

Нові підходи до лікування первинного стрес-індукованого непліддя

О.Л. Льовкіна

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Виходячи з того, що первинне стрес-індуковане непліддя є складним патологічним станом, що спричинює системний зсув гомеостатичної рівноваги, зумовлюючи глибокі зміни не лише у статевій системі, а й у загальному гормональному балансі організму, а також специфічні зміни у психоемоційній сфері жінок, які страждають на цю патологію, лікування первинного стрес-індукованого непліддя повинно бути комплексним, етіопатогенетично обґрунтованим і спрямованим на усунення причин непліддя.

Ключові слова: стрес-індуковане непліддя, гормональний баланс, схема лікування.

Виявлені у нашому дослідженні особливості змін у гормональному балансі, а також порушення психоемоційної сфери у жінок, які страждають на первинне стрес-індуковане непліддя, зумовили необхідність розроблення змін до існуючих схем лікування цієї патології, що забезпечували б поєднаний вплив на всі фактори, які призводять до виникнення та хронізації непліддя, давали можливість нормалізації гомеостатичної рівноваги організму, відновлення нормального психоемоційного стану, а також досягнення стійкого і тривалого терапевтичного ефекту.

Ураховуючи виявлені особливості психоемоційної сфери, гормонального гомеостазу у обстежених жінок, нами було розроблено та впроваджено в практику охорони здоров'я комплекс лікувальних заходів з метою корекції стрес-індукованого непліддя та успішного настання вагітності в подальшому.

Основа лікування обстежених жінок становила схема, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Лікувальні заходи були спрямовані на виявлені ланки патогенезу стрес-індукованих порушень репродуктивної функції: функціональну гіперпролактинемію, гіпопрогестеронемію, усунення психоемоційних стресів.

Відповідно до завдань дослідження серед обстежених жінок було сформовано дві однакові за кількісним та якісним складом групи чисельністю 60 пацієнток у кожній. У дослідження ввійшли жінки репродуктивного віку без органічної патології з боку статевієї системи та жінки діагностовані за допомогою шкал реактивної, особистісної тривожності та гормональних змін стрес-індукованим непліддям. З метою забезпечення достовірності одержаних даних нами було проведено ретельне порівняння показників у жінок обох груп до початку лікування за рівнями гормонів, за рівнем та інтенсивністю стресового навантаження, а також за всіма дослідженими психологічними характеристиками з використанням відповідних методів статистично-математичного аналізу для виключення можливих похибок в оцінці ефективності традиційної і запропонованої терапії, пов'язаних з різним якісним складом основної та контрольної груп. Статистичний аналіз довів відсутність значущих розбіжностей у цих показниках в обох групах до початку лікування, що дало нам підстави для об'єктивного оцінювання результатів лікування за традиційною та запропованою схемою.

Традиційна схема лікування включала рекомендації щодо зміни способу життя та психологічної саморегуляції і була спрямована на гормональну підтримку лютеїнової фази препаратом Дуфастон та фолієвою кислотою.

При виборі препаратів для лікування було враховано той факт, що досліджені групи складаються з жінок молодого віку, які не мали в минулому вагітностей і в подальшому бажають завагітніти. Тому нами були обрані препарати з мінімальною токсичністю на випадок, якщо під дією лікування настане вагітність.

Ми призначали фолієву кислоту у дозі 0,001 г тричі на добу курсом 3 міс. Дуфастон призначали по 10 мг 2 рази на добу з 15-го по 25-й день циклу.

Запропонована схема включала описану вище базисну терапію, а також була доповнена препаратами Мастодинон, Магне В₆ та рослинним препаратом Геларіум гіперікум.

Оскільки нами було виявлено у обстежених жінок функціональну стрес-індуковану гіперпролактинемію, виникла необхідність у застосуванні препаратів, які б знижували рівень пролактину. Ми призначали жінкам, які склали групу запропонованої терапії, Мастодинон по 30 крапель двічі на добу курсом у 3 міс.

Для лікування стрес-асоційованих порушень психіки традиційно використовують медикаментозні та немедикаментозні (психотерапія) засоби.

Водночас, специфічний характер дослідженого контингенту (молоді жінки, які активно прагнуть завагітніти, і у яких можливе настання вагітності в період лікування) накладає низку принципних обмежень у виборі психотропних препаратів і виключає використання значної кількості препаратів, які мають високий терапевтичний ефект щодо психоемоційних розладів, однак є небезпечними в плані тератогенності або порушення нормального менструального циклу. Тому з метою корекції психоемоційних розладів, виявлених у обстежених жінок, нами було включено до запропонованої схеми лікування препарат рослинного походження з екстракту звіробоя продірявленого (*Hypericum perforatum*) Геларіум гіперікум. Препарат призначали по 1 капсулі тричі на добу протягом 3 міс.

