

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НА ФОНЕ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ

*Квашенко В. П., Ласачко С. А., Трегубенко А. А.  
Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького*

Под наблюдением находились 493 женщины репродуктивного возраста с ДЗМЖ. Состояние репродуктивной системы оценивали по результатам клинического, ультразвукового (УЗИ) и лабораторных методов исследования. Проводился опрос, тщательный сбор жалоб, связь с менструальным циклом. Интенсивность боли в МЖ при наличии мастодинии уточнялась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) от 0 до 10 баллов. Патология ЩЖ в сочетании с НМЦ выявлена у 211 пациенток (42,8%). Лечение больных НМЦ и ДЗМЖ на фоне тиреоидной дисфункции комплексным фитопрепаратом «Мастодинон» с мягким дофаминергическим действием способствует нормализации состояния молочных желез в 86,7% случаев и приводит к нормализации менструальной функции у 58,3% женщин.

**Ключевые слова:** тиреоидная дисфункция, «Мастодинон», молочные железы.

Одним из важнейших показателей состояния репродуктивного здоровья женщины является ее менструальная функция (МФ), при этом ее регуляция осуществляется преимущественно системой гипоталамус-гипофиз-яичники [5, 9, 10]. Кроме того, в становлении МФ играют огромную роль надпочечниковая, тиреоидная системы, надгипоталамические структуры. Однако возможные механизмы взаиморегуляции репродуктивной и тиреоидной систем остаются на сегодняшний день до конца не изученными, в ряде случаев спорными [3, 5, 9, 10].

Большинство исследователей полагают, что аденогипофиз представляет собой основное звено, посредством которого осуществляется взаимодействие между яичниками и щитовидной железой (ЩЖ) [9, 14]. Как эстрогены, так и тиреоидные гормоны могут изменять секрецию тиреотропного гормона (ТТГ) и пролактина (ПРЛ) посредством влияния на различные уровни регуляции образования и секреции тиреотропного релизинг-гормона и специфические гормональные реакции передней доли гипофиза. Эстрогены оказывают стимулирующее действие, тиреоидные гормоны – ингибирующее. Кроме того, установлено, что дисбаланс тиреоидных гормонов может изменять концентрацию активных стероидов внутри клеток-мишеней гипоталамуса и гипофиза, нарушая тем самым механизм положительных и отрицательных обратных связей. Тиреолиберин является потенциальным стимулятором высвобождения гипофизом не

только ТТГ, но и ПРЛ. Снижение концентрации тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) обуславливает повышенное высвобождение ПРЛ и, соответственно, развитие гиперпролактинемических состояний и дальнейшей цепи дисгормональных процессов. Важно, что дисфункция репродуктивной системы определяется не только гиперили гипопродукцией гормонов, но и снижением или повышением их биологической активности на фоне нормального содержания в сыворотке крови, так называемые, состояния «скрытой» гипо- или гипергормонемии. Причиной таких состояний считают нарушения рецепторного восприятия – изменение числа и активности рецепторов в органах-мишенях, наличие неопределяемых лабораторно изоформ в виде биологически активных молекул гормона, а также нарушение соотношения между уровнями функционально связанных гормонов (например, эстроген/прогестерон, ТТГ/пролактин и т. д.) [1, 2, 9, 11, 13, 14].

Взаимосвязь тиреоидной и репродуктивной функции осуществляется не только через гипоталамо-гипофизарную систему, но и на уровне периферических гормонов. За счет интенсификации синтеза тироксин-связывающего глобулина в печени эстрогены оказывают на ЩЖ стимулирующее действие. Есть работы, доказывающие наличие в яичниках рецепторов к ТТГ и Т3 [9, 10, 12]. Изменение состояния тиреотропной функции гипофиза может вызвать угнетение секреции лютеинизирующего гормона и

нарушение овариального цикла. Имеет значение стимулирующее действие тиреоидных гормонов на выработку в печени сексстероидсвязывающего глобулина. По многочисленным данным научных и клинических исследований, гипофункция ЩЖ ведет к гиперэстрогении и гиперандрогении [5, 9, 12].

