

6, Robbins D.S. (ads) Diabetes; Clinical Science in Practice. Cambridge University Press, Cambridge. p. 221-287

3 Yong M.J., Boulton A.J.M., Macleod A.F. et al. A multicentre study of prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population // Diabetologia. – 1993. – V. 36. – P. 1-5

4 Vinik A.T., Diabetic neuropathy; pathogenesis and therapy // Am.J. Med. – 1999. – V. 107. – P. 17S-26S

5 Armstrong D.S., Lavery L.A., Harkless L.B. Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation // Diabetes Care. – 1998. – V.21. – P. 855-859

6 Levitt N.S., Stransberry R.B., Wychanck S., Vinik A.I., Natural progression of autonomic function tests in a cohort of IDDM // Diabetes Care. – 1996. – V.19. – P. 751-754

7 Nagamitsu M., Niscander K.K. et al. Lipoic acids improves nerve blood flow, reduces oxidative stress and distal nerve conduction in experimental diabetic neuropathy // Diabetes Care. – 1995. – V.18. – P. 1160-1670

8 Altenkirch H., Stoltenburg-Didinger G., Wagner H.M. Effects of lipoic acid in Lexacarboninduced neuropathy // Neurotoxicol. Teratol. – 1990. – V.14. – P. 193-199

9 Kagan V.E., Shvedova A., Serbinova E. et al. Dihydrolipoic acid – a universal antioxidant both in membrane and in the aqueous phase. Reduction of peroxy, ascorbyl and chromonoxyl radicals // Biochem. Pharmacol. – 1992. – V. – P. 1637-1649

10 Zeigler P., haneseld M., Ruhnau K.J. Treatment of symptomatic diabetic peripheral neuropathy with the antioxidant L-lipoic acid. A 3 week multicentre controlled trial (ALADIN study // Diabetologia. – 1995. – V.38. – P. 1425-1453

УДК 618.19-055.2-615.256.5-616.44

**М.Ж. ЕСПЕНБЕТОВА, Ж.К. ЗАМАНБЕКОВА, О.А. ЮРКОВСКАЯ, Ж.М. ЖУМАНБАЕВА, А.М. ДОСБАЕВА**

*Государственный медицинский университет, г. Семей*

## **РАЦИОНАЛЬНАЯ ФИТОТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ**

*В статье представлены результаты проведенного исследования препаратов Мастодинон и Климадинон на базе Государственного медицинского университета, г. Семей. Показана актуальность влияния гормонов щитовидной железы на развитие дисгормональных заболеваний молочных желез, особенности течения патологии, и представлена комплексная схема лечения ДГМЖ.*

**Ключевые слова:** дисгормональные заболевания, молочная железа, Климадинон, Мастодинон, мастодиния, фитотерапия, индекс Купермана, климактерический синдром.

**О**дним из наиболее частых заболеваний у женщин является мастопатия, или дисгормональное заболевание молочной железы (ДЗМЖ), которая чаще встречается в молодом возрасте 25-40 лет и достигает, согласно статистике 60-80% [2, 15, 21, 24], а так же не менее частая встречаемость наблюдается и в пременопаузальном, и климактерическом периодах [1, 25, 27].

Женский организм большую часть своей жизни работает в сложном циклическом режиме, который регулируется преимущественно системой гипоталамус–гипофиз–яичники–молочная железа. Это единая система находится в тесной взаимосвязи и взаимной зависимости [6, 12, 18, 45]. При патологии одного органа нарушается состояние других звеньев и в ряде случаев способствует появлению

## **Т Ы Ж Ы Р Ы М**

**Л.Н. ЯРОВАЯ**

*Семей қаласының № 1 аралас үлгідегі емханасы*

### **ДИАБЕТТИК ПОЛИНЕЙРОПАТИЯНЫ ТИОГАММАМЕН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСИ**

Аяқтардың диабеттік полинейропатиясын емдеуде Тиогамма препаратын пайдалану тәжірибесі.

Аяқтардың ерекше зақымдануымен болатын диабеттік дистальды симметриялы сенсомоторлы нейропатия – ол қантты диабеттің аса кең тараған және ауыр асқынуларының бірі. Сондықтан асқынуды заманауи диагностикалау және емдеу маңызды болып табылады. Біздің зерттеуіміздің негізгі мақсаты Тиогамма препаратының аяқтардағы диабеттік полинейропатия және 2-ші типті қантты диабетімен ауырған науқастардың диабеттік аяқ синдромын емдеудегі нәтижелігі мен төзімділігін бағалау болды. Тексеру нәтижелері 2-типтегі қантты диабетте аяқ зақымдануларын Тиогамма препаратын қолдану арқылы емдеу – нәтижелі және қауіпсіз тәсіл екенін көрсетеді.

## **S U M M A R Y**

**L.N. YAROVAYA**

*Municipal state Enterprise “1 mixed type Semey”*

### **THE EXPERIENCE OF APPLICATION OF TIOGAMM IN THE TREATMENT OF DIABETIC POLYNEUROPATHY**

Diabetic sensory neuropathy is one of most common complication of diabetes foot problems. That is why the diagnostic and treatment of this condition is very important.

The effect the new alfa-lipoic drug – Tiogamma was studied in treatment of patient foot problems and diabetes type 2. At the end of research the conclusion was made that TIOGAMMA is an effective and safe drug for treatment of diabetes neuropathy.

доброкачественных и злокачественных опухолей, которые могут быть множественными, поражая несколько или все звенья данной системы [7, 14, 16, 20].

В настоящее время большинство исследователей полагают, что основным звеном в данной системе является аденогипофиз, который осуществляет взаимодействие между щитовидной железой – яичниками – молочной железой [10, 11, 29, 38, 49, 51].

