

ФИТОСЕЛЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ – МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ МАСТОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

ВВЕДЕНИЕ

Доброкачественные диспластические заболевания молочной железы (МЖ) объединены определением «мастопатия», которое по сути является гормонозависимым состоянием и включает различные морфологические формы, объединенные сходным клиническим течением [1, 2, 30, 31]. Лечение мастопатии остается актуальной проблемой, поскольку данное заболевание – одно из наиболее разнообразных по клиническому течению и объективным данным, которые при этом имеют одинаковую природу. Дисгормональные заболевания МЖ (ДЗМЖ) всегда возникают на фоне гинекологической патологии, дисфункции щитовидной железы (ЩЖ).

АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ И ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В МКБ-10 данные нозологические формы объединены разделом «Болезни молочной железы» N60-N64, где исключены болезни МЖ, связанные с деторождением (O91-O92). К ним, в частности, относятся:

- Доброкачественная дисплазия МЖ (N60)
 - Включена: фиброзно-кистозная мастопатия
- N60.0 Солитарная киста МЖ
 - Киста МЖ
- N60.1 Диффузная кистозная мастопатия
 - Кистозная МЖ
 - Исключена: с пролиферацией эпителия (фибросклероз МЖ N60.3)
- N60.2 Фиброаденоз МЖ
 - Исключена: фиброаденома МЖ (D24)
- N60.3 Фибросклероз МЖ
 - Кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия
- N60.4 Эктазия протоков МЖ
- N60.8 Другие доброкачественные дисплазии МЖ
- N60.9 Доброкачественная дисплазия МЖ неуточненная

Тем не менее, разнообразие клинических и морфологических форм мастопатии имеет единую патогенетическую основу и напрямую связано с дисметаболическими расстройствами, проявляющимися также целым комплексом нейроэндокринных заболеваний. По данным отечественных и зарубежных литературных источников, ДЗМЖ диагностируются в 20–60% случаев обращения за ме-

дицинской помощью, причем частота встречаемости прямо пропорциональна возрасту и продолжительности течения заболевания [10–12, 31].

Различные формы мастопатии встречаются у пациенток с бесплодием, однако следует заметить, что и у рожавших пациенток, длительно кормящих грудью, органические изменения в МЖ полностью не исчезают и в дальнейшем требуют дополнительной терапии [8, 16].

Поскольку ДЗМЖ является органическим заболеванием, мы не можем ожидать полного возврата морфологических изменений ткани даже при идеальной терапии. Согласно определению ВОЗ от 1984 г., которое является неизменным до настоящего времени и стало ведущим в формировании классификации форм мастопатии, данное заболевание – это комплекс изменений соединительнотканной и эпителиальной составляющих ткани МЖ, которые характеризуются избыточным разрастанием либо образованием кистозных компонентов, эктазией млечных протоков вне периода лактации.

Диагноз ДЗМЖ устанавливается на основании жалоб пациентки, а также дополнительных методов исследования, ведущее место среди которых по диагностической ценности и информативности занимает УЗИ МЖ [3, 14, 22]. Кроме того, в настоящее время для дифференциальной диагностики активности и распространенности заболевания используется доплерографическое исследование в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК). Избыточный кровоток в тканях иммунокомпетентных органов, в том числе и МЖ, свидетельствует в пользу активности метаболических процессов, развития патологической васкуляризации ткани с последующим образованием морфологических элементов.

Хирургическое лечение органических форм в случаях мастопатии не исключает дальнейшего течения заболевания и при отсутствии патогенетического лечения может выполняться повторно, а элементы кистозных и узловых образований будут иметь тенденцию к росту [1, 4, 17, 19, 21].

Мастопатия определена как дисгормональное заболевание, причиной развития которого признаны генетические, эпигенетические, гормональные факторы [7, 18, 27]. В преобла-



О.В. ГРИЩЕНКО

д. мед. н., профессор,
зав. кафедрой перинатологии,
акушерства и гинекологии
ХМАПО, г. Харьков
ORCID: 0000-0002-2410-861X



В.В. БОБРИЦКАЯ

к. мед. н., доцент кафедры
перинатологии, акушерства
и гинекологии ХМАПО, г. Харьков
ORCID: 0000-0002-7816-6575

Контакты:

Бобрицкая Виктория
Владимировна
ХМАПО, кафедра перинатологии,
акушерства и гинекологии
61176, Харьков, Амосова, 58
Тел.: +38 (057) 711 95 42
Email: bobritska@gmail.com

дающем числі випадків спостерігаються змішані форми мастопатії, з наявністю з'єднаної тканини, фіброзних змін у поєднанні з ектазією млечних протоків, кистами різного діаметра. Як правило, навіть при наявності єдиної кисти в тканині МЖ при додаткових методах дослідження будуть визначатися ділянки посилення малюнка з'єднаної тканини – фіброз. Узлові форми мастопатії виділені в окреме захворювання, однак також можуть бути результатом тривалої дії дифузних процесів, якщо пацієнтка не отримувала адекватної терапії. Крім того, локальні вузлові форми можуть бути результатом місцевого запального процесу (мастит) [3, 14].

Дифузні форми мастопатії, масталгії, аденоз прийнято відносити до доброякісних захворювань, не перетворюючись в якісь-небудь злоякісні неопластичні форми. Однак в останні роки багато спеціалізовані вітчизняні та зарубіжні публікації представляють дані про можливі фонові характеристики форми, раніше вважалися доброякісними [21, 23]. Безумовно, злоякісне переродження відбувається в результаті тривалого впливу канцерогенних факторів, і це не тільки генетична детермінація захворювання. Як і багато онкологічних захворювань, злоякісні неоплазми МЖ можливо запобігти при своєчасній діагностиці, проведенні лікувальних та профілактичних заходів.

Розвиток практично всіх форм мастопатії має схожий патогенетичний механізм. Нарушення функції системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники з розвитком дефіциту прогестерону, відносної гіперестрогенії та активації естрогенозалежних рецепторів, збільшення синтезу пролактину – основні ланки патологічної ланки. Звичайно важливим є співвідношення фракцій естрогенів – 16 α -гідроксиестрону та 2-гідроксиестрону; при цьому 16 α -гідроксиестрон є так званою «агресивною» метаболітом, що володіє неопластичним потенціалом, в тому числі беручою участь в реалізації генетичного патофізіологічного потенціалу [35]. Пролактин при виході за межі нормального рівня сприяє надмірній проліферації тканини МЖ. Крім того, пролактин посилює дію естрогенів і в прямо пропорційному співвідношенні, як правило, відповідає абсолютній або відносній гіперестрогенії. Надмірна продукція пролактину сприяє затримці рідини, набуттю мастодії (навіть при первинній відсутності органічних ознак мастопатії), що фактично є клінічною картиною передменструального синдрому (ПМС) [6, 15, 34].

На фоні гіперпролактинемії відбувається уповільнення функції жовтого тіла, зменшення рівня прогестерону, розвивається недостатність лютеїнової фази. При відсутності органічної патології гіпофіза (мікропролактином) гіперпролактинемія може виражатися менш високими цифрами результатів лабораторних досліджень і мати перехідний характер. Хоча і розвиток морфологічної основи патологічних процесів відбувається в результаті тимчасового підвищення рівня пролактину [29, 30].

Фактично ДЗМЖ, з'єднані поняттям «мастопатія», і ПМС мають загальний механізм розвитку і патогенетичні «корні» [32]. Ведучою причиною розвитку даних патологій визначена гіперпролактинемія, однак необхідно враховувати інші взаємодоповнюючі стани: дефіцит або надмір стероїдних гормонів, порушення нормального функціонування інших органів і систем, зокрема, ЩЗ, надпочечників, ренін-ангіотензін-альдостеронової системи, що відповідають за затримку рідини в організмі [8, 26, 32].

В даний час стрес визнаний одним з головних факторів розвитку гормонального дисбалансу. Відомо, що в час стресу, психоемоційних навантажень відбувається викид глюкокортикоїдів, інгібує дофамін в гіпоталамусі, що впливає на збільшення продукції пролактину. Саме жінки з нестабільним рівнем пролактину, як правило, пред'являють скарги на мастодію, поєднану з проявами ПМС. Надмір пролактину сприяє набуттю тканин, розвитку проліферативних процесів в МЖ, і таким чином формується порочний цикл: ПМС – мастопатія – дисфункційні розлади (плаксивість, самотність, істероїдні реакції), порушення сну в зв'язі з гормональним дисбалансом, а також фізичний дискомфорт [20, 26, 28].

Степень вираженості симптомів ПМС безпосередньо впливає на психосоматичку складову патологічного процесу, і цикл змін замикається остаточно. Даний контингент жінок – жінки психотерапевтів і неврологів. Степень психоемоційних порушень, а також їх когнітивно-афективне значення і психосоматичні прояви оцінюють за різними шкалами – це, як правило, шкали депресії. Найбільшу популярність ввиду простоти застосування і високої інформативності отримала шкала депресії Бека (Beck, 1961) [24]. Болевої синдром прийнято оцінювати за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) болю. Застосування цих методик дозволяє об'єктивізувати дані про ступінь тяжкості ПМС і ДЗМЖ, а також правильно оцінити динаміку і ефективність лікування.

Стресорним дією володіють також надмірні фізичні навантаження. Відомо, що у професійних спортсменів часто спостерігається ПМС, а також порушення тривалості менструального циклу (МЦ), характеру менструального кровотоку [33].

Регуляторним впливом на характер МЦ і прояви ПМС в подібних випадках може бути зміна харчування з збільшенням ненасичених жирних кислот, зокрема збільшення кількості риби в раціоні [33].

Неодноразово здійснювалися спроби лікування ДЗМЖ за допомогою моно- і поліфітопрепаратів, в поєднанні з метаболічними онкопротекторними складовими [5, 13, 18]. Популярність застосування рослинних компонентів обумовлена в першу чергу їх ефективністю і практичною відсутністю побічних ефектів. Крім того, жінки часто з упевненістю відносяться до гормональної терапії.

