



УКРАЇНА

(19) UA (11) 29887 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/42
A61K 35/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИБОРУ ПРОФІЛАКТИКИ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ЖІНОК ПІСЛЯ САМОВІЛЬНОГО АБОРТУ В ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

1

(21) u200712186

(22) 05.11.2007

(24) 25.01.2008

(72) ЧАЙКА ВОЛОДИМИР КИРИЛОВИЧ, UA,
ЛАСАЧКО СВІТЛАНА АНАТОЛІЇВНА, UA,
КВАШЕНКО ВАЛЕНТИНА ПАВЛІВНА, UA

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, UA

(56)

(57) 1. Спосіб вибору профілактики дисгормональних захворювань молочних залоз у жінок після самовільного абортів в першому триместрі вагітності шляхом збору анамнезу, обстеження пацієнтки та вибору гормональної контрацепції в перші три доби після самовільного абортів, який **відрізняється** тим, що додатково в перші три доби після самовільного абортів пацієнтці проводять клінічне обстеження молочних залоз і в разі, коли в анамнезі пацієнтки до вагітності була діагностована гіперпролактинемія або одразу після самовільного абортів виявляють біль, нагрудання молочних залоз, виділення із сосків молока або молозива, не пізніше першого тижня після самовільного абортів їй призначають прийом дофамінергічного препарату пролонгованої дії по півтаблетки на день протягом 4 днів, а далі по 1 таблетці двічі на тиждень протягом щонайменше 6 місяців під контролем рівня пролактину, якщо в анамнезі пацієнтки до вагітності відсутня гіперпролактинемія, то через 2 місяці після самовільного абортів додатково перевіряють рівень пролактину в сироватці її крові та знову проводять клінічне обстеження молочних залоз і в разі, коли в цей термін не діагностують

2

гіперпролактинемію, а виявляють біль, нагрудання молочних залоз, виділення із сосків молока або молозива, призначають прийом дофамінергічного препарату пролонгованої дії по півтаблетки двічі на тиждень впродовж 3 умовних циклів по 28 днів кожний, в разі, коли у пацієнтки через 2 місяці після самовільного абортів вперше діагностують гіперпролактинемію, то незалежно від наявності чи відсутності болю, нагрудання молочних залоз та виділень із сосків їй призначають прийом дофамінергічного препарату пролонгованої дії по 1 таблетці двічі на тиждень протягом щонайменше 6 місяців під контролем рівня пролактину, якщо у пацієнтки відсутні гіперпролактинемія, біль, нагрудання молочних залоз, виділення із сосків молока або молозива, призначають прийом усередину фітотерапевтичного препарату зі слабким дофамінергічним впливом по 30 крапель двічі на добу впродовж 3 місяців безперервно та одноразове щоденне нанесення на кожну молочну залозу по 2,5 г 1 %-ного трансдермального гелю з мікронізованим прогестероном.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як дофамінергічний препарат пролонгованої дії призначають переважно препарат "Достинекс".

3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як фітотерапевтичний препарат зі слабким дофамінергічним впливом призначають препарат, вибраний з ряду: "Мастодинон", "Циклодинон", "Мулімен", "Вітокан".

4. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як 1 %-ний трансдермальний гель з мікронізованим прогестероном призначають переважно препарат "Прожестожель".

Корисна модель належить до медицини, точніше, до гінекології, і може бути використана в профілактиці дисгормональних порушень з боку молочних залоз (МЗ) після самовільного абортів (СА) в першому триместрі у жінок.

Частота невиношування вагітності коливається від 10 до 25% до кількості вагітностей та не має тенденції до зниження. Самовільне

переривання вагітності негативно впливає як на психологічний, так і на гормональний баланс в організмі жінки на тлі порушень, що призвели до викидня, та високого рівня стресу. Після СА як одразу, так і через деякий час виникають дисгормональні порушення, що мають негативний вплив на стан молочних залоз (МЗ), зокрема, призводять до розвитку таких дисгормональних

(19) UA (11) 29887 (13) U

захворювань (ДЗ) МЗ, як дисплазії (мастопатії), мастодинія, галакторея, кісти та ін. В свою чергу, такі захворювання підвищують ризик злоякісних новоутворень, зокрема, раку МЗ. У жінок, що мають СА в анамнезі, ДЗ МЗ зустрічаються частіше в 2-3 рази, а рак МЗ - в 1,7 разу. В наш час більшість заходів щодо реабілітації таких жінок цілеспрямовані на пошук чинників викидня, їх лікування та планування наступної вагітності, але ще недостатньо уваги приділяється проблемі корегування гормональних порушень з метою профілактики ДЗ МЗ. Заходи, проведені саме в період після викидня, мають позитивний вплив на стан МЗ на довгі місяці та роки, а в подальшому, після успішного завершення наступної вагітності, сприяють максимальній реалізації лактації, що має неocenний вплив на здоров'я матері та дитини.

