

Роль фітотерапії у відновленні менструальної функції у молодих жінок

Н.Г. Скурятіна

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: оцінювання ефективності алгоритму лікування олігоменореї на тлі функціональної гіперпролактинемії у молодих жінок.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 45 молодих жінок віком від 19 до 23 років із порушенням менструальної функції за типом олігоменореї та проявами гіперпролактинемії. У всіх жінок провокувальними факторами порушення менструальної функції були різні психоемоційні стани. Двадцять соматично і гінекологічно здорових жінок увійшли до контрольної групи.

Результати. Пацієнтки отримували комплексну негормональну терапію, яка включала: седативні препарати, циклічну вітамінотерапію і препарат рослинного походження з дофамінергічним ефектом (Циклодинон), який сприяє пригніченню секреції пролактину і нормалізації функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. Контроль ефективності лікування проведено через 3 та 6 міс.

Заключення. У результаті проведеної терапії відзначено стабілізацію психоемоційного стану молодих жінок, нормалізацію гормонального профілю, що сприяло відновленню менструального циклу у 75,0% жінок.

Ключові слова: порушення менструальної функції, функціональна гіперпролактинемія, фітотерапія.

Role of phytotherapy in the restoration of menstrual function in young women

N.G. Skuriatyna

The objective: to evaluate the effectiveness of the algorithm for the treatment of oligomenorrhea at the background of functional hyperprolactinemia in young women.

Materials and methods. A comprehensive survey of 45 young women aged 19 to 23 years with menstrual irregularities was conducted. Provoking factors of menstrual function disorders in all women were different psycho-emotional states. Twenty somatically and gynecologically healthy women were entered the control group.

Results. The patients received complex non-hormonal therapy, which included sedatives, cyclic vitamin therapy and herbal preparations with dopaminergic effect (Cyclodione), which suppresses the secretion of prolactin and improves the hypothalamic-pituitary-ovarian function. The efficacy of the treatment was monitored after 3 and 6 months.

Conclusion. As a result of the therapy, the psycho-emotional state of young women stabilized, and the hormonal profile improved, which contributed to the restoration of the menstrual cycle in 75.0% of women.

Key words: menstrual dysfunction, functional hyperprolactinemia, phytotherapy.

Роль фитотерапии в восстановлении менструальной функции у молодых женщин

Н.Г. Скурятіна

Цель исследования: оценка эффективности алгоритма лечения олигоменореи на фоне функциональной гиперпролактинемии у молодых женщин.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 45 молодых женщин в возрасте от 19 до 23 лет с нарушением менструальной функции по типу олигоменореи и проявлениями гиперпролактинемии. У всех женщин провоцирующими факторами нарушения менструальной функции были разные психоэмоциональные состояния. Двадцать соматически и гинекологически здоровых женщин вошли в контрольную группу.

Результаты. Пациентки получали комплексную негормональную терапию, которая включала: седативные препараты, циклическую витаминотерапию и препарат растительного происхождения с дофаминергическим эффектом (Циклодинон), который способствует подавлению секреции пролактина и нормализации функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Контроль эффективности лечения проведен через 3 и 6 мес.

Заключение. В результате проведенной терапии отмечено стабилизацию психоэмоционального состояния молодых женщин, нормализацию гормонального профиля, что способствовало восстановлению менструального цикла у 75,0% женщин.

Ключевые слова: нарушение менструальной функции, функциональная гиперпролактинемия, фитотерапия.

Порушення менструальної функції є одним з найбільш частих патологічних станів у жінок, які можуть бути зумовлені впливом різноманітних факторів у різні вікові періоди життя на репродуктивну систему і органи, що її регулюють. У структурі гінекологічної захворюваності дівчат-підлітків і молодих жінок дана патологія становить від 20–37% до 61–63% [1, 2].

Серед різних порушень менструальної функції певне місце посідають поєднані у клінічному прояві складні патологічно-ологічні процеси, що відбуваються у різних ланках нейроендокринної системи. До таких станів належить олігоменорея, що характеризується нечастими короткими менструаціями та зменшенням кількості крові, що втрачається [3, 4, 5]. Цей стан може поєднуватись з проявами гіперпролактинемії, яка частіше за все має функціональний характер і виникає на тлі дії стресорних факторів.

Найчастіше розвиток цих станів у молодих жінок спричиняють психосоматичні розлади на тлі хронічного стресу, інтенсивні фізичні та психоемоційні навантаження, порушення харчової поведінки (різке схуднення) [2, 6].