Заслужене ведуче місце серед препаратів рослинного походження займає в даний час комплекс фітоселективних молекул Тазалок™. Препарат чудово зарекомендував себе в лікуванні порушень

МЦ, синдрому поликистозних яєчників, функціональних кист яєчників, гіперплазії ендометрія і міоми матки, ендометріоза. Тазалок™ продемонстрував нормалізуюче діяння на функцію ЩЗ, а також седативний ефект, що надзвичайно важливо в ліченні ПМС, вівшим симптомом якого все же являються дисфорическіє расстройтва. Ефективність і комплексне діяння Тазалок™ обусловлено синергічним впливом різних фітотолекул, кожда із котрох також має нескілько різних ефектів. Антиестрогенним ефектом обладають лабазник, петрушка, сельдерей, календула; протівовоспалительним – лабазник і календула, протівоотечним – все составляющие препарату; резорбтивним – петрушка, сельдерей, подмаренник; седативним – подмаренник і календула. Ізвестно протівоопухолевоє діяння петрушки і подмаренника, що може мати як лічельний, так і протективний ефект для захворювань МЖ і репродуктивної системи в цілому. Ефективність діяння препарату обусловлена якістю і путем отолчення фітоселективних молекул Тазалок™.

Часто іпользуемой субстанцією для лічення ДЗМЖ являються також производні *Vitex agnus-castus* (VAC). Поскольку патогенез ПМС признан на сьогоднішній день єдиним с патогенезом мастопатії, препарату позиціонуються як приймаєміє с целью лічення обоих состояний одночасно. Поскольку гіперпролактинемія і гіпопрогестеронемія не являються єдинственными в лцепі патогенеза ДЗМЖ, виникає вопрое: можно ли считать VAC препаратом выбора при ліченні мастопатії і ПМС одночасно і може ли антипролактинеміческий препарат ефективно впливати на психоемоціональні аспекти ПМС?

Учитывая частоту і актуальність проблеми сочетания різних форм мастопатії і ПМС, нами было проведено сравнительное исследование діяння Тазалок™ і производного VAC для определения оптимальної монотерапії этих патологіческих состояний.

Цель исследования – оптимізація лічення ДЗМЖ (мастопатії) в сочетании с ПМС в результате іпользования монотерапії комплексним фітоселективним препаратом Тазалок™ і сравнение клініческої ефективності с традиціонной терапией препаратом-производным VAC.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ІССЛЕДОВАНИЯ

Для выполнения целей исследования методом рандомізації были выделены группы пациенток, імеющих ДЗМЖ і комплекс симптомов ПМС. Под динаміческим наблюдением находилось 120 женщин 22–39 лет, среди котрох были выделены две группы в зависимости от проводимой терапії патологіческих состояний (ДЗМЖ, ПМС):

- I группа – 60 пациенток, котроые получали монотерапії препаратом Тазалок™ в течение 3 месяцев;
- II группа – 60 пациенток, котроые в течение 3 месяцев получали монотерапії препаратом-производным VAC.

Анализ данных исследования выполняли через 1 і 3 месяца лічення. Проводили оценку субъективных (жалобы, комплаенс терапії) і объективных данных (дополнительных лабораторных і инструментальных исследований).

Поскольку понятие ДЗМЖ объединяет различные клініческіє формы мастопатії, в исследование были включены пациентки с нозологіческіми формами, объединенными разделом «Болезни молочной железы» N60–N64 – это пациентки і с диффузными формами, і с кистозными элементами, с фиброзом, фиброзно-кистозной мастопатией, эктазией млечных протоков. Диагноз определяли с учетом вівдущего морфологіческого компонента, хотя у многих пациенток наблюдалось нескілько патологіческих признаков ДЗМЖ.

В процессе исследования оценивали клініческое течение заболевания, результаты объективных методов диагностики с учетом динамики жалоб, а также візуалізацію органических изменений с помощью УЗИ. Оценивали эхографическую плотность, четкость дифференціровки тканей МЖ, соотношение жировой і железистой ткани, состояние млечных протоков. Описанные изменения служили основой для клініческого диагноза с определением очаговых, диффузных форм ДЗМЖ либо их сочетания. Также в рамках рутинного УЗИ проводили осмотр регионарных лимфатических бассейнов МЖ, диагностику наличия увеличенных лимфатических узлов как признаков возможного неблагоприятного течения заболевания. УЗИ МЖ выполнялось с помощью короткофокусного линейного датчика 5,0 МГц.

В режиме ЦДК оценивали васкуляризацию тканей как показатель активности патологіческого процесса, поскольку известно, что гормонально активные субстанции способствуют повышению интенсивности ангиогенных процессов, что приводит к васкуляризації тканей с последующим образованием морфологіческих элементов. Сонографические исследования в режиме ЦДК выполнялись с помощью программного обеспечения аппарата Toshiba Aplio 300 одновременно с проведением рутинного УЗ сканирования.

Для диагностики возможных изменений органов малого таза (ОМТ) при развитии ПМС всем пациенткам проводили УЗИ на 20–25 день МЦ в зависимости от его продолжительности. Оценивали размеры матки, придатков, эхографическую плотность і наличие включений более низкой или высокой плотности, состояние сосудов малого таза. При анализе данных УЗ осмотра яєчників проводилась оценка фолликулярного аппарата, наличие персистирующих фолликулов либо большого количества крупных (более 5 мм) антральных фолликулов. Всем пациенткам одновременно проводилась оценка кровотока ОМТ, в частности миометрия, в режиме ЦДК. УЗИ ОМТ выполнялось трансвагинальным датчиком 3,5 МГц по стандартной методике.

Всем участницам исследования проводилось УЗИ ЩЗ линейным датчиком 5,0 МГц, а также ЦДК ткани ЩЗ і близлежащих тканей. Оценивали размеры ЩЗ, эхографическую плотность, наличие узлов, кист, признаков «снежной бури» (диагностического признака аутоиммунного тиреоидита (АИТ)), интенсивность кровотока. Все УЗ исследования МЖ, ОМТ, ЩЗ выполняли через 1 і 3 месяца терапії.

Кроме того, исследовали уровни гормонов ЩЗ, стероидных і гонадотропных гормонов. Методом иммуноферментного анализа определяли уровень эстрадиола (Эс), прогестерона (ПГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (ПрЛ), кортизола (Кз), тестостерона (Т); тиреотропного гормона (ТТГ),

трийодтиронина общего ($T_{\text{общ}}$), трийодтиронина свободного ($T_{\text{св}}$), тироксина свободного ($T_{\text{св}}$), антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО). Гормональное исследование также проводилось через 1 и 3 месяца лечения.

Для объективизации результатов терапии и оценки степени тяжести дисфорических расстройств использовалась шкала депрессии Бека [24]. Шкала включает 21 пункт, каждый из которых состоит из 4 утверждений, оцененных от 0 до 3 баллов в соответствии с тяжестью психоэмоциональных изменений. Таким образом определяется степень изменений, которые могут исчезнуть самостоятельно или требуют специального лечения. Данная шкала может использоваться как для контроля исходного психоэмоционального состояния, так и для оценки эффективности основной терапии клинических состояний, определения необходимости консультации смежного специалиста, назначения дополнительной терапии. Пункты 1–13 составляют когнитивно-аффективную субшкалу, то есть оценивают поведенческие реакции стресса и уровень депрессивных изменений, а пункты 14–21 составляют субшкалу соматических проявлений депрессии и психоэмоциональных расстройств. Пациенткам проводилось тестирование по шкале Бека на 20–25 день МЦ. Данный опросник использовался для оценки тяжести дисфорических расстройств накануне менструации, то есть когнитивной и психосоматической составляющих ПМС.

Для оценки болевой составляющей применялась традиционная ВАШ боли, где 0 баллов – это отсутствие боли, 1–2 балла – слабая боль, 3–6 баллов – умеренная, 7–9 баллов – сильная, 10 баллов – невыносимая боль. Эта шкала использовалась для объективизации данных о степени болевого синдрома масталгии и дисменореи.

Данное исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии ХМАПО «Система прогнозирования, диагностики и профилактики приобретенных и наследуемых факторов акушерско-гинекологических осложнений с учетом особенностей соединительной ткани, нейроэндокринно-обменных нарушений, инфектологических поражений и гемостаза» 2016–2021 гг.

Исследование проведено с соблюдением принципов медицинской этики и деонтологии, с информированным согласием пациенток на использование персональных данных и проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

Полученные данные обработаны с помощью метода вариационной статистики с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Достоверность различий принята как $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные акушерско-гинекологического анамнеза пациенток обеих обследованных групп демонстрировали высокую частоту встречаемости хронических воспалительных заболеваний ОМТ: в I группе – 25 (41,6%) пациенток, во II – 26 (43,3%). Дисплазии шейки матки I и II степени выявлены соответственно у 13 (21,6%) и 2 (3,3%) пациенток I группы и у 11 (18,3%) и 3 (5,0%) пациенток II группы. Функциональные кисты встречались у 10 участниц (16,6%) I группы и у 12 (20,0%) II группы.

Лечение функциональных кист проводилось консервативно. Пациентки, имеющие в анамнезе оперативное вмешательство на ОМТ, в данное исследование не включались, чтобы исключить функциональную гормональную недостаточность на фоне органической патологии ОМТ.

Беременности в анамнезе были у 36 (60,0%) женщин I группы и у 31 (51,6%) II группы. Из них беременность закончилась искусственным абортom (в большинстве случаев медикаментозным) у 11 (18,3%) женщин I группы и у 10 (16,6%) II группы; самопроизвольным абортom – у 7 (11,6%) пациенток I группы и у 9 (15%) II группы. Одни роды имели в анамнезе только 15 (25,0%) пациенток I группы и 18 (30,0%) пациенток II группы, двое родов – 1 (1,6%) пациентка I группы и 2 (3,3%) пациентки II группы. Следует отметить, что низкий паритет в обеих группах не был связан с вопросами планирования семьи и использованием методов контрацепции.