Відомий обраний за прототип спосіб вибору профілактики ДЗ МЗ у жінок після СА в першому триместрі вагітності [Післяпологове та післяабортне планування сім'ї / Навчальний посібник, рекомендований МОЗ України. - Київ, 2007. - С.83-85], за яким в перші три доби після СА проводять збір анамнезу, обстеження пацієнтки та вибирають гормональну контрацепцію (ГК) для пацієнтки: комбіновані оральні контрацептиви, трансдермальну систему, вагінальне кільце, протизаплідні таблетки прогестогенового ряду.

Недоліком відомого способу-прототипу вибору профілактики ДЗ МЗ у жінок після СА в першому триместрі вагітності є низька точність вибору через недостатнє урахування реакцій з боку МЗ на гормональні розлади в організмі після СА. Тому профілактичні заходи щодо розвитку ДЗ МЗ у жінок після СА, обрані за відомим способом, малоефективні: запобігають ДЗ МЗ лише в 32,5% випадків.

В основу корисної моделі поставлено задачу в спосіб вибору профілактики ДЗ МЗ у жінок після СА в першому триместрі вагітності шляхом розширення діагностичних досліджень гормональних змін в організмі жінки після СА та реакції її МЗ на ці зміни забезпечити підвищення точності вибору комплексу профілактичних заходів, спрямованих на досягнення природного балансу гормонів в організмі пацієнтки. При цьому ефективність профілактики гормональних порушень після СА порівняно з прототипом підвищується з 32,5% до 85,0%. Запропонований спосіб є безпечним для організму, простим у виконанні, економічно доступним для використання в гінекологічній практиці.

Поставлена задача вирішується тим, що заявлено спосіб вибору профілактики ДЗ МЗ у жінок після СА в першому триместрі вагітності шляхом збору анамнезу, обстеження пацієнтки та вибору ГК в перші три доби після СА.

Новим у способі є те, що додатково в перші три доби після СА пацієнтці проводять клінічне обстеження МЗ і в разі, коли в анамнезі пацієнтки до вагітності була діагностована гіперпролактинемія (ГПрл) або одразу після СА виявляють біль, нагрубання МЗ, виділення із сосків молока або молозива, не пізніше першого тижня після СА їй призначають прийом

дофамінергічного препарату пролонгованої дії по півтаблетки на день протягом 4 днів, а далі по 1 таблетці двічі на тиждень протягом щонайменше 6 місяців під контролем рівня пролактину (ПРЛ), якщо в анамнезі пацієнтки до вагітності відсутня ГПрл, то через 2 місяці після СА додатково перевіряють рівень ПРЛ в сироватці її крові та знову проводять клінічне обстеження МЗ і в разі, коли в цей термін не діагностують ГПрл, а виявляють біль, нагрубання МЗ, виділення із сосків молока або молозива, призначають прийом дофамінергічного препарату пролонгованої дії по півтаблетки двічі на тиждень впродовж 3 умовних циклів по 28 днів кожний, в разі, коли у пацієнтки через 2 місяці після СА вперше діагностують ГПрл, то незалежно від наявності чи відсутності болю, нагрубання МЗ та виділень із сосків їй призначають прийом дофамінергічного препарату пролонгованої дії по 1 таблетці двічі на тиждень протягом щонайменше 6 місяців під контролем рівня ПРЛ, якщо у пацієнтки відсутні ГПрл, біль, нагрубання МЗ, виділення із сосків молока або молозива, призначають прийом усередину фітотерапевтичного препарату зі слабким дофамінергічним впливом по 30 крапель двічі на добу впродовж 3 місяців безперервно та одноразове щоденне нанесення на кожну МЗ по 2,5г 1%-ного трансдермального гелю з мікронізованим прогестероном.

Відмінністю заявленого способу є ще те, що в якості дофамінергічного препарату пролонгованої дії призначають переважно препарат "Достинекс".

Новим в заявленому способі є також те, що в якості фітотерапевтичного препарату зі слабким дофамінергічним впливом призначають препарат, вибраний з ряду: "Мастодинон", "Циклодинон", "Мулімен", "Вітокан".

Ще однією відмінністю заявленого способу є те, що в якості 1%-ного трансдермального гелю з мікронізованим прогестероном призначають переважно препарат "Прожестожель".