За даними літератури, стресові фактори належать до найбільш потужних і поширених природних стимулів, що впливають на всі функції організму [7]. Нейроендокринна система, яка забезпечує регуляцію репродуктивної функції, першою реагує на екзо- і ендогенні впливи. Це пояснює високу ступінь залежності репродуктивної системи від психоемоційних чинників.

У більшості випадків для стресу характерна функціональна гіперпролактинемія. Підвищений вміст пролактину пригнічує репродуктивну функцію на різних рівнях. Гіперпролактинемія призводить до пригнічення пульсуючої секреції

гонадотропін-релізінг-гормону (ГнРГ) і зниження частоти імпульсів ЛГ, блокади рецепторів ЛГ у яєчниках, пригнічує стимуловальний вплив естрогенів на секрецію гонадотропінів. Унаслідок цього в клітинах гранулози знижується продукція естрогенів і пригнічується секреція прогестерону жовтим тілом [7, 8, 9].

Основними клінічними наслідками зазначених вище впливів хронічного психоемоційного стресу у молодих жінок є гіпоменструальний синдром, аменорея, дисменорея, ановуляція, недостатність лютеїнової фази, що можуть зумовлювати у подальшому порушення репродуктивної функції у формі невиношування вагітності і безплідності [7].

Функціональна гіперпролактинемія у жінок з порушенням менструального циклу у 19–40% випадків є причиною жіночої безплідності [10, 11]. Чітка зміна фаз менструального циклу та продукція гормонів можуть порушуватися під час стресу та перешкоджати заплідненню. Тривалий стрес впливає на вищі центри мозку, що провокує гормональні порушення, різко знижуючи вірогідність зачаття.

Для лікування порушень менструальної функції часто використовують як складову гормональну терапію. Сьогодні застосовують натуральні і синтетичні естрогени, препарати прогестерону, прогестини, гонадотропні гормони, аналоги ГнРГ з ефективністю, за даними різних авторів, від 10–57% до 59–92,2% [3].

Використання гормональних препаратів може бути обмежено через наявність протипоказань і виникнення побічних ефектів [3, 9], особливо у дівчат-підлітків. У зв'язку з цим цілком зрозумілий інтерес до пошуку альтернативних і ефективних методів лікування ендокринних порушень та пов'язаних з ними розладів репродуктивної функції, вивчення можливостей їхнього використання у комплексі лікувально-відновлювальних заходів у жінок раннього репродуктивного віку.

На сьогодні для корекції гормональних змін у молодих жінок у комплексному лікуванні широко використовують фітотерапію. Серед лікарських рослин, які мають вплив на нейроендокринну систему, особливої уваги заслуговує *Agnus castus*, *Vitex agnus castus* (вітекс священний, верболіз, «монаший перець», авраамове дерево) [12]. Широке застосування екстрактів *Agnus castus* стало можливим після вивчення їхніх фармакологічних властивостей і відкриття у п'яти виділених з ліпофільних фракцій біциклічних дитерпенів речовин, що мають допамінергічну активність і селективну спорідненість до естрогенових рецепторів [12].

Серед фітопрепаратів, які використовуються у гінекологічній практиці, добре зарекомендував себе Циклодинон®, що містить спеціальний екстракт *Agnus castus* BNO 1095 (стандартизований за вмістом циклічних дитерпенів), має м'який дофамінергічний ефект, сприяє пригніченню секреції пролактину і нормалізації функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. Крім того, терапія Циклодиноном приводить до:

- відновлення естроген-прогестеронової рівноваги за рахунок підвищення продукції прогестерону у другій фазі менструального циклу;
- нормалізації циклічної продукції гонадотропінів. Також цей препарат має значну антистресову дію за рахунок стимуляції ендорфінових рецепторів [7, 12].

У молодих жінок порушення репродуктивної функції може бути пов'язано з функціональною гіперпролактинемією, яка, у свою чергу, може бути зумовлена психоемоційним стресом. Тому такі лікарські засоби, яким властива комплексна м'яка дія, що скерована на нормалізацію функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, можуть бути найбільш оптимальними і ефективними для лікування даних пацієнток.