Недостатність магнію посідає важливе місце серед патологій елементного статусу у жінок. Стрес і метаболізм магнію тісно пов'язані і зумовлюють один одного. Фізіологічна роль магнію полягає в тому, що він гальмує розвиток процесів збудження в центральній нервовій системі, знижує чутливість організму до дії негативних психоемоційних чинників, а відтак, виступає в якості стрес-протектору.

Ураховуючи це, ми включили до запропонованої схеми лікування препарат магнію – Магне В₆. Препарат призначали по 2 таблетки тричі на добу курсом 3 міс.

У генезі первинного стрес-індукованого непліддя основну роль відіграють психоемоційні стреси. Саме тому нами була запропонована психокорекційна програма, що включала два етапи.

На першому етапі під час первинного огляду основу психотерапевтичної роботи складала раціональна психотерапія. Метою цього етапу було усвідомлення жінкою причин непліддя, формування її активної позиції щодо подолання непліддя, створення умов для терапевтичного співробітництва, свідомого і ретельного виконання жінкою рекомендованих нами лікувальних заходів. На цьому етапі також надавали рекомендації щодо зміни способу життя та вживання лікарських засобів.

Слід зауважити, що цей етап психотерапевтичної корекції був неодмінною складовою комплексної терапії всіх без виключення

пацієнок як в основній, так і в контрольній групі.

На другому етапі у жінок, які одержували запропоновану терапію, до комплексу лікувальних заходів було включено автогенне тренування (АТ) за методикою Й. Шульца (1932).

Особливості дослідженого контингенту і завдання, які стояли перед психотерапевтичним втручанням у даному дослідженні, повною мірою вичерпувалися першим, нижчим ступенем АТ, тому ми обмежилися застосуванням його у жінок, які входили до групи із запропонованою терапією.

Заняття проводили за такою схемою: перші три заняття, які включали опанування шести стандартних вправ першого ступеня, проводили щоденно або з перервою у один-два дні, надалі, для контролю за правильністю опанування методики АТ протягом 2 тиж проводили контрольні заняття з періодичністю від двох разів на тиждень до одного разу на три тижні, залежно від якості опанування жінкою методики АТ. Курс психотерапевтичного АТ тривав 3 міс, загальна кількість проведених з інструктором (нами) занять складала від 7 до 25. Самостійні сеанси АТ проводили жінки щоденно, з періодичністю від 1 разу на день до 5–6 разів на день залежно від стресорного навантаження.

Контрольне оцінювання показників гормонального гомеостазу, а також інтенсивності стресорного впливу та психологічних характеристик проводили через 3 міс від початку лікування. Оцінювання проводили за тією самою методикою, що застосовували для обстеження жінок до початку терапії.

При цьому було виявлено низку важливих закономірностей. Виявлені нами порушення у балансі статевих гормонів у жінок, які страждають на первинне стрес-індуковане непліддя, зокрема, суттєве зниження рівнів естрогенів та прогестинів, а також гіперпролактинемія і зростання рівня андрогенів, зумовлюють необхідність внесення корекції до існуючих схем лікування первинного стрес-індукованого непліддя з метою нормалізації гормонального гомеостазу і забезпечення передумов для настання вагітності.

Високе стресове навантаження і пов'язане з цим зростання в крові рівня гормонів стресу, зокрема, кортизолу, виявлене нами у жінок, які страждають на первинне стрес-індуковане непліддя, вимагає вдосконалення існуючих лікувальних заходів у напрямку стабілізації психоемоційного стану, усунення тривоги, зниженого настрою, недопущення хронізації стресу.

Підтвердженням цих висновків та обґрунтуванням необхідності внесення коректив до схем лікування первинного стрес-індукованого непліддя є результати аналізу показників гормонального балансу під впливом традиційної та запропонованої терапії.

Певною мірою проблема гормонального дисбалансу у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям вирішується призначенням препарату Дуфастон, який є ізомером прогестерону і забезпечує замісну терапію при прогестероновій недостатності. Так, у жінок, які отримували запропоновану терапію, під впливом лікування не спостерігалось значущих змін у рівнях статевих гормонів у крові (табл. 1, 2). Як видно з даних табл. 1, 2, у цих жінок спостерігалось незначне підвищення рівня прогестерону в крові (середній рівень збільшився з $8,89 \pm 8,12$ нг/мл до $9,16 \pm 8,47$ нг/мл). При цьому варіабельність показників вмісту прогестерону у окремих жінок є надзвичайно великою. Фактично, під впливом лікування за традиційною схемою не відбувається значущих змін у динаміці вмісту ендogenous прогестерону, що підтверджується даними статистичного аналізу. Тому, на наш погляд, ізольоване призначення дидрогестерону при первинному стрес-індукованому неплідді є недостатнім, і існуючі схеми лікування вимагають удосконалення у напрямку розширення спектра дії на гормональний дисбаланс.