Між сукупністю суттєвих ознак корисної моделі й технічним результатом, якого можна досягти при її реалізації, існує причино-наслідковий зв'язок.

Перед жінками, що перебувають в стані психологічного стресу після СА, найбільш гостро стоїть проблема реабілітації репродуктивної функції в подальшому. Задля можливості її збереження дуже важливою є профілактика як безпосередніх ускладнень після викидня, так і дисгормональних порушень з боку органів репродуктивної системи. В доступній літературі, втому числі і в прототипі, з цього приводу багато уваги приділяється ГК як способу профілактики ДЗ МЗ та збереження репродуктивної функції до закінчення періоду пошуку та лікування чинників викидня. Але в жодній профілактичній схемі не приділяється уваги стану МЗ у цих жінок. Між тим, є дані, що підтверджують негативний вплив СА як безпосередньо на стан здоров'я МЗ, ризик виникнення пухлин та ДЗ МЗ, так і на негативний вплив попередніх СА на стан лактації після вдалої реабілітації репродуктивної функції та завершення наступної вагітності пологами та народженням дитини [Квашенко В. П., Шаталова М. В. К вопросу

о факторах риска развития гипогалактии у женщин с ФПН и привычным невынашиванием // Медико-социальные проблемы семьи. - 2004. - Т.9, №3 - С.125-9]. Після СА посилюються не тільки гормональна дисфункція, але і мікроциркуляційні процеси в МЗ. Ці порушення є наслідком як проліферативних змін в паренхімі МЗ під час вагітності, що перервалася, так і гормональної дисфункції яєчників на тлі ендокринних та інших чинників СА. Вагітність, а в подальшому стрес, пов'язаний з її втратою, призводять до вираженого порушення гормонального балансу на всіх рівнях гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи (ГГЯС), включно стероїдогенез в яєчниках і секрецію пролактину (ПРЛ) в гіпофізі. Стан МЗ після СА обумовлений, в основному, особливостями функції яєчників та рівнем ПРЛ.

Тому для корегування гормональної дисфункції ГГЯС, що є однією з причин ДЗ МЗ, як за відомим способом-прототипом, так і за заявленим способом застосовують ГК, прийом яких починають в перші три доби після СА за умови виключення протипоказань.

Причиною недоліків відомого способу вибору профілактики ДЗ МЗ у жінок після СА в першому триместрі вагітності є вибір лише ГК (урахування порушень лише ГГЯС), яка, безумовно, позитивно впливає на гормональний баланс та стан МЗ, але за відомим способом не пропонують методів профілактичного захисту МЗ після СА за умов наявності протипоказань до деяких ГК, не враховують рівень ПРЛ та клінічну симптоматику з боку МЗ. Адже використання комбінованих естроген - гестагенних ГК протипоказане при ГПрл та може спровокувати її появу або підтримати ГПрл, що виникла як функціональний стан після СА. Відсутність схем, що враховували б ці фактори, призводить до появи таких небажаних ДЗ МЗ, як галакторея, мастодинія.

За способом, що заявляється, запропоновано нове рішення проблеми вибору профілактики ДЗ МЗ у жінок після СА в першому триместрі вагітності шляхом розширення діагностичних досліджень гормональних змін в організмі жінки після СА (перевірка рівня ПРЛ) та реакції її МЗ на ці зміни (клінічне дослідження МЗ для виявлення болю та нагрудання МЗ, виділення із сосків молока або молозива) та в залежності від результатів досліджень вибору нового комплексу профілактичних заходів. Тому за способом, що заявляється, щодо пацієнток, у яких до СА виявлено ГПрл, або перевірка після СА рівня ПРЛ підтвердила її наявність, чи клінічний огляд стану МЗ виявив біль та нагрудання МЗ, виділення із сосків молока або молозива, і пацієнток без ГПрл, болю та нагрудання МЗ, виділень із сосків після СА незалежно від методу контрацепції, за результатами цих досліджень вибирають профілактичні заходи ДЗ МЗ, які включають прийом дофамінергічних препаратів, фітопрепаратів з дофамінергічним впливом та трансдермальний 1%-ний гель з мікронізованим прогестероном за схемою, наведеною в Табл. 1.

