

ОГЛАВЛЕНИЕ

Комплексний підхід до лікування жінок з дифузними формами фібroadеноматозу.	2
ВИТОКАН® в медикаментозної терапії дисгормональної мастопатії.	6
Отзыв о клиническом применении фитопрепарата ВИТОКАН® у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией.	8
Опыт клинического применения фитопрепарата ВИТОКАН® у женщин позднего репродуктивного возраста с фиброзно-кистозной мастопатией.	12
Новий підхід до корекції системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою	15
Опыт клинического применения фитопрепарата Витокан® у онкобольных с распространенным опухолевым процессом.	20
О применении препарата Витокан® для профилактики рака молочной железы.	21
Применение препарата Витокан® в лечении заболеваний молочной железы.	22
Заключение. Влияние фитоконцентрата Витокан® на онкобольных с IV клинической группой.	23
Заключение. Влияние фитоконцентрата Витокан® на некоторые показатели иммунной системы больных раком женских гениталий.	24
Дослідження ефективності фітопрепарату Витокан® для профілактики та лікування мастопатії	25

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ЖІНОК З ДИФУЗНИМИ ФОРМАМИ ФІБРОАДЕНОМАТОЗУ.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. Державна установа «Національний інститут рака». Київська міська онкологічна лікарня.

Зайчук В.В.¹, Сидорчук О.І.¹, Мотузюк І.М.¹, Гривкова Л.В.¹, Дроздов В.В.³, Савчук С.А.³, Штефюра В.В., Шепотін І.Б.^{1,2}

1- Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

2- Державна установа «Національний інститут рака»

3- Київська міська онкологічна лікарня

РЕЗЮМЕ.

По результатам лечения и годичного наблюдения 1374 пациенток с диффузными формами фиброаденоматоза доказана целесообразность применения отечественного комплексного фитопрепарата Витокан® с целью уменьшения явлений. Кроме того, отмечено значительное улучшение сонографических проявлений упомянутой патологии.

Ключові слова: дифузні форми фіброаденоматозу, лікування, Вітокан®.

ВСТУП.

У пошуках шляхів зниження частоти захворювання РМЗ увагу лікарів все більше привертає проблема фіброзно-кістозного фіброаденоматозу (ФКФ). Під час гістологічно-го дослідження грудей жінок віком 20-40 років, які померли з різних причин у 60-80% з них виявлялись явища ФКФ. У 30-40 % ФКФ виявляється при пальпації грудей [1-6]. За визначенням ВООЗ (Женева, 1984) ФКФ (дисплазія молочних залоз) визначається як фіброзно-кістозна хвороба, яка характеризується широким спектром проліферативних та регресивних змін тканини молочної залози з ненормальним співвідношенням епітеліально-го і сполучнотканинного компонентів. ФКФ - доброякісне захворювання, проте в багатьох випадку ця патологія може бути стадією в процесі канцерогенезу.

Фактично, немає єдиного специфічного фактора ризику для розвитку згаданої патології, оскільки вони характеризуються поліетіологічністю та мультифакторністю виникнення та пов'язані, як з генетичними так і зовнішніми чинниками [2-9].

За останні роки в медицині спостерігається збільшення зацікавленості у використанні природних лікувальних факторів, що особливо помітно по збільшенню застосування фітопрепаратів [4,5,6,9,10]. Якщо в семидесятих роках частка рослинних препаратів у лікарському арсеналі складала лише 30%, то до початку ХХІ сторіччя вона зросла до 50% продовжує збільшуватись. Згадана тенденція пов'язана з тим, що значна більшість фітопрепаратів мають властивість зменшувати негативні ефекти ксенобіотиків, в той же час справляючи виражений терапевтичний ефект, що особливо помітно при лікуванні хронічної патології [9,10].

Понад 10 років в Україні використовувались рослинні препарати Мастодинон® та Маммолептин®. Нами проведено дослідження щодо лікувальних властивостей вітчизняного рослинного препарату Вітокан® хворих на ФКФ [11,12].

Метою дослідження була оптимізація комплексного підходу до лікування жінок середнього віку з дифузними формами ФКФ на основі вибору оптимальної схеми терапії.

Матеріали та методи. Досліджено результати лікування 1374 мешканок Києва віком від 20 до 39 років (медіана 33 роки) з дифузними формами ФКФ, які спостерігались протягом 2003 – 2008 років. За основу розподілу використана класифікація Н.І. Рожкової (1985 рік) [6,13]. Кількість пацієнток хворих на дифузні форми ФКФ з кістозним компонентом становила 357(26%); з перевагою залозистого компонента - 234(17%);

з перевагою фіброзного компоненту 187(13,6%); та змішаною формою – 596(43,4%). Хворі були пропорційно рандомізовані на основну – 754(55%) та контрольну – 620(45%) пацієнток. Критеріями включення в дослідження були: наявність больового синдрому та/або відчуття дискомфорту, набряку молочних залоз та можливість регулярного огляду жінок. Хворі зі склерозуючим аденозом молочної залози, вогнищевими формами фіброаденоматозу, вираженою патологією статевої сфери, печінки та ендокринних залоз в дослідження не включались.

Кратність спостереження становила 3 місяці. Обстеження включало фізикальні методи та сонографію молочних залоз кожні 3 місяці, у жінок віком понад 35 років виконувалось мамографічне дослідження один раз на рік. Суб'єктивні відчуття визначались методом анкетування:

Анкета-опитування щодо визначення інтенсивності прояву суб'єктивних проявів ФКФ.

1. Наявність болючості в молочних залозах.
2. Тривалість болю (години, дні, тижні, постійно).
3. Інтенсивність болю (в балах по шкалі від 1 до 10).
4. Відчуття дискомфорту в молочних залозах (в балах по шкалі від 1 до 10).
5. Болючість при пальпації молочних залоз (в балах по шкалі від 1 до 10).
6. Відчуття нагрубання молочних залоз (в балах по шкалі від 1 до 10).
7. Пригнічення психоемоційного стану (в балах по шкалі від 1 до 10).

У хворих основної групи для реалізації антиоксидантної дії, проведення седативної терапії, корекції гормональних порушень та імунного статусу використовувався вітчизняний фітопрепарат Вітокан® виробництва ВАТ "Луганський хімфармзавод" м. Луганськ за ТУУ 1696813116.001-2000 (гігієнічний сертифікат МОЗ України №5.08.07/5841 від 28.12.2000) - мультикомпонентний за складом, основою якого є настій з 21 трав [11,12]. Препарат використовували способом, що рекомендується інструкцією - по 30 крапель тричі на день за 15 хвилин до вживання їжі, запиваючи теплою водою, протягом 3-4 місяців. Вітамінотерапія проводилась препаратом Оліговіт®.

Хворі контрольної групи одержували лікування полівітаміном Оліговіт® та мікстуру Кваттера за загальновідомою схемою [6].

Дані фіксувались через 3, 6 та 12 місяців спостереження. Враховувались результати анкетування, фізикального обстеження та сонографії [13]. Загальний термін лікування та спостереження кожної хворої тривав 1 рік.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Клінічне спостереження за станом молочних залоз показало, що Вітокан® справляє значну дію на клінічну симптоматику та структуру молочних залоз. На тлі проведення терапії, вже через 3 місяці спостереження у пацієнток, які приймали Вітокан® відмічено позитивний клінічний ефект у більшості (543(72%)) хворих, який характеризувався повним зникненням масталгії та болючості при торканні, тоді як в контрольній групі цей показник досяг лише 202(33%). В обох групах зменшилась тривалість больових відчуттів, проте різниця між групами не була суттєвою. Відсоток зникнення згаданих суб'єктивних відчуттів у пацієнток груп спостереження наведена в наступній таблиці 1.

Таблиця 1
Результати клінічного ефекту застосування Вітокану®

		До лікування	Через 3 місяці	Через 6 місяців	Через 12 місяців
Наявність болю в молочних залозах (у % від усіх хворих у групі спостереження)	Основна група	754 (100%)	543 (72%)	589 (78%)	626 (83%)
	Контрольна група	620 (100%)	202 (33%)	225 (36,3%)	233 (37,6%)
Інтенсивність болю*	Основна група	5,3±0,2	1,3±0,2**	1,1±0,1**	1,1±0,1**
	Контрольна група	5,4±0,3	3,3±0,3**	3,3±0,2**	3,3±0,3**
Відчуття дискомфорту в молочних залозах*	Основна група	8,1±0,01	4,1±0,1**	3,5±0,3**	3,6±0,1**
	Контрольна група	8±0,02	6,9±0,3**	7,1±0,4**	7,1±0,5**
Болючість при пальпації молочних залоз*	Основна група	6,4±0,4	2,2±0,1**	2,2±0,3**	2,3±0,4
	Контрольна група	7,1±0,5	4,6±0,4**	4,3±0,5**	4,2±0,6
Відчуття нагрібання молочних залоз*	Основна група	5,9±0,3	4,1±0,5	4,1±0,5	4,3±0,6
	Контрольна група	5,9±0,4	4,8±0,7	4,7±0,7	5,1±0,9
Пригнічення психоемоційного стану*	Основна група	6,2±0,5	2,5±0,6	2,3±0,4**	4,1±0,3
	Контрольна група	5,9±0,4	3,3±0,8	5,7±0,3**	5,2±0,7

*середнє значення в балах (за умовною шкалою від 1 до 10)

** $p \leq 0,05$

Суб'єктивне погіршення відмічало 4(0,5%) основної та 18(2,9%) пацієток контрольної групи. Пальпаторно у 132(17,5%) основної та у 77(12,4%) пацієток контрольної груп відмічалось зменшення зернистості, щільності, тяжистості та напруженості тканин залози.

