

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ КІСТОЗНИХ УРАЖЕННЯХ ЯЄЧНИКІВ

Протягом останніх десятиліть серед гінекологічної патології невпинно зростає частота об'ємних уражень яєчників, яка за літературними даними становить 19-25%. Фолікулярні кісти (ФК) та кісти жовтого тіла (КЖТ) як найбільш поширені серед пухлиноподібних процесів в яєчниках виникають внаслідок накопичення рідини в кістозно-атрезуючому фолікулі або в жовтому тілі за відсутності істинного бластоматозного росту. У структурі доброякісних пухлин і пухлиноподібних уражень яєчників ФК та КЖТ становлять близько 17-30% і виявляються у 52,3% жінок зі скаргами на біль внизу живота та порушення менструального циклу [1-3, 18].

Згідно з літературними даними, ендометріодні кісти (ЕК) виявляються значно рідше, але зустрічаються в 21,9-60,0% випадків як один з основних проявів ендометріозу – гормонально залежного захворювання, що розвивається на фоні порушеного гормонального та імунного гомеостазу. У пацієток із кістозними ураженнями яєчників у поєднанні з безпліддям ЕК яєчників зустрічаються у 42,3% випадків [4, 5].

Вважається, що розвиток кістозних уражень яєчника може бути викликаний тривалою гіперестрогенізацією або просто монотонним впливом естрогенів чи навіть їх знижених доз. Також встановлено, що ендогенна гіперестрогенізація є не лише причиною, але й наслідком виникнення ФК яєчників [6].

Поява ФК та КЖТ у жінок репродуктивного віку – не випадкове явище. Серед КЖТ особливу увагу привертають тека-лютеїнові та гранульозо-лютеїнові кісти як наслідок компенсаторно-приспосувальної реакції порушення фолікулогенезу за недостатності лютеїнової фази на фоні зниженої продукції як естрогенів, так і прогестерону. З одного боку, поява КЖТ реалізує неспроможність лютеїнової фази, а з іншого – є підґрунтям до подальшого розвитку дисгормональних дисфункцій в організмі жінки [7].

Враховуючи те, що процеси проліферації та секреторної трансформації ендометрія регулюються стероїдними гормонами, на думку дослідників, порушення секреції гонадотропних гормонів та стероїдогенеза в яєчниках (хаотичні пікові викиди лютеїнізуючого [ЛГ] та фолікулостимулюючого [ФСГ] гормонів, зниження базального рівня прогестерону, гіперестрогенія) створюють необхідні передумови для розвитку ендометріодних імплантатів та підтримання їх активного стану. Зокрема, за наявності ендометріозу яєчників секреція ФСГ

підвищувалась у порівнянні з величиною циклічного піку у здорових жінок у 4-6 разів [8].

Фундаментальні дослідження останніх років дали змогу охарактеризувати діяльність репродуктивної системи на рівні гіпоталамус-гіпофіз-яєчники і встановити важливу роль у виникненні кістозних уражень яєчників порушень гормонального гомеостазу, що зумовлюють подальший розвиток захворювання [9, 10].

За останнє десятиліття у сучасній гінекологічній науці значно змінилися існуючі підходи до методів корекції патології органів малого таза у жінок репродуктивного віку. У теперішній час перевага надається консервативним та органозберігаючим методам лікування. При ретенційних кістах яєчників до 5-6 см в діаметрі можливий транзиторий перебіг із самостійним регресом, але застосування вичікувально-наглядової тактики не завжди виправдано. Насправді у цих пацієток не відновлюється повноцінний оваріальний стероїдогенез, що надалі призводить до частих рецидивів, порушення менструальної функції, недостатності лютеїнової фази, гіперпластичних змін в ендометрію. Тому основним напрямком консервативної терапії хворих репродуктивного віку з кістозними ураженнями яєчників перш за все є відновлення та стабілізація порушеного гормонального гомеостазу [11, 12]. Різні терапевтичні режими гормональних препаратів, що використовуються у лікуванні даного контингенту хворих, повинні досягти однієї мети – знизити чи повністю заблокувати активність гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи, що в кінцевому результаті приведе до атрофічних змін у патологічному вогнищі та клінічно проявиться повним чи частковим регресом новоутворення [13, 14]. За даними різних дослідників, ефективність блокуючого ефекту гормональної терапії у системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники різними препаратами та схемами використання коливається від 23 до 98%. Це може бути зумовлено морфологічними особливостями та станом рецепторного апарату організмів-мішеней [15].