Схема вибору профілактики ДЗ МЗ у жінок після СА в першому триместрі вагітності

Дані анамнезу	ГПрл +	ГПрл -
Дані перевірки рівня ПРЛ через 2міс. після СА		ГПрл -
Клінічне обстеження МЗ: біль та нагрудання, виділення молока або молозива	±	+
Вибір лікування	„Достинекс”, по півтабл. на день, 4 дні; далі по 1табл. двічі на тиж., ≥ 6 міс. (контр. ПРЛ)	„Достинекс”, по півтабл. двічі на тиж., 3 цикли по 28 днів

Суттєвою ознакою корисної моделі є вибір для профілактики ДЗ МЗ дофамінергічних препаратів, які нормалізують рівень ПРЛ в організмі жінки, що перенесла СА. Перевагу за способом, що заявляється, надають саме препарату „Достинекс” (Pfizer Inc. США), який має пролонговану дію та мінімальну кількість побічних реакцій. „Достинекс” включає дофамінергічну ерголінову сполуку з виразним і довготривалим пролактинзнижувачим ефектом. Препарат інгібує секрецію ПРЛ шляхом прямого стимулювання D₂-дофамінових рецепторів лактотрофних клітин гіпофізу [Бондаренко Л. И., Иващенко Е. В. Достинекс: консервативное лечение пролактином гипофиза. Здоровье женщины. - 2005. - Т.21, №1 - С.121-6]. В разі відсутності ГПрл, болю та нагрудання МЗ, виділення молока або молозива вибирають з метою профілактики ДЗ МЗ після СА фітопрепарат зі слабким дофамінергічним впливом: „Мастодинон”, „Циклодинон” (Біонорика, ФРН), „Мулімен” (Хеель, ФРН), „Вітокан” (Луганський хімфармзавод, Україна). Для цієї категорії пацієнток вибирають також профілактичний захід - місцеве нанесення на кожну МЗ 1%-ного трансдермального гелю з мікронізованим прогестероном, переважно „Прожестожель” (“Безен Інтернасьональ”, Франція). Гель, що містить 1% прогестерону, при трансдермальному застосуванні знижує проникність капілярів та інтенсивність циклічного набряку в з'єднувальнотканинній стромі МЗ, а також запобігає проліферації і мітотичній активності епітелію протоків.

Суттєвими ознаками способу, що заявляється, є також дози та режими застосування препаратів, які встановлені дослідним шляхом. Контроль рівня ПРЛ необхідно проводити для корекції профілактичної схеми в динаміці.

Розширення гормональних та клінічних діагностичних досліджень, вибір комплексу ефективних та безпечних препаратів, вибір доз та режимів їх застосування відповідно до результатів досліджень призводить до того, що ефективність профілактики МЗ після СА, вибраної за способом, що заявляється, підвищується з 32,5% до 85,0%.

Для доведення ефективності способу, що заявляється, було обстежено 80 жінок після СА в першому триместрі вагітності. Таблиця 1

перебували у віці від 22 до 39 років. З них сформували дві групи по 40 пацієнток. Обидві групи були співставимі за діагнозами та віком. В групі I використовували вибір профілактики ДЗ МЗ за способом, що заявляється, а в групі II - за способом-прототипом. Обстеження жінок проводили одразу після викидня, через 2, 6 та 12 місяців після СА.

Клінічний стан МЗ (біль та нагубання, виділення молока або молозива) та ступінь вираженості дисгормональних порушень МЗ оцінювали за відомою шкалою Л. Н. Сидоренко [Л. Н. Сидоренко. Мастопатия: психосоматические аспекты. - Л.: Медицина, 1991. - С.264] шляхом огляду та пальпації. Для оцінки ступеня вираженості проявів мастодинії використовували відому візуально-аналогову шкалу (ВАШ) [Балашова О. И., Антоновская Я. В. Опыт применения препарата фарестон в комплексном лечении дисгормональных гиперплазии молочной железы у женщин с сохраненной менструально-овариальной функцией // Онкология. - 2004. - Т.6, №3. - с.189-92].

Ультразвукове дослідження (УЗД) - сканування МЗ виконували на апараті "Siemens" (ФРН) з використанням сірої шкали та лінійного датчика з частотою 10МГц у відповідності до загально прийнятої методики до 10 дня після СА з 7 по 14 день умовного менструального циклу на тлі прийому ГК. Ехоознаками дизгормональних порушень МЗ були гіпертрофія стромы, розширення та деформація молочних протоків, неоднорідність структури МЗ, наявність кістозних включень та ін. За допомогою ехосканування проводили контроль стану МЗ в динаміці.

Також виконували контактну термомамографію (КТМ) - дослідження МЗ на термографі контактному цифровому ТКЦ-1 (Донецьк, свідоцтво про державну реєстрацію №6544/2007). При цьому оцінювали загальний рівень інфрачервоного випромінювання, співпадіння з ділянками локалізації найбільшого болю, наявність термоасиметрій.

В разі наявності виділень із сосків здійснювали їх цитологічне дослідження.