За сонографічними даними у 611(81%) пацієток основної та 198(31,9%) контрольної груп за рік спостереження відмічена позитивна динаміка [13]:

Таблиця 2
Результати сонографічних досліджень після застосування Вітокану®

		Через 3 місяці	Через 6 місяців	Через 12 місяців
Зменшення кістозного компоненту (по розміру і кількості утворень)	Основна група	281 (37%)	313 (41,5%)	340 (45%)
	Контрольна група	111 (17,9%)	135 (21,8%)	137 (22%)
Зниження ехогенності залози	Основна група	344 (45,6%)	351 (46,6%)	345 (45,7%)
	Контрольна група	81 (13%)	78 (12,6%)	69 (11,1%)
Зниження інтенсивності інтерстиціального набряку	Основна група	257(34,1%)	301 (39,9%)	321 (42,6%)
	Контрольна група	83 (13,4%)	80 (12,9%)	79 (12,7%)
Всього у хворих*	Основна група	504 (66,8%)	581 (77%)	611 (81%)
	Контрольна група	212 (34,2%)	233 (37,6%)	198 (31,9%)

*у багатьох пацієток відмічено покращання за декількома параметрами

Важливо відмітити, що позитивні зміни, досягнуті лікуванням Вітоканом® завжди зберігались надалі протягом часу спостереження, чого не спостерігалось в групі контролю.

У 25(4%) хворих контрольної групи під час лікування виникла печія, а у однієї (0,2%) пацієнтки алергічна реакція у вигляді кропивниці. У жодної хворої основної групи ускладнень від прийому Вітокану® не було відмічено.

Висновок. Таким чином, проведене дослідження дозволяє стверджувати, що вітчизняний фітопрепарат Вітокан® є безпечним та ефективним засобом лікування дифузних форм ФКФ та може бути рекомендованим для широкого використання в поліклінічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Colin C, Gaspard U, Lambotte R. Relationship of mastodynia with its endocrine environment and treatment in a double blind trial with lynestrenol// Arch Gynakol. - 1978 Feb 22. – Vol.225(1). – P.7-13.
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer.: Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease// Lancet. – 2002. – Vol.360 (9328). – P. 187-95.
3. Montgomery L.L., Tran K.N., Heelan M.C. et al.: Issues of regret in women with contralateral prophylactic mastectomies // Ann Surg Oncol. – 1999. - Vol.6(6). – P. 546-52.
4. Wilkins R.J. Polygenes, risk prediction, and targeted prevention of breast cancer //N Engl J Med. – 2008, Sep 25. - Vol.359(13). – P.1406.
5. Teixeira L., Julien C., Guimiot F. Polygenes, risk prediction, and targeted prevention of breast cancer//N Engl J Med. – 2008, Sep 25. - Vol.359(13). – P. 1406-7.
6. Серова О.Ф., Антонова Е.Г. Факторы риска развития фиброзно-кистозной мастопатии в репродуктивном возрасте и современные подходы к ее лечению//Вопр. гинекол., акушерства и перинатол. М. – 2003. - 2(4). – С.75–79.
7. Jernström H. Polygenes, risk prediction, and targeted prevention of breast cancer//N Engl J Med. – 2008, Sep 25. - Vol.359(13). – P. 1407.
8. Smith I.E., Dowsett M. Aromatase inhibitors in breast cancer // N Engl J Med. – 2003. - Vol. 348(24). – P. 2431-42.
9. Juraskova I., Butow P., Lopez A., Secombe M., Coates A., Boyle F., McCarthy N., Reaby L., Forbes J.F. Improving informed consent: pilot of a decision aid for women invited to participate in a breast cancer prevention trial (IBIS-II DCIS) //Health Expect. – 2008, Sep. - Vol.11(3). – P.252-62.
10. Kubista E., Müller G., Spona J. Treatment of mastopathies with cyclic mastodynia. Clinical results and hormonal profiles //Fr Gynecol Obstet. – 1987, Apr. - Vol.82(4). – P. 221-7.
11. Заключение Государственной санитарно-гигиенической экспертизы № 5.08.07/2076 от 25.05.2000
12. Заключение Государственной санитарно-гигиенической экспертизы № 05.03.02-06/46887 от 23.11.2004
13. Корженкова Г.П. Комплексная рентгено-сонографическая диагностика заболеваний молочной железы. Практические рекомендации. Под редакцией Н.В. Кочергиной// ООО «Фирма Стром». - 2004. – 128. с

м. Куїв

**ВИТОКАН® В МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ
МАСТОПАТИИ.**

НМУ им. А.А. Богомольца, кафедра онкологии. Харьковская городская онкологическая больница.

к.м.н. Клименко А.А., Ломтева Е.В.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра онкологии. Харьковская городская онкологическая больница.

В течение 6 месяцев нами было обследовано и пролечено 350 женщин с диагнозом "Дисгормональная мастопатия". Диагноз был подтверждён клинически, по данным УЗИ или маммографии.

В лечении больных мастопатией ведущее место занимает комплексный подход. Необходимо учитывать всё многообразие факторов, которые приводят к развитию мастопатии, учитывать нарушение гормонального баланса и процессов метаболизма.

Исходя из вышеизложенного, проведено комплексное обследование больных: (УЗИ органов малого таза, печени, щитовидной железы). Также было проведено гормональное обследование (пролактин, эстрадиол, прогестерон, гормоны щитовидной железы). В результате обследования были выявлены следующие соматические патологии:

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

- воспалительные заболевания - 77%, из них:
 - неспецифические - 31%;
 - специфические - 46% (хламидиоз, уреоплазмоз, трихомониаз, кандидоз и другие);
- узловатая фибромиома матки - 27%;
- эндометриоз - 17%;
- нарушение функции яичников - 31%;
- гиперпластические процессы (в том числе, эрозия шейки матки) - 17%;
- маточные кровотечения - 15%;
- бесплодие - 2%.

Гинекологические заболевания проявлялись как в виде функциональных, так и в виде органических изменений.

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- гиперплазия щитовидной железы - 28%;
- диффузная патология - 18%;
- смешанный зоб - 5%;
- узловой зоб - 2%.

Таблица выявленных гормональных нарушений у больных мастопатией

100%		
Гормоны гипофиза	Гормоны щитовидной железы	Половые гормоны (эстрадиол, прогестерон)
19.1%	23.8%	52.9%

Всем обследованным женщинам был рекомендован Витокан® (ТУУ 1696813116.001-2000. Утверждено МОЗ Украины. Заключение Государственной санитарно-эпидемиологической экспертизы № 05.03.02-06/46887 от 23.11.2004.).

Данный препарат мы выбрали для лечения потому, что в настоящее время он является единственным фитопрепаратом, действующим комплексно. Входящие в состав препарата компоненты: зверобой, календула, боярышник, хмель, шиповник, благоприятно воздействуют на функцию щитовидной железы, способствуют более успешному лечению больных тиреостатическими препаратами, вероятность рецидивов уменьшается. Аир, бессмертник, календула, шиповник, чеснок мягко увеличивают желчеотделение, нормализуют функцию желчного пузыря, действуют спазмолитически, ускоряют выведение из организма желчных пигментов и различных токсинов.

Немаловажное значение имеет и профилактика онкологии. Проблемы начинаются тогда, когда система равновесия нарушается, когда ослабленная система иммунитета уже не в состоянии бороться. Тут-то и может развиваться раковое заболевание. Витокан® соответствует критериям, совершенно необходимым для профилактики и комплексного лечения рака. Входящие в состав препарата травы: эхинацея, шиповник, калина, барвинок розовый, щавель, солодка и чага доказали свою способность приводить в действие нашу защитную систему. Противоопухолевая активность данных компонентов заключается в улучшении реологических условий в системе кровяно- и лимфообращения. Входящий в состав препарата берёзовый гриб (чага) обладает способностью повышать гуморальный и клеточный иммунитет и усиливать естественные защитные механизмы организма. Аир, золототысячник, шиповник, зверобой, календула, спорыш эффективны при воспалительных заболеваниях женских половых органов.

Особое значение мы уделяем нервной системе. Повышенная склонность к депрессии, излишняя постоянная напряжённость, низкая способность психики справляться с психологическими проблемами (низкая психологическая устойчивость) напрямую способствуют возникновению не только мастопатии, но и самых тяжёлых заболеваний. Женщинам такого типа в первую очередь необходимо разбираться в себе, менять собственное поведение, иначе они обрекают себя на трудный жизненный путь, осложнённый неприятными заболеваниями. Помочь в этом сможет Витокан®, в состав которого включены: зверобой, боярышник, пион, солодка, чистотел. Эти травы понижают возбудимость нервной системы, улучшают сон, действуют эффективно при головных болях и бессоннице.

Препарат применяли способом, рекомендованным инструкцией. После приёма первого флакона Витокана® у 80% женщин наступило улучшение состояния: уменьшились боли в молочных железах, чувство распирания в молочных железах перед менструацией. Начало меняться и общее состояние организма: женщины начали отмечать прилив сил, нормализовался нервно-психический статус. После окончания курса лечения препаратом Витокан® (3 месяца) улучшение состояния отмечают 93% женщин:

- у 85% - исчезновение болевого синдрома;
- у 77% - исчезновение пальпаторных изменений;
- у 67% - исчезновение патологических процессов при УЗИ и маммографии.

