

Клініко-патогенетичне обґрунтування корекції недостатності лютеїнової фази менструального циклу в жінок з дисгормональними захворюваннями молочних залоз

О.Г. Яшина¹, С.А. Ласачко²

¹Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства

²Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті наведені дані щодо поширеності поєднаних форм дисгормональних порушень у жінок репродуктивного віку, особливостей менструальної та репродуктивної функції серед жінок з дисгормональними захворюваннями молочних залоз. Також доведено ефективність використання препарату Тазалок™ в циклічному режимі у комплексі із застосуванням прогестеронотерапії і як самостійного методу корекції у жінок з недостатністю лютеїнової фази менструального циклу і ДЗМЖ.

Ключові слова: дисгормональні захворювання молочних залоз, недостатність лютеїнової фази, прогестерон, Тазалок™.

Особливу увагу медицини останніх років приділено проблемі своєчасної та адекватної корекції гормонального дисбалансу серед жінок репродуктивного віку. Пусковим фактором формування більшості дисгормональних захворювань є абсолютний або відносний дефіцит прогестерону – одного з головних гормонів жіночого організму. Його дисбаланс спричиняє формування порушень менструального циклу (МЦ) в різні вікові періоди життя, розвиток патології вагітності (передчасне її переривання), підвищує ризик виникнення дисгормональних і передпухлинних захворювань репродуктивної системи. Одне з перших місць серед них займають доброякісні захворювання молочних залоз (МЗ), які діагностуються у кожній 4-ї жінки у віці до 30 років. У пацієток старше 40 років різні патологічні стани МЖ виявляються в 60% випадків. При цьому у кожній другій жінки (54%) пізнього репродуктивного віку спостерігаються дифузні форми дисгормональних захворювань молочних залоз (ДЗМЗ) [1, 7, 10].

До розвитку дефіциту прогестерону призводять різні стани. Зокрема, неадекватне дозрівання фолікула; порушення секреції фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормону; дефекти рецепції до прогестерону; дефект ферментних систем жовтого тіла яєчників [2, 3].

Існують тільки два шляхи подолання прогестеронодефіцитного стану: забезпечення нормального дозрівання фолікула (індукція овуляції, в разі її відсутності, прямими або непрямими індукторами овуляції) і замісна терапія прогестероном. Квінтесенцією цих двох шляхів може бути поєднання терапії, спрямованої на формування повноцінної першої фази з допоміжною терапією прогестероном у другій фазі МЦ.

В останні десятиліття широко обговорюється тактика підтримувальної прогестагенової терапії для вирішення різних проблем в акушерстві та гінекології [2, 4–8]. Зростає кількість публікацій про сучасні гормональні препарати і нові шляхи введення їх для створення умов для адекватної компенсації неповноцінності лютеїнової фази (НЛФ) менструального циклу. Але очевидна і необхідність створення нових схем такої корекції та пошуку нових препаратів, що

реалізують властивості натурального прогестерону і здатні забезпечити таку терапію з мінімізацією гормонального навантаження на організм в цілому.

Вибір терапії в будь-якій медичній ситуації здійснюється у відповідності з основними принципами: вона повинна бути ефективною і безпечною. Задля реалізації саме цих вимог все частіше в практиці лікарів знаходять своє застосування рослинні негормональні препарати з комплексною дією, зумовленою синергічними ефектами селективних фітомолекул™. У молодих жінок пригнічення функції яєчників гормональними препаратами не завжди є бажаним. Тому використання в терапії препаратів природного походження, які регулюють кровопостачання, трофіку, метаболізм та функціональний стан репродуктивної ендокринної системи, знаходить все більше поширення. Перевагою цих препаратів є можливість тривалого застосування без ризику розвитку серйозних побічних реакцій, а також їх низька токсичність, більш висока прихильність пацієнок до їх прийому.