Периферические гормоны, как эстрогены, так и тиреоидные гормоны, могут изменять выработку секреции центральных гормонов тиреотропного (ТТГ) и пролактина (ПРЛ) посредством влияния на различные уровни тиреорилизинг–гормона [36, 43, 46]. Тиреолибирин является потенциальным стимулятором высвобождения гипофизом не только ТТГ, но и ПРЛ. При снижении

тиреоидных гормонов (тироксина, Т4, трийодтиронина, Т3) обуславливают повышение ПРЛ, что приводит к гиперпролактинемическим состояниям, а также научными исследованиями доказано, что гипофункция щитовидной железы приводит к гиперэстрогении и гиперандрогении [24, 42, 47, 48].

В 2000 году итальянскими учеными изучены накопления йода в различных тканях организма. Было установлено, что 30% поступаемого йода накапливается в щитовидной железе, остальное количество распределяется между молочными железами, маткой и слизистой оболочкой желудочно-кишечного тракта. ПРЛ подавляет функцию щитовидной железы, нарушая связь между тиреоидными гормонами, а также между ними и ТТГ, усиливая патологические изменения в эндокринной системе, приводящие к гиперпластическим процессам в молочной железе [40, 44, 51].

Изменения функции гипоталамо-гипофизарной системы является причиной гормонального дисбаланса, соответственно нарушаются физиологические процессы в тканях молочной железы, и возникают очаги патологической пролиферации эпителия, а гормоны щитовидной железы участвуют в функциональной дифференцировке эпителиальных клетках молочной железы. У 60% женщин с дисгормональными дисплазиями молочных желез выявлена патология щитовидной железы [13, 17, 22, 26, 28, 50].

Семипалатинский регион является неблагоприятной экологической зоной и относится как к зобной эндемии, с одной стороны, и воздействия малых доз радиации, с другой, вследствие ядерных испытаний бывшего СИАП (Семипалатинский испытательный ядерный полигон).

Поэтому среди жителей данного региона наблюдается высокая встречаемость как патологии щитовидной железы, так и молочной железы, причем ДГМЖ встречается не только в молодом (25-40 лет) возрасте, но и в пременопаузальных, климактерических периодах жизни [8, 9].

В настоящее время имеются единичные научные исследования по эффективности лечения мастопатии при патологии щитовидной железы. До недавнего времени на рынке Казахстана не было высокоэффективных препаратов лечения ДЗМЖ, особенно растительного происхождения, а применение синтезированных гормональных препаратов вызывает страх из-за их побочных явлений.

С появлением препаратов Мастодион и Климадинон немецкой фармацевтической компании Бионорика SE клиницисты стали широко применять их в лечении дисгормональных заболеваний молочной железы [33, 34, 35, 37, 39].

Мастодион – комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения, который обладает гормональным воздействием, восстанавливает нарушенный гомеостаз в организме. Его механизм действия связан с допаминергическим свойством, благодаря чему снижается секреция пролактина передней долей гипофиза, также препарат резко повышает секрецию прогестерона и нормализует состояние гонадотропных гормонов, что приводит к устранению недостаточной выработки желтого тела и связанных с этим нарушений менструального цикла и бесплодия. Одновременно усиливает подавляющее влияние гипоталамуса на лактотропные клетки аденогипофиза. При снижении содержания пролактина создаются предпосылки для обратного развития патологического процесса.

Мастодион способствует сужению протоков, снижению активности пролиферативных процессов, уменьшению образования соединительнотканного компонента, уменьшает кровонаполнение и отек молочных желез, что способствует снижению болевого синдрома.

Так же этот препарат влияет не только на состояние молочной железы, но и опосредованно на функцию яичников, оказывая нормализующее действие на нарушение менструального цикла, ановуляции, аменорею. Облегчает течение климактерического синдрома [3, 4, 5].

Климадинон – также комбинированный растительный препарат, регулирующий и снижающий все побочные явления климакса. Воздействует на психоэмоциональный, неврологический статус. Уменьшает приливы, снижает раздражительность, потливость, нормализует сон. Улучшает качество жизни женщины [1, 2, 30, 31, 32].

Цель данного исследования – изучение эффективности фитотерапии при сочетанной патологии щитовидной железы и ДЗМЖ у женщин репродуктивного и климактерического периодов.

#### Материал и методы

Для исследования отбирали пациенток в возрасте от 25 до 55 лет, у которых были установлены диагнозы маммологом ДЗМЖ и эндокринологом различные заболевания щитовидной железы. Всего после опроса и анкетирования под наблюдением находились 134 женщины. В дальнейшем методом рандомизации пациентки были распределены на три группы:

I возрастная группа 25-35 лет, 28 пациенток с диагнозом ДГЗМЖ и диффузный зоб II ст., эутиреоз, которые получали йод-баланс 200 и Мастодион по 30 кап. 2 раза в день в непрерывном режиме 3 месяца.

II возрастная группа 35-45 лет, всего 29 пациенток с диагнозом ДГЗМЖ и хронический аутоиммунный тиреоидит, которые получали эутирокс + Мастодион по 30 кап. 2 раза в день, 3 месяца. Для I и II основных групп была единая контрольная группа из 23 практически здоровых женщин репродуктивного возраста.

III возрастная группа 46-52 лет (климактерический период), всего 26 пациенток с диагнозом ДЗМЖ, субклиническим гипотиреозом и гипотиреозом. Все они получали эутирокс 100-175 мкг + Мастодион по 30 кап. 2 раза в день, + Климадинон по 1 таб. 2 раза в месяц.