90% женщин отметили улучшение психоэмоционального состояния. В 68% случаев произошла положительная динамика в сопутствующей патологии (48% женщин отметили улучшение в состоянии печени, 64% женщин - в гинекологической сфере). Всем женщинам повторно было проведено контрольное УЗИ или маммограмма. В 79% случаев произошло уменьшение участков гиперплазированной ткани. Нами было проведено и контрольное гормональное обследование. У 88,2% женщин нормализовался гормональный статус.

Побочное действие Витокана® проявилось в одном случае в виде аллергической реакции на чеснок.

Исходя из этих результатов, мы и впредь будем использовать данный препарат в комплексной терапии мастопатии.

г. Харьков

Щепотин И.Б., Дроздов В.М., Мотузюк И.Н.

По определению ВОЗ (Женева, 1984) мастопатия (дисплазия молочных желез) определяется как фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов. Все многообразие изменений в молочных железах в ответ на патологическое воздействие характеризуется неравномерным ростом эпителия и соединительной ткани, подавлению процессов физиологического роста и нарастанию преждевременных инволютивных процессов.

Многообразие форм диспластических процессов и доброкачественных опухолей молочной железы, имеющих различный гисто- и морфогенез, свидетельствует о полиэтиологичности их возникновения.

Возникновению фиброаденоматоза молочных желез могут предшествовать заболевания нервной системы, болезни печени, патология репродуктивной системы, патология надпочечников, изменения в состоянии щитовидной железы.

В возникновении и развитии дисгормональных заболеваний молочной железы ведущая роль отводится состоянию гипоталамо-гипофизарной системы. Нарушение нейрорегуляторной регуляции репродуктивного цикла ведет к активации пролиферативных процессов в молочных железах. Многочисленными клиническими исследованиями установлено, что доброкачественные заболевания молочных желез в 70% случаев сочетаются с нарушениями в нейроэндокринной и репродуктивной системах. Молочная железа является частью репродуктивной системы женщины, а ткани молочной железы — мишенями для стероидных гормонов яичников, гормонов гипофиза и других эндокринных желез.

Циклические изменения в репродуктивной системе непосредственным образом отражаются на состоянии молочных желез. В конце фолликулярной фазы менструального цикла эстрогены совместно с фолликулостимулирующим гормоном вызывают гиперплазию железистых долек, которая затем усиливается под действием прогестерона. Это проявляется в предменструальном нагрубании молочных желез. Рост железистого эпителия и развитие протоков обусловлены влиянием эстрогенов. Прогестерон вызывает развитие железистой ткани, увеличение количества альвеол и долек молочных желез. Секреция молока стимулируется пролактином, под влиянием которого увеличивается число рецепторов эстрогенов в молочной железе.

Большое значение в возникновении патологических изменений придается содержанию рецепторов к эстрадиолу и прогестерону. Очевидно, как и для других тканей-мишеней половых гормонов, решающую роль играет не абсолютная величина гормонов в плазме, даже в свободной форме, а состояние рецепторов половых гормонов в ткани железы. Считается, что именно активность рецепторного аппарата определяет возникновение патологического процесса. В неизменной ткани молочной железы рецепторов столь мало, что трудно определить. Нарушение гормонального равновесия вызывает патологическую перестройку молочных желез, но у одних женщин эти изменения могут не выходить за рамки физиологических вариантов, а у других, при условии активации рецепторного аппарата желез, способны перейти в патологическую стадию.

Доказано влияние гиперпролактинемии на развитие мастопатии. Довольно часто имеет место не постоянное, а кратковременное повышение концентрации пролактина, которое происходит, как правило, в ночное время. Это приводит к отеку молочных желез, нагрубанию их и болезненности во вторую половину менструального цикла. Кроме этого наблюдаются вегетативные расстройства (мигреноподобные головные боли, боли в животе, отеки нижних конечностей и т. д.).

Мы выделяем следующие формы мастопатии:

- диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз);
- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
- смешанная диффузная фиброзно-кистозная мастопатия;
- склерозирующий аденоз;
- узловатая фиброзно-кистозная мастопатия.

По степени выраженности выявленных изменений мы выделяем:

- незначительно выраженную диффузную мастопатию;
- умеренно выраженную диффузную мастопатию;
- резко выраженную диффузную мастопатию.

Дисгормональные заболевания молочной железы зависят от возраста. Для ювенильного и раннего фертильного возраста более характерна диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз) и образование фиброаденом, для позднего фертильного и около климактерического возраста более характерна диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного или фиброзного компонента. Рак молочной железы чаще возникает у женщин околоклимактерического и климактерического возраста.

Почему так много внимания уделяется мастопатии? Конечно не из-за болевого синдрома и распространенности этого заболевания.

Рак молочной железы — вот та опасность, которая подстерегает женщин, страдающих дисгормональными заболеваниями молочных желез. На фоне диффузных гиперпластических процессов рак развивается в 2-3 раза чаще, а при локализованных формах мастопатии в 25-30 раз чаще, чем в интактных молочных железах. (Дымарский Л. Ю., 1980).

Фитотерапия давно зарекомендовала себя не только как один из эффективных методов лечения, но и как безопасный метод, позволяющий ограничить прием лекарственных, в т. ч. гормональных препаратов. Подход к производству комплексного фитопрепарата. Витокан® на уровне мощностей фармацевтических предприятий позволяет стандартизировать дозировки компонентов и обеспечить достижения адекватного лечебного эффекта. Фитопрепарат Витокан® производится в городе Луганск ОАО «Луганский химфармзавод» по ТУУ 1696813116.001-2000.

Витокан® многокомпонентный препарат, основой которого является настойка из 21 травы. Компоненты препарата обладают следующими лечебными свойствами:

- аир болотный содержит акорин стимулирующий функцию пищеварительных желез, возбуждает аппетит, придает препарату общеукрепляющее действие;
- календула содержит каротиноиды, календин: обладающие дезинтоксикационным, противовоспалительным, радиопротекторным действием, седативным действием, снижает нервную возбудимость, улучшает сон;
- шиповник коричневый содержит комплекс витаминов, каротин и масла, стимулирует иммунную систему;
- спорыш содержит авикулярин, каротин, органические кислоты, положительно влияет на работу почек и мочевыводящих путей;
- бессмертник песчаный содержит флавоноиды, эфирные масла, фито-стерины, обладает желчегонным, спазмолитическим, мочегонным действием;
- калина содержит эфироподобные дубильные, таниновые вещества, обладает анальгезирующим и мембраностимулирующим действием;
- марьян корень содержит эфирное масло, гликозид салицин, алкалоиды, смолы, сахара, органические кислоты, обладает успокаивающим противосудорожным свойством, улучшает сон, уменьшает головные боли, повышает работоспособность;
- зверобой содержит флавоноиды (гиперозид, рутин, кверцитрин), эфирные масла, никотин, витамины А,Р, каротин. Оказывает противомикробное, противовоспалительное, кровоостанавливающее действие, ускоряет процесс регенерации тканей, усиливает работу сердца, повышает тонус сосудов, повышает уровень эритроцитов и лейкоцитов в крови;
- хвощ полевой содержит эквизетонин, алкалоиды, никотин и эквизитин, витамин С, каротин, органические кислоты, дубильные вещества горечи. Применяется как мочегонное при застойных явлениях сердечного происхождения и в качестве реминерализирующего средства;
- барвинок розовый содержит винбластин, обладающий противоопухолевым действием;
- смородина черная - поливитаминное средство тонизирующее действует на сердечно-сосудистую систему, способствует выведению мочевой и щавельных кислот;
- щавель конский содержит димерные катехины и лейкоцианидины, уменьшающие рост клеток злокачественных опухолей;
- чистотел содержит халидонил - успокаивает нервную систему, сангвинорин - усиливает перистальтику кишечника, берберин, хелидонин, хелидимерин и картизин - задерживают рост клеток злокачественных опухолей;
- боярышник обладает общеукрепляющим, кардиотоническим и коронарорасширяющим действием;
- солодка голая содержит флавоноиды, обладающие высокой противоопухолевой активностью;
- чага - березовый гриб содержит агарциновую кислоту, тритерпеноиды, органические кислоты, флавоноиды - задерживает рост опухолей, улучшает самочувствие.

Учитывая актуальность данной проблемы и патогенетически обоснованность нами было изучено лечебное действие отечественного фитопрепарата Витокан® (гигиенический сертификат Минздрава Украины № 5.08.07/5841 от 28.12.2000) при диффузных формах фиброзно-кистозной мастопатии.

В период с августа 2003 года по июль 2004 года отобраны для исследования 861 женщина с диагнозом фиброзно-кистозная мастопатия (учитывалась регулярность наблюдения, выполнение предписаний лечащего врача). Диагноз был подтвержден клинически, сонографически и/или маммографически.

Препарат применяли способом, рекомендуемым инструкцией по 30 капель в день за 15 мин до еды, запивая теплой водой, в течение 3-4 месяцев.

Состояние молочных желез оценивалось на основании жалоб пациенток, осмотра, пальпации, данных сонографии и маммографии. Клиническое исследование молочных желез проводили до начала лечения и через 8,16,24 недели после начала лечения.

До начала лечения все женщины отмечали выраженные болезненные ощущения в молочных железах за 5-7 дней до ожидаемой менструации, нагрубание молочных желез, чувство напряжения перед менструацией.