Оцінку рівня ПРЛ в сироватці крові проводили за імуноферментним методом з використанням стандартних наборів фірми UBI MAGIWEL та Clone Systems (США). За інструкціями фірм-виробників наборів норма концентрації ПРЛ в сироватці крові складає 67,0-726,0МЕ/л.

Результати гормональних досліджень занесені в Табл. 2. Зміни рівнів ПРЛ, виявлені у підслідних жінок і наведені в Табл. 2, свідчать про коливання гормональної активності після СА. У жінок I групи через 6 місяців після СА і в подальшому періоді нагляд за їх здоров'ям спостерігалось відновлення показників гормонального профілю до рівня, характерного для їхніх здорових ровесниць. У жінок групи II відзначали суттєве підвищення рівня ПРЛ, що зберігалось до одного року після СА.

Динаміка зміни вмісту ПРЛ в сироватці крові пацієнток I

	Норма	Через 2міс.		Через 6міс.	
		I	II	I	II
ПРЛ, МЕ/л	67,0-726,0	844,5±43,3	212,4±13,8	765,1±34,1	212,4±13,8

За результатами клінічного, цитологічного обстеження, КТМ та УЗД МЗ через 1 рік після СА відсутні ДЗ МЗ у 34 (85%) пацієнток I групи та у 13 (32,5%) пацієнток II групи. Натомість у 6 (15%) пацієнток I групи виявили ДЗ МЗ: у 5 мастодинія та у 1 дисплазія, і у 27 (67,5%) пацієнток II групи: дисплазія МЗ у 8, мастодинія у 15, галакторея у 4.

Таким чином, частота ДЗ МЗ в I групі жінок, де застосовували спосіб вибору профілактики за заявленим способом, знизилась на 85,0%, а в II групі жінок, щодо яких використовували схему за відомим способом-прототипом, знизилась на 32,5%.

Спосіб вибору профілактики ДЗ МЗ у жінок після СА в першому триместрі вагітності, що заявляється, реалізують наступним чином.

В перші три доби після СА виконують збір анамнезу, обстеження для вибору ГК. За умови виключення протипоказань прийом вибраних ГК починають в перші три доби після СА: комбіновані оральні контрацептиви, трансдермальну систему, вагінальне кільце, протизаплідні таблетки прогестогенового ряду. В перші три доби після СА пацієнтці проводять клінічне обстеження МЗ (пальпація, УЗД, КТМ).

Якщо в анамнезі пацієнтки до вагітності була діагностована ГПРЛ або одразу після СА виявляють біль, нагубання МЗ, виділення із сосків молока або молозива, не пізніше першого тижня після СА їй призначають прийом дофамінергічного препарату пролонгованої дії, переважно „Достинексу”, по півтаблетки на день протягом 4 днів, а далі по 1 таблетці двічі на тиждень протягом щонайменше 6 місяців під контролем рівня ПРЛ.

Пацієнтці, у якої в анамнезі відсутня ГПРЛ, через 2 місяці після СА додатково перевіряють рівень ПРЛ в сироватці її крові та проводять клінічне обстеження МЗ. Якщо у пацієнтки в цей термін не діагностують ГПРЛ, а виявляють біль, нагубання МЗ, виділення із сосків молока або молозива, то їй призначають прийом дофамінергічного препарату пролонгованої дії, переважно „Достинексу”, по півтаблетки двічі на тиждень впродовж 3 умовних циклів по 28 днів кожний.

Пацієнтці, в якої через 2 місяці після СА вперше діагностують ГПРЛ, незалежно від наявності чи відсутності болю, нагубання МЗ та виділень із сосків призначають прийом дофамінергічного препарату „Достинекс” по 1 таблетці двічі на тиждень протягом щонайменше 6 місяців під контролем рівня ПРЛ.

Пацієнтці, в якої після СА відсутні ГПРЛ, біль, нагубання МЗ, виділення із сосків молока або молозива, призначають прийом усередину фітотерапевтичного препарату зі слабким дофамінергічним впливом по 30 крапель двічі на добу впродовж 3 місяців безперервно.

Призначають один із фітопрепаратів: „Мастодинон”, „Циклодинон”, „Мулімен” чи „Вітокан”. Цим же пацієнткам призначають також одноразове щоденне нанесення на кожну МЗ по 2,5г 1%-ного трансдермального гелю з мікронізованим прогестероном, переважно „Прожестожель”.

Приклади виконання способу вибору профілактики дисгормональних захворювань МЗ після СА в першому триместрі, що заявляється.