А так же методом случайной выборки с базы данных компьютерной программы ЦПМСП №12 была создана группа сравнения данного возрастного периода с климактерическим синдромом 16 женщин, которые получали симптоматическое лечение без ЗГТ.

Таблица 1 – Структура обследованных женщин с ДЗМЖ и тиреоидной патологией

Заболевания	Основная группа	Контрольная группа
ДЗМЖ + диффузный зоб I и II ст.	28	23 здоровые
ДЗМЖ + аутоиммунный тиреоидит	29	
ДЗМЖ + гипотиреоз + климактерический синдром	26	16

Методика исследования заключалась в использовании клинических данных (опрос, сбор анамнеза, осмотр, пальпация желез). Интенсивность боли в молочной железе при наличии мастодинии оценивали на основании визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) от 0 до 10 баллов, где на 10-сантиметровой шкале отмечены 6 градаций: 0 – отсутствует, 2 – слабо выраженная, 4 – средней интенсивности, 6 – выраженная, 8 – резко выраженная, 10 – невыносимая. ВАШ пациентки заполняли самостоятельно.

Исследование гормонального фона проводилось в лаборатории *in vitro* ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, св.Т4, биохимических антител к ТПО, антител к ТГ иммунохемилюминесцентным

методом с использованием «Zmmulite» на автоматическом многоканальном анализаторе «ELECSYS» (Roche).

УЗИ молочной и щитовидной желез выполнялись на аппарате «Аloha-500» (Япония), линейным датчиком с частотой 7 МГц. Маммография проводилась всем женщинам старше 45 лет и некоторым по необходимости в молодом возрасте. Степень выраженности климактерического синдрома оценивалась в баллах (индекс Купермана) до лечения (исходно) и после лечения через 3 месяца.

Каждый симптом оценивался от степени выраженности от 0 до 3 баллов, после чего определяют степень тяжести климактерического синдрома. Если количество баллов в первой группе нейровегетативных нарушений меньше 10, можно считать, что климактерический синдром отсутствует, 10-20 баллов соответствует легкому течению, 20-30 – течению средней тяжести, 31 и более – тяжелой степени.

С помощью данного индекса оценивали результаты лечения.

Обследование пациенток выполнялось дважды: до лечения и после лечения через 3 месяца.

Результаты исследования обрабатывались методом вариационной статистики. При назначении лекарств использован способ рандомизации для исключения случайности в исследовании.

**Результаты и обсуждение**

В результате проведенного исследования частота увеличения щитовидной железы до II степени колебалась в I группе до 68,3±8,3%, у которых в анамнезе имелись клинические проявления вегетососудистой дистонии, искусственное прерывание беременности (2 и более), выраженный болевой синдром в молочных железах.

Анализ состояния репродуктивной системы в группе 25-35 лет показал следующее: миома матки – 32,1±5,7%, нарушение менструального цикла – 38,9±9,2%, хронический аднексит – 42,5±9,3%, бесплодие – 46,3±9,4%

пациенток. Акушерский анамнез: роды были у 72,4±8,4%, 1 аборт – 39,6±8,2%, 2 и более – 29,9±8,6%.

По данным УЗИ у всех обследуемых было увеличение щитовидной железы до I-II степени, структура ткани железы диффузно неоднородная, экзогенность снижена, узлы не лоцировались.

Следует отметить, что основной жалобой были «ком в горле», болезненное нагрубание молочных желез, чаще за неделю до менструации и раздражительность. Осмотр и пальпация молочной железы проводились строго в первой половине менструального цикла.

Для оценки функционального состояния щитовидной и молочной желез исследовали тиреоидный статус и пролактин до и после лечения.

Как видно из таблицы 3, после проведенной терапии йодными препаратами и Мастодиноном показано улучшение гормонального фона: средний показатель мастодинии по ВАШ составил 5,4±1,1 балла до лечения, после лечения снизился до 1,5±0,3. На УЗИ молочной железы установлено, что статистически значимо чаще отмечалась железистая форма дисплазии у 1/3, визуализировались одиночные или множественные кисты до 1 см.

После лечения размеры щитовидной железы нормализовались более чем у половины пациенток – 68,9±8,7%, исчезли пальпаторные признаки в молочной железе (болезненность, диффузное уплотнение) у 82,6±16,4%. У 17,4±7,1% динамика пальпаторных признаков умеренно сохранялась, что требует дальнейшего лечения.

По данным УЗИ исчезновения кист не наблюдалось, однако имело место некоторое их уменьшение в размере. Положительный эффект в этой исследуемой группе получен из-за сочетанного патогенетического лечения, йод попадает не только в щитовидную, но и в молочную железу. В тканях молочной железы имеются рецепторы к гормонам щитовидной железы [6]. Йод в тканях молочной железы связывается с липидами, которые регулируют

процессы пролиферации клеток молочной железы и оказывают антиоксидантное действие, а Мастодинон оказывает допаминэргическое и корригирует нарушенный гомеостаз [23, 41].

Во 2-ю основную группу были включены 29 женщин позднего репродуктивного возраста. Все пациентки были с сохраненным менструальным циклом. Все женщины состояли на «Д» учете у эндокринолога и маммолога по поводу ДЗМЖ и различных форм хронического аутоиммунного тиреоидита. У всех пациенток дополнительно к тиреоидной патологии были различные факторы, способствующие возникновению патологических процессов в молочной железе. У 16 (64±8,9%) хронический аднексит, 5 (20±7,4%) бесплодие, 11 (44±9,1%) миома матки, нарушение менструального цикла 12 (48,0±9,2%), аборты 19 (76±7,9%), роды 1 раз 14 (56±9,3%).