В обеих группах обращала на себя внимание высокая частота бесплодия, которым страдали 18 (30,0%) участниц I группы и 16 (26,6%) II группы. Первичное бесплодие отмечено у 11 (18,3%) женщин I группы и у 6 (10,0%) II группы, вторичное – у 7 (11,6%) и 10 (16,6%) женщин соответственно. Терапию по поводу бесплодия получали только 5 (8,3%) пациенток I группы и 7 (11,6%) пациенток II группы – преимущественно препараты прогестерона и стимуляторы овуляции. 30 женщин (21,6%) из I группы и 9 (15,0%) из II группы от бесплодия не лечились.

Длительность МЦ в большинстве случаев не превышала $22 \pm 1,0$ день: такая продолжительность цикла наблюдалась у 45 (75,0%) пациенток I группы и 48 (80,0%) II группы, что может свидетельствовать о недостаточности лютеиновой фазы МЦ и относительной либо абсолютной гипопрогестеронемии. У 10 (16,6%) пациенток I группы и 8 (13,3%) II группы длительность МЦ составляла $26 \pm 3,0$ дня, более длительный МЦ в $34 \pm 2,0$ дня отмечен у 5 (8,3%) пациенток I группы и 4 (6,6%) II группы. При этом преобладали обильные менструальные кровотечения, а также длительность менструации не менее 7 дней (с обильным началом либо обильные кровянистые выделения в течение всего менструального периода), что было отмечено у 38 (63,3%) пациенток I группы и 41 (68,3%) II группы. Умеренные менструальные кровотечения наблюдались у 15 (25,0%) женщин I группы и у 13 (21,6%) II группы, ближе к скудным – у 7 (11,6%) пациенток I группы и у 6 (10,0%) II группы.

Патология МЖ (в соответствии с МКБ 10) представлена следующими клиническими формами (табл. 1).

Из полученных данных видно, что наибольшая частота встречаемости патологии МЖ – это диффузная форма ДЗМЖ (фиброаденоз), фиброзно-кистозная мастопатия, а также эктазия млечных протоков. Последняя патология часто наблюдалась одновременно с другими клиническими формами ДЗМЖ. Принято считать, что эктазия млечных протоков в первую очередь связана с повышением уровня пролактина, что также является частью патогенетических изменений.

Пациентки обследованных групп предъявляли жалобы на болезненность МЖ, отек за 3–7 дней до начала менструации. Причиной обращения к врачу и послужила, в первую очередь, болезненность МЖ, чувство дискомфорта в течение второй половины МЦ, а у 12 (20,0%) пациенток I группы и у

Таблиця 1. Клинические формы мастопатии у пациенток обследованных групп (абс. ч., %)

Патология МЖ по МКБ-10	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)
Фиброзно-кистозная мастопатия (N60)	23 (38,3%)	26 (43,3%)
Солитарная киста МЖ (N60.0)	2 (3,3%)	1 (1,6%)
Диффузная кистозная мастопатия (N60.1)	8 (13,3%)	9 (15,0%)
Фиброаденоз МЖ (N60.2)	24 (40,0%)	22 (36,6%)
Фибросклероз МЖ (N60.3)	3 (5,0%)	2 (3,3%)
Эктазия протоков МЖ (N60.4)	34 (56,6%)	38 (63,3%)

16 (26,6%) пациенток II группы практически в течении всего МЦ. Некоторые пациентки – 11 (18,3%) из I группы и 10 (16,6%) из II группы – отмечали усиление болезненности в середине МЦ.

Данные соматического анамнеза свидетельствовали о высокой частоте встречаемости хронических заболеваний ЖКТ. Хронический гастрит был у 15 (25,0%) женщин I группы и у 13 (21,6%) II группы, гастроудоденит – у 11 (18,3%) I группы и у 9 (15,0%) II группы. Дискинезия желчевыводящих путей диагностирована в анамнезе, а также в процессе наблюдения у 19 (31,6%) пациенток I группы и 21 (35,0%) пациентки II группы. Известно, что нормальная функция печени, пассаж желчи чрезвычайно важны в биохимических процессах организма. Всем участницам обеих групп было рекомендовано рационализировать питание и режим приема пищи и питья.

У всех пациенток в анамнезе были перенесенные детские инфекции, частые острые респираторные инфекции, грипп. Среди эндокринных заболеваний ведущую роль играли заболевания ЩЖ, причем на лидирующих позициях были гипотиреоз и АИТ. Гиперплазию ЩЖ без нарушения функции имели 12 (20,0%) пациенток I группы и 14 (23,3%) II группы, гипертиреоз – 7 (11,6%) пациенток I группы и 5 (8,3%) II группы, гипотиреоз – 21 (35,0%) пациентка I группы и 19 (31,6%) II группы; клинические признаки АИТ, в том числе повышение АТ-ТПО были у 16 (26,6%) женщин I группы и 15 (25,0%) женщин II группы. Данные клинических исследований совпадали с данными УЗИ. Функция ЩЖ в процессе исследования пациенток дополнительно не корректировалась.

Избыточный вес (индекс массы тела (ИМТ) 27–29 кг/м²) имели 19 (31,6%) пациенток I группы и 21 (35,0%) II группы, ожирение I степени (ИМТ 30–35 кг/м²) было у 7 (11,6%) пациенток I группы и 6 (10,0%) II группы; как правило, эти пациентки имели сниженную функцию ЩЖ либо АИТ в сочетании с гипотиреозом. Дефицит массы тела наблюдался всего у 5 (8,3%) женщин I группы и у 3 (5,0%) II группы.

Симптомы ПМС были в той или иной степени характерными для всех участниц обследования. Отеки беспокоили 45 (75,0%) пациенток I группы и 47 (78,3%) II группы, ноющие боли внизу живота – 51 (85,0%) пациентку I группы и 50 (83,3%) пациенток II группы, в сочетании с болями в поясничной области – 34 (56,6%) женщин I группы и 32 (53,3%) II группы. Дисменорея (болезненные менструации) наблюдалась у 42 (70,0%) женщин I группы и 40 (66,7%) II группы. Метеоризм, дискинетические явления со стороны ЖКТ отмечались у 25 (41,6%) пациенток I группы и 24 (40,0%) женщин II группы.

Болевой синдром ПМС с учетом дисменореи пациентки оценивали следующим образом: 3–4 балла – 28 (46,7%) женщин I группы и 26 (43,3%) II группы, 5–6 баллов – 15 (25,0%) обследуемых I группы и 13 (21,6%) II группы, 7–8 баллов – 9 (15,0%) и 10 (16,6%) пациенток соответственно в I и II группах. Выраженный болевой синдром, требующий дополнительного назначения сильнодействующих анальгетических средств, наблюдался у 3 (5,0%) пациенток I группы и 2 (3,3%) II группы.

Масталгия по шкале ВАШ не выходила за рамки умеренного болевого синдрома, однако присутствовала практически у всех обследуемых. Так, болевой синдром в МЖ оценили в 1–2 балла 22 (36,6%) пациентки I группы и 19 (31,6%) II группы, в 3 балла – по 25 (41,6%) женщин каждой группы, локальную болезненность в МЖ, равную 4–5 баллам, отмечали 13 (21,6%) пациенток I группы и 14 (23,3%) II группы.

Тяжесть дисфорических расстройств по шкале Бека оценили в 12–15 баллов 16 (26,6%) пациенток I группы и 17 (28,3%) II группы; в 16 баллов – 14 (23,3%) пациенток I группы и 15 (25,0%) II группы; в 17–19 баллов – 18 (30,0%) пациенток I группы и 16 (26,6%) II группы. Данный уровень оценки соответствует легкой и умеренной степени депрессивных (поведенческих) реакций и относится к когнитивно-аффективным (то есть имеющим в основе социальную дезадаптацию) нарушениям поведения в социуме, что влечет за собой снижение рабочих результатов и ухудшает или делает невозможным работу в коллективе. Однако, начиная с оценки в 14 баллов и выше, к поведенческим нарушениям присоединяются соматические проявления, такие как физическая слабость, нарушение сна, снижение концентрации, что может повлечь за собой полную социальную дезадаптацию. Известно, что женщины с выраженным ПМС зачастую теряют как физическую, так и умственную трудоспособность в период, предшествующий началу менструации, и во время нее.

Психосоматические нарушения оценили в 20–23 балла 9 (15,0%) пациенток I группы и 8 (13,3%) II группы, и 3 (5,0%) женщины I группы и 4 (6,6%) II группы оценили депрессивные изменения, в том числе соматические проявления, как средней тяжести (выраженные), равные 25–27 баллам (хотя в соответствии со шкалой оценка свыше 21 балла уже может рассматриваться как среднетяжелые изменения). В данном случае при формировании оценки мы основывались также на степени субъективной социальной дезадаптации женщины.

Объективными результатами, свидетельствующими о положительных результатах терапии, преимущественно в I группе, получавшей Тазалок™, стали данные гормональных исследований. В таблицах 2–6 представлены данные исходного гормонального фона пациенток, а также через 1 и 3 месяца терапии фитоселективным комплексом Тазалок™ в сравнении с производным VAS. Уровень половых стероидов и гонадотропных гормонов измеряли дважды в течение МЦ – в фолликулярную (I фазу) и лютеиновую (II фазу) МЦ (табл. 2–5). Как видно из представленных в таблицах данных, исходные результаты гормонального исследования не имели достоверной разницы в группах наблюдения. Так, у пациенток наблюдался сниженный уровень ПГ, ЛГ, ФСГ, повышенный до максимально возможного уровень

ПУХЛИНИ І ПЕРЕДПУХЛИННА ПАТОЛОГІЯ

ПрЛ, повышение уровня Кз и умеренное повышение концентрации Эс и Т.

В результате терапии в течение 1 месяца у пациенток I группы, получавших Тазалок™, наблюдалась нормализация уровня Эс, повышение уровней ФСГ и ЛГ, значительное повышение уровня ПГ по сравнению с пациентками II группы, получавшей производное VAS ($p < 0,05$). Уровни ПрЛ снизились в обеих группах, несколько больше в I группе. Чрезвычайно показательным является факт снижения Кз в I группе уже через месяц применения препарата Тазалок™ и некоторая нормализация Т с тенденцией к снижению. Во II группе, использовавшей в лечении производное VAS, данной динамики не наблюдалось (табл. 2, 3).