Последнее время все большее внимание уделяется сочетанной патологии репродуктивной системы и ЩЖ. По литературным данным, при первичном гипотиреозе нарушения менструального цикла (НМЦ) встречаются у 33–70% больных [1, 2]. Гипоменструальный синдром, полименорея, аменорея встречаются наиболее часто. Необходимо отметить, что у пациенток с гипотиреозом нарушения репродуктивной функции выявляются и при регулярном менструальном цикле. Бесплодие, обусловленное недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ) или ановуляцией, диагностируется у 10–25% женщин [5, 7, 9, 10].

Молочная железа (МЖ), как орган-мишень репродуктивной системы, многими авторами рассматривается в качестве «зеркала», отражающего состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси. Согласно статистике, распространенность «мастопатии» и других дисгормональных заболеваний молочных желез (ДЗМЖ) достигает 60–80% среди женщин репродуктивного возраста, среди гинекологических пациенток ДЗМЖ диагностируются в 75–90% случаев [4, 6, 7]. В настоящее время доказана роль гиперпролактинемии, абсолютной и относительной гиперэстрогении в развитии пролиферативных процессов в паренхиме МЖ.

Однако, очень незначительное количество исследований посвящено лечению ДЗМЖ и НМЦ на фоне тиреоидной дисфункции.

**Цели и задачи исследования** – повышение эффективности лечения ДЗМЖ и НМЦ на фоне тиреоидной дисфункции у женщин репродуктивного возраста.

#### Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 493 женщины репродуктивного возраста с ДЗМЖ, которые обратились в Донецкий региональный центр охраны материнства и детства (ДРЦОМД) в отделение диагностики и лечения заболеваний молочных желез. На первом этапе исследования было проведено анкетирование, проанализированы данные соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, проведено комплексное обследование пациенток. Состояние репродуктивной системы оценивали по результатам клинического, ультразвукового (УЗИ) и лабораторных методов исследования. Обследование МЖ выполняли согласно алгоритму (Приказ МЗ Украины № 676 от 31. 12. 2004 г.) с использованием клиниче-

ского, ультразвукового, рентгенологического (с 40 лет), цитологического методов. Проводился опрос, тщательный сбор жалоб, связь с менструальным циклом. Интенсивность боли в МЖ при наличии мастодинии уточнялась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) от 0 до 10 баллов. ВАШ пациентки заполняли самостоятельно. После осмотра и пальпации состояние МЖ оценивали по шкале Л. Н. Сидоренко (1991 г.), при наличии отделяемого из сосков проводилось цитологическое исследование. УЗИ МЖ и УЗИ ЩЖ выполнялось на аппарате Simens, Германия, линейным датчиком с частотой 10 МГц. При УЗИ ЩЖ оценивали объём, общую эхогенность и структуру тиреоидной ткани, наличие дополнительных образований.

При исследовании гормонального фона определяли уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютропина (ЛГ), пролактина (ПРЛ) иммунохемилюминесцентным методом с использованием наборов «Immulite» на автоматическом анализаторе «Diagnostic Products Corporation» (США).

Тиреоидный статус оценивался на основании визуально-пальпаторного исследования ЩЖ с определением степени её увеличения по классификации ВОЗ (1994), ультразвукового исследования ЩЖ, изучения уровней ТТГ, свободного Т4, антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО), антител к тиреоглобулину (АТ-ТГ) в сыворотке крови. При наличии показаний пациентки направлялись на консультацию эндокринолога.

Анализ полученных на первом этапе данных показал, что у 211 пациенток (42,8%) с ДЗМЖ репродуктивного возраста имели место НМЦ и те или иные патологические изменения со стороны ЩЖ. На втором этапе в исследование были включены 90 женщин с нарушениями МФ, ДЗМЖ и дисфункцией ЩЖ. Критериями включения в исследование (2 этап) были: репродуктивный возраст, НЛФ и/или НМЦ по типу гиперполименореи, олигоменореи, аменореи, ДЗМЖ, отсутствие гормонотерапии на протяжении 6 месяцев, отсутствие органической патологии гипоталамо-гипофизарной системы и органов малого таза, дисфункция ЩЖ, информированное согласие на участие в исследовании. В исследование не включались пациентки, у которых были выявлены узловые изменения ЩЖ, требующие морфологической верификации или оперативного лечения, а также с узловой формой дисплазии МЖ (5 и 6 баллов по шкале Сидоренко). Методом случайной выборки с помощью компьютерной программы они были разделены на две группы: 60 человек – 1-я – основная группа, в которой женщины получали комплексный фитотерапевтический препарат «Мастодинон», и 30 человек – 2-я – группа сравнения, стандартная терапия. По возрасту, длительности и тяжести заболевания группы сопоставимы. 30 практически здоровых женщин репродуктивного возраста составили

контрольную группу.