Приклад 1. Хвора С, 30 років, поступила в гінекологічну клініку після СА третьої вагітності в терміні 6 тижнів. Із анамнезу: перша вагітність була 7 років тому, пологи нормальні, грудне вигодовування дитини протягом 4 місяців. Другу вагітність перервали медичним абортom рік тому. Соматичних захворювань та коагулопатії не було. В анамнезі дані про підвищення рівня ПРЛ відсутні. Під час клінічного огляду МЗ в перші три доби після СА зафіксовано скарги пацієнтки на біль та нагубання МЗ, відзначали помірний набряк, виділення із сосків в помірній кількості (декілька крапель) молозивного характеру. На третю добу після СА призначили ГК - препарат „Логест” за контрацептивною схемою. З метою профілактики ДЗ МЗ за способом, що заявляється, хворій С призначили прийом дофамінергічного препарату пролонгованої дії „Достинекс” по півтаблетки на день протягом 4 днів. Надалі продовжили прийом „Достинексу” по 1 таблетці двічі на тиждень протягом 6 місяців. Під контролем рівня ПРЛ (Табл. 3) дозу „Достинексу” поступово знижували. Використання „Достинексу” припинили через 6 місяців, а прийом „Логесту” продовжили з метою контрацепції. Дані результатів досліджень рівня ПРЛ хворої С. занесені до Табл. 3.

Динаміка зміни вмісту ПРЛ в сироватці крові пацієнтки С.

	Норма	Анамнез	Через 2 міс.	Через 6 міс.	Через 1 рік
ПРЛ, МЕ/л	67,0-726,0	норма	60,0	198,0	306,0

З Табл. 3 видно, що рівень ПРЛ в пацієнтки С. був чітко контрольованим протягом застосування профілактичних заходів. Через 2 місяці після СА він був дещо зниженим, а далі залишався в рамках норми до кінця першого року спостереження.

Стан МЗ хворої С. встановили одразу після СА, через 2 місяці, через 6 місяців та через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої С занесені до Табл. 4.

Динаміка зміни стану МЗ пацієнтки С. після СА та профілактики ДЗ МЗ

Характеристики стану МЗ	Через 2 міс.	Через 6 міс.	Через 1 рік
Скарги на біль та нагубання МЗ	+	-	-
Нагубання за даними пальпації	+	-	-

Виділення із сосків	++
Середня температура шкіри МЗ за даними КТМ	36,58
Структура змішана	+
Міждолькові проміжки розширені, ущільнені	+
Протоки розширені, звивисті	++
Окремі протоки в субареоллярній зоні розширені до 5-6мм	+
Загальна ехогенність паренхіми знижена	+
Виразна нерівномірність паренхіми за рахунок осередків гіперплазії залозистої тканини	-
Виразні фіброзні зміни в усіх відділах	-

Як видно з Табл. 4, вже через 2 місяці після початку виконання заходів профілактики за способом, що заявляється, скарг на біль та нагубання МЗ у хворої С. не було. Через півроку відбулось поліпшення всіх показників стану МЗ у хворої С. і воно зберігалось до кінця першого року спостереження.

Приклад 2. Хвора Л, 33 років, поступила в гінекологічну клініку після СА третьої вагітності в терміні 4-х тижнів. Із анамнезу: перші дві вагітності 15 та 10 років тому перервали медичні аборти. Протягом останніх 5 років бажана вагітність не наступала, відзначали підвищення рівня ПРЛ. Обстеження головного мозку (магнітно-резонансна томографія), огляд окуліста та невролога патології не виявили. Протягом 6 місяців хвора Л. приймала ліки („Бромокриптин”, „Жанін”) для корегування гормонального фону. Після відміни лікування пацієнтка Л. завагітніла в четвертому менструальному циклі. Але вагітність перервалась СА на 4-му тижні. Соматичних захворювань та коагулопатії не було. Під час огляду в перші три доби після СА пацієнтка скаржилась на біль, суттєве нагубання та набряк МЗ, виділення із сосків молозивного характеру у великій кількості. В першу добу після СА пацієнтці Л. призначили прийом „Достинексу” по півтаблетки на день протягом 4 днів. Далі прийом „Достинексу” продовжили по 1 таблетці двічі на тиждень впродовж 6 місяців під контролем рівня ПРЛ. З другого дня після СА призначили ГК - препарат „Ярина” за контрацептивною схемою. Через 2 та 6 місяців перевірили рівень ПРЛ в сироватці крові. Він був в рамках норми. Прийом „Достинексу” припинили після 6 місяців. Використання „Ярини” продовжено з метою контрацепції. Дані результатів досліджень рівня ПРЛ хворої Л. занесені до Табл. 5.