Редукция болевой симптоматики наступала на 1-2 неделе приема препарата. При исследовании уже через 2 мес. наблюдения у 75,6% пациенток сонографическое исследование определило снижение плотности железистого и фиброзного компонентов за счет уменьшения участков гиперплазированной ткани. На момент окончания курса лечения препаратом Витокан® (4 месяца): исчезновение болевого синдрома наблюдалось в 92,1% случаев, исчезновение пальпаторных изменений в 82,6% случаев, исчезновении патологии при сонографии 75,3% случаев, исчезновении патологии при маммографии 74,6% случаев, улучшение психоэмоционального состояния 93,1% случаев.

Побочное действие в виде реакции гиперчувствительности замедленного действия наблюдалось у одной пациентки.

При контрольном осмотре через 6 мес. отмечали появление предменструальной мастодинии только у 12,8% случаев.

Выводы: на основании опыта клинического применения препарата Витокан®, наша клиника рекомендует применение врачам общелечебной сети современного отечественного комплексного, доступного по цене препарата Витокан® при лечении женщин с фиброзно-кистозной мастопатией.

*Зав. кафедрой онкологии
Д. м. н., профессор И. Б. Щепотин
г. Киев*

Кравцова В.А., Азатын С.К., Зализняк Н.А.

Фитотерапия давно зарекомендовала себя не только как один из эффективных методов лечения, но и как безопасный метод, позволяющий ограничить прием лекарственных, в т.ч. гормональных, препаратов. Подход к производству комплексного фитопрепарата на уровне мощностей фармацевтических предприятий позволяет стандартизировать дозировки компонентов и обеспечить достижение адекватного лечебного эффекта.

Является доказанным, что здоровье женщин после 40 лет в значительной мере нарушено предыдущим периодом жизни. Беременность и роды в большинстве случаев протекают на фоне экстрагенитальной патологии, которая регистрируется в 60% случаев. Чаще всего это сердечно-сосудистые заболевания, заболевания мочевыделительной системы, печени, органов пищеварения. Исследования, проводимые в нашей стране, свидетельствуют о том, что фитотерапия используется врачами общелечебной сети недостаточно и бессистемно.

Доброкачественные изменения молочных желез относятся к наиболее распространенным заболеваниям и включают различные по клиническому, морфологическим и этиологическим признакам процессы. Отличительной особенностью молочных желез является сложность четкой дифференцировки физиологических и патологических изменений, а также различных типов доброкачественной диффузной патологии.

Это обусловлено тем, что нормальное строение молочной железы характеризуется большой вариабельностью в зависимости от возраста, состояния репродуктивной системы и периода менструального цикла.

По определению ВОЗ (1984 г.), мастопатия определяется как фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

Мастопатия, или ФКБ, является одним из самых распространенных заболеваний у женщин и в популяции составляет 30-40%, а среди женщин, страдающих различными гинекологическими заболеваниями, достигает 58%. Мастопатии представляют собой группу гетерогенных заболеваний, имеющих сложную клиническую и гистологическую картину, что весьма затрудняет не только диагностику, но и терминологическое обозначение диффузных процессов.

В последние годы предложена клинико-рентгенологическая классификация, удобная в клинической практике и позволяющая выделить диффузные и узловые формы, которые диагностируются на рентгенограммах, при ультразвуковом сканировании и морфологическом исследовании.

1. Диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ):

- диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
- диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
- смешанная форма диффузной мастопатии;
- склерозирующий аденоз.

2. Узловая ФКМ.

Степень выраженности этих процессов определяется условно, по соотношению соединительнотканного, железистого компонентов и жировой ткани. Таким образом, целесообразность изучения данной патологии обусловлена не только высокой частотой мастопатии, неуклонным ростом этой патологии, но и тем обстоятельством, что некоторые ее пролиферативные формы рассматриваются как маркеры повышенного риска возникновения рака молочных желез [11].

Как уже было сказано, в последние годы наблюдается не только рост заболеваемости гиперпластическими процессами молочных желез, но и отчетливое увеличение их числа в возрасте 35-45 лет. По мнению некоторых авторов, это связано с тем, что в позднем репродуктивном возрасте прерывание беременности является одним из основных способов регулирования рождаемости [6, 11, 12]. Известно, что существует определенная взаимосвязь между числом аборт, осложнений после них и состоянием молочных желез.

В большинстве случаев (в наших наблюдениях до 65%) у женщин позднего репродуктивного возраста встречается диффузная ФКБ с преобладанием фиброзного компонента и склерозирующий аденоз. По наблюдениям Тарутинова с соавторами это связано с относительной пременопаузальной прогестиновой недостаточностью, поэтому более чем оправдано применение прогестин-содержащих препаратов.

В целом гормонотерапия предусматривает использование различных препаратов - гестагенов, комбинированных оральных контрацептивов, антиэстрогенов, ингибиторов пролактина, аналогов гонадолиберина, андрогенов и др. При выборе препарата следует учитывать возраст женщины, выраженность симптомов заболевания, гормональный статус, наличие метаболических нарушений.

Гормонотерапия направлена на коррекцию гормональных нарушений и во многих случаях обуславливает положительный эффект. Это проявляется в уменьшении субъективных болевых ощущений, синдрома предменструального напряжения, снижении гидратации тканей желез. Фиксируемые на рентгенограммах позитивные изменения заключаются в уменьшении плотности структур, повышении четкости отдельных деталей за счет снижения отека, в постепенном уменьшении объема железистого компонента.

Несмотря на то, что использование комбинированных эстроген-гестагенных препаратов и гестагенов в целом может приводить к хорошим результатам, эти препараты могут давать побочные эффекты в виде отеков, пирогенных реакций, парестезий, психоэмоциональных нарушений. Как известно, их прием противопоказан при выраженных нарушениях функции печени, тромбозах, тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях. Представляется перспективным использование с этой целью препаратов локального действия, к которым, в частности, относится прожестожель.

Учитывая то, что анальгезирующий эффект (а зачастую мастодиния - это основная жалоба, заставляющая женщину обратиться к врачу) применения Прожестожеля развивается на 2-3 неделе приема, мы решили совместить применение перкутаных гестагенов и фитотерапии Витоканом® (гигиенический сертификат Минздрава Украины № 5.08.07/5841 от 28.12.2000).

В период с января по июль 2004г. обратилось 122 женщины позднего репродуктивного периода с ФКБ (учитывались варианты с преобладанием фиброза и склерозирующим аденозом), отобраны для исследования (учитывалась регулярность наблюдения и выполнение предписаний лечащего врача, а также отсутствие выраженной сопутствующей патологии) 82 пациентки. В испытываемой группе (Прожестожель + Витокан®) было 39 женщин, в контрольной группе (Прожестожель) 43. Препараты назначались в дозировках, указанных производителем.

Состояние молочных желез оценивали на основании жалоб пациенток (визуально-аналоговая шкала), осмотра, пальпации, данных ультразвуковой и рентгеновской маммографии. Клиническое исследование молочных желез проводили до, через 2, 4, 6, 9, 12 нед. после начала лечения.

До начала лечения все женщины отмечали нерезко выраженные болезненные ощущения в молочных железах за 5-7 дней до ожидаемой менструации, нагрубание молочных желез, чувство напряжения, усиливающиеся перед менструацией.

Улучшение клинического течения заболевания наблюдалось у большинства женщин (78,7%) с гиперпластическими процессами молочных желез через 2 мес. лечения. Однако уже в процессе лечения отмечено, что редукция болевой симптоматики наступала достоверно быстрее (на 1 неделе приема!) в группе с применением Витокана®, что можно объяснить положительным воздействием фитотерапевтического компонента.

При контрольном исследовании через 2 мес. наблюдения у 69,6% пациенток испытываемой группы и 67,5% в контрольной группе (разница статистически недостоверна) с доброкачественными изменениями молочных желез рентгенологическое исследование определило снижение плотности железистого и фиброзного компонентов за счет уменьшения участков гиперплазированной ткани. У трети пациенток с ФКБ изменений в состоянии молочных желез, по данным маммографии, по сравнению с исходными результатами выявлено не было.

Однако при контрольном осмотре через 6 мес. 32,5% пациенток, применявших прожестожель в монорежиме, отмечали появление предменструальной мастодинии, тогда как только 13,2% (различие достоверно) пациентки испытываемой группы отмечали такие же жалобы.

Таким образом, при диффузной ФКБ, которая так часто встречается у женщин позднего репродуктивного возраста и является тем патологическим состоянием, на которое оказывают положительное влияние препараты гестагенного действия, для быстрого достижения лечебного эффекта и сохранения его на длительный срок оправдано сочетание применения перкутаных прогестинов (Прожестожеля) и современного комплексного фитопрепарата (Витокан®). Вместе с тем, безусловно, необходимы дальнейшие исследования, направленные на выявление механизмов воздействия фитотерапевтического препарата Витокан®, возможно в монорежиме, либо с другими традиционными методами лечения ФКБ.

г. Днепрпетровск

Резюме: Провели дослідження у 73 пацієнок із хірургічною менопаузою. Вивчили ефективність, перебіг та вплив на динаміку менопаузальних розладів препарату Вітокан® в поєднанні із мікродозованими препаратами замісної гормональної терапії. Детальний аналіз анамнестичних даних та анкет жінок дозволило оцінити зниження ступіню прояву менопаузальних розладів. Застосування Вітокану® в поєднанні із препаратами ЗГТ дозволяє в 1,22 рази зменшити прояви загальноклінічної та вегетативної симптоматики (відчуття жару, збільшена пітливість, серцебиття, головний біль, психо-емоційні розлади).