Серед арсеналу гормональних препаратів перевага надається сучасним низькодозованим комбінованим оральним контрацептивам (КОК), синтетичним прогестинам, агоністам гонадотропін-релізінг гормону в залежності від гістоструктури доброякісного пухлиноподібного утворення [16, 17].

Проте не можна залишати поза увагою той факт, що призначення гормональної терапії,



І.Б. ВОВК

д.мед.н., професор, керівник відділення планування сім'ї Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

З.Б. ХОМІНСЬКА

д.мед.н., професор, науковий керівник лабораторії ендокринології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Г.В. ЧУБЕЙ

к.мед.н., старший науковий співробітник відділення планування сім'ї Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

В.К. КОНДРАТЮК

д.мед.н., головний науковий співробітник відділення планування сім'ї Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

ТАБЛИЦЯ 1

Група жінок	n	ФСГ, МО/л		ЛГ, МО/л	
		7-й день МЦ	14-й день МЦ	7-й день МЦ	14-й день МЦ
ФК	23	(11,7 ± 0,9)*	12,5 ± 2,2	(12,5 ± 1,4)*	14,7 ± 2,1
КЖТ	12	(10,2 ± 1,8)*	11,4 ± 1,3	(11,3 ± 1,1)*	(11,6 ± 1,5)*
ЕК	15	(14,4 ± 1,1)*	16,5 ± 1,4	(20,8 ± 3,2)*	19,4 ± 3,1
Контрольна	20	6,3 ± 0,7	14,0 ± 1,8	7,3 ± 0,9	16,7 ± 1,0

ТАБЛИЦЯ 1.
КОНЦЕНТРАЦІЯ ГОНАДОТРОПНИХ ГОРМОНІВ У КРОВІ ЖІНОК З КІСТОЗНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ У ДИНАМІЦІ МЦ
 *Різниця достовірна відносно показників жінок контрольної групи; p < 0,05

особливо тривалих курсів, є важливою медико-соціальною проблемою. Адже дані препарати відзначаються значним потенціалом негативного впливу на структурно-функціональний стан печінки, вуглеводний обмін, систему згортання крові, а також мають певні протипоказання. Окрім цього, більшість пацієнок у перші місяці прийому КОК відчувають тимчасові побічні ефекти у вигляді напруги в молочних залозах, змін настрою, диспептичних скарг, збільшення маси тіла [19]. Не всі жінки можуть пройти через «період адаптації» гормональної терапії, тому припиняють прийом гормонів. З огляду на це представляє інтерес таргетна терапія фітонутриєнтами, що мають можливість впливати на ендокринну функцію репродуктивних органів. Серед різноманіття фітопрепаратів, що володіють гормонкоригуючою дією, для лікування кістозних уражень яєчників практичну цінність представляє негормональний рослинний комплекс Тазалок™. У реалізації клінічної ефективності препарату

посилення активності індукторів ферментів детоксикації в печінці, пригніченню факторів росту пухлини, зниження ФНП-α, TGF-β1 і ІЛ-10 [20, 21]. Високий вміст вітамінів В₁, В₂, К, РР, С, ФК в петрушці та селері надають загально-зміцнюючу дію на організм жінки і підвищують її адаптаційні можливості.

Враховуючи той факт, що сучасна медикаментозна комплексна терапія при ретенційних кістах яєчників повинна бути спрямована не лише на відновлення овуляторного циклу, алейналіквідацію вогнищ хронічного запалення в органах малого таза, корекцію імунологічної реактивності організму жінки, дія фітопрепарату Тазалок™ дозволяє використовувати його вже на етапі первинної протизапальної терапії з подальшою пролонгацією прийому для відновлення гормонпродукуючої функції яєчників. Метою нашого дослідження було вивчення ефективності препарату Тазалок™ у лікуванні жінок з кістозними утвореннями яєчників.