После 3 месяцев терапии мы наблюдали значительные позитивные изменения уровней стероидных и гонадотропных гормонов в I группе, а во II – только нормализацию ПрЛ при небольшом статистически недостоверном изменении уровня Эс, повышение уровня ФСГ и ЛГ. Уровень ПГ повышался до нормального в группе приема Тазалок™, тогда как в группе приема VAS полной нормализации данного показателя не наблюдалось. Известно, что одним из основных звеньев патогенеза ПМС является недостаточность ПГ, поэтому в данном случае прием Тазалок™ может быть признан более обоснованным с патогенетической точки зрения лечения ПМС. То же касается и оптимизации уровня ЛГ, который в I группе достоверно превышал данные II группы.

Кроме того, известно, что в основе многих патологических обменных состояний лежит стресс как исходный фактор их развития. В данном исследовании у всех пациенток обследованных групп мы наблюдали значительное повышение уровня Кз, с небольшим повышением концентрации Т. В результате первого месяца применения Тазалок™ мы регистрировали снижение уровня Кз, а через 3 месяца приема препарата – нормализацию показателей. Данный эффект, по-видимому, является результатом седативного действия фитоселективных составляющих Тазалок™ (подмаренник, календула) и может быть использован при лечении заболеваний психосоматической природы. В группе, принимавшей производное VAS, такой тенденции не наблюдалось (табл. 4, 5).

Следует отметить, что по отношению к исходным данным уровень ПГ в результате трех месяцев приема Тазалок™ вырос более чем в 3,9 раза, уровень Кз снизился практически в 2,3 раза, также наблюдалось падение уровня Т. По сравнению с группой, получавшей производное VAS, отмечен больший прирост ЛГ и ФСГ, тенденция к нормализации уровня Эс и ПрЛ.

В целом за 3 месяца терапии нормализация гормонального фона в I группе демонстрировала достоверно лучшие показатели, близкие к лабораторной норме. Во II группе также отмечена положительная динамика уровня гормонов, однако в большей степени это касалось значений ПрЛ. Выявленного изменения показателей гормона стресса Кз во II группе мы не

Таблица 2. Уровни гормонов до начала и через 1 месяц терапии, фолликулярная фаза МЦ

Показатели	До лечения		Через 1 месяц терапии		Норма
	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	
Эс, нмоль/л	0,75 ± 0,50 ¹	0,80 ± 0,25	0,60 ± 0,10 ^{1,2}	0,40 ± 0,05 ²	0,05–0,70
ФСГ, мМЕ/мл	2,4 ± 0,5 ¹	2,6 ± 0,4	3,9 ± 1,2 ^{1,2}	2,5 ± 0,25 ²	0,5–6,0
ЛГ, мМЕ/мл	1,2 ± 0,5 ¹	1,4 ± 0,8	2,9 ± 0,5 ^{1,2}	1,9 ± 0,2 ²	1,1–8,7
ПГ, нмоль/л	0,45 ± 0,5 ¹	0,48 ± 0,7	2,0 ± 0,5 ^{1,2}	0,55 ± 0,05 ²	0,50–6,0
ПрЛ, м МЕ/л	693 ± 43,5 ¹	689 ± 34,53	568 ± 20,5 ¹	587 ± 25,0 ³	67,0–726
Кз, нмоль/л	640 ± 10,0 ¹	654 ± 16,0	576 ± 10,0 ^{1,2}	656 ± 15,0 ²	150–660
Т, нг/мл	5,0 ± 0,05 ¹	4,8 ± 0,05	3,6 ± 0,20 ^{1,2}	4,7 ± 0,45 ²	0,45–3,17

¹ статистически достоверные различия между данными в I группе до начала и через 1 месяц лечения, $p < 0,05$;

² статистически достоверные различия между данными I и II групп через 1 месяц лечения, $p < 0,05$;

³ статистически достоверные различия между данными II группы до начала и через 1 месяц лечения, $p < 0,05$

Таблица 3. Уровни гормонов до начала и через 1 месяц терапии, лютеиновая фаза МЦ

Показатели	До лечения		Через 1 месяц терапии		Норма
	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	
Эс, нмоль/л	1,9 ± 0,25 ¹	1,8 ± 0,25	0,6 ± 0,10 ^{1,2}	1,4 ± 0,25 ²	0,10–1,10
ФСГ, мМЕ/мл	3,7 ± 0,5 ¹	3,9 ± 0,4	7,9 ± 1,2 ^{1,2}	4,5 ± 0,5 ²	1,10–9,50
ЛГ, мМЕ/мл	2,7 ± 0,5 ¹	2,4 ± 0,8	8,9 ± 0,7 ^{1,2}	3,7 ± 0,3 ²	0,9–14,4
ПГ, нмоль/л	9,2 ± 0,5 ¹	9,4 ± 0,7	19,5 ± 0,5 ^{1,2}	9,55 ± 0,05 ²	10,0–89,0
ПрЛ, м МЕ/л	694 ± 47,5 ¹	690 ± 40,53	560 ± 20,5 ¹	558 ± 25,0 ³	67,0–726
Кз, нмоль/л	652 ± 10,0 ¹	656 ± 10,0	555 ± 10,0 ^{1,2}	656 ± 15,0 ²	150–660
Т, нг/мл	1,65 ± 0,05 ¹	1,68 ± 0,05	0,62 ± 0,05 ^{1,2}	1,70 ± 0,02 ²	0,29–1,73

¹ статистически достоверные различия между данными в I группе до начала и через 1 месяц лечения, $p < 0,05$;

² статистически достоверные различия между данными I и II групп через 1 месяц лечения, $p < 0,05$;

³ статистически достоверные различия между данными II группы до начала и через 1 месяц лечения, $p < 0,05$

наблюдали, хотя, видимо, за счет уменьшения синтеза ПрЛ наблюдалась некоторая положительная динамика в уровнях ПГ, Эс, гонадотропных гормонов ФСГ и ЛГ, что свидетельствует о снижении прочности патогенетической цепочки.

Чрезвычайно интересным является факт влияния приема Тазалок™ на функцию ЩЖ. В результате использования данного фитоселективного препарата комплексного действия наблюдалась нормализация уровней ТТГ, T_{3cb} , T_{4cb} , снижение уровня АТ-ТПО. Полученные данные свидетельствуют о том, что состояние гипотиреоза корректировалось при постоянном приеме Тазалок™, с более выраженным результатом к 3-месячному сроку лечения. Подобных эффектов в группе, принимавшей VAS, мы не наблюдали (табл. 6).

Стабилизация гормонального фона, безусловно, нашла отражение в нормализации МЦ участниц исследования. Менструации стали менее обильными у 25 (41,6%) пациенток, длительность кровотечения снизилась у 12 (20,0%) пациенток, длительность МЦ сократилась у 4 (6,6%) пациенток I группы, принимавших Тазалок™. Во II группе, использовавшей монотерапию VAS, менее обильные менструации наблюдались только у 12 (20,0%) пациенток, длительность кровотечения уменьшилась у 6 (10,0%) пациенток, длительность МЦ нормализовалась у 2 (3,3%) женщин.

Показательными были данные УЗИ МЖ, ОМТ, ЩЖ в процессе исследования. По сравнению с исходными сонограммами, результаты УЗИ пациенток I группы демонстрировали снижение эхографической плотности ткани МЖ, соответствующей признакам мастопатии, уменьшение диаметра кист

и эктазии млечных протоков. Васкуляризация ткани МЖ, миометрия, ЩЖ значительно снижалась к 3 месяцу приема Тазалок™, что свидетельствовало о торможении патологических процессов и нормализации функции гормонозависимых структур.

Аналогичной динамики в группе, принимавшей производное VAS, мы не наблюдали. Позитивные изменения касались в основном ткани МЖ, васкуляризация ОМТ умеренно снижалась, оставаясь слабее, диффузной. Изменений со стороны ЩЖ на УЗИ не было. Результаты УЗИ динамики лечения пациенток обеих групп представлены рисунками 1–6 (фото до и после терапии).

Данные шкалы Бека: отмечена выраженная позитивная динамика в когнитивной и психосоматической составляющей ПМС. Так, интенсивность жалоб на тревожность, социальную дезадаптацию в I группе, принимавшей Тазалок™, значительно снизилась к 3 месяцу приема препарата, хотя и на первом месяце приема, буквально через 2 недели, пациентки отмечали снижение интенсивности дисфорических расстройств при ПМС. Данный факт, безусловно, связан с гормононормализующим действием Тазалок™, однако немаловажную роль играет именно комплекс различных фитоселективных элементов, дополняющих и потенцирующих друг друга, а также наличие компонентов седативного действия. Кроме того, известно, что истероидные реакции характерны для пациенток с дисфункцией ЩЖ, а Тазалок™, как видно из приведенных данных динамики гормонов, нормализует функцию ЩЖ и замедляет процессы АИТ.