Натомість, у жінок, які отримували запропоновану терапію, під впливом лікування спостерігалось суттєве значуще збільшення рівнів ендogenous прогестерону в крові з наближенням його до нормальних показників (з $10,66 \pm 8,00$ нг/мл до

$14,12 \pm 4,95$ нг/мл). Крім того, важливим позитивним ефектом лікування за запропонованою схемою є зменшення варіаційного розмаху показників, зникнення надто низьких та надто високих значень вмісту прогестерону, наближення їх до нормальних меж. Статистичний аналіз довів значущість виявлених розбіжностей.

Окрім порушення балансу гестагенів, у патогенезі первинного стрес-індукованого непліддя важливе місце належить дестабілізації естрогенової гормональної ланки. Традиційна терапія не справляє значущого впливу на баланс естрогенів, що робить її недостатньою при первинному стрес-індукованому неплідді. Хоча під впливом лікування за традиційною схемою спостерігається деяке підвищення рівнів естрадіолу в крові (з $64,78 \pm 50,23$ пг/мл до $67,48 \pm 49,83$ пг/мл), ці зміни не є статистично значущими. Натомість, у жінок, які отримували запропоновану терапію, виявлено істотне підвищення рівня естрадіолу в крові (з $62,22 \pm 48,10$ пг/мл до $89,30 \pm 62,00$ пг/мл), що відповідає нормальним показникам.

Запропонована терапія, на відміну від традиційної, виявилася ефективною і у відношенні нормалізації рівнів пролактину. Так, під впливом традиційної терапії спостерігалось незначне зниження рівня пролактину (з $24,85 \pm 11,31$ нг/мл до $22,97 \pm 10,75$ нг/мл), яке не мало статистично значущого характеру. Натомість, у групі жінок, які отримували запропоновану терапію, виявлено статистично значуще зменшення рівня пролактину в крові до нормальних показників (з $26,04 \pm 11,52$ нг/мл до $16,76 \pm 6,40$ нг/мл) з одночасним зменшенням діапазону їх коливань.

Аналогічні позитивні зміни під впливом лікування за запропонованою схемою виявлені і для балансу андрогенів. Зокрема, якщо у групі жінок, які отримували традиційну терапію, рівень ДГЕА-С зменшився незначно (з $336,16 \pm 117,03$ мкг/дл до $315,28 \pm 101,50$ мкг/дл), то у групі жінок, які отримували запропоновану терапію, зниження рівня ДГЕА-С було суттєвим і статистично значущим (з $312,59 \pm 122,73$ мкг/дл до $257,62 \pm 94,82$ мкг/дл) і супроводжувалося зменшенням варіабельності показників вмісту ДГЕА-С.

Щодо динаміки показників вмісту ФСГ та ЛГ під впливом лікування за традиційною та за запропонованою схемою, то значущих змін у цих показниках в процесі лікування не відбулося.

Наше дослідження виявило суттєве підвищення рівня гормонів стресу, зокрема кортизолу, у крові жінок, які страждають на первинне стрес-індуковане непліддя.

Нами було проаналізовано особливості вмісту кортизолу в крові жінок, які страждають на первинне стрес-індуковане непліддя, під впливом традиційної та запропонованої терапії. Основні кількісні характеристики вмісту кортизолу в крові у жінок обох зазначених груп до початку та після лікування наведено в табл. 1 та 2.

Як видно з табл. 1, 2, у жінок, які отримували лікування за традиційною схемою, під впливом терапії рівень кортизолу в крові знизився з $15,02 \pm 5,63$ мкг/мл до $14,72 \pm 5,27$ мкг/мл, однак це зменшення не є статистично значущим. Натомість, у жінок, які отримували лікування за запропонованою схемою, спостерігалось істотне зменшення рівня кортизолу в крові під впливом лікування: з $15,54 \pm 5,77$ мкг/мл до $12,74 \pm 4,63$ мкг/мл. Виявлені розбіжності є статистично значущими ($p < 0,01$).

Таким чином, традиційна терапія не справляє суттєвого впливу на гормональний баланс як відносно обігу прогестинів та естрогенів, так і на вміст пролактину і андрогенів. Також не чутливим до традиційної терапії виявився вміст гормонів стресу, зокрема кортизолу в крові. Натомість, запропонована схема лікування довела свою високу клінічну ефективність щодо нормалізації гормонального балансу за всіма проаналізованими гормонами (прогестерону, естрадіолу, пролактину, ДГЕА-С та кортизолу), що дає нам підстави рекомендувати її в якості етіопатогенетично обґрунтованої терапії первинного стрес-індукованого непліддя.