До лечения у всех наблюдалась масталгия, ощущение увеличения их объема, нагрубания. У 1/3 пациенток боли носили интенсивный характер, ирра-

**Таблица 2 – Менопаузальный индекс Купермана**

Симптомы	Степень тяжести			
	отсутствует	слабо выражены	умеренно выражены	тяжелые
Вазомоторные	0	1	2	3
Парестезии	0	1	2	3
Бессонница	0	1	2	3
Нервозность	0	1	2	3
Меланхолия	0	1	2	3
Головокружение	0	1	2	3
Слабость, утомляемость	0	1	2	3
Артралгии, миалгии	0	1	2	3
Головная боль	0	1	2	3
Учащенное сердцебиение	0	1	2	3
Ощущение ползания мурашек	0	1	2	3

**Таблица 3 – Эффективность проведенной терапии через 3 месяца**

Гормоны	Основная группа		Контрольная группа (здоровые)
	до лечения	после лечения	
ПРЛ	602,2±46,7	283±32,4	385,0±13,4
ТТГ	3,8±0,2	2,2±0,1	1,3±0,2
Св. Т4	11,3±0,7	18,4±1,2	14,1±1,2
Мастодиния по ВАШ, баллы	5,4±1,1	1,5±0,3	0
Примечание* – разница достоверна относительно показателя до лечения (P<0,05)			

дирующие в подмышечную впадину, плечо, шею, особенно усиливающиеся за 7-10 дней до менструации.

По данным УЗИ и маммографии чаще регистрировались железистая форма дисплазии молочной железы у 13 (52±9,3%), мелкие кисты 7 (28±8,9%) и смешанные формы у 5 (20±7,4%).

Для оценки функционального состояния щитовидной и молочной желез исследовали гормональный фон до и после лечения.

Лечение проводилось эутироксом от 100 до 175 мг и Мастодиномом 30 кап. 2 раза в день в течение 3-х месяцев.

Как видно из таблицы 4, до лечения ПРЛ (654,2±58,2) и ТТГ (4,1±0,6) были повышенными, почти в 2 раза, чем в контроле. После проведенного лечения тропные гормоны снизились до ПРЛ до 396,3±27,5, ТТГ до 2,6±0,2, повысился свободный тироксин до 19,0±1,3. Мастодиния через 3 месяца уменьшилась более чем в 2 раза. Тенденция к умеренному снижению наблюдаются и а/т к ТГ и а/т к ТПО. Субъективно после лечения улучшилось общее самочувствие всех пациенток; исчезли слабость, утомляемость, раздражительность, а также боли в предменструальном периоде.

В третьей возрастной группе в результате проведенных исследований на фоне тиреоидного гормона, Климадинона и Мастодирина получена высокая эффективность лечения климактерического синдрома, о чем свидетельствует достоверное снижение индекса Куппермана.

До лечения в исследуемой группе индекс Куппермана был 23,2±1,9 в контроле 22,7±1,4, после лечения в исследуемой группе 7,1±0,9, а в контрольной группе индекс оставался высоким 17,4±1,5, которые принимали только седативные препараты без заместительной гормональной терапии (рис. 1).

В результате проведенных исследований в лечение легкой и средней степени тяжести климактерического синдрома подтверждается высокая эффективность ком-

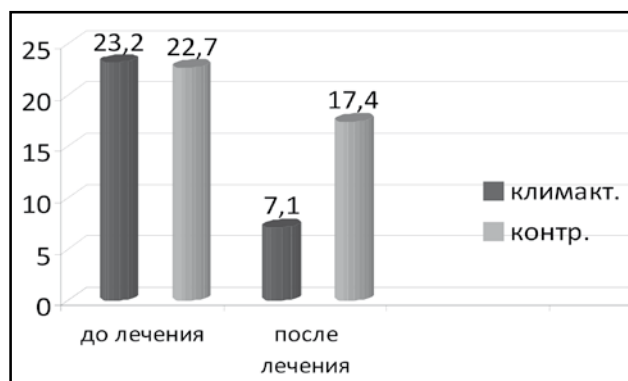


Рисунок 1 – Динамика выраженности климактерического синдрома (индекс Куппермана)

бинированного применения Климадинона и Мастодирина при сочетанной патологии ДЗМЖ и гипотиреоза, о чем свидетельствует индекс Куппермана.

В таблице 5 показана динамика гормонального фона в сыворотке крови от проводимого комплексного лечения. Выявлено снижение концентрации гонадотропных гормонов в основной группе через 3 месяца. ФСГ до лечения 74,5±3,6, после 53,2±2,2, ЛГ до лечения 41,8±2,9, после 32,4±2,1, ТТГ достоверно снизился от 4,9±1,1 до 1,8±0,6, а в контрольной группе все тропные гормоны оставались высокими. Свободный Т4 при коррекции тиреоидным гормоном (эутирокс) нормализовался до 17,5±1,4. Эстрадиол до лечения 3,0±0,2, после 4,8±0,6, а в контроле, как и до лечения, в основной группе показатели были значительно низкими. Повышение эстрадиола возможно за счет снижения ФСГ, ЛГ, ТТГ и нормализации свободного Т4.

Так же отмечался значительный регресс болевого синдрома и уплотнения в молочной железе. Мастодиния по данным ВАШ до лечения соответствовала 6,2±0,9, после лечения уменьшилась почти в 2 раза – 2,8±0,8.

По результатам УЗИ и маммографии на фоне проводимого комплексного лечения отмечались положительная динамика, уменьшение мелких кист, исчезновение кист до 3 мм, однако кисты до 1 см и более оставались без изменения.

Случаев во всех исследуемых группах непереносимости или самоотмены препаратов на фоне проводимой терапии не было.

Побочные реакции были минимальны в виде тошноты, дискомфорта в области желудка, которые исчезали через 3-4 дня после приема препаратов.