Мета дослідження: оцінювання ефективності алгоритму лікування олігоменореї на тлі функціональної гіперпролактинемії у молодих жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 45 молодих жінок віком від 19 до 23 років з олігоменореєю, яких розподілили на дві групи. До 1-ї групи увійшли 24 (53,3%) жінки, які перебували у стані психоемоційного напруження; до 2-ї групи – 21 (46,7%) пацієнтка, які не мали психоемоційного навантаження.

До контрольної групи включено 20 соматично і гінекологічно здорових жінок.

Критерії включення у дослідження:

- вік від 19 до 23 років;
- наявність порушень менструального циклу за типом олігоменореї;
- гіперпролактинемія;
- поінформована згода на участь в дослідженні.

Критерії виключення:

- вживання протягом останніх 3–6 міс гормональних препаратів або медикаментів, що впливають на рівень статевих та гонадотропних гормонів;
- наявність супутньої ендокринної патології (захворювання щитоподібної залози, ожиріння, синдром полікістозних яєчників, цукровий діабет);
- гормонозалежні пухлини;
- онкологічні захворювання;
- пухлини гіпофіза;
- гострі запальні процеси статевих органів;
- наявність тяжкої екстрагенітальної патології;
- відмова від участі у дослідженні.

Обстеження кожної жінки включало загальноклінічні методи дослідження відповідно до Наказу МОЗ України № 417 (скарги, анамнез, огляд у дзеркалах, бімануальне дослідження, забір матеріалу для онкоцитологічного дослідження, кольпоскопія).

Гормональний профіль жінок оцінювали за рівнем гонадотропних і стероїдних статевих гормонів у крові (фолікулостимулювальний гормон – ФСГ, лютеїнізуючий гормон – ЛГ, пролактину, естрадіолу, тестостерону загального) на 3–5-й день менструального циклу та рівнем прогестерону на 20–22 день за допомогою твердофазного імуноферментного аналізу (ELISA) з використанням аналізатора і тест-системи (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцарія).

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза здійснювали на апараті Aloka SSD-1700 (Японія).

Для визначення психоемоційного стану жінок використовували дослідження тривожності за шкалою самооцінки (Ч. Спілбергера, адаптована Ю.Л. Ханіним, 1976). Шкала Ч. Спілбергера, адаптована Ю.Л. Ханіним (1976), є надійним і інформативним методом самооцінки рівня тривожності як стану (реактивна тривожність – РТ) та як особистісної власності (особистісна тривожність – ОТ).

Під ОТ розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка свідчить про схильність суб'єкта до тривожності й передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозливі, відповідати на кожен з них певною реакцією. Як схильність ОТ активізується під час сприйняття стимулів, які людина розцінює як небезпечні, пов'язані зі специфічними ситуаціями загрози її престижу, самооцінці, самоповазі. РТ як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, може бути різним за інтенсивністю й динамічним у часі [13].

Бланк шкали самооцінки Спілбергера–Ханіна містить інструкції та 40 запитань-суджень, 20 з яких призначені для оцінювання рівня РТ і 20 – для оцінювання рівня ОТ. Підрахунок балів здійснюється за допомогою розрахункової таблиці. Результати оцінюють наступним чином: до 30 балів – низька тривожність; 31–45 балів – середній рівень; 46 і більше балів – високий рівень тривожності.

Показники рівня гіпофізарних і стероїдних гормонів в обстежених жінок протягом менструального циклу, М±m

Фаза циклу	Показник	1-а група, n=24	2-а група, n=21	Контрольна група, n=20
Перша фаза	ФСГ, mIU/ml	3,83±0,68*	3,27±0,31*	6,56±0,87
	ЛГ, mIU/ml	2,98±0,74*	3,18±0,22*	5,03±0,47
	Пролактин, ng/ml	35,91±0,84*	38,50±0,90*	11,82±0,93
	Естрадіол, pg/ml	75,66±6,52*	64,16±6,82*	118,36±4,37
	Тестостерон загальний, ng/ml	3,01±0,12	2,96±0,13	3,39±0,19
Друга фаза	Прогестерон, ng/ml	7,07±0,43*	6,54±0,62*	16,91±0,57

Примітка. * – Різниця достовірна щодо показників контрольної групи (p<0,05).

Результати дослідження рівня тривожності за шкалою Спілберґера–Ханіна в обстежених жінок, М±m

Тривожність	1-а група, n=24	2-а група, n=21	Контрольна група, n=20
Реактивна (РТ), бали	46,87±0,72*	28,63±0,89	26,36±0,68
Особистісна (ОТ), бали	51,65±0,84*	29,28±0,94	27,18±0,54

Примітка. * – Різниця достовірна щодо показників контрольної групи (p<0,05).