Ключові слова: хірургічна менопауза, замісна гормонотерапія.

Збільшення в останні роки частоти випадків доброякісних новоутворень матки та яєчників серед жінок репродуктивного та пременопаузального віку у 68-72% випадків є показанням до оперативного втручання, що змушує приділяти все більшу увагу проблемі хірургічної менопаузи. Термін "хірургічна менопауза" використовується стосовно жінок, менструальна функція яких була штучно припинена в результаті видалення яєчників, яєчників і матки або тільки матки. Якщо два перших варіанти хірургічної менопаузи можна віднести до естрогендефіцитних, то в хірургічній менопаузі при збереженні одного або обох яєчників такої ясності немає. Дані літератури стосовно функції яєчників після гістеректомії вкрай суперечливі, що відбивається на певних ускладненнях при виборі обсягу оперативного втручання та відсутності єдиного підходу до профілактики менопаузальних порушень (В.І. Грищенко, 1998; В.І. Кулаков, 1999; Б.М. Венцківський, Є.В. Коханевич, 2000; В.К. Чайка, 2001; Т.І. Рубченко, 2002; Т.Ф. Татарчук, 2002).

Ранні прояви менопаузального синдрому істотно знижують якість життя жінок працездатного віку, часом на піку їхньої соціальної активності, тому проблеми лікування цієї патології здобувають важливе соціальне й економічне значення. На даний час визнається, що в основі розвитку менопаузального синдрому у жінок в віковій і хірургічній менопаузі ведучу роль відіграють зміни гіпоталамо-лімбічної регуляції, що призводить до порушень у функціонуванні вегетативної нервової системи у відповідь на зміни в гормональній регуляції організму. Багатьма авторами підкреслюється, що розвиток ранніх психоневрологічних проявів відіграє ведучу роль у прогресуванні менопаузального синдрому і є надалі базою для формування важких ускладнень постменопаузи. Особливе значення мають обмінно-ендокринні прояви менопаузального синдрому, що обумовлюють розвиток серцево-судинної патології й остеопорозу, які визначають захворюваність у жінок в літньому і старечому віці і призводять до інвалідизації та передчасної смерті (В.І.Грищенко, 1994; О.М. Вейн, 1998; В.В. Поворознюк, 1998; Г.В. Дзяк, 2000; Т.Ф.Татарчук, 2002; М.Є. Яроцький, 2005).

Хірургічна менопауза – симптомокомплекс до складу якого входять нейровегетативні, психо-емоційні та обмінно-ендокринні розлади. Тому при зменшенні функціональної активності яєчників ми для лікування застосовуємо замісну гормональну терапію. Застосування ЗГТ значно зменшує частоту та перебіг вазомоторних симптомів та розладів, покращує вуглеводний, ліпідний обмін, попереджає зниження мінеральної щільності кісткової маси і покращує життя жінки.

Застосування препаратів природного походження дія яких зумовлена стимуляцією та відновленням протекторних та адаптаційних механізмів є одним із кроків для вирішення даного питання.

Мета роботи. Вивчення поєданого терапевтичного впливу ЗГТ та препарату Вітокан® у жінок із хірургічною менопаузою.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 73 жінки у віці від 38 до 56 років. В залежності від лікування вони були розділені на наступні групи: I група 30 жінок, які для зменшення клімактеричних проявів приймали мікродозовані препарати ЗГТ, II група 43 жінки – поєднання препаратів ЗГТ із препаратом Вітокан®. Критерієм відбору у групи була проведена пангістеректомія. У всіх пацієнток розлади після оперативного втручання характеризувались проявами у вигляді вегето-судинних (відчуття жару, надмірна пітливість, головний біль, головокружіння, нудота, блювота, болі в ділянці серця, серцебиття, коливання показників АТ) та нервово-психічних розладів (дратівливість, депресія, плаксивість, агресивність, емоційна лабільність, втомлюваність, парестезії, поганий сон та ін.). Функціональний стан гіпофізарно-яєчникової системи вивчали за допомогою гормональних, біохімічних, ультразвукових рентгенологічних методів дослідження. При ретроспективному дослідженні ми проаналізували дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, імунологічного й алергологічного анамнезу. Всім жінкам проводилось повне клініко-лабораторне обстеження. Рівень гормонів у сироватці крові досліджували імуноферментним методом за допомогою тест-системи "Хема-медіка" (Росія).

Розроблено анкету для оцінки ефективності терапевтичних заходів в якій занесено діагноз, тривалість розладів, вказівка на попередньо проведене лікування, супутні захворювання. Впродовж 14 днів ми провели анкетування всіх симптомів у обстежених жінок до початку лікування. Динаміка загальних та вегетативних симптомів реєструвалась в анкетах. Постоперативні розлади оцінювали по п'ятибальній шкалі (від «ні» до «симптом виявляється дуже сильно») у вигляді вербальної аналогової шкали оцінки хірургічної менопаузи: відчуття жару, надмірна пітливість, головний біль, головокружіння, нудота, блювота, болі в ділянці серця, серцебиття, порушення сну, депресивність, дратівливість, зниження пам'яті, зниження лібідо, розлади сечостатевої системи, сухість слизової піхви, болі в суглобах та м'язах, інтрасоматичні порушення сну (пробудження за рахунок відчуття жару). Оцінкою ефективності лікування було зниження сумарної оцінки важкості симптомів хірургічної менопаузи по шкалі після 8-12 тижнів лікування. Під час дослідження реєструвалась частота застосування лікарського препарату та його терапевтичний ефект, побічні ефекти.

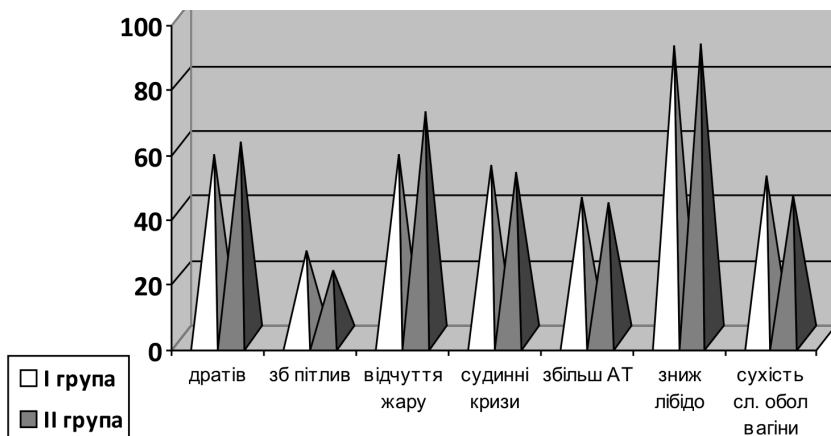
Вітокан® – це багатокомпонентний препарат, який в нашому дослідженні використовувався з метою імуномодулюючої, протизапальної та седативної терапії. Тривалість прийому склала 8-12 тижнів по 30 кр. 3 рази на добу (запивати 5 склянки теплої води) за 15-30 хв до їди.

Результати дослідження опрацьовані за допомогою пакету програм Exel-2007, STATISTICA 5A. Дані наведені у вигляді середніх арифметичних значень та стандартних відхилень. При порівнянні варіаційних рядів враховувались достовірні розходження ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених становив $36,5 \pm 3,6$ роки, середня тривалість менопаузальних розладів $1,82 \pm 1,02$ роки.

До початку лікування скарги на дратівливість були в 73 (100,0%) жінок, із них у 17 (56,7%) жінок I групи та 26 (60,5%) жінок II групи - надмірна дратівливість (4-5 балів). Скарги на пітливість діагностовано в 64 (87,7%) жінок основної групи, з них на надмірну пітливість у 8 (26,7%) жінок I групи та 9 (20,7%) жінок II групи. Кількість випадків відчуття жару на день становила від 10-12 до 2-4, середня кількість 5-6 випадків, що безперечно є причиною інтрасоматичних порушень сну (пробудження внаслідок відчуття жару) в 17 (56,6%) та в 30 (69,8%) жінок I та II груп. Судинні кризи діагностовано в 16 (53,3%) та 22 (51,2%) жінок. Високий артеріальний тиск (150/100) мм.рт.ст. діагностовано в 13 (43,3%) та 18 (41,8%) жінок. Скарги на зниження лібідо виявлено в 27 (90,0%) та 39 (90,7%) жінок, сухість слизової оболонки піхви – 15 (50,0%) та 19 (44,2%). Дані показники представлені на мал.1.