#### Выводы

1. Применение препарата Мастодинон при ДЗМЖ на фоне тиреоидной патологии позволяет добиться уменьшения интенсивности болевого синдрома в молочной железе, а также снижению их плотности, нагрубания. Средний показатель мастодинии по ВАШ составил 5,4±1,1 балла до лечения, после лечения снизился до 1,5±0,3.

2. Применение препарата Мастодинон при ДЗМЖ на фоне

Таблица 4 – Эффективность проводимой терапии через 3 месяца

Гормоны	Основная		Контрольная
	до лечения	после лечения	здоровые женщины
ПРЛ	654,2±58,2	396,3±27,5	309,0±22,7
ТТГ	4,1±0,6	2,6±0,2	1,6±0,3
Св.Т4	10,3±0,5	19,0±1,3	15,1±1,1
а/т к ТГ	1:720,0±88,4	1:680,7±83,6	1:20,4±3,2
а/т к ТПО	1:1320,6±112,3	1:920,9±96,4	1:32,0±4,8
Мастодиния по ВАШ, баллы	7,4±1,1	3,3±0,8	0
Примечание* – разница достоверна относительно показателя до лечения (P<0,05)			

Таблица 5 – Эффективность проводимой терапии через 3 месяца

Гормоны	Основная группа		Контрольная группа
	до лечения	после лечения	
ПРЛ (мМЕ/л)	672,1±55,8	458,3±36,9	508,9±63,2
ФСГ (мМЕ/л)	74,5±3,6	53,2±2,2	69,3±2,8
ЛГ (мМЕ/л)	41,8±2,9	32,4±2,1	41,6±3,3
ТТГ (мЕД/л)	4,9±1,1	1,8±0,6	3,8±0,9
Св.Т4 (пмоль/л)	9,6±1,5	17,5±1,4	10,0±1,1
Эстрадиол (пг/мл)	3,0±0,2	4,8±0,6	3,5±0,7
ВАШ (баллы)	6,2±0,9	2,8±0,8	4,1±0,7
Примечание* – разница достоверна относительно показателя до лечения (P<0,05)			

аутоиммунного тиреоидита привело к уменьшению мастодии более чем в 2 раза: по данным ВАШ до лечения соответствовала  $7,4 \pm 1,1$ , после лечения уменьшилась до  $3,3 \pm 0,8$ .

3. Комплексное лечение препаратами Мастодинон и Климадинон показало высокую эффективность при патологии ДЗМЖ с климактерическим синдромом на фоне тиреоидной патологии, о чем свидетельствует индекс Куппермана, который снизился после лечения почти в три раза.

4. Препараты Мастодинон и Климадинон при патологии ДЗМЖ с климактерическим синдромом приводят к снижению мастодии: по данным ВАШ до лечения соответствовала  $6,2 \pm 0,9$ , после лечения уменьшилась почти в 2 раза –  $2,8 \pm 0,8$ .

5. Применение Мастодиона и Климадинона при патологии ДЗМЖ с климактерическим синдромом улучшает качество жизни, купирует вегетососудистую симптоматику.

6. Всем пациенткам с ДЗМЖ необходимо обязательное УЗИ щитовидной железы, определение ТТГ, свободного Т4, а при подозрении на аутоиммунный тиреоидит дополнительное исследование антитела к ТГ и ТПО, с последующей консультацией эндокринолога.

Препараты Мастодинон и Климадинон хорошо переносятся пациентками, почти не вызывают аллергических реакций и очень удобны в длительном применении.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Байдулин С.А., Бесжанова К.Т. Клинико-функциональные особенности патологии щитовидной железы у женщин в климактерическом периоде. Метод. пособие. МЗ РК. Учебно-методическая секция медвузов РК. Астана, 2007

2 Бурдина И.И. Лечение предменструального синдрома у больных с диффузными процессами в молочных железах. РНЦРР МЗ и СР РФ, ФМЦ МЗ и СР МЗ, Москва. Материалы III Всероссийской научно-практ. конференции с международным участием. «Состояние, перспективы развития маммологической службы Российской Федерации и роль общественных организаций», Москва, 2005. – С. 112-113

3 Бурдина Т.М., Бурдина И.И. Мастодинон и его роль в лечении доброкачественных заболеваний молочных желез // Маммология. – 1998. – №4. – С. 123

4 Бурдина И.И. Возможности фитотерапии в лечении доброкачественных заболеваний молочной железы // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – №2 (22). – С. 124-6

4 Горячева Л.А., Пинхосевич Е.Г. Фитотерапия при заболеваниях молочных желез. – М., 2006. – С. 23

6 Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. – Москва: Медицина, 2000. – С. 478

7 Есенкулов А.Е., Есенкулова С.А. Терапевтический эффект Климадинона и Мастодиона. Приложение для врачей «Эскулап». – Алматы, 2008

8 Еспенбетова М.Ж., Юрковская О.А. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика узлового зоба // Журн. Наука и здравоохранение. – 2007. – №1. – С. 39-41

9 Заманбекова Ж.К. Йодная обеспеченность взрослого населения Семипалатинского региона // Журн. Здоровье и болезнь. – 2007. – №8. – С. 56-58

10 Зельцер М.Е., Базарбекова Р.Б., Абубакирова Ш.С. и др. Современные проблемы зобной эндемии в Казахстане // Здоровье и болезнь. – 2005. – №2. – С. 5-8

11 Иловайская И.А., Марова Е.И. Биология пролактина. Нейроэндокринный контроль и регуляция секреции // Акуш. и гинек. – 2000. – 5. 42-5

12 Каневцов В.В. Оптимизация подходов к диагно-

стике и лечению заболеваний молочных желез: Учебно-методическое пособие. – М., 2001