Таблица 4. Динамика уровня гормонов через 1 и 3 месяца терапии, фолликулярная фаза МЦ

Показатели	Через 1 месяц терапии		Через 3 месяца терапии		А
	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	
Эс, нмоль/л	0,60 ± 0,10 ¹	0,40 ± 0,05	0,69 ± 0,01 ^{1,2}	0,45 ± 0,05 ²	0,05–0,70
ФСГ, мМЕ/мл	3,9 ± 1,2 ¹	2,5 ± 0,25	5,7 ± 1,2 ^{1,2}	3,5 ± 0,5 ²	0,5–6,0
ЛГ, мМЕ/мл	2,9 ± 0,5 ¹	1,9 ± 0,23	7,7 ± 0,5 ^{1,2}	4,8 ± 0,2 ^{2,3}	1,1–8,7
ПГ, нмоль/л	2,0 ± 0,5 ¹	0,55 ± 0,053	5,8 ± 0,5 ^{1,2}	2,05 ± 0,05 ^{2,3}	0,50–6,0
ПрЛ, м МЕ/л	568 ± 20,5 ¹	587 ± 25,03	297 ± 10,5 ^{1,2}	325 ± 10,0 ^{2,3}	67,0–726
Кз, нмоль/л	576 ± 10,0 ¹	656 ± 15,0	280 ± 10,0 ^{1,2}	595 ± 20,0 ²	150–660
T, нг/мл	3,6 ± 0,20 ¹	4,7 ± 0,45	1,8 ± 0,20 ^{1,2}	3,9 ± 0,05 ²	0,45–3,17

¹ статистически достоверные различия между данными в I группе через 1 и 3 месяца лечения, $p < 0,05$;

² статистически достоверные различия между данными I и II групп через 3 месяца лечения, $p < 0,05$;

³ статистически достоверные различия между данными II группы через 1 и 3 месяца лечения, $p < 0,05$

Таблица 5. Динамика уровня гормонов через 1 и 3 месяца терапии, лютеиновая фаза МЦ

Показатели	Через 1 месяц терапии		Через 3 месяца терапии		Норма
	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	
Эс, нмоль/л	0,6 ± 0,10 ¹	1,4 ± 0,25	0,3 ± 0,20 ^{1,2}	0,95 ± 0,25 ²	0,10–1,10
ФСГ, мМЕ/мл	7,9 ± 1,2 ¹	4,5 ± 0,5	8,9 ± 0,5 ^{1,2}	5,9 ± 0,5 ²	1,10–9,50
ЛГ, мМЕ/мл	8,9 ± 0,7 ¹	3,7 ± 0,3	11,5 ± 0,5 ^{1,2}	6,7 ± 0,5 ²	0,9–14,4
ПГ, нмоль/л	19,5 ± 0,5 ¹	9,55 ± 0,05	36,5 ± 0,5 ^{1,2}	11,5 ± 0,05 ²	10,0–89,0
ПрЛ, м МЕ/л	560 ± 20,5 ¹	558 ± 25,03	286 ± 10,5 ^{1,2}	310 ± 10,0 ^{2,3}	67,0–726
Кз, нмоль/л	555 ± 10,0 ¹	656 ± 15,0	278 ± 10,0 ^{1,2}	597 ± 20,0 ²	150–660
T, нг/мл	0,62 ± 0,05 ¹	1,70 ± 0,02	0,49 ± 0,20 ^{1,2}	1,5 ± 0,05 ²	0,29–1,73

¹ статистически достоверные различия между данными в I группе через 1 и 3 месяца лечения, $p < 0,05$;

² статистически достоверные различия между данными I и II групп через 3 месяца лечения, $p < 0,05$;

³ статистически достоверные различия между данными II группы через 1 и 3 месяца лечения, $p < 0,05$

Таблиця 6. Показатели функции ЩЖ у пациенток I и II групп в динамике наблюдения

Показатели	До лечения		Через 1 месяц		Через 3 месяца		Норма
	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	I группа (n = 60)	II группа (n = 60)	
ТТГ, мкМЕ/мл	7,7 ± 1,2 ¹	7,2 ± 2,2	5,7 ± 1,2 ^{1,2,3}	7,0 ± 2,2 ³	3,5 ± 0,5 ^{2,4}	6,9 ± 1,7 ⁴	0,3–4,2
T _{зобц} , нмоль/л	1,2 ± 0,2 ¹	1,0 ± 0,4	2,1 ± 0,5 ^{1,2,3}	1,2 ± 0,4 ³	3,1 ± 0,2 ^{2,3,4}	1,3 ± 0,5 ⁴	1,2–3,1
T _{зсв} , пмоль/л	1,2 ± 0,5 ¹	1,3 ± 0,3	3,0 ± 0,5 ^{1,2,3}	1,3 ± 0,4 ³	4,8 ± 1,5 ^{2,4}	1,9 ± 0,5 ⁴	3,1–6,8
T _{4св} , пмоль/л	7,8 ± 1,5 ¹	8,2 ± 0,5	10,5 ± 1,5 ^{1,2,3}	8,4 ± 0,5 ³	15,2 ± 1,2 ^{2,4}	9,9 ± 0,05 ⁴	10,8–22,0
АТ-ТПО, Е/мл	9,6 ± 3,8 ¹	8,4 ± 3,4	6,9 ± 1,8 ^{1,2,3}	7,5 ± 2,4 ³	5,5 ± 1,4 ^{2,4}	7,9 ± 1,4 ⁴	< 5,6

¹ статистически достоверные различия между данными в I группе до начала и через 1 месяц лечения, $p < 0,05$;

² статистически достоверные различия между данными в I группе через 1 и 3 месяца лечения, $p < 0,05$;

³ статистически достоверные различия между данными I и II групп через 1 месяц лечения, $p < 0,05$;

⁴ статистически достоверные различия между данными I и II групп через 3 месяца лечения, $p < 0,05$

Так, оценка в баллах по шкале Бека через 3 месяца терапии в I группе составила: 0 баллов у 15 (25,0%) пациенток, 1–2 балла у 18 (30,0%), 3–5 баллов у 10 (16,6%), 4–6 баллов – у 11 (18,3%), 8–9 баллов у 4 (6,6%) пациенток. При этом максимальная оценка по шкале Бека в I группе не превышала 12 баллов у 2 участниц (3,3%), что свидетельствует об абсолютной положительной динамике когнитивной составляющей, нормализации социальной адаптивной функции, отсутствии психосоматических расстройств. Во II группе 0 баллов было только у 2 (3,3%) женщин, 1–2 балла – у 5 (8,3%), 3–5 баллов – у 8 (13,3%), 4–6 баллов – у 7 (11,6%), 8–9 баллов – у 19 (31,6%), 10–13 баллов – у 11 (18,3%) и 14–16 баллов – у 8 (13,3%) пациенток. В результате приема VAS положительная динамика общего нервно-психического состояния также наблюдалась, однако в гораздо меньшей степени, чем у пациенток, принимавших Тазалок™. Очевидно, уменьшение дисфорических проявлений у женщин II группы осуществлялось в основном за счет симптоматических эффектов нормализации уровня гормонов, в то время как в I группе препарат, помимо нормализации уровней половых стероидов и гонадотропных гормонов, нормализовал уровни гормонов ЩЖ и надпочечников в комплексе с седативным эффектом.

Снижение интенсивности болевого синдрома наблюдалось в I группе уже через месяц терапии и приобрело стойкий эффект к 3 месяцам лечения. По шкале боли ВАШ синдром масталгии через 3 месяца лечения пациентки I группы оценивали следующим образом: 1–2 балла – 36 (60,0%) женщин, 3 балла – 10 (16,6%), 0 баллов – 14 (23,3%) пациенток. В то же время во II группе болевой синдром масталгии оценили в 1–2 балла 26 (43,3%) пациенток, в 3 балла – 16 (26,6%), в 4 балла – 9 (15,0%), и не отмечали болевого синдрома (0 баллов) всего 9 (15,0%) женщин.

Кроме того, в группе Тазалок™ значительно уменьшились явления дисменореи: ее болевой синдром оценили в 0 баллов 34 (56,6%) пациентки, в 1–2 балла – 23 (38,3%), в 3 балла – 3 (5,0%) женщины. Во II группе 0 баллов по этому параметру было у 17 (28,3%) пациенток, 1–2 балла – у 27 (45,0%), 3–4 балла – у 13 (21,6%), 5 баллов – у 3 (5,0%) пациенток.

Болевой синдром ПМС с учетом дисменореи пациентки оценивали следующим образом: 3–4 балла – 28 (46,7%) женщин I группы и 26 (43,3%) женщин II группы, 5–6 баллов – 15 (25,0%) обследуемых I группы и 13 (21,6%) II группы, 7–8 баллов – 9 (15,0%) и 10 (16,6%) участниц соответственно. Выраженный болевой синдром, требующий дополнитель-

ного назначения сильнодействующих анальгетических средств, наблюдался у 3 (5,0%) женщин I группы и 2 (3,3%) II группы.

В целом препарат Тазалок™ показал не только нормализацию гормонального уровня, но и симптоматический регресс в отношении болевого синдрома, соматической и когнитивно-аффективной составляющих.

Таким образом, в результате проведенного исследования в I группе, пациентки которой принимали Тазалок™, получены преимущественно положительные результаты лечения, касающиеся всего основного симптомокомплекса ПМС и ДЗМЖ. Пациентки II группы, принимавшие производное VAS, имели положительную динамику симптомов, однако меньшую в сравнении с I группой. Позитивные изменения в I группе касались как объективных данных, так и субъективных ощущений пациенток. Отмечен хороший комплаенс и удобство терапии, побочные эффекты при приеме Тазалок™ не возникали. Учитывая более стойкий эффект нормализации гормонального и соматического гомеостаза, препарат Тазалок™ можно рекомендовать к более длительному применению – на период 6–12 месяцев либо повторными 3-месячными курсами.

ВЫВОДЫ

Тазалок™ можно считать препаратом выбора для лечения пациенток с ДЗМЖ и сопутствующим ПМС, поскольку данный фитоселективный комплекс оказывает разносторонние положительные эффекты на все звенья патогенеза этих дисгормональных состояний, что приводит к позитивной органической динамике в тканях МЖ, ОМТ, ЩЖ, причем данные изменения наблюдаются уже через 1 месяц применения препарата.

Патогенетическую терапию Тазалок™ рекомендуется продолжать до 3 месяцев для получения оптимальных результатов терапии и ликвидации патогенетической цепочки: центральная регуляция – ЩЖ – МЖ – ОМТ.

Тазалок™ нормализует уровень Эс, ФСГ, ЛГ, ПГ, ПрЛ, гормонов ЩЖ – ТТГ, T_{зсв}, T_{4св}, АТ-ТПО, непосредственно влияет на баланс гормона стресса Кз, обладает антиандрогенным действием, что определяет высокие клинические результаты применения данного препарата.