Мал. 1. Частота проявів хірургічної менопаузи у обстежених жінок

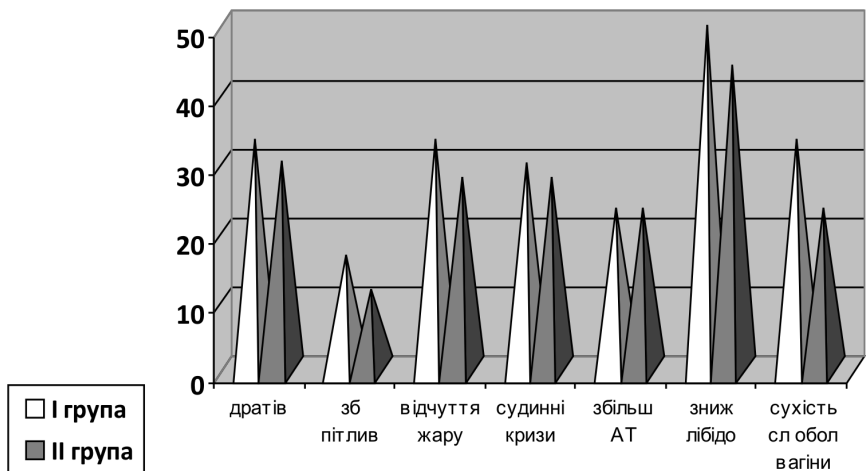
В результаті застосування ЗГТ та препарату Вітокан® повний клінічний ефект досягнули в 12 (40,0%) жінок I групи та в 21 (48,8%) II групи, покращення спостерігалось в 15 (50,0%) та 21 (48,8%) спостережень. Покращення загально клінічного статусу, вегетативної симптоматики, стану слизових піхви представлена на мал. 2 та 3



Частота проявів хірургічної менопаузи у жінок II групи



У 10 (33,3%) жінок I групи та 13 (30,2%) жінок II групи діагностовано зменшення надмірної дратівливості. Скарги на пітливість зменшились в 24 (32,9%) жінок основної групи, з них на надмірну пітливість у 5 (16,7%) жінок I групи та 5 (11,6%) жінок II групи. Кількість випадків відчуття жару на день після проведеного лікування зменшилась від 4-5 до 1-2, середня кількість 2-3 випадків, що сприяло зменшенню інтрасоматичних порушень сну в 10 (33,3%) та в 12 (27,9%) жінок I та II груп. Судинні кризи діагностовано в 9 (30,0%) та 12 (27,9%) жінок. Високий артеріальний тиск (140/95) мм.рт.ст. діагностовано в 7 (23,3%) та 10 (23,3%) жінок, а в 5 (14,0%) жінок II групи позитивної динаміки не спостерігалось, так як у них була артеріальна гіпертензія не пов'язана із клімактеричним синдромом. Скарги на зниження лібідо виявлено в 15 (50,0%) та 19 (44,2%) жінок, сухість слизової оболонки піхви – 10 (33,3%) та 10 (23,3%). Дані показники представлені на мал.4.



Мал 4. Частота проявів хірургічної менопаузи у обстежених жінок після проведеного лікування

Висновок. Застосування препарату Вітокан® в поєднанні із препаратами ЗГТ дозволяє в 1,22 рази зменшити прояви загальноклінічної та вегетативної симптоматики при хірургічній менопаузі та досягти повного клінічного ефекту від поєднаної терапії у 21 (48,8%) жінок II групи, в порівнянні із 12 (40,0%) - I групи.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Проаналізувати частоту та ступінь тяжкості синдрому хірургічної менопаузи у жінок після гістер- та гістероваріоектомії шляхом визначення системних порушень, розробити та впровадити у клінічну практику нові адекватні патогенетично обґрунтовані способи профілактики та корекції патологічних змін залежно від віку та поєднаної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гинекология справочник практического врача под ред. Сильвии К. Роузвина.: МЕДпресс, 2007. – 520 с.
2. И. Герхард, Макаров О., Венцковский Б. Лечение климактерических расстройств при помощи гомеопатического комбинированного препарата // Gyn Praktische Gynakologie 1998; 3: 400-406.
3. Зайдиева Я.З. // Гинекология. – 2003. – т.5, №1. – С. 10-15.
4. Манушаров Р.А., Черкезова Э.И. Применение Климактоплана при климактерических расстройствах в постменопаузе // Русский медицинский журнал. -2005. - Том 13, №28. – С.34-39.
5. Сметник В.П. Клиническая эффективность заместительной гормональной терапии: М., 2001. С. 9-14.
6. Van Seumeren J. Maturitas, 2000; 34 (Suppl. 1): S3-S8.
7. Astrotbmann, HPG. Climacteric 2003; 6: 337-346.

Кравцова В.А., Азатян С.К., Яблуневский В.А.

Фитотерапия давно зарекомендовала себя не только как один из эффективных методов лечения. Очень радует тот факт, что производством комплексных фитопрепаратов занимаются и в Украине. В частности на исследовательском предприятии Государственного научного центра лекарственных средств выпускается перспективный комплексный фитопрепарат Витокан® (гигиенический сертификат Минздрава Украины № 5.08.07/5841 от 28.12.2000). Наш опыт применения данного препарата у откровенно “тяжелых” больных мы обобщили в этой статье.

В курации онкобольных при неэффективности специального лечения приходится перейти к так называемому симптоматическому. Это лечение не даст выздоровление, но позволит определенный период поддержать качество жизни на приемлемом уровне. Симптоматическая терапия (СТ) стремится облегчить тягостные проявления болезни и в этом стремлении освобождает пациента от боли и других мучительных проявлений болезни.

Следует отметить многочисленность этой группы больных (до 1/3 онкологического контингента) и низкий уровень помощи им, что обусловлено отсутствием специализированной службы хосписов в Украине (не считая Киева).

Одно из ведущих мероприятий СТ, кроме адекватного обезболивания - борьба с метаболическими расстройствами, многообразие которых при далеко зашедшей онкопатологии общеизвестно. Если противоболевой терапии сформированы стратегический и тактические подходы к осуществлению тех или иных процедур, то коррекция метаболизма гораздо реже привлекала внимание исследователей. Накопление токсических веществ серьезно ухудшает статус пациента и отягчает прогноз.

На базе нашей клиники отслежены результаты применения Витокана® у 35 больных с распространенными опухолевыми процессами. Среди нозологических форм преобладали метастатический рак молочной железы, колоректальный рак, рак легкого. По общему состоянию больные относились к категории “средней тяжести”.

Препарат применялся в дозировках, рекомендованных заводом-изготовителем, аллергических реакций при применении препарата не наблюдалось. Длительность применения - до 6 мес. Параллельно применялись стандартные препараты симптоматической терапии (анальгетики, противорвотные).

Эффективность лечения оценивали на основании субъективных и объективных показателей качества жизни по 10-балльной шкале (1 балл - максимальные нарушения, 10 баллов - отсутствие нарушений), а общий статус - по шкале Карновского.

У 43% больных отмечена стабилизация (!) неопластического процесса на период приема препарата (максимальный зафиксированный срок 4,8 мес.), у 48% прогрессирование опухоли не сопровождалось нарастанием болевого синдрома, и у 9% какого-либо эффекта приема препарата зафиксировано не было. По сравнению с исходной симптоматикой у 69% повышался аппетит, уменьшалась лихорадка (до полного исчезновения), смягчалась боль, позволяя снизить потребление анальгетиков. В исследуемой группе двигательная активность, способность к самообслуживанию оказались значительно выше, чем в группе сравнения. Значения по шкале Карновского были на уровне, соответственно, 60 и не более 40 баллов.

Выводы: применение комплексного фитопрепарата Витокан® можно рекомендовать врачам общелечебной сети, занимающимся симптоматической терапией, для повышения качества жизни онкобольных.

г. Днепропетровск

О ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА ВИТОКАН® ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Мелитопольский межрайонный онкодиспансер.

Б.В.Подшивалов, А.А.Рябиков

Дисгормональные гиперплазии молочной железы (мастопатии) развиваются как следствие нарушений гормонального гомеостаза. В 1904г. Н.А.Вельяминов первый констатировал связь между фиброзно-кистозной мастопатией и инпреторными (гормональными) нарушениями. А.И.Раков (1951) указывает, что примерно у 50% больных раком молочной железы, возникновению рака предшествуют морфологически устанавливаемые явления мастопатии, что подтверждается более поздними исследованиями.

Практическому врачу надо знать, что общность мастопатии и рака молочной железы определяется суммой сложных этиологических факторов, сочетанием в большом числе наблюдений мастопатии и рака, близость некоторых ее морфологических форм к раку, схожесть нарушений как в гормональном, так и в метаболическом звене гомеостаза. Только постоянное динамическое наблюдение и патогенетическая терапия мастопатии, проводимая специалистами (маммологом-онкологом), является важнейшим звеном профилактики рака молочной железы (Сидоренко Л.Н., 1986).

Однако необходимо помнить, что только длительная психофармакологическая терапия мастопатии (Сидоренко Л.Н., 1991; Подшивалов Б.В., 1999) может явиться первичной профилактикой возникновения рака молочной железы. Н.Н.Блохин (1991) указывал, что проблема мастопатии безусловно важна и заслуживает специального обсуждения и требует дальнейшего изучения, что послужило стимулом изучения нами лечебного действия Витокана® при диффузных формах фиброзно-кистозной мастопатии.

Витокан® многокомпонентный препарат, основой которого является настойка трав, обладающих противоопухолевой активностью, способностью снижать рост, развитие и увеличивать разрушение опухолевых клеток, и трав, способных оказывать на организм общеукрепляющее действие, положительно влияющих на состав крови, стимулирующих иммунную систему и тонус организма. Изложенное выше указывает на патогенетическую обоснованность применения Витокана® для лечения мастопатии.

Мы применяли препарат для лечения 200 женщин, у которых диагноз фиброзно-кистозной диффузной мастопатии был подтвержден клинически, при УЗ - исследовании и рентгеновской маммографии. Препарат применяли способом, рекомендуемым инструкцией по 30 капель x 3 раза в день за 15 минут до еды, запивая водой, в течение 2-3 месяцев.