13 Кира Е.Ф., Скрыбин О.Н., Цвелев Ю.В. и др. О повышении эффективности диагностики, лечения и профилактики дисфункциональных заболеваний молочных желез // Журнал акуш. и жен. бол. – 2000. – №1. – С. 95-99

14 Коростелева Л.Н., Гурьева З.Д., Коростелев Д.С. Дисгормональные гиперплазии молочных желез у женщин репродуктивного возраста. Лечение рака и предраковых заболеваний молочной железы. – Казань, 2005. – С. 186-189

15 Корженкова Г.П. Комплексная рентгено-сонографическая диагностика заболеваний молочной железы. Практическое руководство, 2004

16 Кулаков В.И., Волобуев А.И., Сеницын В.А. и др. Тактика ведения больных с сочетанными доброкачественными гиперплазиями молочных желез и женских половых органов // Маммология. – 2005. – №3. – С. 4-7

17 Ласачко С.А. Опыт применения циклодинона в комплексном лечении нарушений менструального цикла и дисгормональных заболеваний молочных желез // Здоровье женщины. – №10. – 2007. – №4. – С. 110-114

18 Летягин В.П. Мастопатия // Рус. мед. журн. – 2000. – №8 (11). – С. 23-31

19 Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Лечение диффузной фиброзно-кистозной мастопатии // Лечащий врач. – 2006. – №3. – С. 44

20 Мезинова Н.Н. Молочная железа и гормоны. – Алматы, 2005

21 Молочная железа: рак и предраковые заболевания / Под ред. Тарутинова В.Н. – К.: Полиграфист, 2006.

22 Прилепская В.Н., Швецова О.Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принцип терапии // Гинекология. – 2000. – №6. – С. 201-204

23 Поликарпов А.Ф. Влияние щитовидной железы на развитие мастопатии // Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии в маммологии. – М., 2003. – С. 267-268

24 Прилепская В.Н., Швецова О.Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принципы терапии // Маммология. – 2005

25 Сидора И.С. с соавт. Состояние молочных желез у больных с гиперпластическими процессами и раком эндометрия в постменопаузе // Акушерство и гинекология. – 2000. – №1. – С. 53-55

26 Сидоренко Л.Н. Мастопатия. – 3-е изд., перераб. и дополн. – СПб.: Гиппократ, 2007. – С. 432

27 Седаков И.Е., Александров А.И., Денисенко Я.В., Ищенко Р.В. Опыт лечения при мастопатии у женщин в менопаузе // Онкология. – 2008. – Т.10, №4. – С. 429-431

28 Сеницын В.А., Руднева Т.В. Лечение больных с фиброзно-кистозной мастопатией, сопровождающейся болевым синдромом // Рос. вестн. акуш. гинек. – 2006. №2. – С. 60-2

29 Серова О.Ф., Антонова Е.Г. Факторы риска развития фиброзно-кистозной мастопатии в репродуктивном возрасте и современные подходы к ее лечению // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2003. – №4. – С. 75-79

30 Сметник В.П., Кулаков В.И. Руководство по климактерию. – М., 2001. – С. 265-284

31 Тагиева Т.Т. Мастопатия: негормональные методы лечения // Гинекология. – 2004. – Т.6, №5. – С. 228-230

32 Тагиева Т.Т. Мастопатия: негормональные методы лечения доброкачественных заболеваний молочных желез // Гинекология. – 2002. – Т.4, №4 – С. 1-8

33 Талаева Ш.Ж., Кайбуллаев Б.А., Мухамбетов С.М., Жандосова Э.У. Дисгормональная дисплазия молочных желез. НИИ онкологии и радиологии МЗ РК. Мет. пособие. – Алматы, 2009

34 Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Ефименко О.А. Опыт применения Мастодинона Н для профилактики мастодии при ЗГТ // Здоровье женщины. – 2001. – № 3. – С. 5-8

35 Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А., Косей Н.В. Негормональная терапия перименопаузальных расстройств у женщин с дисгормональными заболеваниями молочной железы / Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – №1(13). – С. 62-64

36 Татарчук Т.Ф., Венцовская И.Б., Ефименко О.А. Гиперпролактинемия в практике врача-гинеколога // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 5 – (209). 9-11

37 Уварова Е.В., Болдырева Н.В. Возможности негормональной коррекции уровня пролактина на фоне гормональной контрацепции у сексуально- активных молодых женщин // Рус. мед. журн. – 2007. – №15 (1). – С. 1-7

38 Фадеев В.В. Эутиреоидный зоб: патогенез, диагностика, лечение // Клиническая тиреодология. – 2003. – Т. 1. №1. – С. 1-21

39 Хайленко В.А., Легкое А.А., Бурдина Л.М. и др. Дисплазия молочной железы (фиброзно-кистозная болезнь): Методическое пособие для врачей. – М., 1999

40 Хасанов Р.Ш., Гилязутдинов И.А., Мастопатия. Руководство для врачей. – Казань, 2006

41 Aceves C., Anguiano B., Delgado G. Is iodine a gatekeeper of the integrity of the mammary gland? J. Mammary Gland Biol. Neoplasia 2005. 10. 189-196

42 Kaluzny M., Bolanowsky M. Hyperprolactinemia: etiology, clinical symptoms and therapy. Postepy Hig Med Dosw 2005. 59. 20-7

43 Somer M, Lubirsky J, Perdue C. e. a. Thyroid stimulating hormone (TSN) concentrations and menopausal status is the mid –life (SWAN // Clin. Endocrinol. 2003. -58. P. 340-347

44 Hollowell L.G., Staehling N.W., Flanders W.D. e.a. Serum TSN, T4 and thyroid antibodies in the US population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Fxamin Survey (NHANES) // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2002 – 87. P. 489-499