Тазалок™ также влиял на снижение эхо-плотности тканей МЖ, их васкуляризацию и способствовал редукции кист. В матке Тазалок™ снижал васкуляризацию миометрия, которая ассоциируется с исчезновением симптомов ПМС, в то время как клиническая эффективность VAS в

ПУХЛИНИ І ПЕРЕДПУХЛИННА ПАТОЛОГІЯ

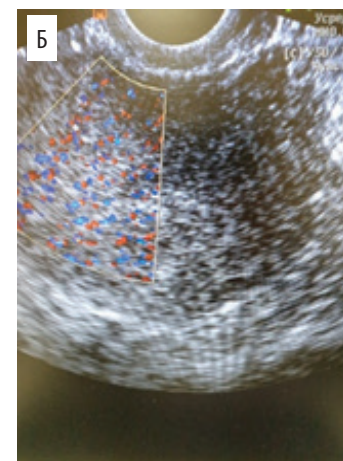
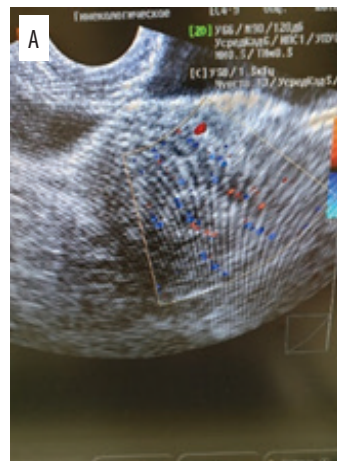
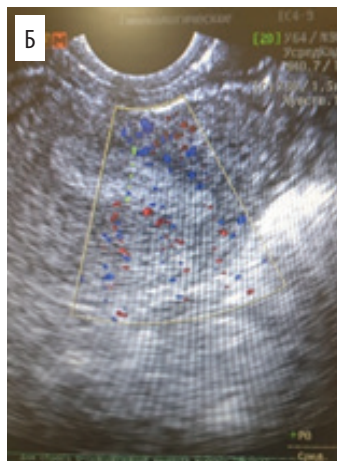
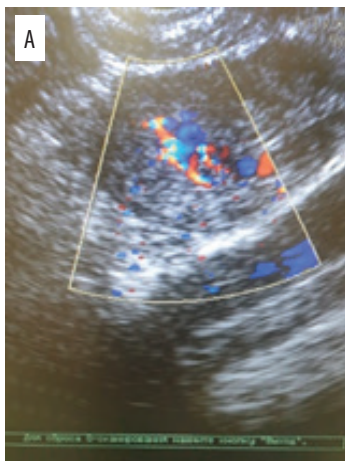


Рисунок 1 А, Б. Пациентка Л., 25 лет, Тазалок™ применялся 3 месяца
 А. Сканограмма матки с ЦДК на 23 день МЦ до начала терапии.
 Б. Сканограмма матки с ЦДК на 23 день МЦ через 3 месяца терапии: снижение васкуляризации миометрия, ассоциированное с исчезновением симптомов ПМС.

Рисунок 2 А, Б. Пациентка С., 30 лет, VAS применялся 3 месяца
 А. Сканограмма матки с ЦДК на 23 день МЦ до начала терапии.
 Б. Сканограмма матки с ЦДК на 23 день МЦ через 3 месяца терапии: сохраняется диффузная избыточная васкуляризация миометрия, ассоциированная с ПМС.

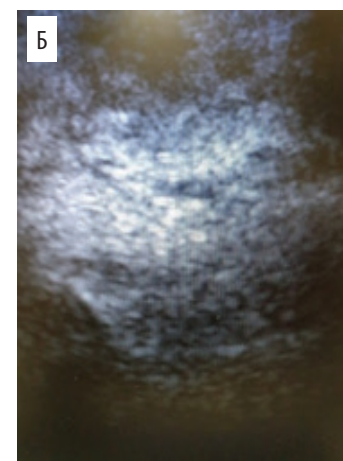
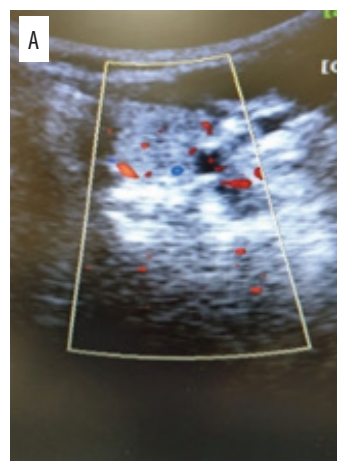
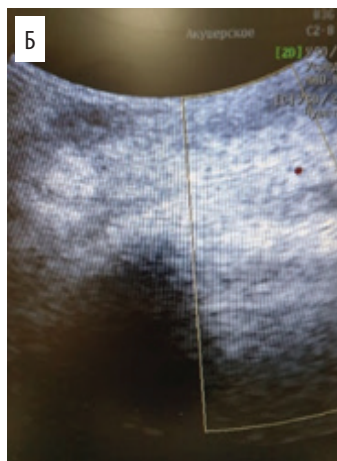
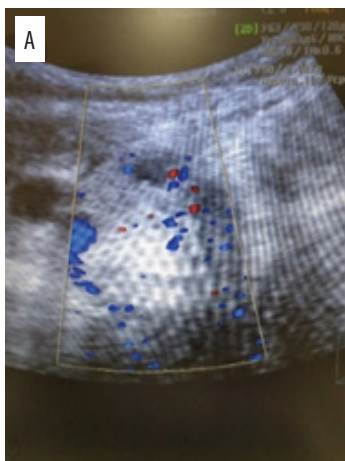


Рисунок 3 А, Б. Пациентка Р., 32 года, Тазалок™ применялся 3 месяца
 А. Сканограмма МЖ с ЦДК на 9 день МЦ, до начала терапии: фиброзно-кистозная мастопатия, усиление васкуляризации ткани МЖ.
 Б. Сканограмма МЖ с ЦДК на 9 день МЦ после 3 месяцев терапии: снижение эхографической плотности, васкуляризации в режиме ЦДК, уменьшение эктазии протоков, кистозных элементов.

Рисунок 4 А, Б. Пациентка С., 30 лет, VAS применялся 3 месяца
 А. Сканограмма МЖ с ЦДК на 9 день МЦ до начала терапии: кистозное расширение млечных протоков, участки фиброза: повышенная эхоплотность УЗ изображения.
 Б. Сканограмма МЖ с ЦДК на 9 день МЦ после 3 месяцев терапии: сохраняется умеренная эктазия млечных протоков, интенсивность эхо-изображения.

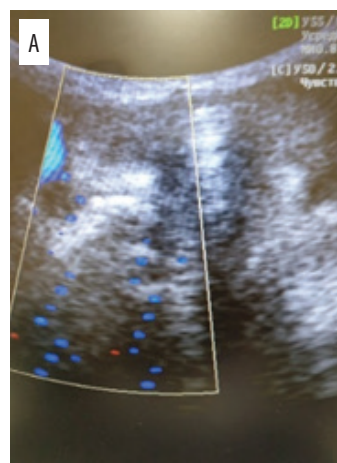
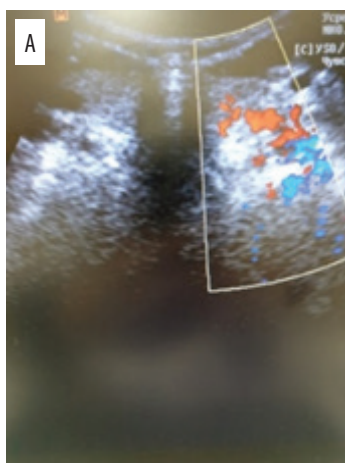


Рисунок 5 А, Б. Пациентка М., 35 лет, Тазалок™ применялся 3 месяца
 А. Сканограмма ЩЖ с ЦДК до начала терапии: участки повышенной эхографической плотности, значительное увеличение васкуляризации в режиме ЦДК.
 Б. Сканограмма ЩЖ с ЦДК после 3 месяцев терапии: снижение эхографической плотности, значительное уменьшение васкуляризации в режиме ЦДК.

Рисунок 6 А, Б. Пациентка С., 30 лет, VAS применялся 3 месяца
 А. Сканограмма ЩЖ с ЦДК до начала терапии: участки повышенной эхографической плотности, избыточная васкуляризация.
 Б. Сканограмма ЩЖ с ЦДК через 3 месяца терапии: сохраняется васкуляризация, интенсивность эхоструктуры ЩЖ.

ПУХЛИНИ І ПЕРЕДПУХЛИННА ПАТОЛОГІЯ

основном проявлялась в зниженні рівня ПрЛ і умереному підвищенні рівня гонадотропних гормонів. Позитивні впливання VAS касались в основному ткани МЖ, при цьому продовжувала спостерігатися диффузна избыточна васкуляризація миометрія і не було змін з боку щитовидної залози.

В отличие от производного VAS, Тазалок™ за счет своего седативного действия оказывает выраженный эффект на

дисфорические расстройства, возникающие вследствие ПМС, способствует нормализации нервно-психического и когнитивного состояния женщины, является профилактикой развития психосоматических нарушений.

Учитывая комплекс положительных клинических эффектов, при лечении ДЗМЖ в сочетании с ПМС следует отдавать предпочтение применению Тазалок™ по сравнению с производными VAS.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Андрищенко, В.В.

Лазеріндукована склеротерапія кіст грудної залози / В.В. Андрищенко, І.М. Лукавенко, О.В. Языков // Клінічна хірургія. – 2017. – №1. – С. 52–53.

Andryushchenko, V.V., Lukavenco, I.M., Yazykov, O.V.

“Laser-induced sclerotherapy of breast cysts.” *Clinical surgery* 1 (2017): 52–3.

2. Беспалов, В.Г.

Патогенетическое лечение мастопатии и профилактика рака молочной железы / В.Г. Беспалов // РМЖ. Мать и дитя. – 2018. – №2. – С.141–147. Bepalov, V.G.

“Pathogenetic treatment of mastopathy and prevention of breast cancer.” *Russian Medical Journal. Mother and child* 2 (2018): 141–7.

3. Беспалов, В.Г.

Маммографическая плотность как критерий эффективности лечения мастопатии и снижения риска рака молочной железы / В.Г. Беспалов, Ю.Ф. Негусторов // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2017. – № 2. – С.33–41. Bepalov, V.G., Negustorov, Y.F.

“Mammographic density as a criterion for the effectiveness of treatment of mastopathy and reducing the risk of breast cancer.” *Tumors of the female reproductive system* 2 (2017): 33–41.

4. Скурихин, С.С.