Статистичне оброблення отриманих даних здійснювали за допомогою стандартних програм статистичного аналізу (GraphPad Insstant, Stastica for Windows v.7.0, Microsoft Excel 2003 та ін.), оцінюючи вірогідність на рівні значущості не менше 95% (p<0,05) та за допомогою критерію t Стьюдента [14].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок обох груп становив 20,7±0,86 року і 21,1±1,12 року відповідно, контрольної групи – 20,3±0,77 року (p>0,05).

Основними скаргами пацієнток були порушення менструального циклу за типом олігоменореї (зменшення тривалості і об'єму менструальної кровотечі). Необхідно відзначити, що зазначені порушення пацієнтки спостерігали від часу настання менархе.

Аналіз менструальної функції засвідчив, що середня тривалість менструального циклу у жінок з олігоменореєю становила 28,4±2,1 доби; менструації тривали 1–2 дні. У контрольній групі інтервал між менструаціями не перевищував 30 днів (27,5±2,6 доби), тривалість менструації – 3–5 днів.

За даними гінекологічного анамнезу встановлено, що у 18 (75,0%) жінок 1-ї групи і у 17 (81,0%) – 2-ї групи настання менархе було своєчасним; пізні менархе відзначено у 6 (25,0%) жінок 1-ї групи та у 4 (19,0%) – 2-ї групи.

У жінок з олігоменореєю виявлено іншу гінекологічну патологію:

- запальні захворювання статевого тракту – у 9 (37,5%) пацієнток 1-ї групи і 7 (33,3%) – 2-ї групи,
- функціональні кісти яєчників – у 2 (8,3%) і 1 (4,8%) жінок відповідно,
- доброякісні захворювання шийки матки – у 10 (41,7%) і 9 (42,9%) жінок відповідно.

Результати гормонального дослідження обстежених жінок представлені у табл. 1.

З представлених даних видно, що у пацієнток обох груп з порушенням менструальної функції на момент обстеження спостерігаються достовірно знижені (p<0,05) рівні ФСГ і ЛГ на тлі функціональної гіперпролактинемії. Зміну секреції статевих гормонів було зафіксовано у всіх обстежених пацієнток з олігоменореєю, що проявлялось достовірно (p<0,05) низькою концентрацією як прогестерону, так і естрадіолу на тлі нор-

мального рівня загального тестостерону. Достовірної різниці між показниками рівнів гормонів в обох групах не відзначено.

Детальний аналіз вивчення показників рівня гормонів засвідчив, що у 19 (79,2%) жінок 1-ї групи і у 12 (57,1%) – 2-ї групи концентрація пролактину коливалась у межах 25–39 ng/ml; у 5 (20,9%) пацієнток 1-ї групи і у 9 (42,9%) – 2-ї групи рівні пролактину знаходились у межах 40–50 ng/ml.

Відповідно до змін гормонального профілю у жінок обох груп відзначено зміни у показниках товщини ендометрія у першу фазу циклу за даними ультразвукової діагностики. Товщина ендометрія у 1-й групі (5,9±1,7 мм) і у 2-й групі (5,3±1,5 мм) була майже у 2 рази менше порівняно з групою контролю (9,3±1,4 мм; p<0,05).

За даними опитування, пацієнтки 1-ї групи тою чи іншою мірою періодично піддавалися стресу:

- конфлікти на роботі або в сім'ї – 8 (33,3%) випадків,
- психоемоційне навантаження під час навчання – 6 (25,0%),
- важкі фізичні навантаження, заняття спортом – 4 (16,7%),
- стан після травм або оперативних втручань – 2 (8,3%),
- значна втрата маси тіла – 3 (2,5%),
- смерть члена родини – 1 (4,2%) випадок.

За результатами тестування за шкалою Спілберґера–Ханіна зафіксовано, що середні значення рівнів РТ та ОТ у жінок 1-ї групи відповідали високому рівню тривожності (табл. 2).

Аналіз отриманих результатів засвідчив, що більшість жінок 1-ї групи (62,5%) знаходилась у стані підвищеної РТ. Під час оцінювання ОТ виявлено, що більшість жінок 1-ї групи (62,5%) мали помірний рівень тривожності, 37,5% жінок мали високий рівень тривожності. Це можна пояснити особливостями психоемоційного стану під впливом стресових факторів, що може зумовлювати розвиток і прогресування стрес-індукованих соматичних захворювань. Середні значення РТ і ОТ у пацієнток 2-ї групи суттєво не відрізнялись від значень контрольної групи.