Женщины основной группы принимали Мастодинон по 1 таблетке (или по 30 капель) 2 раза в день на протяжении 3 менструальных циклов. В группе сравнения 30 женщин получали гестаген (микронизированный прогестерон 200 мг во вторую фазу МЦ), бромкриптин 2,5 мг ежедневно в течение 3 менструальных циклов. Обследование пациенток выполнялось дважды: до лечения и через 3 месяца (в первом цикле после окончания лечения).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере с использованием пакета для анализа и обработки данных табличного редактора Microsoft Excel.

### Результаты исследования и их обсуждение

Все женщины, включенные в данное исследование, были репродуктивного возраста, от 18 до 45 лет, средний возраст составил  $34,4 \pm 4,8$  лет. При анализе семейного положения установлено, что 71,6% пациенток находились в браке, 28,4% – незамужних. Имели высшее образование 32,4% женщин, 20% – среднее, 37,6% – среднее специальное, и 10,0% – неоконченное высшее образование (студентки). На момент обследования все проживали в Донецком регионе: в городе 88,1% пациенток; 11,9% – жительницы села.

Анализ репродуктивного анамнеза и состояния репродуктивной системы показал следующее: хронический аднексит у 55,6% женщин, НМЦ – у 65,7%, миома матки – у 28,7%; лечение по поводу бесплодия получали 18,6% пациенток. Изучение акушерского анамнеза выявило, что роды были в анамнезе у 62,8% пациенток. Одни роды были у 49,3% женщин, двое и более родов – у 14%. Искусственное прерывание беременности имело место в анамнезе у 54,9% женщин, один аборт у 36,3% обратившихся, два и более у 29,7%. Самопроизвольный аборт имел место в анамнезе у 8% женщин.

Патология ЩЖ в сочетании с НМЦ выявлена у 211 пациенток (42,8%). У этих пациенток увеличение объема ЩЖ наблюдалось в 20% случаев, в 48,9% отмечалось диффузное снижение эхогенности тиреоидной ткани, неоднородность структуры ЩЖ в 54,8% обследованных, наличие очаговых изменений структуры в виде узла в 9,8% случаев.

Среди 90 пациенток, включенных во второй

этап исследования, в результате комплексного обследования с учетом полученных данных клинического, ультразвукового и гормонального исследования эндокринологом были диагностированы: диффузный нетоксический зоб (ДНЗ) у 44 женщин (48,9%), аутоиммунный тиреоидит (АИТ) у 17 (18,9%), субклинический гипотиреоз (СГ) у 23 (25,6%) женщин, гипотиреоз (Г) у 6 пациенток (6,7%).

Структура тиреоидной патологии в группах второго этапа исследования представлена в таблице 1.

Следует отметить, что основной жалобой обратившихся на прием женщин было болезненное нагрубание молочных желез за 7–10 дней до менструации. Средний показатель боли по ВАШ составил  $6,2 \pm 3,3$  и  $5,8 \pm 2,7$  в 1 и 2 группах соответственно. У 16 (17,8%) при осмотре обнаружены выделения из сосков, характер – серозные, серозно-молочивные. Цитологическое исследование подтвердило отсутствие атипии в клеточном содержимом отделяемого из сосков. Клинически состояние молочных желез по данным пальпации в соответствии со шкалой Л. Н. Сидоренко [7] оценено у 38 (59,4%) женщин как легкая степень диффузной дисплазии молочных желез (1–2 балла), умеренная степень (3–4 балла) диагностирована у 9 (14%) пациенток, 0 баллов у 14 пациенток с мастодинией и галактореей (15,5%).

С помощью методов лучевой диагностики установлено, что статистически значимо чаще регистрировалась железистая форма дисплазии молочных желез – 34 (38,2%). При УЗИ молочных желез визуализировались кисты диаметром до 1 см у 14 (15,5%) обследуемых. Смешанная форма дисплазии молочных желез диагностирована у 21 (23,3%) женщин.

Патология молочных желез в группах распределилась следующим образом (табл. 2).