45 Wuttke W, Jarry H, Becker T et al. Phytoestrogens: endocrine disrupters or replacements for hormone replacement therapy? Maturitas, 2003

46 Seidlova-Wuttke D, Jarry H, Becker T, et al. Pharmacology of Cimicifugacemosa extract BNO 1055 in rats: bone, fat and uterus. Maturitas 2003. -44. 9-20

47 Sinha YN. Structural variants of prolactine: occurrence and physiological significance. Endocr Rev 1995. 16. 354-69

48 Cann S.A., van Netten J.P., van Netten C. Hypothesis: iodine, selenium and the development of breast cancer. Cancer Causes Control. 2000. 11. 121-127

49 Giustarini E., Pinchera A., Fierabracci P. et al. Thyroid autoimmunity in patients with malignant and benign breast diseases before surgery. Eur. J. Endocrinol. 2006. 154. 645-649

50 Ozanne E.M., Klemp J.R., Esserman L.J. Breast cancer risk assessment and prevention: a framework for shared decision-making consultations. Breast J. 2006. 12. 103-113

51 Spinou N., Terzis G., Crysanthopoulou A. et al. Increased frequency of thyroid nodules and breast fibroadenomas in women with uterine fibroids. Thyroid. 2007. 17. 1257-1259

#### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**М.Ж. ЕСПЕНБЕТОВА, Ж.К. ЗАМАНБЕКОВА,  
О.А. ЮРКОВСКАЯ, Ж.М. ЖУМАНБАЕВА,  
А.М. ДОСБАЕВА**

*Семей қаласының Мемлекеттік  
Медицина Университеті*

**ТИІМДІ ФИТОТЕРАПИЯ БАС ӘЙЕЛДЕРДІҢ СҮТ-  
ТІҢ БЕЗІНІҢ ДИСГОРМОНАЛДЫҚ АУРУҒА ШАЛДЫ-  
ҒУЛАРЫМЕН БАС РЕЦ ТИРЕОИД ПАТАЛОГИЯНЫҢ**

**Зерттеу мақсаты:** Репродуктивті және климактериялық кезеңдегі әйелдерде сүт бездің дисгормональды аурулары (СБДА) және қалқанша бездің біріккен аурулары кезіндегі фитотерапияның әсерлігін зерттеу.

**Зерттеу әдістерімен материалдары:** Зерттеуде 134 әйел адам болды, олардың жас аралығы 25-тен 55 жас аралығында болды. Олар III-топқа бөлінген. I топ 25-35 жас аралығындағы СБДА және диффузды жемсау II дәреже диагнозымен, ал II топта 35-45 жас аралығында олар йод-баланс 200 және Мастодинон қабылдаған әйелдер, СБДА және созылмалы аутоиммунды тиреоидит диагнозымен олар эутирокс және Мастодинон қабылдады. III жас ерекшелігіне байланысты топтағылардың жас аралықтары 46-52 жас (климактериялық кезең), СБДА, субклиникалық гипотиреоз және гипотиреоз. Олардың барлығы эутирокс, Мастодинон, Климадинон қабылдады.

**Алынған нәтижелер:** I-топта ВАШ бойынша мастодиния орташа көрсеткіші  $5,4 \pm 1,1$  ем алғанға дейін болса, емнен кейінгі нәтиже  $1,5 \pm 0,3$ -ке дейін төмендеді. II топта ем қабылдағаннан кейін тропты гормондар пролактин  $396,3 \pm 27,5$ -ке дейін төмендесе, ТТГ  $2,6 \pm 0,2$ , бос тироксин  $19,0 \pm 1,3$  дейін жоғарылады. Мастодиния емге дейін  $7,4 \pm 1,1$ , емнен кейін  $3,3 \pm 0,82$  мөлшерінде есеге дейін азайды.

III топтағы климактериялық синдромы бар әйелдерде Купперман индексі біршама төмендеді: онда ем қабылдағанға дейін  $23,2 \pm 1,9$  болса, емнен кейін  $7,1 \pm 0,9$  болды, сонымен қатар негізгі топта 3-ай бойы ем қабылдағандарда гонадотропты гормондардың концентрациясы, эстрадиол біршама төмендеді, тиреотропты гормон  $4,9 \pm 1,1$  ден  $1,8 \pm 0,6$  ке төмендеді, ал бақылау тобында барлық тропты гормондар жоғары деңгейде болды. Мастодиния қабылдағанға дейін оның мөлшері  $6,2 \pm 0,9$  болса ем қабылдағаннан кейін 2 есеге дейін  $2,8 \pm 0,8$  төмендеді.

Бұл зерттеуде қалқанша без және СБДА кезінде әйелдерде Климадинон және Мастодинонның жоғары әсерлі екендігін көрсетті.

#### S U M M A R Y

**M.Zh. ESPENBETOVA, Zh.K. ZAMANBEKOVA,  
O.A. UROVSKAYA, Zh.M. ZHUMANBAEVA,  
A.M. DOSBAEVA**

*Semey State Medical University*

**RATIONAL PHYTOTHERAPY OF WOMEN WITH FIBROCYSTIC MASTOPATHY AND TIREOID DISFUNCTION**

Studying of efficiency of herbal medicine at a combination of a pathology of a thyroid gland and dishormonal mammary gland diseases (DMGD) at women of the reproductive and climacteric periods was an objective of this research.