Ураховуючи порушення менструального циклу на тлі функціональної гіперпролактинемії, зміни психоемоційного стану, відмову більшості пацієнток від гормональних препаратів (87,5% у 1-й групі та 90,5% – у 2-й групі), пацієнткам була запропонована негормональна терапія порушень менструального циклу, яка включала:

Динаміка рівнів гормонів у жінок 1-ї групи у процесі лікування, М±m

Фаза циклу	Показник	1-а група, n=24			Контрольна група, n=20
		До лікування	Через 3 міс лікування	Через 6 міс лікування	
Перша фаза	ФСГ, mIU/ml	3,83±0,68 ^{***}	4,87±0,74 ^{**}	5,27±0,78 ^{**}	6,56±0,87
	ЛГ, mIU/ml	2,98±0,74 [*]	3,76±0,69	4,87±0,69 ^{**}	5,03±0,47
	Пролактин, ng/ml	35,91±0,84 ^{***}	22,75±1,84 ^{***}	16,18±1,78 ^{**}	11,82±0,93
	Естрадіол, pg/ml	75,66±6,52 ^{***}	89,76±3,52 ^{**}	108,63±4,08 ^{**}	118,36±4,37
	Тестостерон загальний, ng/ml	3,01±0,12	2,91±0,24	3,23±0,14	3,39±0,19
Друга фаза	Прогестерон, ng/ml	7,0±0,43 ^{***}	10,38±0,82 ^{***}	14,62±0,91 ^{**}	16,91±0,57

Примітки: * – різниця достовірна щодо показників контрольної групи (p<0,05); ** – різниця достовірна між показниками у процесі лікування (p<0,05).

1. Призначення седативних препаратів – екстракту пасифлори (Алора): 1 таблетка (100 мг) двічі на день, курс – 20 днів.

2. Препарат Циклодинон® (спеціальний екстракт *Agnus castus* BNO 1095) – по 40 крапель 1 раз на день уранці протягом 6 міс.

3. Циклічну вітамінотерапію: з 1-го по 15-й день менструального циклу – фолієва кислота по 0,001 г 3 рази на день. Аскорутин (аскорбінова кислота 0,05 г + рутин 0,05 г) – по 1 таблетці 3 рази на добу; з 16-го по 30-й день менструального циклу – токоферолу ацетат (вітамін Е): по 200 МЕ на добу протягом трьох циклів.

Контроль ефективності терапії здійснювали за допомогою оцінювання клінічних даних, рівня стресового напруження, ультразвукового дослідження органів малого тазу, показників рівнів гонадотропних і статевих гормонів через 3 і 6 міс від початку лікування.

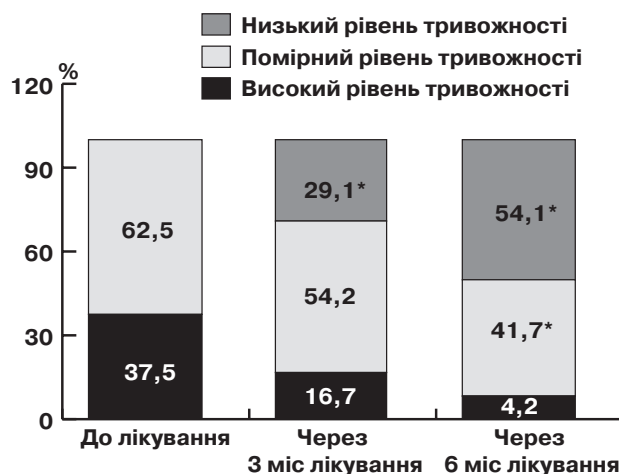
Згідно з опитувальником Спілбергера–Ханіна, у процесі лікування у 1-й групі достовірно (p<0,05) зменшилась кількість жінок з високим рівнем тривожності і збільшилась кількість пацієнок з низьким рівнем тривожності (мал. 1).

Через 3 міс лікування нормалізацію менструального циклу фіксували 11 (45,9%) пацієнок 1-ї групи (тривалість менструації становила 3–5 днів) і 7 (33,3%) – 2-ї групи. Через 6 міс терапії нормальний менструальний цикл спостерігався у 18 (75,0%) жінок 1-ї групи і у 9 (42,8%) – 2-ї групи. Тобто у пацієнок з олігоменореєю на тлі стрес-залежної форми функціональної гіперпролактинемії ефективність лікування була в 1,8 разу вище, ніж у жінок без впливу стресового фактора.