ТАБЛИЦЯ 2

Група жінок	n	Естрадіол, нмоль/л			Прогестерон, нмоль/л	
		7-й день МЦ	14-й день МЦ	21-й день МЦ	14-й день МЦ	21-й день МЦ
ФК	23	0,27 ± 0,03	0,63 ± 0,09	0,44 ± 0,11	5,31 ± 1,41	14,8 ± 4,6
КЖТ	12	(0,61 ± 0,18)*	0,46 ± 0,10	0,31 ± 0,08	4,54 ± 1,12	15,9 ± 2,8
ЕК	15	0,15 ± 0,04	0,42 ± 0,07	(0,74 ± 0,12)*	2,64 ± 0,62	16,2 ± 2,4
Контрольна	20	0,24 ± 0,07	0,57 ± 0,1	0,40 ± 0,01	2,5 ± 0,6	15,2 ± 1,5

ТАБЛИЦЯ 2.
КОНЦЕНТРАЦІЯ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ У КРОВІ ЖІНОК З КІСТОЗНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ У ДИНАМІЦІ МЦ
 *Різниця достовірна відносно показників жінок контрольної групи; p < 0,05

Тазалок™ лежить синергічний ефект біологічно активних речовин, що входять до його складу та мають анальгезуючі, протизапальні, спазмолітичні, седативні, сечогінні та антипроліферативні властивості.

Завдяки вибіркового блокуванню естрогенних рецепторів у молочних залозах, яєчниках і матці використання фітокомплексу Тазалок™ сприяє корекції лютеїнової фази циклу, нормалізації естроген-прогестеронової рівноваги, що приводить до відновлення гормонального балансу. Селективні фітомолекули препарату Тазалок™ мають виражені протизапальні та резорбтивні властивості, тобто пригнічують запалення в органах малого таза, сприяють розм'якшенню капсули кісти, зменшенню її напруження, активній резорбції вмісту кістозного утворення в яєчниках та посиленню функції неушкодженої тканини. Практично всі рослинні компоненти фітопрепарату Тазалок™ мають протипухлинні властивості за рахунок

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами було обстежено 50 пацієнок із кістозними утвореннями яєчників віком від 20 до 36 років; із з них 23 жінки – з ФК, 12 – з КЖТ та 15 – з ЕК. Загальноклінічні методи дослідження проводились згідно з протоколами МОЗ України та включали вивчення скарг, анамнезу хвороби, загальне та гінекологічне обстеження.

Ультразвукове сканування проводили на апараті Medison SA-9900 (Корея) з використанням трансабдомінального датчика з частотою 3-7 мГц та на ультразвуковому апараті Siemens (Німеччина) з піхвовим датчиком частотою 7 мГц.

Гормональну забезпеченість менструального циклу (МЦ) визначали за вмістом гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ), а також статевих гормонів (естрадіолу та прогестерону) у сироватці крові імуноферментним методом з використанням стандартних тест-систем фірми Equirar (Італія).

З метою визначення ефективності фітоселективної терапії при кістозних ураженнях

яєчників паєнтки були розподєленє на групи наступним чином: 25 жєнок (12 з ФК, 6 з КЖТ, 7 з ЕК) отримували препарат Тазалок™ по 40 крапель тричі на день протягом 3 мєс. Групу порєвняння становили 25 паєнток (11 з ФК, 6 з КЖТ, 8 з ЕК), якє отримували монофазний естроген-гестагенний препарат, що мєстить 30 мкг єтинєлєстрадїолу та 2 мг дїєногєсту, в контрацептивному режимї протягом трьох циклєв. У контрольну групу увїшли 20 здорових жєнок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛїДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основними скаргами обстежених хворих були больовий синдром та порушення МЦ. На бїль внизу живота скаржилися 26,1% паєнток з ФК, 33,3% – з КЖТ та 53,3% – з ЕК. Порушення МЦ вїдзначали 30,4% осїб з ФК, 33,3% – з КЖТ та 73% – з ЕК. Серед порушень МЦ найчастїше зустрїчались нерегулярний МЦ та гїперполїменорея. Дисменорея виявлена у 13% жєнок з ФК, у 16,6% – з КЖТ та у 33,3% – з ЕК. Порушення функцї тазових органїв мали мїсце у 20% паєнток з ЕК. Отриманї данї свїдчать про те, що клїнїчні прояви кїстозних уражень яєчникїв були неспецифїчними. Найбїльше скарг пред'являли паєнтки з ЕК.