В таблице приведены данные и результатах лечения мастопатии Витоканом® в сравнении с результатами, полученными нами ранее при применении амитетравита, интерферона, экспресса, пламина и сплата (1000 наблюдений, Б.В.Подшивалов, 1999).

группы	исчезновение болевого синдрома	исчезновение пальпаторных изменений	исчезновение патологии при УЗИ	исчезновение патологии при маммографии
Витокан® 1-200	75,2%	71,2%	68,7%	69,1%
другие схемы	73%	68,6%	64,4%	66,4%

Приведенные в таблице данные показывают, что применение Витокана® даже в виде монотерапии, не уступает по эффективности другим популярным схемам лечения мастопатии, что делает его перспективным для лечения различных форм диффузной мастопатии, и требует дальнейших клинических испытаний препарата, как средства профилактики РМЖ, тем более что препарат имеет растительную основу и его воздействие на организм женщины более физиологично, чем у лекарств, в основе которых лежат неорганические химические соединения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Вельяминов Н.А. Истерия в хирургии // Русск.хирургич.архив, том XX, 3-4, 1904, с.539-618.
2. Подшивалов Б.В. Биологическая профилактика рака молочной железы. -Астана, 1999,69с.
3. Сидоренко Л.Н. Мастопатия: (Психосоматические синдромы). -Л.: Медицина, 1991,264с.

г. Мелитополь

Херсонская областная клиническая больница. Маммологический Центр.

Одним из основных направлений работы Маммологического центра (МЦ) Херсонской областной клинической больницы (ХОКБ) является лечение предопухолевого патологического (мастопатии) молочных желез.

Учитывая патогенез заболевания - нарушение противоопухолевого иммунитета и дисфункция эндокринной системы (гипофиз-гипоталамус-яичники-надпочечники), одной из основных задач является восстановление функции органов, участвующих в нормальной жизнедеятельности соответствующих органов и систем.

С целью лечения этой патологии, наряду с различными химио-и-гормональными препаратами нами широко используются фитопрепараты. Препарат ВИТОКАН® нами используется в течение пяти лет с целью:

1. Иммунокорекции;
2. Нормализации эндокринного статуса;
3. Восстановления психосоматического статуса.

За прошедший период времени лечение Витоканом® получило более 2000 больных. Аллергическая реакция замедленного типа отмечена у двух больных. Положительный эффект при применении препарата отмечен у абсолютного большинства больных. Объективизация осуществлялась на основании изучения структурных изменений в молочной железе и в циркулирующей крови (УЗИ, маммография, пункционная биопсия, определение уровня гормонов в крови, иммунограмма).

Кроме перечисленной патологии, препарат использовался при лечении рака молочной железы в составе комплексного лечения с целью иммуномодуляции при проведении лучевого лечения, химиотерапии, в послеоперационном периоде. Объективизация осуществлялась по данным анализа крови (количество лейкоцитов и лимфоцитов), иммунограммы.

Данные объективизации могут быть представлены в случае запроса на имя главного врача ХОКБ.

Считаю необходимым применение Витокана® при лечении мастопатии и рака молочной железы.

***Зав. Маммологическим центром
М.Н. Пустовойченко,
хирург-онколог высшей категории
г. Херсон***

Крымский Государственный Медицинский Университет им. С.И. Георгиевского. Кафедра онкологии.

На базе Клинической отделенческой больницы на станции Симферополь проведено клиническое испытание фитоконцентрата Витокан® у 38 онкобольных с IV клинической группой. Наблюдались больные: 12 человек с-г легкого, 17 с-г ЖКТ, 1 с-г миндаины, 4 с-г яичников, 4 с-г молочной железы.

Фитоконцентрат Витокан® больные получали из расчета по 30 капель за 30 мин. до еды 3 раза в день, запивая 50 мл кипяченой воды, сока в течение от 60 до 90 дней. Двое больных принимали фитоконцентрат Витокан® более 6-и месяцев.

При оценке результатов применения экстракта из растений установлено, что практически у всех больных улучшились показатели крови, появился аппетит, бодрость, нормализовался сон, снизилась болевая чувствительность.

Отмечено, что экстракт из растений помогает вывести из организма продукты распада опухоли, токсины, уменьшить побочные эффекты при химеотерапии, рентген терапии.

У части больных получающих Витокан® исчезли явления нефрита и токсикоза после внутривенных введений платиносодержащих химиопрепаратов.

Суммируя полученные результаты применения фитоконцентрата Витокан® с IV клинической группой можно сделать вывод: что экстракт из растений значительно улучшает качество жизни этих больных: нормализуя общее состояние, сон, аппетит, повышает сопротивляемость организма, значительно улучшает болевую чувствительность.

Препарат не обладает токсическими, аллергическими свойствами, не выявлено его отрицательного влияния при длительном применении.

г. Симферополь

Крымский Государственный Медицинский Университет им. С.И. Георгиевского. Кафедра онкологии.

В развитии многих патологических процессов, в том числе и в возникновении опухолей, важную роль играет иммунная система. Данные литературы свидетельствуют об определенных нарушениях состояния иммунной системы онкологических больных, которые углубляются по мере распространения опухолевого процесса и применяемым противоопухолевым лечением. Поэтому включение в схему лечения иммунокорректирующих препаратов может оказать положительное влияние как на иммунную систему больных, так и на результаты их лечения.

Цель исследования: изучить влияние фитоконцентрата Витокан® на состояние иммунной системы больных раком тела и шейки матки в динамике лучевой терапии.

Материал и методы. Изучали иммунологический статус 14 больных раком шейки матки и тела матки в динамике противоопухолевого лечения, получавших Витокан® (по 30 капель за 30 мин. до еды, 3 раза в день в течении месяца). Исследования проводили до и после окончания приема Витокана. Для сравнения была взята группа исторического контроля, в которую вошли 9 больных, получавших лучевую терапию, и 45 практически здоровых женщин того же возраста.

Состояние иммунной системы оценивали по содержанию в крови лимфоцитов, образующих розетки с эритроцитами барана - Е - РОК (Т - лимфоциты) или с эритроцитами мыши - Ем-РОК (В- лимфоциты), по чувствительности Т- лимфоцитов к препарату тимуса - тактивину (Ет-РОК). Эндокринную функцию тимуса оценивали по титру тимического сывороточного фактора (ТСФ), который определяли по чувствительности спленоцитов тимэктомизированных мышей к анти timоцитарной сыворотке. Определяли уровень иммунных комплексов и иммуноглобулинов классов А,М,Г в сыворотке крови. Подробная характеристика методик описана в монографии (Гриневич В.А., Каменец Л.Я., 1986). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием "t" критерия Стьюдента.

Установлено, что у больных раком шейки матки и тела матки (исследуемая группа) до лечения наблюдается уменьшение относительного количества В - лимфоцитов (до $5,8 \pm 0,9\%$ против $13,6 \pm 0,4\%$ у практически здоровых людей), повышение концентрации иммунных комплексов (до $3,2 \pm 0,3$ г/л против $1,9 \pm 0,2$ г/л у здоровых людей), дисиммуноглобулинемия, проявляющаяся в снижении уровня IgA и повышении IgG (соответственно до $13,6 \pm 0,7$ мкмоль/л и $100 \pm 4,7$ мкмоль/л против $18,7 \pm 0,6$ мкмоль/л у здоровых людей). Такие же отклонения показателей иммунитета наблюдали и в контрольной группе больных.

В группе больных, получавших фитоконцентрат Витокан® на фоне лучевой терапии, наблюдается повышение количества В - лимфоцитов (до $8,4 \pm 0,5\%$ против $5,8 \pm 0,9\%$). Количество Т - лимфоцитов у этих больных практически не изменяется (в то время как в контрольной группе больных их содержание под влиянием лучевой терапии существенно снижается (с $41,2 \pm 3,7\%$ до $33,1 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$). Сохраняется на исходном уровне содержание ТСФ и чувствительность Е - РОК к препарату тимуса - тактивину. У больных после приема Витокана® наблюдается повышение уровня иммунных комплексов (с $3,2 \pm 0,3$ г/л до $4,0 \pm 0,2$ г/л, $p < 0,05$). Все остальные показатели находятся на исходном уровне.

Таким образом, включая фитоконцентрат Витокан® в рацион больных в процессе лучевой терапии оказывает положительное влияние на показатели, характеризующие состояние их иммунной системы, которое проявляется в повышении относительного количества В - лимфоцитов, сохранении количества Т - клеток, эндокринной функции тимуса и других показателей на уровне, наблюдаемом у больных до лечения.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІТОПРЕПАРАТУ ВИТОКАН®
ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МАСТОПАТІЇ**

Національна Академія наук України

Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р.Є. Кавецького (ІЕПОР)
Академік НАНУ, д.м.н. Чехун В.Ф. ст.н.с., к.м.н. Шпильова С.І., к.б.н. Тодор І.М., к.б.н. Сівко О.Л.,
к.б.н. Лук'янова Н.Ю., Ліновицька В.Н., Трембач Л.В., Призимирська Т.В.

Експериментальні дослідження та клінічні спостереження останніх років підтверджують уявлення про вирішальну роль гормонів в регуляції росту, розвитку та функціонування молочних залоз. Однак, чіткої картини, яка б відображала всі аспекти гормональних впливів на молочну залозу до теперішнього часу не існує. Порушення гормонального статусу призводять до виникнення низки захворювань, в тому числі і мастопатія. Одним з ефективних методів лікування та безпечних методів лікування мастопатії, який, дозволяє суттєво обмежити призначення препаратів гормональної терапії є фітотерапія.

