканей молочных желез, уменьшение площади и плотности гиперплазированных железистых долек, исчезновение или уменьшение количества мел-

ких кист размером 0,3-0,6 мм. Не отмечено увеличения размеров более крупных кист (0,7-0,9 мм).

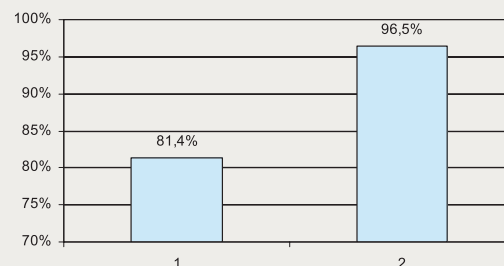
3. Ультразвуковая маммография произведена 56 пациенткам (56,1%). Обследование проводилось до начала лечения, через 3, 6 и 12 месяцев. На фоне лечения

Нередко встречаются боли в области молочных желез, не связанные с их патологией, а обусловленные иррадиацией из других патологических очагов (остеохондроз, плече-лопаточный периартрит, нейромиозит, артроз плечевых суставов и пр.). Это можно назвать ложными масталгиями. Дифференциация истинных и ложных масталгий позволяет выбрать адекватную терапию.

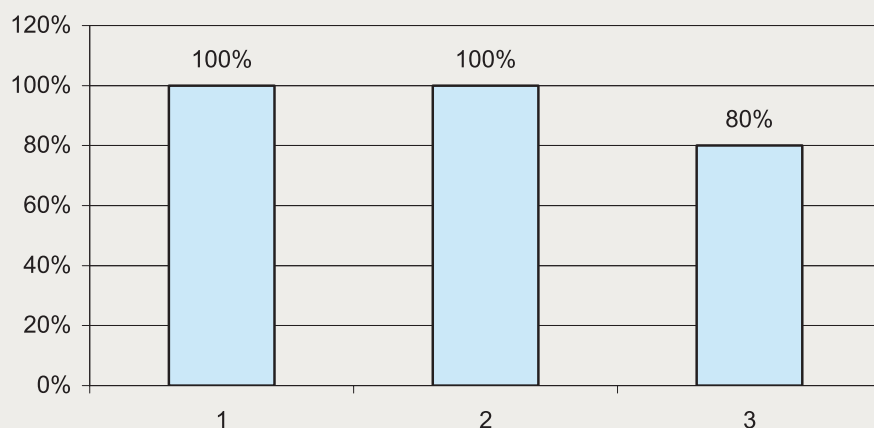
отмечено снижение гиперэхогенности железистого компонента (уменьшение отека тканей), снижение числа расширенных протоков, уменьшение неровности их контуров и карманообразных расширений в них. Наблюдалось уменьшение количества мелких кист.

МРТ-маммография (бесконтрастная) проведена в 4 случаях до лечения и через 6 месяцев от начала лечения. На фоне терапии Мастодионом отмечалось уменьшение интерстициального отека тканей молочной железы и ретромаммарной клетчатки, снижение венозного застоя, уменьшение размеров мелких кист.

Лечение проводилось по следующему принципу: если болевой



**Диаграмма 1.**  
**1 – эффект через 3 месяца,**  
**2 – эффект через 6 месяцев**



**Диаграмма 2.**

**1 – с резко выраженным болевым синдромом, 2 – с умеренно выраженным, 3 – со слабо выраженным эффектом**

синдром купировался в течение первых трех месяцев, то лечение продолжалось 3 месяца. Если явления масталгии сохранялись после трехмесячной терапии, то лечение проводилось еще в течение 3 месяцев, то есть полный курс длился 6 месяцев. Болевой синдром, оцениваемый на основании жалоб больных, мы разделили на:

- резко выраженный;
- умеренно выраженный;
- слабо выраженный.

В нашем исследовании у 31 больной (36,05%) болевой синдром оценивался как резко выраженный, у 40 (46,5% – как умеренно выраженный) и у 15 (17,45% – как слабо выраженный).

По субъективной оценке, основанной на жалобах больных, получены следующие результаты лечения:

1. Боли прекратились в течение трех месяцев у 70 человек (81,4%) из 86, получавших препарат. Лечение продолжалось в течение трех месяцев. Однако контроль за больными осуществлялся на протяжении еще 9 месяцев. Случаев

рецидива явлений масталгии не отмечалось.