Також відзначено, що всі пацієнтки з відновленим менструальним циклом (18 (75,0%) – 1-ї групи і 9 (42,8%) – 2-ї групи) мали початковий рівень пролактину у межах 25–39 ng/ml (мал. 2). У пацієнок 1-ї та 2-ї груп з рівнем пролактину у межах 40–50 ng/ml не спостерігалась тенденція до відновлення менструальної функції, що потребувало зміни тактики лікування.

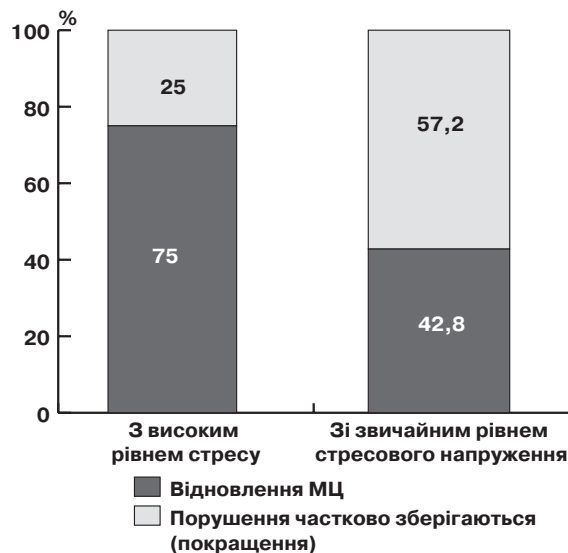
Динамічний контроль рівня гормонів в крові протягом 3 і 6 міс лікування продемонстрував суттєве зниження середньої концентрації пролактину, підвищення рівня гонадотропних гормонів (ФСГ, ЛГ) і підвищення рівня статевих гормонів (естрадіолу і прогестерону) у жінок 1-ї групи (табл. 3).

Аналіз величини пролактину продемонстрував, що через 3 міс лікування у 13 (54,2%) пацієнок 1-ї групи його рівень не перевищував верхньої межі референтних значень (23,3 ng/ml). В 11 (45,8%) жінок рівень пролактину коливався у межах 24,3–31,2 ng/ml. Через 6 міс лікування кількість пацієнок з нормальним рівнем пролактину збільшилася і становила 18 (75,0%) жінок.



Примітки: * – різниця достовірна щодо показників через 3 міс лікування (p<0,05); ** – різниця достовірна щодо показників через 6 міс лікування (p<0,05).

Мал. 1. Показники рівня тривожності у жінок 1-ї групи у процесі лікування



Мал. 2. Кількість пацієнок з повним відновленням менструального циклу через 6 міс, %

Динамика уровней гормонов у женщин 2-й группы в процессе лечения, M±m

Фаза цикла	Показник	2-я группа, n=21			Контрольная группа, n=20
		До лечения	Через 3 мес лечения	Через 6 мес лечения	
Перша фаза	ФСГ, mIU/ml	3,27±0,31*	3,89±0,47*	4,14±0,65*	6,56±0,87
	ЛГ, mIU/ml	3,18±0,22*	4,18±0,54	4,21±0,74	5,03±0,47
	Пролактин, ng/ml	38,50±0,90**	34,16±1,73**	30,84±1,85**	11,82±0,93
	Естрадиол, pg/ml	75,66±6,52**	86,72±3,62*	91,65±4,15**	118,36±4,37
	Тестостерон загалний, ng/ml	3,01±0,12	3,08±0,34	3,27±0,28	3,39±0,19
Друга фаза	Прогестерон, ng/ml	7,07±0,43*	9,38±0,92*	9,67±0,81*	16,91±0,57

Примітки: * – різниця достовірна щодо показників контрольної групи (p<0,05); ** – різниця достовірна між показниками в процесі лікування (p<0,05).

У пацієнок 2-ї групи в процесі лікування відзначено зниження середньої концентрації пролактину, тенденцію до підвищення рівня гонадотропних гормонів (ФСГ, ЛГ) і тенденцію до підвищення рівня статевих гормонів – естрадіолу і прогестерону (табл. 4).