Метою нашої роботи було дослідження в системі *in vivo* ефективності фітопрепарату Вітокан® щодо профілактики та лікування мастопатії у порівнянні з офіційним препаратом Мастодінон®.

Мастодінон® є рослинним негормональним препаратом, який здійснює комплексний вплив на організм. Він проявляє допамінергічну дію, завдяки чому знижується продукція пролактину, нормалізується продукція гормонів гіпофізу, що створює передумови до зворотного розвитку патологічного процесу при дифузних формах фіброзно-кістозної мастопатії. Препарат застосовують при фіброзно-кістозній мастопатії, передменструальному синдромі, які супроводжуються наступною симптоматикою – мастодінею, головним болем, набряками, порушенням менструального циклу та іншими.

Об'єкт дослідження: миши лінії BALB/c з мастопатією, індукованої тривалим вивільненням стероїдних гормонів. Відповідно до статті Eunhee S. Yi, Adriana A. Bedoya, H, et al. Keratinocyte Growth Factor Causes Cystic Dilatation of the Mammary Glands of Mice. Interactions of Keratinocyte Growth Factor, Estrogen, and Progesterone *In Vivo* (American Journal of Pathology, Vol. 145, No. 5, November 1994: 1015-1022), було відтворено модель мастопатії на мишах-самичках BALB/c.

Схеми введення, дози Вітокану® та Мастодінону® для дослідження були розраховані відповідно до рекомендованої виробниками кількості препаратів при лікуванні мастопатії у жінок (з перерахуванням на мишей згідно з методичних рекомендацій "Доклінічні дослідження лікарських засобів" Київ, 2001 р.).

Методи дослідження – експериментальної онкології, біохімічні, імунно-ферментативні, морфологічні, статистичні. Оцінка ефективності Вітокану® та Мастодінону® проводилась за наступними показниками: візуальна оцінка (зміною форми та розмірів молочних залоз), маса та гістологічна структура молочних залоз, маса та гістологічна структура інших статевих гормонозалежних органів (яєчників та матки), рівень гормонів та ліпідів в плазмі крові досліджуваних тварин.

Ефективність (%) = $\frac{(VO \text{ II групи} - VO \text{ дослідної групи}) \times 100}{(VO \text{ II групи} - VO \text{ I групи})}$, де VO II групи – середня вага органу статевої системи тварин II групи, VO дослідної групи – середня вага органу статевої системи тварин III-IV груп, VO I групи – середня вага органу статевої системи тварин I групи. Ефективність = $\frac{(VO \text{ II гр.} - VO \text{ дослід.}) \times 100}{(VO \text{ II гр.} - VO \text{ I гр.})}$

Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що при розвитку мастопатії, індукованої тривалим вивільненням стероїдних гормонів, тварини набували ваги приблизно однаково у всіх група, однак у тварин, яким вводили препарати Мастодінон® та Вітокан®, зростання ваги виявилось менш значним. При оцінці абсолютної та відносної ваги внутрішніх органів після декапітації тварин (табл.1) було встановлено, що миші з мастопатією характеризувались збільшенням абсолютної та відносної ваги всіх гормонозалежних органів: відносна вага матки зросла на 63%, а молочних залоз та яйників на 40% ($p < 0.05$). Введення препаратів призвело до зменшення розмірів та ваги молочних залоз мишей в середньому на 13%.

Таблиця 1

Абсолютна та відносна вага гормонозалежних органів статеві системи самиць мишей з моделлю гормональноіндукованої мастопатії

Групи тварин	Вага гормонозалежних органів статеві системи самиць мишей					
	Молочні залози мишей		Матка		Яєчник	
	Вага, г	Відн. вага, %	Вага, г	Відн. вага, %	Вага, г	Відн. вага, %
I група (Група контролю)	0.318 ±0.053	1.533 ±0.149	0.111 ±0.066	0.332 ±0.173	0.015 ±0.009	0.072 ±0.045
II група (Мастопатія)	0.597* ±0.077	2.575* ±0.316	0.208* ±0.039	0.897* ±0.066	0.029* ±0.003	0.126* ±0.011
III група (Група Мастопатія + Мастодіон®)	0.495* ±0.033	2.260 ±0.092	0.139 ±0.022	0.629 ±0.080	0.037 ±0.006	0.165 ±0.021
IV група (Група Мастопатія + Вітокан®)	0.519* ±0.078	2.095 ±0.210	0.136* ±0.012	0.614** ±0.041	0.033 ±0.003	0.149 ±0.010

* - різниця достовірна у порівнянні з I контрольною групою ($p < 0,05$);

** - різниця достовірна у порівнянні з II групою мастопатії ($p < 0,05$)

Слід зазначити, що введення препаратів призводило до змін в усіх трьох групах молочних залоз у мишей (як шийних і торакальних, так і абдомінально-пахових)

Введення препаратів також призводило до зменшення гіпертрофованої гормонами матки, особливо у тварин, які отримували Вітокан® (середнє зменшення ваги на 30%) (Табл.1).

Оскільки відомо, що метаболізм статевих гормонів відбувається в печінці, то на наступному етапі ми дослідили вагу органів системи детоксикації самиць. Як видно з даних, наведених в табл.2, тривале вивільнення гормонів супроводжувалось зростанням у досліджуваних тварин ваги печінки ($p < 0,05$), але введення тваринам, Вітокану® та Мастодіону® сприяло зменшенню її ваги (табл.2). Отже можна припустити, що ці препарати проявляють певний гепатопротекторний ефект від хронічної дії підвищених доз статевих гормонів.

Таблиця 2

Абсолютна та відносна вага органів системи детоксикації самиць мишей з моделлю мастопатії після введення фітопрепарату Вітокан® та препарату Мастодінон®

Групи тварин	Вага органів детоксикації			
	Печінка		Нирки	
	Вага, г	Відн. вага, %	Вага, г	Відн. вага, %
I група (Група контролю)	1.001 ±0.030	4.893 ±0.344	0.261 ±0.018	1.277 ±0.118
II група (Мастопатія)	1.482* ±0.088	6.423* ±0.368	0.262 ±0.006	1.137 ±0.038
III група (Група Мастодінону®)	1.251** ±0.081	5.700** ±0.225	0.259 ±0.015	1.192 ±0.084
IV група (Група Вітокану®)	1.237** ±0.055	5.595** ±0.099	0.256 ±0.007	1.176 ±0.060

* - різниця достовірна у порівнянні з I контрольною групою ($p < 0,05$);

** - різниця достовірна у порівнянні з II групою мастопатії ($p < 0,05$)

При аналізі даних морфологічного дослідження молочних залоз у тварин, які отримували досліджувані препарати визначена низка морфологічних відмінностей порівняно із групою тварин з мастопатією. Зокрема, показано, що у тварин з мастопатією, що не вживали Вітокан®, переважали явища залозево-кістозної мастопатії і гіпертрофії долькового компоненту молочної залози з явищами проліферації епітелію, а у тварин, які вживали цей препарат, спостерігались звуження та певне зменшення кількості кістозно-розширених протоків і дольок із ознаками проліферативної активності. Ці зміни супроводжувались розростанням сполучної тканини із збільшенням загальної її маси. У деяких, більш скутих сполучною тканиною і обмежених кровопостачанням залозистих осередках, спостерігались явища вакуольної дистрофії цитоплазми епітеліальних клітин, каріоліз, каріорексис ядер, тобто явища загибелі клітин. Отже, нами була визначена тенденція до заміщення залозево-кістозних структур фіброзною тканиною, тобто до переходу залозево-кістозної мастопатії у фіброзну форму мастопатії. Слід зазначити, що внаслідок дії препарату Мастодінону® у тварин з індукованою мастопатією також визначались аналогічні зміни, але після прийому Вітокану® вони були дещо більш вираженими. Отже, згідно даних морфологічного дослідження, нами виявлено позитивний ефект при введенні рослинного препарату Вітокан®, який заслуговує уваги і проведення подальших експериментальних досліджень.

Таким чином, нами встановлено, що введення фітопрепарату Витокан® тваринам з мастопатією призводить до зменшення за вагою грудних залоз. За цим ефектом Витокан® не поступається офіційному препарату для лікування мастопатій - Мастодінону®. Поряд з цим, показано, що у тварин, які отримували Витокан® в середньому вага гіпертрофованої гормонами матки була менша і достовірно відрізняється від тварин групи мастопатії. Виявлено також позитивний ефект рослинного препарату Витокан® на морфологічні зміни в молочних залозих мишей з моделлю мастопатії. А саме, визначена тенденція до заміщення залозево-кістозних структур фіброзною тканиною, тобто до переходу залозево-кістозної мастопатії у фіброзну форму мастопатії. Слід зазначити, що внаслідок дії препарату Мастодінону® у тварин з індукованою мастопатією також визначались аналогічні зміни, але після прийому Вітокану® вони були дещо більш вираженими. Потребує додаткових морфологічних та біохімічних досліджень можливий гепатопротекторний ефект фітопрепарату Витокан®.

Отримані результати свідчать про перспективність та ефективність використання фітопрепарату Витокан® у тварин з індукованою мастопатією. Подальші дослідження впливу фітопрепарату Витокан® на показники гормональної та імунної систем тварин з індукованою мастопатією, дозволить більш широко охарактеризувати механізм його дії та обґрунтувати доцільність його використання для щодо профілактики та лікування мастопатії.

м. Куїв