Динаміка зміни вмісту ПРЛ в сироватці крові

	Норма	Анамнез	Через 2 міс.
ПРЛ, МЕ/л	67,0-726,0	підвищен.	189,0

З Табл. 5 видно, що рівень ПРЛ в пацієнтки Л. був чітко контрольованим протягом застосування профілактичних заходів і залишався в рамках норми до кінця першого року спостереження.

Таблиця 6

З Табл. 7 видно, що рівень ПРЛ в пацієнтки К. після СА та профілактики ДЗ МЗ протягом застосування профілактичних заходів і залишався в рамках

Характеристики стану МЗ	Одразу після СА	Через 2 міс.	Через 6 міс.	Через 1 рік
Скарги на біль та нагубання МЗ	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8
Нагубання за даними пальпації	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8
Виділення із сосків	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8	СА, через 2 місяці, через 6 місяців, через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої К. занесені до Табл. 8
Середня температура шкіри МЗ за даними КТМ	36,80	35,12	34,92	34,97
Структура змішана	+	+	+	+
Міждолькові проміжки розширені, ущільнені	+	+	-	-
Протоки розширені, звивисті	++	Динаміка зміни стану МЗ пацієнтки К. після СА та п		
Окремі протоки в субареоллярній зоні розширені до 5-6мм	++	+	-	-
Загальна ехогенність паренхіми знижена	++	+	-	-
Виразна нерівномірність паренхіми за рахунок осередків гіперплазії залозистої тканини	+	+	-	-
Виразні фіброзні зміни в усіх відділах	+	+	+	+

Стан МЗ хворої Л. встановили одразу після СА, через 2 місяці, через 6 місяців і через 1 рік за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої Л. занесені до Табл. 6.

Як видно з Табл. 6, вже через 2 місяці після початку виконання заходів профілактики за способом, що заявляється, скарг на біль та нагубання МЗ у хворої Л. не було. Через півроку відбулось поліпшення всіх показників стану МЗ у хворої Л. і зберігалось до кінця першого року спостереження.

Приклад 3. Хвора К., 34 років, поступила в гінекологічну клініку після СА третьої вагітності в терміні 6 тижнів. Із анамнезу: перші дві вагітності 5 та 7 років тому перервали медичні аборти. В анамнезі дані про підвищення рівня ПРЛ відсутні. Під час опитування та огляду одразу після СА скарг на біль та нагубання МЗ не було, відсутні нагубання МЗ і виділення із сосків. На третю добу після СА призначили ГК - препарат „Логест” за контрацептивною схемою. Через 2 місяці перевірили рівень ПРЛ, який відповідав нормі. Під час огляду МЗ через 2 місяці хвора К. скаржилась на нагубання МЗ. Відзначали суттєве нагубання та набряк МЗ, виділення із сосків молозивного характеру в помірній кількості. За способом профілактики ДЗ МЗ, що заявляється, призначили дофамінергічний препарат пролонгованої дії „Достинекс” по півтаблетки двічі на тиждень протягом 3 умовних циклів по 28 днів кожний. Прийом ГК „Логест” продовжили з метою контрацепції. Через 6 місяців перевірили рівень ПРЛ в сироватці крові, який був в рамках норми. Дані результатів досліджень рівня ПРЛ хворої К. занесені до Табл. 7.

Динаміка зміни вмісту ПРЛ в сироватці крові пацієнтки К.

	Норма	Анамнез	Через 2 міс.	Через 6 міс.	Через 1 рік
ПРЛ, МЕ/л	67,0-726,0	норма	389,0	110,0	316,0

Як видно з Табл. 8, через 6 місяців після початку виконання заходів профілактики за способом, що заявляється, скарг на біль та нагубання МЗ у хворої К. не було. Поліпились також всі показники стану МЗ у хворої К. Така ж картина зафіксована й через 1 рік спостережень.

Приклад 4. Хвора Г., 24 років, поступила в гінекологічну клініку після СА першої вагітності в терміні 10 тижнів. Із анамнезу: дані про підвищення рівня ПРЛ відсутні. Під час опитування та огляду одразу після СА скарг на біль та нагубання МЗ не було, не відзначали набряків МЗ та виділення із сосків. На третю добу після СА призначили ГК - препарат „Логест” за контрацептивною схемою. Через 2 місяці перевірили рівень ПРЛ: вперше виявили ГПРЛ. Під час огляду МЗ через 2 місяці хвора Г. пред'являла скарги на нагубання МЗ. При огляді в перші три доби після СА відзначали помірне нагубання МЗ, виділення із сосків молозивного характеру в помірній кількості. За способом профілактики ДЗ МЗ, що заявляється, призначили „Достинекс” по 1 таблетці двічі на тиждень протягом 6 місяців під контролем рівня ПРЛ. Прийом ГК „Логест” продовжили з метою контрацепції. Через 6 місяців перевірили рівень ПРЛ в сироватці крові. Він перебував в рамках норми. Дані результатів досліджень рівня ПРЛ хворої Г. занесені до Табл. 8.