У даному контексті становить інтерес багатоконпонентний рослинний негормональний препарат Тазалок™ (фармацевтична компанія ТОВ «Універсальне агентство «Про-Фарма»), що представляє собою настоянку (1:10) суміші лікарської рослинної сировини: кореня лабазника шестипелюсткового, свіжого кореня петрушки кучерявої, свіжого коріння селери, трави підмаренника справжнього, трави ленка звичайного, квіток календули. Наведені лікарські рослини давно використовуються у народній медицині і знайшли офіційне визнання в сучасній фармакотерапії.

Лабазник шестипелюстковий (*Filipendula ulmaria* (L.) Maxim.) містить ефірні масла, саліцилову кислоту, флавоноїди, вищі жирні й фенолкарбонів кислоти та їх похідні (кавова, елагова), катехіни. Петрушка городня кучерява (*Petroselinum Sativum* L. Hoffm.) містить аскорбінову кислоту, каротин, а також вітаміни В₁, В₃, К, РР, фолієву кислоту, солі калію, магнію, заліза, інулін, флавоноїди, глікозиди. Селери коріння (*Arium Graveolens* L.) містить ефірні масла, крохмаль, солі калію, кальцію, фосфору, натрію, магнію, оцтову, масляну і щавлеву кислоти, вітаміни С, В₁, В₂, РР. Препарати із селери справляють сечогінну і протиалергійну дію, їх застосовують для підвищення загального тону організму, розумової та фізичної працездатності. Підмаренник справжній (*Galium Verum* L.) має сечогінну, протизапальну, знеболювальну, кровоспинну, ранозагоювальну і седативну дію. Льюнок звичайний (*Linaria Vulgaris* Mill.) містить флавоноїди, глікозиди, лінарин, неолінарин, пектолінарин, фітостерини. Календула (*Calendula Officinalis* L.) – саліцилову і пентадецилову кислоти, які мають бактерицидні, ранозагоювальні, протизапальні, гіпотензивні, кардіотонічні і седативні властивості. Препарати календули впливають за-

Становлення менструальної функції в обстежених жінок

Група	Вік менархе, років			Середній вік менархе, років, M±m	Тривалість становлення регулярного МЦ, місяців			
	< 12	12-15	>15		Одразу	До 1 року	Більше 1 року	Не встановився
ДЗМЗ, n=1057	198 (18,7%)*	802 (75,9%)*	57 (5,4%)	12,75±0,05*	453 (42,9%)	348 (32,9%)	130 (12,3%)	126 (11,9%)*
Контроль, n=190	16 (8,4%)	162 (85,3%)	12 (6,3%)	13,05±0,1	73 (38,4%)	75 (39,5%)	32 (16,8%)	10 (5,3%)

Примітка: * – різниця достовірна з показниками контрольної групи, p<0,05.

спокійливо на ЦНС, знижують артеріальний тиск, викликають загибель стрептококів і стафілококів.

Рослинний негормональний препарат Тазалок™ має комплексну дію – гормонкорегуючу, антипроліферативну, протизапальну, протинабрякову, седативну, резорбтивну. Але у контексті лікування НЛФ особливу увагу привертають гормонкорегуючі властивості фітокомплексу Тазалок™, а саме – прогестеронмодулююча дія, що призводить до ритмічного вироблення і відновлення співвідношення гонадотропних гормонів, підвищення рівня прогестерону, нормалізації естроген-гестагенної рівноваги, корекції другої фази МЦ [14, 15, 16].

Метою дослідження було вивчення поширеності поєднаних форм дисгормональних порушень у жінок репродуктивного віку та ефективності циклічного використання препарату Тазалок™ в комплексі із застосуванням прогестеронотерапії і як самостійного методу корекції у жінок з НЛФ МЦ менструального циклу і ДЗМЖ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На першому етапі було здійснено ретроспективний аналіз історій хвороб та амбулаторних карт 1057 жінок репродуктивного віку з непухлиними ураженнями МЗ, які звернулися для обстеження та лікування в Донецький регіональний центр охорони материнства і дитинства в період з січня 2001 по грудень 2013 р. На цьому ж етапі виділена й проаналізована контрольна група – 190 умовно здорових жінок, в яких не було виявлено патології МЗ та були відсутні скарги на порушення репродуктивної функції.