2. Боли прекратились в течение 6 месяцев у 13 больных (15,2%) из 86. Наблюдение за этой группой больных продолжалось еще 6 месяцев. Таким образом, суммарная эффективность лечения в течение 6 месяцев составила 96,5%. Высокие показатели эффективности лечения во многом объясняются тщательным отбором больных, основанном на дифференциации истинных и ложных масталгий.

3. У одной больной (1,1%) эффект был неполный: боли в молочных железах стихли, но не прекратились.

4. У двух больных (2,3%) эффекта не отмечено совсем.

Результаты эффективности лечения в течение 3 и 6 месяцев представлены на диаграмме 1.

Оценка эффективности лечения с учетом выраженности болевого синдрома представлена ниже: боли прекратились в течение 3 месяцев:

1. у 26 (84%) из 31 больной с резко выраженным болевым синдромом;
2. у 32 (80%) из 40 больных с

умеренно выраженным болевым синдромом;

3. у 12 (80%) из 15 со слабо выраженным болевым синдромом.

Общий эффект в группе – 81,4%.

Боли прекратились в результате лечения в течение 6 месяцев:

1. у 5 человек (16%) из 31 с резко выраженным болевым синдромом;

2. у 8 (20%) из 40 больных с умеренно выраженным болевым синдромом;

3. у 2 (13,3%) из 15 эффекта не было, и у одной (6,7%) эффект был неполным (боли стихли, но не исчезли).

Таким образом, эффект лечения на протяжении 6 месяцев у больных с резко выраженным синдромом составил 100%, с умеренно выраженным – 100%, со слабо выраженным – 80%. Суммарный эффект лечения на протяжении 6 месяцев составил 96,5% (83 больных из 86). У 1 больной с неполным эффектом и у 2 с отсутствием эффекта лечение было продолжено. Результаты лечения будут оценены в дальнейшем.

Эффективность лечения в зависимости от степени выраженности болевого синдрома представлена на диаграмме 2.

## ВЫВОДЫ

1. Перед назначением препарата Мастодином необходимо установить причину болей в области молочных желез. Если эти боли обусловлены заболеваниями позвоночника, суставов и пр., то назначение препарата нецелесообразно.

2. Адекватная терапия позволила достигнуть высоких показателей – 96,5% полного исчезновения явлений масталгии.

3. Все объективные методы обследования при масталгии имеют для характеристики эффективности лечения второстепенное значение. Ведущим фактором все-таки является субъективная оценка, основанная на мнении больной.

## Список литературы:

1. Вишневский А.С., Сафронникова Н.Р., Мельникова Н.Ю., Григорьева Т.А. Новые подходы к лечению синдрома гиперпролактинемии. Журнал акушерства и женских болезней, т. XLIX, выпуск 2, 2000, с. 39-41.
2. Кулаков В.И., Волобуев А.И., Сеницын В.А., Малышева В.А., Тагиева Т.Т., Ежова Л.С., Руднева Т.В. Тактика ведения больных с сочетанными доброкачественными гиперплазиями молочных желез и женских половых органов. Гинекология, т. 5, № 3, с. 113.
3. Кулаков В.И., Волобуев А.И., Сеницын В.А., Руднева Т.В. Заболеваемость молочных желез у гинекологических больных. Материалы всероссийской конференции «Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии в маммологии», Москва, 2003.
4. Летягин В.П., Мастопагия. Русский медицинский журнал, Т8, № 11, 2000, с. 468.
5. Сеницын В.А., Руднева Т.В. Диагностика заболеваний молочных желез. Российский вестник акушера-гинеколога, т.3, №4, 2003, с. 64-66.
6. Plu-Bureau G. et al. Cyclical mastalgia as a marker of breast cancer susceptibility, results of a case-control study among French women. B.J. Cancer, 1992, 65, 945-9.

Нежная забота о Вашей груди

# Мастодинон®

РАСТИТЕЛЬНЫЙ НЕГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

- Лечение мастодинии, мастопатии и предменструального синдрома
- Простота и удобство в применении



Reg. ул. П. 014026/01-2003  
Reg. ул. П. 014026/02-2004 Товар сертифицирован



**BIONORICA®**

The phytoneering company

Представительство БИОНОРИКА АГ, Россия  
Тел.: (495) 502-90-19, факс: (495) 734-12-00  
<http://www.bionorica.ru> e-mail: [bionorica@co.ru](mailto:bionorica@co.ru)