Вакуумно-аспирационная резекция при очаговой дисплазии молочной железы / С.С. Скурихин и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 2. – С. 63–65. Skurikhin, S.S., et al.

“Vacuum-aspiration resection for focal dysplasia of the mammary gland.” *Surgery. N.I. Pirogov Journal* 2 (2018): 63–5.

5. Высоцкая, И.В.

Фармакологические эффекты и молекулярные механизмы действия лечебного фитопрепарата на основе Vitex agnus-castus / И.В. Высоцкая, В.П. Летагин // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2017. – № 1. – С. 14–19. Ysotskaya, I.V., Letyagin, V.P.

“Pharmacological effects and molecular mechanisms of action of a therapeutic phytopreparation based on Vitex agnus-castus.” *Tumors of the female reproductive system* 1 (2017): 14–9.

6. Галганова, А.М., Петров, Ю.А.

Современные методы диагностики и лечения синдрома гиперпролактинемии у женщин репродуктивного возраста / А.М. Галганова, Ю.А. Петров // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 2.

Galganova, A.M., Petrov, Y.A.

“Modern methods of diagnosis and treatment of hyperprolactinemia syndrome in women of reproductive age.” *Modern problems of science and education* 2 (2018). Available from: [http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27559].

7. Корнацька, А.Г.

Генетичні чинники ризику розвитку мастопатії у жінок з безплідністю / А.Г. Корнацька та ін. // Здоров'я жінчини. – 2016. – № 1. – С. 187–191.

Kornatska, A.G., et al.

“Genetic risk factors for mastopathy in women with infertility.” *Women's Health* 1 (2016): 187–91.

8. Джеломанова, О.А.

Влияние продолжительности и особенностей лактации на здоровье молочных желез (обзор литературы) / О.А. Джеломанова, С.А. Ласачко, Т.Ю. Бабич // Сучасні медичні технології. – 2010. – № 4. – С. 84–87.

Dzhelomanova, O.A., Lasachko, S.A., Babich, T.Y.

“Effect of duration and features of lactation on the health of the mammary glands (literature review).” *Modern medical technologies* 4 (2010): 84–7.

9. Зуйкіна, С.С.

Методологія розробки комбінованих лікарських препаратів на основі лікарської рослинної сировини для лікування мастопатії / С.С. Зуйкіна, Л.І. Вишнеvsька // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2020. – №1 (61). – С. 6–12. Zuykina, S.S., Vyshnevskaya, L.I.

“Methodology of development of combined drugs based on medicinal plant raw materials for the treatment of mastopathy.” *Management, economics and quality assurance in pharmacy* 1.61 (2020): 6–12.

10. Єфіменко, О.О.

Гіперпролактинемія: міждисциплінарний альянс / О.О. Єфіменко, О.Ю. Михайленко // Медичні аспекти здоров'я жінчини. – 2018. – № 1. – С. 34–38.

Yefimenko, O.O., Mikhailenko, O.Y.

“Hyperprolactinemia: interdisciplinary alliance.” *Medical aspects of women's health* 1 (2018): 34–8.

11. Керчелаєва, С.Б.

Мастопатія і профілактика рака молочної залози як міждисциплінарна проблема / С.Б. Керчелаєва, А.А. Сметнік, В.Г. Беспалов // Російський медичний журнал. – 2016. – № 15. – С. 1018–1025.

Kerchelaeva, S.B., Smetnik, A.A., Bepalov, V.G.

“Mastopathy and prevention of breast cancer as an interdisciplinary problem.” *Russian medical journal* 15 (2016): 1018–25.

12. Косей, Н.В.

Коррекція гормонального дисбалансу у пацієнток з дифузними формами мастопатії – основа патогенетичної терапії і онкопрофілактики / Н.В. Косей // Репродуктивна ендокринологія. – 2018. – № 1. – С. 8–14. Kosei, N.V.

“Correction of hormonal imbalance in patients with diffuse forms of mastopathy – the basis of pathogenetic therapy and prophylaxis.” *Reproductive endocrinology* 1(2018): 8–14.

13. Кулагіна, Н.В.

Фітотерапія циклічної масталгії у пацієнток з дифузною доброкачественною дисплазією молочних залоз і предменструальним синдромом / Н.В. Кулагіна // Медичний совет. – 2019. – №6. – С. 136–140. Kulagina, N.V.

“Phytotherapy of cyclic mastalgia in patients with diffuse mastopathy and premenstrual syndrome.” *Meditsinskiy Sovet* 6 (2019): 136–40.

14. Запірова, С.Б.

Современная классификация и особенности клинико-рентгенонапоморфологических проявлений различных форм мастопатий / С.Б. Запірова и др. // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2009. – №1–2. – С.10–15. Zapirova, S.B., et al.

“The current classification and specific features of the clinic of roentgen sonopathomorphological manifestations of different forms of mastopathies.” *Tumors of the female reproductive system* 1–2 (2009): 10–5.

15. Корженкова, Г.П.

Диагностическое значение категорий BI–RADS в ведении пациенток с доброкачественной патологией молочных желез / Г.П. Корженкова // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2016. – Т.12, № 4. – С. 10–16. Korzhenkova, G.P.

“Diagnostic value of categories BI–RADS in the management of patients with benign breast pathology.” *Tumors of the female reproductive system* 12.4 (2016): 10–6.

16. Макаренко, М.В.

Особливості гормонального гемостазу у хворих з доброякісними гіперпластичними процесами грудних залоз / М.В. Макаренко, Д.О. Говсєв, О.Л. Громова та ін. // Здоров'я жінчини. – 2016.

– № 9 (115). – С. 72–74.

Makarenko, M.V., Govesev, D.O., Gromova, O.L., et al.

“Features of hormonal hemostasis in patients with benign hyperplastic processes of the breasts.” *Women's health* 9.115 (2016): 72–4.

17. Мусина, Е.В.

Мастопатія: патогенез і можливість корекції / Е.В. Мусина, І.Ю. Коган // Акушерство і гинекологія. – 2016. – № 10. – С. 33–38. Musina, E.V., Kogan, I.Y.

“Mastopathy: pathogenesis and the possibility of correction.” *Obstetrics and gynecology* 10 (2016): 33–8.

18. Потапов, В.А.

Мультитаргетний підхід до лікування фіброзно-кістозної мастопатії і профілактики рака молочної залози / В.А. Потапов // Здоров'я жінчини. – 2016. – № 1. – С. 18–29. Potapov, V.A.

“A multitarget approach to the treatment of fibrocystic mastopathy and the prevention of breast cancer.” *Woman's Health* 1 (2016): 18–29.

19. Пришаш, Ю.Я.

Гормональний статус пацієнток після хірургічного лікування фіброзно-кістозної мастопатії та можливості його корекції / Ю.Я. Пришаш // Здоров'я жінчини. – 2017. – № 5. – С. 128–131. Pristash, Y.Y.

“Hormonal status of patients in the course of surgical treatment of fibrous-cystic mastopathy and potency of the disease.” *Woman's health* 5 (2017): 128–31.

20. Руженков, В.А.

Психічні розлади у жінок з доброкачественною дисплазією молочної залози / В.А. Руженков, Е.А. Шуліченко // Сучасні проблеми науки і освіти. – 2016. – № 4. Ruzhenkov, V.A., Shulichenko, E.A.

“Mental disorders in women with benign breast dysplasia.” *Modern problems of science and education* 4 (2016). Available from: [http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24952].

21. Смоланка, І.І.

Лікування фіброзно-кістозної хвороби – шлях профілактики дисплазії молочної залози / І.І. Смоланка // Репродуктивна ендокринологія. – 2015. – №2 (22). – С. 65–69. Smolanka, I.I.

“Treatment of fibrocystic breast disease – a way to prevent breast cancer.” *Reproductive endocrinology* 2.22 (2015): 65–9.

22. Сюсюка, В.Г.

Мастодія в контексті захворювань грудних залоз у жінок репродуктивного віку: комплексний підхід до діагностики і корекції / В.Г. Сюсюка і др. // Здоров'я жінчини. – 2016. – № 6. – С. 36–40. Syusyuka, V.G., et al.

“Mastodynia in the context of breast diseases in women of reproductive age: an integrated approach to diagnosis and correction.” *Health of Woman* 6 (2016): 36–40.

23. Травина, М.Л.

Заболевания молочной железы в практике врачей акушеров-гинекологов / М.Л. Травина, А.Г. Попов // Здоров'я жінчини. – 2016. – № 2. – С. 42–47. Travina, M.L., Popov, A.G.

“Diseases of the mammary gland in the practice of obstetricians-gynecologists.” *Health of Woman* 2 (2016): 42–7.

24. Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A.

“An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56.6 (1988): 893–7.

25. Bertone-Johnson, E.R., Houghton, S.C., Whitcomb, B.W., et al.

“Association of Premenstrual Syndrome with Blood Pressure in Young Adult Women.” *J Womens Health (Larchmt)* 25.11 (2016): 1122–8.

26. Czajkowska, M., Drosdzol-Cop, A., Gałazka, I., et al.

“Menstrual Cycle and the Prevalence of Premenstrual Syndrome / Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescent Athletes.” *J Pediatr Adolesc Gynecol* 28.6 (2015): 492–8.