Лишь 32% пациенток предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла, характеризуя последний как «нерегулярные частые обильные месячные» (39%), «нерегулярные редкие месячные» (28%), «обильные болезненные» (33%). При дополнительном опросе оказалось, что 21,4% женщин неадекватно оценивали объем теряемой крови, 46,6% считали «регулярными месячными» при колебаниях продолжительности менструального цикла до 14 дней.

Частота нарушений менструального цикла

Таблица 1

Структура патологии ЩЖ у обследованных женщин

Патология ЩЖ	Основная группа, % (n=60)	Группа сравнения, % (n=30)
Диффузный нетоксический зоб	48,3%	50,0%
АИТ	18,3%	16,7%
Субклинический гипотиреоз	25,0%	26,7%
Гипотиреоз	8,3%	6,7%

представлена в таблиці 3.

Для оцінки функціонального стану ЩЗ і репродуктивної системи проведено гормональне обстеження (табл. 4).

Як видно з таблиці, в групах пацієнок з НМЦ, дисплазією МЖ і дисфункцією ЩЗ існує цілий ряд порушень гормонального балансу, статистично достовірні відмінності порівняно зі здоровими жінками контрольної групи: підвищення рівня ФСГ, ТТГ, зниження Т4. Рівень пролактину в більшості випадків не перевищував верхньої межі норми, але був достовірно вище порівняно з контрольною групою. Ці дані підтверджують гіпотезу про наявність у більшості таких пацієнок «схованої» гіперпролактинемії і субклінічного гіпотиреозу, як можливих факторів негативного впливу на МФ і МЖ.

Аналіз ефективності проводимої терапії через 3 місяці показав покращення стану МЖ, нормалізацію МФ і гормональних показників в обох групах. Дані представлені в таблиці 5.

Через три місяці ми спостерігали покращення як суб'єктивного (зменшення болей), так і об'єктивного стану МЖ. В цілому, за даними ВАШ, клінічного, цитологічного і ультразвукового обстеження, покращення стану МЖ відбулося у 52 (86,7%) і 28 (93,3%) пацієнок першої і другої груп відповідно. Регулярні помірні менструації відбулися через 3 місяці лікування у 35 (58,3%) і 18 (60,0%) жінок першої і другої груп відповідно. Ці дані корелюють зі зниженням рівня ПРЛ до середини норми, позитивної динамікою в показателях тиреоїдних гормонів. Достовірних статистичних відмінностей між основною групою і групою порівняння після 3 місяців лікування ми не виявили ні в клінічних, ні в лабораторних даних.

Частота побічних ефектів на фоні лікування в цілому склала 5,0% і 53,3% в першій і вто-

рій групах відповідно. Для мастодинона побічні реакції були: алергічна реакція 2 людини; дискомфорт, біль в області шлунка – 1 випадок. В групі порівняння відзначалися: тошнота, блювота (2 випадки), головний біль, головний біль, порушення сну, нервозність, ноючі болю в низу живота.

### Висновки

1. За даними нашого дослідження, поєднана патологія репродуктивної системи і ЩЗ зустрічається в 42,8% спостережень.

2. В структурі порушень МФ на фоні тиреоїдної дисфункції найбільш часто зустрічається НЛФ (59,8%), НМЦ за типом гіперполіменореї (22,3%), олигоменореї (17,3%).

3. У пацієнок з НМЦ в поєднанні з патологією ЩЗ спостерігається розвиток дисгормональних захворювань МЖ, найбільш часто зустрічається дисплазія молочних залоз (мастопатія) – практично до 75% в структурі захворювань МЖ. Найбільш часта скарга цих пацієнок – болюче нагромадження МЖ за 7–10 днів до початку менструації.

4. Пацієнткам з порушеннями МФ і ДЗМЖ слід проводити обстеження ЩЗ як скринінг, при необхідності в подальшому вони повинні звертатися на консультацію до ендокринолога.

5. В патогенезі розвитку НМЦ і ДЗМЖ на фоні тиреоїдної дисфункції мають значення не тільки виражені порушення в роботі ЩЗ, але і субклінічний гіпотиреоз, а також АИТ навіть в поєднанні з еутиреозом як фактори формування гіперпролактинемії.