Вивчення секретїї гонадотропних гормонїв у паєнток з кїстозними ураженнями яєчникїв показало, що у жєнок всїх обстежених груп вже в першу фазу МЦ вїдзначалася висока концентрацїя ФСГ та ЛГ з наступним монотонним характером секретїї і такими ж рївнями в перїовуляторний перїод. У той же час у паєнток контрольної групи фїзіологїчний ритм секретїї гонадотропних гормонїв характеризувався поступовим пїдвищенням їх концентрацїї у сироватцї кровї упродовж фолїкулярної фази циклу з максимальними показниками в серединї циклу (табл. 1).

Паралельно визначалось порушення процесїв стероїдогенезу в яєчниках (табл. 2). У жєнок контрольної групи максимальнї рївнї естрадїолу в сироватцї кровї спостерїгались на 14-ї день МЦ з наступною тенденцїєю до зниження у другу фазу циклу. На 21-ї день МЦ було зафїксовано зростання концентрацїї прогестерону в сироватцї кровї у шїсть разїв порєвняно з 14-м днем циклу.

Динамїка секретїї естрадїолу протягом МЦ у паєнток з кїстозними ураженнями яєчникїв певною мїрою залежала вїд виду кїсти. Так, у жєнок з ФК крива секретїї естрадїолу не вїдрїзнялась вїд норми. У жєнок з ЕК пїк секретїї приходився на 21-ї день циклу ($0,74 \pm 0,12$ нмоль/л), при КЖТ – на 7-ї день циклу ($0,61 \pm 0,18$ нмоль/л) з наступним зниженням концентрацїї гормону в кровї на 14-ї та 21-ї день циклу. Цї змїни репрезентували порушення дозрївання домінантного фолїкула: гальмування цього процесу за умов ЕК та, навпаки, прискорення за наявностї КЖТ.

Пїдвищення вмісту прогестерону в кровї на 21-ї день МЦ свїдчило про можливїсть формування жовтого тїла у жєнок з кїстозними ураженнями яєчникїв, хоча цей процес суттєво вїдрїзнявся вїд такого у здорових жєнок. Так, результати кольпоцитологїчного дослїдження свїдчать про наявнїсть двохфазного МЦ у жєнок з ФК та КЖТ. Проте показники єндексу карїопїкнозу (ІК) та єндексу еозїнофїлїї (ІЕ) у цих жєнок хоча і знижувались у другу фазу циклу, але залишались досить високими (у межах 75-76%). У паєнток з ЕК високї показники ІК та ІЕ виявлялись уже на 7-ї день МЦ та залишались високими протягом всього ци-

клу, що вказує на пїдвищення естрогенного впливу на тканину-мїшень, якою є пїховий епїтелїй. Наявнїсть вїдносної гїперестрогенїї у паєнток дозволяє патогенетично обгрунтувати призначення даному контингенту хворих препаратїв з антиестрогенним впливом, зокрема негормонального комбїнованого лїкарського засобу Тазалок™.

Пїсля проведеного тримїсячного лїкування нами було вїдмїчено значний регрес клїнїчних проявїв захворювання. Так, частота больового синдрому зменшилася з 26,1 до 4,3% у жєнок з ФК, з 53,3 до 6,7 % у хворих ЕК та не скаржилися на бїль паєнтки з КЖТ. При цьому вїдбулось значне зниження їнтенсивностї больового синдрому у всїх дослїджуваних групах. Дисменорею пїсля лїкування виявили у 6,7% жєнок з ЕК. Частота порушень МЦ знизилася з 30,4 до 8,6% у жєнок з ФК, з 33,3 до 8,3% у паєнток з КЖТ та з 73 до 13,3% у групї ЕК. Дослїдженнями гормонального статусу паєнток, якє отримали Тазалок™ та КОК, не виявлено вїдхилень у секретїї статєвих гормонїв у сироватцї кровї, однак мало мїсце пїдвищення концентрацїї гонадотропїв на 7-ї день МЦ. Проте за даними кольпоцитологїї залишались пїдвисленими показники ІК та ІЕ в обох дослїджуваних групах, особливо у паєнток з ЕК.