Середній вік обстежених жінок склав 32,8±0,2 року в основній та 32,6±0,5 – в контрольній групі. Достовірної різниці за віком між групами не було. Вивчалися такі показники менструальної функції, як вік менархе, тривалість становлення регулярного МЦ, регулярність та тривалість циклу, наявність альгодисменореї та ін. Також проведено детальний аналіз репродуктивного анамнезу в цих жінок.

На другому етапі ми провели додаткове обстеження 400 пацієнток репродуктивного віку з ДЗМЗ з метою встановлення НЛФ за наступними критеріями (Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А., Шевчук Т.В. Современный менеджмент аномальных маточных кровотечений // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 4 (12). – С. 18–28):

- Незначні кров'янисті виділення за 7–10 днів до менструації;

- Друга фаза за даними базальної термометрії <10 днів;
- Регулярний цикл 22–30 днів;
- Товщина ендометрія на 21–23-й день МЦ <10 мм, максимальний діаметр фолікула 16–18 мм.

Ознаки НЛФ було встановлено у 316 пацієнток. Ці жінки були розподілені на 3 групи:

Перша група (I) – 108 осіб, що отримували препарат Тазалок™ в циклічному режимі по 30 крапель 3 рази на день з 14-го по 26-й день МЦ.

Друга група (II) – 106 пацієнток, які приймали препарат Тазалок™ у цьому ж режимі в комбінації з прийомом дидрогестерону в дозі 20 мг у II фазу МЦ.

У третій групі (III) 102 жінкам проводилася корекція II фази МЦ із застосуванням дидрогестерону в дозі 20 мг на добу.

Лікування та спостереження проводилось протягом 6 міс.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза з метою фолікулометрії виконували на апараті «Aloka -3500» в режимі реального часу, датчиком з частотою 3,8 МГц на 13–15-й день МЦ. Обстеження МЗ проводилось за допомогою клінічного, цитологічного, ультрасонографічного методів. УЗД проводилося на апараті SONOLINE G 50 «Siemens» (Німеччина) з лінійним датчиком частотою 10 МГц. Оцінка скарг пацієнток, ступінь болю визначали за допомогою загальноприйнятої візуально-аналогової шкали (ВАШ).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ми провели аналіз становлення менструальної функції в обстежених *на першому етапі* жінок (табл. 1).

Аналіз віку менархе продемонстрував, що для жінок з ДЗМЗ є характерним достовірно більш ранній вік менархе порівняно з контролем (p<0,05).

Водночас аналіз тривалості відновлення регулярного МЦ суттєвих розбіжностей з контрольною групою не виявив, за винятком тих жінок з ДЗМЗ, в яких регулярний МЦ так і не встановився, що потребує додаткового, більш поглибленого аналізу характеру менструальної функції (МФ) у жінок з ДЗМЗ.

Таблиця 2

Характеристика менструальної функції

Група, n	Характер менструації			Наявність болю		Регулярність		Тривалість менструації, дні			Тривалість менструального циклу, дні		
	Рясні	Помірні	Скудні	Так	Ні	Так	Ні	<4,5	4,5–8	>8	<24	24–38	>38
ДЗМЗ, n=1057	272 (25,7 %)	658 (62,3 %)*	127 (12,0 %)	444 (42,0 %)*	613 (58,0 %)*	941 (89,0 %)*	116 (11,0 %)*	265 (25,1 %)	746 (70,5 %)	46 (4,4 %)*	53 (5,0 %)	961 (90,9 %)	43 (4,1 %)
Контроль, n=190	40 (21,1 %)	135 (71,0 %)	15 (7,9 %)	65 (34,2 %)	125 (65,8 %)	182 (95,8 %)	8 (4,2 %)	52 (27,3 %)	136 (71,6 %)	2 (1,1 %)	8 (4,2 %)	178 (93,7 %)	4 (2,1 %)

Примітка: * – різниця достовірна з показниками контрольної групи, p<0,05.