Аналіз рівня пролактину засвідчив, що через 3 міс лікування лише у 7 (33,3%) пацієнок 2-ї групи він не перевищував верхньої межі референтних значень (23,3 ng/ml). Через 6 міс лікування нормальний рівень пролактину відзначений у 9 (42,8%) жінок 2-ї групи.

Аналіз результатів дослідження засвідчив, що у молодих жінок 1-ї групи ефективність представленої негормональної терапії була вище, ніж у пацієнок 2-ї групи. Позитивний результат терапії проявлявся відновленням менструальної функції, нормалізацією рівнів гормонів, як стероїдних, так і гіпофізарних, і перш за все пролактину, та стабілізацією психоемоційного стану.

ВИСНОВКИ

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки. Порушення менструального циклу у формі олігоменореї у молодих жінок, яка спричинена різними психоемоційними станами, виникає на тлі функціональної гіперпролактинемії і проявляється недостатністю лютеїнової фази, що може в подальшому зумовлювати порушення репродуктивної функції.

Для відновлення менструальної функції при олігоменореї у молодих жінок на тлі функціональної гіперпролактинемії оптимальним є призначення комплексної терапії з включенням фітопрепаратів з дофамінергічним ефектом. Ефективність даної терапії становить 75,0%.

Комплексна терапія порушень менструального циклу, яка включає препарат рослинного походження з м'якою дофамінергічною дією (Циклодинон), сприяє стабілізації психоемоційного стану молодих жінок, відновленню гормонального гомеостазу і може бути рекомендована для профілактики порушень репродуктивної функції у даних пацієнок.

Сведения об авторе

Скuryтина Наталя Григорьевна – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г. Шевченко, 13; тел.: (044) 234-40-62

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шамина И.В. Комплексный подход к проблемам становления репродуктивной функции у девочек. Новые возможности применения фитопрепаратов / И.В. Шамина, Г.В. Дудкова // Гинекология. – 2014. – № 4. – С. 28–32.
2. Кудина О.Л. Вторичная аменорея у подростков: клинический опыт применения препарата «Циклодинон» / О.Л. Кудина // Медицинские новости. – 2008. – № 2. – С. 59–61.
3. Касиева М.Б. Применение вазоактивной терапии в коррекции гипоменструального синдрома у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / М.Б. Касиева. – Ростов-на-Дону, 2007. – 23 с.
4. Степанова Е.А. Нарушения менструального цикла у девочек-подростков с дисплазией соединительной ткани / Е.А. Степанова, С.И. Колесников // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 2 (84), ч. 2. – С. 49–53.
5. Булганина О.В. Оптимизация лечения нарушений менструальной функции центрального генеза у девочек пубертатного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / О.В. Булганина. – Новосибирск, 2013. – 18 с.
6. Бугаевский К.А. Гипоменструальный синдром у девочек-подростков при занятии рядом видов спорта / К.А. Бугаевский // Материали наукового симпозиуму з міжнародною участю «Гипоменструальний синдром у дівчаток-підлітків (патогенез, профілактика, віддалені наслідки)». – Харків, 2017. – С. 8–9.
7. Косей Н.В. Стрессовое бесплодие / Н.В. Косей, С.И. Регада, Н.В. Яроцкая // Репродуктивная эндокринология. – 2016. – № 5 (31). – С. 12–21.
8. Татарчук Т.Ф. Коррекция гиперпролактинемии в комплексном лечении гиперплазии эндометрия / Т.Ф. Татарчук, Т.Н. Тутченко // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 2 (10). – С. 7–13.
9. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворжян. – 3-е изд. перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 272 с.
10. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / В.И. Кулаков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 616 с.
11. Сутурина Л.В. Бесплодие и гиперпролактинемия: патогенетическая роль некоторых токсических элементов / Л.В. Сутурина, Л.Н. Попова // Мать и дитя в Кузбассе. – 2014. – № 1 (56). – С. 9–12.
12. Сметник В.П. Опыт применения фитопрепарата Циклодинон у пациенток с недостаточностью желтого тела и гиперпролактинемией / В.П. Сметник, Л.Б. Бутарева // Медицинские новости. – 2009. – № 2. – С. 49–52.
13. Райгородский Д.Я. Практична психодіагностика. Методики та тести. – Видавництво Бахрах. – М., 2006. – 672 с.
14. Москаленко В.Ф. Биостатистика / В.Ф. Москаленко. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.

Статья поступила в редакцию 10.07.2019