Регрес кїстозного ураження пїсля прийому Тазалоку™ упродовж 3 мєс виявлено у 83,3% паєнток з ФК та КЖТ та у 28,6% жєнок з ЕК. Ефективнїсть використання естроген-гестагенного препарату у паєнток з ФК та КЖТ становила 88,2 і 37,5% – у хворих з ЕК, що клїнїчно проявлялось повним регресом кїстозного ураження яєчникїв. Як вїдно з наведених даних, Тазалок™, так само як і КОК, є ефективним засобом для лїкування кїстозних уражень яєчникїв і може бути препаратом вибору у жєнок репродуктивного вїку та за наявностї протипоказїв до використання естроген-гестагенних препаратїв.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослїдження гормонального гомєостазу свїдчать, що за наявностї кїстозних уражень яєчникїв спостерїгаються певнї порушення функцїонування гїпофїзарно-яєчнїкової системи, якє залежать вїд виду кїстозного утворення. Для паєнток з КЖТ характерним є порушення секретїї естрадїолу з його пїдвищенням вже у фолїкулінову фазу МЦ, у той час як для єндоетрїоїдних кїст характерний рїст концентрацїї даного гормону з найвищими рївнями у другу фазу МЦ. Кольпоцитологїчним дослїдженням виявлено значний естрогенний вплив на тканину-мїшень у паєнток усїх обстежених груп.

Проведенї дослїдження єндокринного статусу та сонографїчної картини яєчникїв в динамїцї дозволили обгрунтувати призначення даному контингенту хворих фїтопрепарату Тазалок™, що має доведений антиестрогенний вплив та антипролїферативнї властивостї.