27. Damiano, J.S, Wasserman, E.
“Molecular pathways: blockade of the PRLR signaling pathway as a novel antihormonal approach for the treatment of breast and prostate cancer.” *Clin Cancer Res* 19 (2013): 1644–50.
28. Jehan, Sh., August, E., Hussain, M., et al.
“Sleep and Premenstrual Syndrome.” *J Sleep Med Disord* 3.5 (2016): 1061.
29. Malherbe, K., Fatima, S.
Fibrocystic Breast Disease. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing (2020). Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551609/].
30. Brkić, M., Vujović, S., Ivović, M., et al.
“The role of E2/P ratio in the etiology of fibrocystic breast disease, mastalgia and mastodynia.” *Acta Clin Croat* 57.4 (2018): 756–61.
31. Pereira, M.A., de Magalhães, A.V., da Motta, L.D., et al.
“Fibrous mastopathy: clinical, imaging, and histopathologic findings of 31 cases.” *J Obstet Gynaecol Res* 36.2 (2010): 326–35.
32. Seidlova-Wuttke, D., Wuttke, W.
“The premenstrual syndrome, premenstrual mastodynia, fibrocystic mastopathy and infertility have often common roots: effects of extracts of chasteberry (*Vitex agnus castus*) as a solution.” *Clin Phytosci* 3.6 (2017). DOI: 10.1186/s40816-016-0038-z
33. Takashi Takeda, Yoko Imoto, Hiroyo Nagasawa, et al.
“Fish Consumption and Premenstrual Syndrome and Dysphoric Disorder in Japanese Collegiate Athletes.” *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29.4 (2016): 386–9.
34. Tikk, K., Sookthai, D., Johnson, T., et al.
“Circulating prolactin and breast cancer risk among pre- and postmenopausal women in the EPIC cohort.” *Ann Oncol* 25 (2014): 1422–8.
35. Thijssen, J.H.H.
“Local biosynthesis and metabolism of oestrogens in the human breast.” *Maturitas* 49 (2004): 25–33. □

ФІТОСЕЛЕКТИВНА ТЕРАПІЯ – МЕТОД ВИБОРА ЛЕЧЕННЯ МАСТОПАТІЇ В СОЧЕТАННІ С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

О.В. Грищенко, д. мед. н., професор, зав. кафедрою перинатології, акушерства та гінекології ХМАПО, г. Харків

В.В. Бобрицька, к. мед. н., доцент кафедри перинатології, акушерства та гінекології ХМАПО, г. Харків

Дисгормональні захворювання молочної залози (ДЗМЖ) і предменструальний синдром (ПМС) мають общий патогенетический механізм: гіперпролактинемія, зниження рівня прогестерону, порушення функції щитовидної залози (ЩЗ), підвищення рівня кортизолу, в тому числі в результаті стресу, дисфорическіє расстройтва.

Цель исследования – оптимізація терапії ДЗМЖ в сочєтанні с ПМС с использованием монотерапії комплексним фитоселективным препаратом Тазалок™ и сравнение клинической эффективности с традиционной терапией препаратом-производным *Vitex agnus-castus*.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 120 женщин 22–39 лет: I группа – 60 пациенток, которые получали монотерапию Тазалок™ в течение 3 месяцев; II группа – 60 пациенток, получавших монотерапию производным *Vitex agnus-castus*. Анализ данных проводили через 1 и 3 месяца лечения. Определяли уровень гормонов ЩЗ, половых и гонадотропных гормонов. Проводили УЗИ молочных желез (МЖ), органов малого таза (ОМТ), ЩЗ, с цветным доплеровским картированием. Степень дисфорических расстройств оценивали по шкале депрессии Бека, болевой синдром – по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты. Через 1 месяц пациентки I группы демонстрировали улучшение гормонального профиля, уменьшение субъективных жалоб по сравнению с II группой, где наблюдалось в основном снижение уровня пролактина и относительная нормализация фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, сохранялись жалобы на симптомы ПМС. К 3 месяцам у пациенток I группы наблюдалась нормализация всех гормональных показателей, в том числе кортизола, гормонов ЩЗ, снижение патологической васкуляризации МЖ, ЩЗ и ОМТ, значительное снижение оценок по шкале депрессии Бека и ВАШ. Во II группе наблюдали отсутствие нормализации уровня кортизола, гормонов ЩЗ, достоверно сниженные показатели уровня прогестерона и лютеинизирующего гормона по сравнению с I группой, наличие патологической васкуляризации в ЩЗ, ОМТ. Степень дисфорических расстройств снизилась незначительно, болевой синдром по шкале ВАШ умеренно снизился, но оставался выше, чем у женщин, принимавших Тазалок™.

Выводы. Тазалок™ непосредственно влияет на репродуктивную систему и баланс гормонов стресса, оказывает лечебный эффект на ЩЗ. Под его действием происходит нормализация сонографической картины гормонозависимых органов, в отличие от производного *Vitex agnus-castus*. Тазалок™ оказывает выраженное влияние на дисфорические расстройства ПМС, способствует нормализации нервно-психического и когнитивного состояния пациентки, является профилактикой развития психосоматических нарушений.

Ключевые слова: дисгормональные заболевания молочной железы, предменструальный синдром, Тазалок, *Vitex agnus-castus*.

ФІТОСЕЛЕКТИВНА ТЕРАПІЯ – МЕТОД ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ МАСТОПАТІЇ В ПОЄДНАННІ З ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

О.В. Грищенко, д. мед. н., професор, зав. кафедрою перинатології, акушерства та гінекології ХМАПО, м. Харків

В.В. Бобрицька, к. мед. н., доцент кафедри перинатології, акушерства та гінекології ХМАПО, м. Харків

Дисгормональні захворювання молочної залози (ДЗМЖ) і передменструальний синдром (ПМС) мають загальний патогенетичний механізм: гіперпролактинемія, зниження рівня прогестерону, порушення функції щитовидної залози (ЩЗ), підвищення рівня кортизолу, в тому числі в результаті стресу, дисфоричні розлади.

Мета дослідження – оптимізація терапії ДЗМЖ в поєднанні з ПМС з використанням монотерапії комплексним фитоселективным препаратом Тазалок™ і порівняння клінічної ефективності з традиційною терапією препаратом-похідним *Vitex agnus-castus*.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилися 120 жінок 22–39 років: I група – 60 пациенток, які отримували монотерапію Тазалок™ протягом 3 місяців; II група – 60 пациенток, які отримували монотерапію похідним *Vitex agnus-castus* протягом 3 місяців. Аналіз даних проводили через 1 і 3 місяці лікування. Визначали рівень гормонів ЩЗ, статевих і гонадотропних гормонів. Проводили УЗД молочних залоз (МЗ), органів малого таза (ОМТ), ЩЗ, з кольоровим доплерівським картуванням. Ступінь дисфоричних розладів оцінювали за шкалою депресії Бека, болювий синдром – за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Результати. Через 1 місяць пацієнтки I групи демонстрували покращення гормонального профілю, зменшення суб'єктивних скарг у порівнянні з II групою, де спостерігалось в основному зниження рівня пролактину і відносна нормалізація фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів. До 3 місяця дослідження в пацієнтки I групи спостерігалась нормалізація всіх гормональних показників, у тому числі кортизолу, гормонів ЩЗ, зниження патологічної васкуляризації МЗ, ЩЗ і ОМТ, значне зниження оцінок за шкалою депресії Бека і ВАШ. У II групі спостерігали відсутність нормалізації рівня кортизолу, гормонів ЩЗ, достовірно знижені рівні прогестерону і лютеїнізуючого гормону в порівнянні з I групою, наявність патологічної васкуляризації в ЩЗ, ОМТ. Ступінь дисфоричних розладів знизилась незначно, болювий синдром за шкалою ВАШ помірно знизився, але був вищим, ніж у жінок, які приймали Тазалок™.

Висновки. Тазалок™ безпосередньо впливає на репродуктивну систему і баланс гормонів стресу, чинить лікувальний вплив на ЩЗ. Під його дією відбувається нормалізація сонографічної картини гормонозалежних органів, на відміну від похідного *Vitex agnus-castus*. Тазалок™ має виражений вплив на дисфоричні розлади ПМС, сприяє нормалізації нервово-психічного і когнітивного стану пацієнтки, профілактує розвиток психосоматичних порушень.

Ключові слова: дисгормональні захворювання молочної залози, передменструальний синдром, Тазалок, *Vitex agnus-castus*.

PHYTOSELECTIVE THERAPY IS A METHOD OF CHOICE FOR THE TREATMENT OF MASTOPATHY IN COMBINATION WITH PREMENSTRUAL SYNDROME

O.V. Gryshchenko, MD, professor, head of the Perinatology, Obstetrics and Gynecology Department, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv

V.V. Bobrytska, PhD, associate professor, Perinatology, Obstetrics and Gynecology Department Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv

Breast dishormonal diseases and premenstrual syndrome (PMS) have a common pathogenetic mechanism: hyperprolactinemia, decreased progesterone levels, thyroid dysfunction, increased cortisol including as a result of stress, dysphoric disorders.

Purpose of the study was to optimize monotherapy of breast dishormonal diseases in combination with PMS with phytoselective complex Tazalok™ and to compare the clinical efficacy with traditional therapy with *Vitex agnus-castus* derivative.

Materials and methods. 120 women aged 22–39 years were observed into 2 groups: group I – 60 patients who received monotherapy Tazalok™ for 3 months; group II – 60 patients who received monotherapy with derivative of *Vitex agnus-castus*. Data analysis was performed after 1 and 3 months of treatment. Sex hormones, thyroid, gonadotrophic hormones levels were determined. Ultrasound examination with color Doppler flow mapping of mammary glands, pelvic organs, and thyroid was performed. Dysphoric disorders were assessed on the Beck depression scale, pain was assessed on the visual-analog scale (VAS).

Results. Group I showed an improvement in hormonal profile, reduction of subjective complaints after 1 month, in group II there was mainly a decrease in prolactin and relative normalization of follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone; PMS complaints persisted. By 3 months patients in group I had normalization of all hormonal parameters, including cortisol, thyroid hormones, decreased pathological vascularization of mammary glands, thyroid, and pelvic organs, and a significant reduction in the Beck depressive score and VAS. In group II there was no normalization of cortisol, thyroid hormones, significantly reduced levels of progesterone and luteinizing hormone compared to group I, there was pathological vascularization in the thyroid gland, uterus. Dysphoric disorders decreased slightly, pain syndrome on the VAS decreased moderately, but the score was higher than among women taking Tazalok™.

Conclusions. Tazalok™ directly affects reproductive system and balance of stress hormones, has a therapeutic effect on the thyroid gland. Under its action sonographic picture of hormone-dependent organs was normalized in contrast to the *Vitex agnus-castus* derivative. Tazalok™ has a pronounced effect on dysphoric disorders of PMS, helps to normalize the neuropsychological and cognitive state, to prevent of psychosomatic disorders.

Keywords: breast dishormonal diseases, premenstrual syndrome, Tazalok, *Vitex agnus-castus*.