Репродуктивний анамнез обстежених жінок

Показник		ДЗМЗ, n=1057	Контроль, n=190	
Пологи	0	326 (30,8%)	64 (33,6%)	
	1	548 (51,8%)	97 (51,1%)	
	2 та більше	183 (17,4%)	29 (15,3%)	
	Передчасні пологи	15 (1,4%)	2 (1,1%)	
	Перинатальні втрати	12 (1,1%)	2 (1,1%)	
Вагітності, які не закінчилися пологами	Штучні аборти	428 (40,5%)*	54 (28,4%)	
	Позаматкова вагітність	52 (4,7%)	5 (2,6%)	
	Спонтанний аборт в I триместрі	238 (22,5%)*	17 (8,9%)	
	Різновиди спонтанних абортів	Викидень в I триместрі	126 (11,9%)*	9 (4,7%)
		Вагітність, яка не розвивається в I триместрі	116 (11,0%)*	8 (4,2%)
	Спонтанний аборт в II триместрі	3 (0,3%)	0 (0,0%)	
	Штучний аборт до перших пологів	38 (3,6%)	4 (2,1%)	
	Спонтанний аборт до перших пологів	130 (12,3%)*	3 (1,6%)	

Примітка: * – різниця достовірна з показниками контрольної групи, $p < 0,05$.

Таблиця 4

Види безпліддя в обстежених жінок, n(%)

Безпліддя	ДЗМЗ, n=1057	Контроль, n=190
Так	112 (10,6%)*	8 (4,2%)
Ні	945 (89,4%)*	182 (95,8%)
Первинне	51 (45,5%)	3 (37,5%)
Вторинне	61 (54,5%)	5 (62,5%)
Чоловіче	3 (2,7%)	1 (12,5%)
Жіноче	99 (88,4%)*	5 (62,5%)
Чоловіче і жіноче	10 (8,9%)	2 (25,0%)
Причини жіночого безпліддя		
Трубно-перитонеальний фактор та інші механічні фактори (матковий, шийковий)	37 (33,9%)	2 (28,6%)
Ендокринне	42 (38,5%)	2 (28,6%)
Імунологічне	11 (10,2%)	2 (28,6%)
Неясного генезу	19 (17,4%)	1 (14,2%)

Примітка: * – різниця достовірна з показниками контрольної групи, $p < 0,05$.

Детальна характеристика особливостей МФ представлена в табл. 2.

Ми не виявили достовірної різниці в показниках середньої тривалості МЦ та тривалості менструації у хворих з ДЗМЗ порівняно з контрольною групою. Середня тривалість МЦ в основній групі була $29,2 \pm 0,1$ дня, в контрольній – $28,8 \pm 0,2$ ($p > 0,05$). Середня тривалість менструації становила відповідно $5,7 \pm 0,05$ та $5,5 \pm 0,1$ дня ($p > 0,05$).

Проте, враховуючи високу неоднорідність порушень МФ, ми провели більш детальний аналіз, який продемонстрував ряд розбіжностей між основною та контрольною групами (табл. 2).

Достовірно менший відсоток жінок з ДЗМЗ мали регулярні та помірні за крововтратою менструації ($p < 0,05$). Для жінок з ДЗМЗ характерний достовірно частіший відсоток альгодисменореї порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Крім того, у хворих на ДЗМЗ достовірно більшим був відсоток жінок з тривалістю менструації більше 8 днів.

Показники репродуктивного анамнезу обстежених жінок представлені в табл. 3.

Детальний аналіз репродуктивного анамнезу не виявив достовірної різниці між групами стосовно кількості пологів. Однак вірогідно більший відсоток жінок з ДЗМЗ (40,5%) мали в анамнезі штучне переривання вагітності. Аналіз репро-

дуктивних втрат виявив, що спонтанний аборт в I триместрі зустрічався в анамнезі жінок з ДЗМЗ майже в 3 рази частіше, ніж в контрольній групі. Це стосується як самовільних абортів, так і вагітностей, що не розвиваються. Слід зазначити, що звичне невиношування вагітності виявлено лише у 15 хворих (1,4%), переважна більшість (185 жінок, або 17,5%) мали лише один спонтанний аборт у I триместрі в анамнезі.