Динаміка зміни вмісту ПРЛ в сироватці крові пацієнтки Г. та прийом „Мастодинону”

ПРЛ, МЕ/л	Норма	Анамнез	Через 2 міс.	Через 6 міс.	Через 1 рік
ПРЛ, МЕ/л	67,0-726,0	норма	1020,0	1020,0	1020,0

3 Табл. 9 видно, що рівень ПРЛ в пацієнтки Г. зріс через 2 місяці після СА та був чітко контрольованим протягом застосування профілактичних заходів і залишався в рамках норми до кінця першого року спостереження.

Стан МЗ хворої Г. встановили одразу після СА, через 2, 6 та 12 місяців за допомогою клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої Г. занесені до Табл. 10.

Динаміка зміни вмісту ПРЛ в сироватці крові

ПРЛ, МЕ/л	Норма	Анамнез	Через 2 міс.
ПРЛ, МЕ/л	67,0-726,0	норма	512,0

3 Табл. 11 видно, що рівень ПРЛ в пацієнтки М. спочатку мав тенденцію до підвищення, але через 2 місяці після СА та чітку тенденцію до нормалізації після закінчення профілактичних заходів до кінця року спостереження, що

Динаміка зміни стану МЗ пацієнтки Г. після СА та закінчення профілактичних заходів

Характеристики стану МЗ	Одразу після СА	Через 2 міс.	Через 6 міс.	Через 1 рік
Скарги на біль та нагубання МЗ	-	Стан МЗ хворої М. встановили одразу після СА, через 2 місяці, через 6 місяців та через 1 рік шляхом клінічного огляду, за методами УЗД та КТМ. Дані результатів досліджень стану МЗ хворої М. занесені до Табл. 12.	-	-
Нагубання за даними пальпації	-	-	-	-
Виділення із сосків	-	-	-	-
Середня температура шкіри МЗ за даними КТМ	36,80	35,12	34,92	34,97
Структура змішана	+	+	+	дольчата
Міждолькові проміжки розширені, ущільнені	+	+	-	-
Протоки розширені, звивисті	++	++	-	-
Окремі протоки в субареоллярній зоні розширені до 5-6мм	++	++	-	-
Загальна ехогенність паренхіми знижена	++	Характеристики стану МЗ	-	-
Виразна нерівномірність паренхіми за рахунок осередків гіперплазії залозистої тканини	-	Скарги на біль та нагубання МЗ	-	-
Виразні фіброзні зміни в усіх відділах	-	Нагубання за даними пальпації	-	-

Як видно з Табл. 10, стан МЗ хворої Г. через 2 місяці після СА погіршився. Через 6 місяців після початку виконання заходів профілактики за способом, що заявляється, поліпшились всі показники стану МЗ у хворої Г. Такий стан зберігався до кінця першого року спостереження.

Приклад 5. Хвора М., 27 років, поступила в гінекологічну клініку після СА другої вагітності в терміні 8 тижнів. Із анамнезу: перша вагітність була 5 років тому, пологи нормальні, грудне вигодовування дитини протягом 6 місяців. Соматичних захворювань та коагулопатії не було. В анамнезі дані про підвищення рівня ПРЛ відсутні. Під час огляду в клініці скарг на біль, нагубання МЗ, виділення із сосків не було. На третю добу після СА призначили ГК - препарат „Фемоден” за контрацептивною схемою. З метою профілактики ДЗ МЗ за способом, що заявляється, хворій М. призначили фітотерапевтичний препарат зі слабким дофамінергічним впливом „Мастодинон” по 30 крапель двічі на добу впродовж 3 місяців безперервно, одноразове щоденне нанесення на кожну МЗ по 2,5г 1%-ного трансдермального гелю з мікронізованим прогестероном „Прожестожель”. Через 2 місяці перевірили рівень ПРЛ в сироватці крові, який відповідав нормі (Табл. 3). Тому нанесення

Як видно з Табл. 12, хоча скарг на біль, нагубання МЗ, виділення із сосків у хворої М. одразу після СА не було, за результатами УЗД та КТМ порушення стану МЗ були виявлені. А вже через 6 місяців після виконання профілактичних заходів за способом, що заявляється, відбулось поліпшення стану МЗ.