6. Початкові показники рівня ПРЛ у пацієнок з ДЗМЖ не перевищували верхню межу норми, але були достовірно вище порівняно з контрольною групою, що свідчить про косвенне підтвердження думки інших авторів і даних попередніх досліджень про наявність так званої «схованої» гіперпролактинемії.

Таблиця 2

Структура патології МЖ у обстежених жінок

Захворювання молочних залоз	Основна група n, (%)	Група порівняння n, (%)
Мастодія	9 (15,0%)	5 (16,7%)
Галакторея	10 (16,7%)	6 (20,0%)
Доброякісна дифузна дисплазія молочних залоз	45 (75,0%)	22 (73,3%)

Таблиця 3

Порушення менструального циклу у обстежених жінок

МФ	Основна група (n=60), %	Група порівняння (n=30), %
НЛФ	58,3%	53,4%
Гіперполіменорея	21,7%	23,3%
Олігоменорея	16,7%	20,0%
Аменорея	3,3%	3,3%

Таблиця 4

## Данные гормонального обследования (M ± m)

Параметры	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=30)	Контрольная группа (n=30)
ФСГ (мМЕ/мл)	5,8±0,2*	4,8±0,7*	3,2±0,3
ЛГ (мМЕ/мл)	6,8±0,5	6,7±1,2	5,9±0,6
ПРЛ (мМЕ/л)	450,6±62,8*	511,5±85,7*	351,2±75,0
ТТГ (мЕд/л)	3,5±0,4*	3,6±0,3*	1,3±0,1
Своб. Т <sub>4</sub> (пмоль/л)	14,1±1,1*	13,5±0,7*	17,8±1,2
АТ-ТПО (Ед/мл)	169,5±58,2*	265,2±117,2*	34,5±2,2

## Примечание:

\* – достоверность отличий от показателей группы контроля (P&lt;0,05)

Таблиця 5

## Эффективность проводимой терапии через 3 месяца

Параметры	Основная группа (n=60)		Группа сравнения (n=30)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Длительность менструального цикла, дни	32,5±8,2	30,1±3,0	33,2±7,5	28,9±2,7
Мастодиния по ВАШ, баллы	6,9±0,2	3,0±0,3	7,0±0,4	3,8±0,5
Степень выраженности мастопатии по данным пальпации (баллы)	3,4±0,7	2,3±0,2	3,3±1,0	2,0±0,5
ТТГ (мЕд/л)	3,5±0,4	1,9±0,1	3,6±0,3	2,1±0,3
Своб. Т <sub>4</sub> (пмоль/л)	14,1±1,1	16,1±0,7	13,5±0,7	15,1±0,5
ПРЛ (мМЕ/л)	450,6±62,8	392,7±88,4	511,5±85,7	244,8±22,7

На фоне снижения уровня ПРЛ до показателей контрольной группы происходит нормализация МФ, улучшение состояния МЖ.

7. Лечение больных НМЦ и ДЗМЖ на фоне тиреоидной дисфункции комплексным фитопрепаратом «Мастодином» с мягким дофаминергическим действием способствует нормализации состояния молочных желез в 86,7% случаев и приводит к нормализации менструальной функции у 58,3% женщин. Учитывая, что в исследо-

вание не были включены пациентки с выраженной гиперпролактинемией на фоне органических изменений гипофиза, можно сделать вывод, что при функциональных нарушениях фитотерапия «Мастодином» является патогенетически обоснованной и также эффективна, как и применение бромкриптина в половинной суточной дозировке в сочетании с прогестероном во вторую фазу цикла. При этом для фитотерапии отмечена значительно лучшая переносимость.

## Литература

1. Амбарцумян Т. Ж., Баласанян В. Г., Борисенко Э. А. Нарушения менструального цикла при заболеваниях щитовидной железы в подростковом периоде // Материалы 40-ой научно-практической межрегиональной конференции врачей. Г. Ульяновск 2005г., с. 361–362.
2. Бурдина Л. М. Лечение заболеваний молочных желез и сопутствующих нарушений менструальной функции мастодином // Лечащий врач. – 1999. – С. 11–12.
3. Виниченко А. А. Клинико-лабораторная и ультразвуковая характеристика нарушений менструального цикла у девочек с патологией щитовидной железы / А. А. Виниченко, О. И. Самарин, Л. И. Фёдорова, С. В. Субботина // Материалы V съезда врачей Челябинской области «Актуальные проблемы охраны здоровья населения Челябинской области». – Челябинск, 2004. – С. 182–185.
4. Ласачко С. А. Опыт применения циклодинона в комплексном лечении нарушений менструального цикла и дисгормональных заболеваний молочных желез // Здоровье женщины. – 2007. – № 4. – С. 110–114.
5. Молочная железа: рак и предраковые заболевания / Под ред. Тарутинова В. Н. – К.: «Полиграфист», 2006. – 415 с.
6. Поликарпов А. Ф. Влияние щитовидной железы на развитие мастопатии // Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические

- технологии в маммологии. – Москва, 2003. – С. 267–268.
7. Сидоренко Л. Н. Мастопатия / Л. Н. Сидоренко. – 3-е издание, перераб. и дополн. – СПб.: Гиппократ, 2007. – 432 с.
  8. Татарчук Т. Ф., Венцковская И. Б., Ефименко О. А. Гиперпролактинемия в практике врача гинеколога // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 5(209). – С. 8–11.
  9. Татарчук Т. Ф., Олейник В. А., Мамонова Т. О. Репродуктивная система женщин и нарушения функции щитовидной железы // Вестник ассоциации акушеров-гинекологов Украины. – 2000. – № 4 (9). – С. 16–23.
  10. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. Эндокринная гинекология / Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины. – К.: Заповіт, 2003. – 304 с.
  11. Тотоян Э. С. Репродуктивная функция женщин при патологии щитовидной железы // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 1. – С. 8–11.
  12. Теппермен Дж., Теппермен Х. Физиология обмена веществ и эндокринной системы. — М.: Мир, 1989. — С. 274–314.
  13. Чайка В. К., Ласачко С. А., Квашенко В. П. Профілактика дисгормональних захворювань молочних залоз у жінок після спонтанного абортів у першому триместрі вагітності // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3. – С. 134–138.
  14. Yen S.S.C, Jaffe Robert B. Reproductive Endocrinology. Philadelphia, WB Saunders 1999: 857.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОТЕРАПІЇ У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ДИСГОРМОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ НА ФОНІ ТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

*Квашенко В. П., Ласачко С. А., Трегубенко А. А.  
Донецький Національний медуніверситет ім. М. Горького*

Під спостереженням знаходилися 493 жінки репродуктивного віку з ДЗМЖ. Стан репродуктивної системи оцінювали за результатами клінічного, ультразвукового (УЗД) і лабораторних методів дослідження. Проводилося опитування, ретельний збір скарг, зв'язок з менструальним циклом. Інтенсивність болю в мж при наявності мастодії уточнювалася з використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ) від 0 до 10 балів. Патологія ЩЗ у поєднанні з НМЦ виявлена у 211 пацієнток (42,8%). Лікування хворих НМЦ і ДЗМЖ на тлі тиреоїдної дисфункції комплексного фітопрепарату «Мастодинон» з м'яким дофамінергічним дією сприяє нормалізації стану молочних залоз у 86,7% випадків і призводить до нормалізації менструальної функції у 58,3% жінок.

**Ключові слова:** тиреоїдна дисфункція, «Мастодинон», молочні залози.

## EFFICIENCY OF HERBAL MEDICINE AT GYNECOLOGIC PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH DISHORMONAL DISEASES OF MAMMARY GLANDS AGAINST THYROID DYSFUNCTIONS

*Kvashenko V. P., Lasachko S. A., Tregubenko A. A.  
Donetsk National Medical University named M. Gorky*

Under supervision there were 493 women of reproductive age with dishormonal diseases of mammary glands (DDMG). A condition of reproductive system estimated by results of clinical, ultrasonic and laboratory methods of research. Poll, careful gathering of complaints, communication with a menstrual cycle was spent. Intensity of a pain in MG was specified with use of a visually-analog scale from 0 to 10 points. Pathology of thyroid gland in a combination with IMC is revealed at 211 patients (42,8%). Treatment of patients with infringements of a menstrual cycle and DDMG against thyroid to dysfunction by a complex phytopreparation of «Mastodinon» with soft dofaminergic action promotes normalization of a condition of mammary glands in 86,7% of cases and leads to normalization of menstrual function at 58,3% of women.

**Keywords:** thyroid dysfunction, «Mastodinon», mammary glands.