Фїтоселективна терапїя препаратом Тазалок™ є ефективною у бїльшостї (83,3%) хворих як з ФК яєчникїв, так і з КЖТ. Лїкування паєнток з ЕК яєчникїв було ефективним у кожної третьої жїнки, але з урахуванням тяжкостї процесу потребувало додаткового призначення гормональної терапїї.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жилка Н.
Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-емографічний огляд) / Н. Жилка, Т. Іркіна, В. Стешенко. – К., 2001. – 68 с.
2. Чернышов В.П.
Локализация и функциональная активность фактора некроза опухолей в органах и тканях репродуктивной системы женщины / В.П. Чернышов, М.А. Водяник, С.П. Грекова // Здоровье женщины. – 2003. – № 1. – С. 26-28.
3. Тамая Т.
Endocrine functional ovarian tumor // Nippon Rinsho. – 2006. – Suppl. 2. – P. 361-365.
4. Вдовиченко Ю.П.
Сучасні аспекти новоутворів яєчників у дівчаток-підлітків / Ю.П. Вдовиченко, В.В. Станкевич // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 5. – С. 83-85.
5. Cramer D.W., Missmer S.A.
The epidemiology of endometriosis // Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2002. – Vol. 955. – P. 11-22.
6. Young K.A., Chaffin C.L., Molskness T.A., Stouffer R.L.
Controlled ovulation of the dominant follicle: a critical role for LH in the late follicular phase of the menstrual cycle // Hum. Reprod. – 2003. – Vol. 18, N 11. – P. 2257-2263.
7. Matsuda-Minehata F., Inoue N., Goto Y., Manabe N.
The regulation of ovarian granulosa cell death by pro- and anti-apoptotic molecules // J. Reprod. Dev. – 2006. – Vol. 52, N. 6. – P. 695-705.
8. Адамян Л.А.
Эндометриозы / Л. А. Адамян, В. И. Кулаков. – М.: Медицина, 1998. – 316 с.
9. Quirk S.M., Cowan R.G., Harman R.M. et al.
Ovarian follicular growth and atresia: the relationship between cell proliferation and survival // J. Anim. Sci. – 2004. – Vol. 82, E-Suppl. – P. E40-E52.
10. Вовк І.Б., Корнацька А.Г., Хомінська З.Б. та ін.
Особливості ендокринного статусу у жінок з пухлиноподібними ураженнями яєчників // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 2 – С. 123-126.
11. Прилепская В.Н.
Эволюция прогестагенов и прогресс современной контрацепции / В.Н. Прилепская, Л.И. Острейкова // Гинекология. – 2004. – № 3. – С. 111-113.
12. Бойчук А.В., Франчук А.Ю., Ковальчук О.Л. та ін.
Рациональні підходи до лікування хворих з генітальним ендометріозом після лапароскопічних операцій // Зб. наук. пр. Асоц. акушерів-гінекологів. – К.: Інтермед, 2004. – С. 35-38.
13. Smorgick N., Schneider D., Pansky M. et al.
Adnexal masses: understanding and management // Harefuah. – 2008. – Vol. 147, N. 1. – P. 49-52.
14. Іванюта Л.І.
Ефективність застосування лапароскопії в обстеженні та лікуванні жінок з поєднанням ендометріозу та трубноперитонеальної форми неплідності / Л.І. Іванюта, А. М. Барнаш // Здоровье женщины. – 2004. – № 3. – С. 126-129.
15. Ишханова М. А.
Опухолевые маркеры в диагностике злокачественных опухолей / М. А. Ишханова, Н. А. Митряева, В. И. Стариков // Междунар. мед. журнал. – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 85-88.
16. McCluggage W.G., Young R.H.
Immunohistochemistry as a diagnostic aid in the evaluation of ovarian tumors // Semin. Diagn. Pathol. – 2005. – Vol. 22, N 1. – P. 3-32.
17. Боднар Г.В.
Использование иммуногистохимического метода для определения рецепторов эстрогенов и прогестерона в злокачественных опухолях молочной железы / Г.В. Боднар, Н.Ф. Иванецкая, Т.Л. Скочиляс, И.Е. Седаков // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 2002. – № 1. – С. 44-46.
18. Николаева И.Н.
Новые подходы к диагностике и лечению ретенционных кист яичников и возможности восстановления репродуктивной функции // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2006. — 24 с.
19. Прилепская В.Н., Бебнева Т.Н.
Мастодиния: возможности терапии с применением микронизированного прогестерона. Клиническая практика №3, 2010. С. 84-90
20. Zhao R., Chen Z., Jia G., Li J., Cai Y., Shao X., Can J.
Physiol Pharmacol. 2011/ Protective effects of diosmetin extracted from Galium verum L. on the thymus of U14 bearing mice
21. Zheng G.Q., Kenney P.M., Zhang J., Lam L.K.
Inhibition of benzo[a]pyrene induced tumorigenesis by myristicin, a volatile aroma constituent of parsley leaf oil// Carcinogenesis (1992) 13(10): 1921-1923. [P]

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ КІСТОЗНИХ УРАЖЕННЯХ ЯЄЧНИКІВ

І.Б. Вовк, З.Б. Хомінська, Г.В. Чубей, В.К. Кондратюк

Проведені дослідження ендокринного статусу дали можливість обґрунтувати призначення жінкам з кістозними ураженнями яєчників препарату Тазалок™. Фітоселективна терапія препаратом Тазалок™ була ефективною у більшості (83,3 %) хворих із фолікулярними кістами яєчників і з кістами жовтого тіла.

Ключові слова: фітотерапія, кісти яєчників, Тазалок™.

THE WAYS OF OPTIMIZATION TREATMENT OF OVARIAN CYSTIC LESIONS

I.B. Vovk, Z.B. Hominska, G.V. Chubey, V.K. Kondratyuk

Studies of endocrine status allowed to justify the appointment the drug Tazalok™ for patients with ovarian cysts. Phytoselective therapy with Tazalok™ was effective in most patients (83,3%) with ovarian follicular cysts and corpus luteum cysts.

Keywords: phytotherapy, ovarian cysts, Tazalok™.