На нашу думку, важливим є той факт, що в основній групі достовірно більшим був відсоток жінок, в анамнезі яких спонтанний аборт відбувся до перших пологів.

Ми також провели детальний аналіз поширеності та видів безпліддя в обстежених жінок. Дані наведені в табл. 4.

Поширеність безпліддя у 2,5 рази достовірно вище серед хворих на ДЗМЗ (10,6%) порівняно з контрольною групою (4,2%). Ми не виявили різниці між хворими та контролем щодо частоти первинного чи вторинного безпліддя. У той же час у структурі безпліддя серед хворих на ДЗМЗ достовірно більшим був відсоток жіночого безпліддя (92,2%) порівняно з контролем (62,5%).

Слід зазначити, що нам не вдалося встановити достовірну різницю між групами щодо причин безпліддя, хоча серед хворих на ДЗМЗ спостерігається тенденція до збільшення частоти ендокринного та безпліддя неясного генезу, натомість відсоток імунологічного безпліддя був меншим, але різниця показників не є достовірною.

Враховуючи описані особливості репродуктивної та МФ у жінок репродуктивного віку з ДЗМЗ, які можуть свідчити про наявність НЛФ, *на другому етапі* ми провели додаткове обстеження 400 пацієнток репродуктивного віку з ДЗМЗ з метою встановлення НЛФ за критеріями, що наведені вище. Ознаки НЛФ було встановлено у 316 (29,9%) пацієнток з ДЗМЗ. Ці жінки, як вже зазначалось, були розподілені на 3 групи. Оцінка результатів спостереження протягом 6 міс терапії виявила, що показники, за якими встановлювалась наявність нормалізації МЦ, при застосуванні препарату Тазалок™ у II фазу МЦ практично не відрізняються від показників із застосуванням комбінованої корекції та використанням дидрогестерону. Так, тривалість менструації зменшилася з $8,9 \pm 1,5$ до $4,1 \pm 2,1$ дня. У 93,8% жінок в усіх групах припинилися кровомазання за 7–10 днів до менструації. 96,9% пацієнток відзначили відсутність дисменореї при застосуванні всіх запропонованих методів лікування.

З урахуванням надії на реалізацію репродуктивних планів важливим фактором ефективності терапії була оцінка відновлення фолікулогенезу. На тлі терапії проводився сонографічний контроль. Фолікулометрія показала відновлення овуляції у другій групі (Тазалок™ + дидрогестерон) у 98,1% жінок, у третій групі на тлі застосування гормональної корекції – у 68,6%, на фоні застосування монотерапії препаратом Тазалок™ у циклічному режимі – у 47,2% пацієнток.

Нами проведено докладний аналіз стану МЗ у всіх жінок. У більшості пацієнток з ДЗМЗ до початку лікування при УЗД МЗ відзначалася гіперплазія фіброзної і залозистої тканини, розширення міждолькових проміжків, загальна нерівномірність ехоструктури і зниження ехогенності паренхіми залози, розширення протоків. У ряді випадків виявлялися прості кісти різного діаметра. Типова ультразвукова картина на початку спостереження наведена на рис. 1.

Через 6 міс гормонотерапії у 55 (53,9%) пацієнток нами відзначено зменшення ознак гіперплазії залозистої і фіброзної тканини при УЗД. Тенденція до розширення протоків і формування кіст зберігалася (рис. 2).

У групі комбінованої терапії при УЗД відзначено зменшення всіх ознак дисплазії: нормалізація загальної ехогенності, зменшення гіперплазії залозистої і фіброзної тканини, зменшення розміру та кількості кіст, зниження ступеня дуктектазії – у 89 (84,0%) жінок (рис. 3).