**Materials and methods:** under supervision there were 134 women at the age from 25 till 55 years which have been distributed on three groups: I age group – 25-35 years, with diagnosis DMGD, a diffuse crawl of II item, euthyroz which received iodine-balance 200 and Mastodynon; II age group – 35-45 years, with diagnosis DMGD, chronic autoimmune thyroidite which received euthyrox; III age group – 46-52 years (the climacteric period), with diagnosis DMGD, subclinical hypothyroidizm, hypothyroidizm which received euthyrox, Mastodynon and Klimadynon.

**The received results:** in the first group the average index mastodiny on a visually-analogue scale has made  $5,4 \pm 1,1$  a point before treatment, after treatment has decreased to  $1,5 \pm 0,3$ . According to ultrasonic, disappearance cyst it was not observed, their some reduction in size however took place. In the second group after the spent treatment hormones of gypofise have decreased: prolactin to  $396,3 \pm 27,5$ , thyreotropine to  $2,6 \pm 0,2$ ; has raised free thyroxine to  $19,0 \pm 1,3$ . Mastodiny before treatment corresponded  $7,4 \pm 1,1$ , after treatment has decreased more than in 2 times (to  $3,3 \pm 0,8$ ).

In the third age group high efficiency of treatment of a climacteric syndrome to what authentic decrease in index of Kupperman testifies is received, and also concentration decrease gonadotropin, estradiole in the basic group in 3 months is revealed, thyreotropine has authentically decreased from  $4,9 \pm 1,1$  to  $1,8 \pm 0,6$ , and in control group all hormones of gypofise remained high. Also considerable recourse of a painful syndrome and consolidation in a mammary gland was

marked. Mastodyny before treatment corresponded  $6,2 \pm 0,9$ , after treatment has decreased almost in 2 times (to  $2,8 \pm 0,8$ ). By results of ultrasonic and mammography against spent complex treatment positive dynamics – disappearance cyst with the initial sizes to 3 mm was marked.

The given research confirms high efficiency of combined application at a Mastodynon and Klimadynon combination of pathology DMGD and a thyroid gland.

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

УДК 616.127-089.168:617-089.5

О.А. ЛОСКУТОВ

Киевская городская клиническая больница «Киевский городской центр сердца», г. Киев, Украина

### ДИНАМИКА КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

В работе рассматривается влияние севофлурана и пропофола на послеоперационную динамику миокардиальной фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК) и Тропонина I (ТnI) у пациентов, прооперированных по поводу аорто-коронарного шунтирования.

Группа исследования включала 54 пациента с ишемической болезнью сердца. Все обследованные были разделены на две группы: в I группе для анестезии использовался пропофол, во II – севофлуран.

Через 12 ч. после операции, в группе с использованием пропофола, показатели МВ-КФК повышались в среднем на  $45,9 \pm 3,2\%$  от исходных значений, что было в 1,4 раза выше по сравнению с аналогичными показателями в группе, где использовался севофлуран.

Значения ТnI в группе с применением севофлурана в среднем на  $29,6 \pm 2,7\%$  были меньше относительно соответствующих значений этого фермента в группе пациентов, прооперированных в условиях пропофоловой анестезии.

Данное исследование позволяет сделать вывод, что использование в схеме анестезии севофлурана позволяет обеспечить более значимый кардиопротекционный эффект, по сравнению с внутривенной анестезией пропофолом, и может обеспечить дополнительные условия в профилактике миокардиальной дисфункции и противоишемическую защиту миокарда, что подтверждается динамикой исследованных кардиоспецифических ферментов.

**Ключевые слова:** анестезия, ишемическая болезнь сердца, севофлуран, пропофол, кардиопротекция.

**В** структуре заболеваемости населения Украины количество больных, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), к 2012 году достигло 6 262 351 человек [1]. При этом за последние годы отмечается рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, которая в 2011 году достигла 66,3% [2]. А количество умерших от ИБС к концу 2011 года составляло 298 674 человека [3]. Данный показатель является одним из самых высоких в мире.

По данным Американской Ассоциации Сердца, в США ишемическая болезнь сердца выявлена у более чем семи миллионов человек [4], а около 28% пациентов, поступающих на оперативное лечение в стационары общего профиля, имеют кардиальные факторы риска [4]. Ежегодно в этой стране острый инфаркт миокарда (ИМ) случается у 1,5 млн. человек и для 1/3 из них он заканчивается фатально [5].

Высокая частота инвалидизации при ИБС, а также сложности в лечении и реабилитации пациентов с ишемией миокарда приводят к огромным экономическим убыткам. В соответствии с данными Roger V.L. и соавт. (2011 г.), стоимость только первичной госпитализации по поводу ИМ колеблется в различных странах от 1,605 до 9,196 доллара США [4].

В связи с этим решение данной проблемы является одной из важнейших задач современной медицинской науки.

В настоящее время существует несколько путей в лечении ИБС: медикаментозная терапия, эфферентные методы терапии и хирургическое лечение, которое включает в себя баллонную дилатацию, стентирование коронарных артерий и операции аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Наиболее эффективной и долговременной (в плане положительных отсроченных результатов) среди данных методик является АКШ [1, 4]. На сегодняшний день в Украине проводится около 394 кардиохирургических операций на 1 млн населения, что на конец 2011 г. составило 17 997 оперативных вмешательств (при потребности около 35 тыс.) [1].

Проведение кардиохирургических операций у подобного контингента больных предполагает создание оптимальных условий для адекватного функционирования системной гемодинамики и поддержания функциональной способности миокарда на уровне, когда внешняя работа сердца по перекачиванию крови не превышает резервы коронарного кровотока.

Однако, несмотря на усовершенствование методик регуляции основных жизненно важных функций организма, при низких показателях госпитальной летальности (0,4-2,4%) [1], масштабы осложнений во время кардиохирургических операций у пациентов ИБС остаются значительными. Так, по данным научных исследований, постоперационные нарушения гемодинамики при опера-