На тлі застосування патогенетично-обґрунтованого багатокомпонентного фітокоректора Тазалок™ у 82 (75,9%) пацієнток через 6 міс при ультрасонографії відзначена нормалізація загальної ехогенності МЗ за рахунок зниження набряклості паренхіми і зменшення гіперплазії залозистої і фіброзної тканини, а також зниження кількості кіст і розширених протоків (рис. 4).

Особливо слід відзначити зменшення проявів мастодинії у всіх пацієнток на фоні застосування рослинного препарату з комплексною дією, зумовленого синергічними ефектами селективних фітомолекул. Вже через 3 міс у 73,1% пацієнток першої групи зафіксовано зменшення скарг на хворобливе нагрубання МЗ, особливо в передменструальний період. Дана обставина істотно підвищила прихильність до лікування в цій групі. Аналогічних результатів за даним показником у групі комбінованої терапії вдалося досягти тільки к 6-му місяцю лікування.

В групі пацієнток, яким було призначено тільки дидрогестерон, позитивні результати щодо зменшення мастодинії відзначено лише у 59,8% пацієнток через 3 місяці лікування, але цей результат зменшився добуваючи кінцевого терміну лікування.

ВИСНОВКИ

1. Для жінок з ДЗМЗ є характерним достовірно ($p < 0,05$) більш ранній вік менархе порівняно з контролем: $12,75 \pm 0,05$ та $13,05 \pm 0,1$ відповідно.

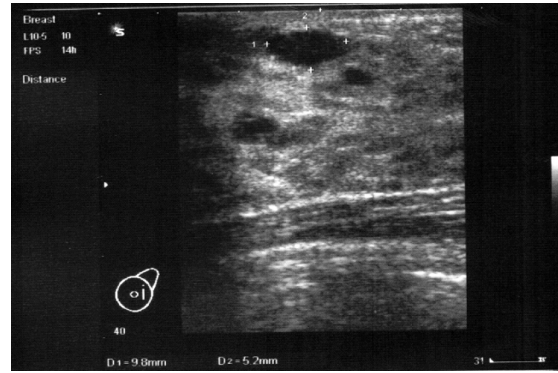


Рис. 1. Типова ультразвукова картина на початку спостереження

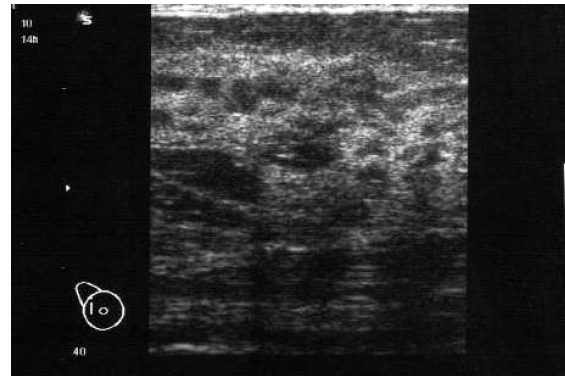


Рис. 2. Типова ультразвукова картина молочних залоз на фоні застосування гормонотерапії через 6 міс

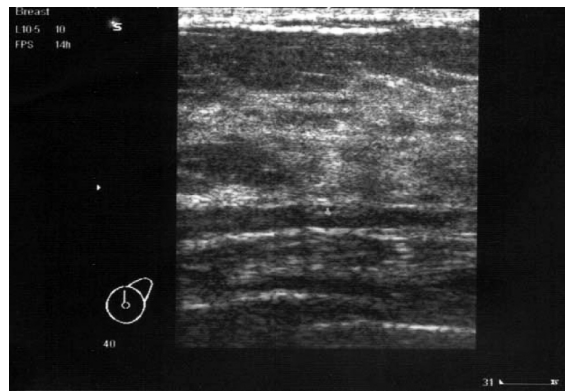


Рис. 3. Типова ультразвукова картина молочних залоз на фоні застосування комбінованого лікування дидрогестероном і препаратом Тазалок™ через 6 міс

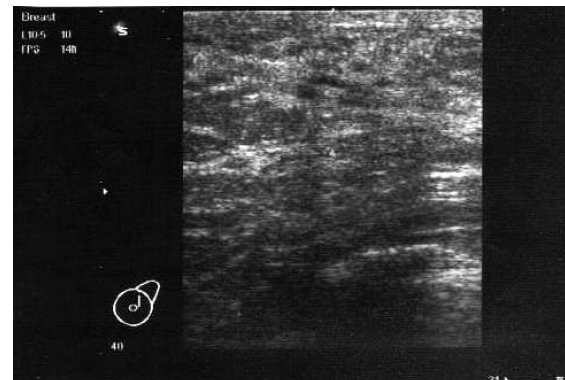


Рис. 4. Типова ультразвукова картина молочних залоз на фоні застосування препарату Тазалок™ в динаміці через 6 міс

2. Для жінок, що страждають на ДЗМЗ, виявлені такі особливості МФ: достовірно менший відсоток жінок з ДЗМЗ мали регулярні та помірні за крововтратою менструації ($p < 0,05$). Для жінок з ДЗМЗ характерний достовірно вищий відсоток альгодисменореї порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Крім того, у хворих на ДЗМЗ достовірно більшим був відсоток жінок з тривалістю менструації більше 8 днів.

3. Детальний аналіз репродуктивного анамнезу не виявив достовірної різниці між групами стосовно кількості пологів. Однак вірогідно більший відсоток жінок з ДЗМЗ (40,5%) мали в анамнезі штучне переривання вагітності.

4. Аналіз репродуктивних втрат виявив, що спонтанний аборт в I триместрі зустрічався в анамнезі жінок з ДЗМЗ майже в 3 рази частіше, ніж в контрольній групі. Достовірно більшим був відсоток жінок, в анамнезі яких спонтанний аборт відбувся до перших пологів.

5. Поширеність безпліддя у 2,5 разу достовірно вище серед хворих на ДЗМЗ (10,6%) порівняно з контрольною групою (4,2%). У структурі безпліддя, серед хворих на ДЗМЗ достовірно більшим був відсоток жіночого безпліддя (92,2%) порівняно з контролем (62,5%).

Клинико-патогенетическое обоснование коррекции недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла у женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез
Е.Г. Яшина, С.А. Ласачко

В статье приведены данные о распространенности сочетанных форм дисгормональных нарушений у женщин репродуктивного возраста, особенностей менструальной и репродуктивной функции у женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез. Также изучена эффективность циклического использования препарата Тазалок в комплексе с применением прогестеронотерапии и в качестве самостоятельного метода коррекции у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла и ДЗМЖ.

Ключевые слова: дисгормональные заболевания молочных желез, недостаточность лютеиновой фазы, прогестерон, Тазалок.

6. Ознаки НЛФ було встановлено у 29,9% пацієток з ДЗМЗ.

7. У всіх трьох групах, що знаходились під спостереженням на другому етапі, зафіксовано приблизно однакові результати щодо нормалізації МЦ. Дещо відрізнялись показники відновлення овуляції за даними фолікулометрії. Найкращі результати були отримані при застосуванні комбінованої схеми терапії.

8. Через 6 міс терапії відзначено зменшення ознак гіперплазії залозистої і фіброзної тканини МЗ при УЗД в усіх трьох групах, однак в групах, де використовували рослинний препарат з комплексною дією, результати були більш значущими. Крім того, для них також було характерним зменшення проявів мастодинії вже через 3 міс (73,1% пацієток першої групи) терапії.

9. Терапевтичне використання рослинного препарату Тазалок™ у пацієток з поєднаною дисгормональною патологією у формі ДЗМЗ та НЛФ є досить ефективним, безпечним та дозволяє підвищити комплаєнс пацієток навіть при циклічному прийомі в режимі монотерапії.

10. Використання комплексної фітотерапії (Тазалок™) у складі гормонотерапії сприяє підвищенню клінічної ефективності лікування НЛФ, а також є ефективним засобом лікування ДЗМЖ, за рахунок швидкого зниження проявів мастодинії.

Clinico-pathogenetic substantiation of correction failure luteal phase of the menstrual cycle in women with breast diseases dyshormonal
E.G. Yashina, S.A. Lasachko

The article presents data on the prevalence of combined forms dishormonal disorders in women of reproductive age, the characteristics of menstrual and reproductive function in women with breast diseases dyshormonal. Also studied the effectiveness of cyclic use of the drug in combination with Tazalok progesteronoterapii application and as a self-correction method in women with luteal phase deficiency menstrual cycle and DBD.

Keywords: dishormonal breast disease, lack of luteal progesterone Tazalok.

Сведения об авторах

Яшина Елена Григорьевна – Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, 83114, г. Донецк, пр. Панфилова, 3; тел.: (062) 303-56-80

Ласачко Светлана Анатольевна – Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, 83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16; тел.: (062) 303-56-92

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Писарева О.П. Дифференцированный подход к применению препаратов гестагенного действия при невынашивании беременности // Здоровье женщины. – 2012. – № 1. – С. 21–23.
2. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности / Сидельникова В.М., Суих Г.Т. – М.:Пресс, 2010. – 315 с.
3. Татарчук Т.Ф. Лечение стресс-индуцированной недостаточности лютеиновой фазы/ Татарчук Т.Ф., Коссей Н.В., Тутченко Т.Н.// Репродуктивная гинекология. – 2011. – № 2. – С. 34–41.
4. Татарчук Т.Ф. Оптимизация методов лечения недостаточности лютеиновой фазы у женщин репродуктивного возраста на фоне гиперпролактинемии/ Татарчук Т.Ф., Булаченко О.В., Тутченко Т.Н.// Здоровье женщины. – 2008. – № 2. – С. 72–77.
5. Чайка В.К. Ретроспективная оценка факторов риска возникновения заболеваний молочных желез / В.К. Чайка, С.А. Ласачко, А.А. Трегубенко // Медико-социальные проблемы семьи. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 4–7.
6. Косей Н.В. Фитотерапия в лечении дисгормональных доброкачественных заболеваний молочных желез у женщин с лейкомиою матки // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 4 (38). – С. 171–173.
7. Чайка В.К., Квашенко В.П. Современные направления амбулаторной помощи в акушерстве и гинекологии. – Донецк, ООО «Лебедь», 2003. – С. 141–153; 195–203.
8. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги / МОЗ України (Наказ № 676 від 31.12.2004).
9. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні/ (Наказ № 417 от 15.07.2011).
10. Про диспансерізацію населення / МОЗ України (Наказ № 728 от 27.08.2010).
11. Наказ МОЗ здоров'я України від 03.11.2008 № 624. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Невиношування вагітності».
12. Matthews C.E., Fowke J.H., Dai Q. et al. Physical activity, body size, and estrogen metabolism in women // Cancer Causes Control (Netherlands) Jun 2004; 15 (5):473–481.
13. Haas D.M. Progesterone for preventing miscarriage/ Haas D.M., Ramsey P.S. //Cochrane Database of Systematic Reviews 2008. – Issue 2. – Art. No.: CD003511; DOI: 10.1002/14651858.
14. Резников О.Г., Тарасенко Л.В., Сініцин П.В., Полякова П.І., Лимарева А.А. Антиестрогенна активність фітопрепарату Тазалок™: результати експериментального дослідження. Репродуктивна ендокринологія. №1 (3)/февраль 2012., 38-40.
15. Татарчук Т.Ф., Калугина Л.В. К вопросу о лечении гиперплазии эндометрия // Репродуктивная эндокринология. – № 2 (4). – 2012. – С. 88–93.
16. Т.Ф. Татарчук, Л.В. Калугина. Новые направления в лечении синдрома предменструального напряжения // Здоровье женщины. – №3 (39) / 2009. – С. 47-49

Статья поступила в редакцию 17.04.2014