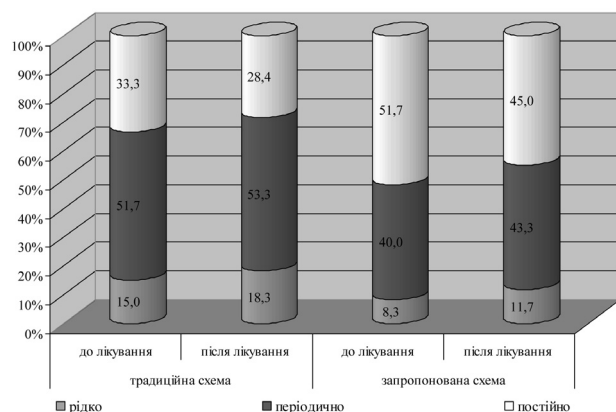
Проведене нами дослідження особливостей впливу психоемоційних стресів на жінок, які страждають на первинне

БЕСПЛОДИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Таблиця 1

Основні кількісні характеристики рівнів гормонів у жінок, які отримували лікування за традиційною та запропонованою схемами, до початку лікування

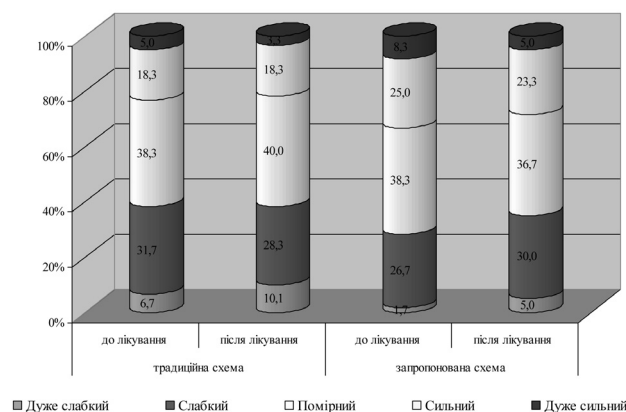
Показник	Середнє значення	Довірчий інтервал		СКВ	Мінімум	Максимум	Коефіцієнт варіації	Стандартна похибка
		-95%	+95%					
Традиційна схема лікування								
Прогестерон, нг/мл	8,89	6,79	10,99	8,12	0,49	28,36	91,288	1,048
Естрадіол, пг/мл	64,78	51,81	77,76	50,23	8,30	190,70	77,537	6,485
Пролактин, нг/мл	24,85	21,93	27,77	11,31	8,89	48,45	45,534	1,461
ДГЕА-С, мкг/дл	336,16	305,92	366,39	117,03	101,80	515,30	34,815	15,109
Кортизол, мкг/мл	15,02	13,56	16,47	5,63	6,21	28,20	37,474	0,726
ФСГ, МОД/л	6,7	6,1	7,3	2,2	1,8	15,4	32,346	0,280
ЛГ, МОД/л	8,5	7,1	9,8	5,3	1,3	28,6	62,450	0,683
Запропонована схема лікування								
Прогестерон, нг/мл	10,66	8,60	12,73	8,00	0,34	36,03	75,059	1,033
Естрадіол, пг/мл	62,22	49,79	74,65	48,10	9,19	191,70	77,314	6,210
Пролактин, нг/мл	26,04	23,06	29,02	11,52	8,12	49,71	44,252	1,488
ДГЕА-С, мкг/дл	312,59	280,89	344,29	122,73	99,00	490,30	39,262	15,844
Кортизол, мкг/мл	15,54	14,05	17,03	5,77	6,29	26,67	37,114	0,745
ФСГ, МОД/л	7,6	6,8	8,4	3,2	1,8	17,7	42,206	0,414
ЛГ, МОД/л	11,0	7,4	14,5	13,8	2,2	95,5	125,384	1,778



Мал. 1. Особливості періодичності гострих психоемоційних стресів до і після лікування у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям (наведено питому вагу осіб з даною характеристикою у відсотках до загальної кількості обстежених у кожній групі)

стрес-індуковане непліддя, виявило високе стресове навантаження даного контингенту. Жінки, які страждають на цю патологію, піддаються дії як гострих, так і хронічних психоемоційних стресів. Нами було встановлено, що найбільш важливу роль у генезі та підтриманні патологічного стану первинного стрес-індукованого непліддя відіграють хронічні психоемоційні стреси.

Виходячи з наведеного, нами були проаналізовані особливості впливу гострих та хронічних психоемоційних стресів у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям



Мал. 2. Особливості інтенсивності гострих психоемоційних стресів до і після лікування у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям (наведено питому вагу осіб з даною характеристикою у відсотках до загальної кількості обстежених у кожній групі)

до початку і після лікування за традиційною та запропонованою схемами.

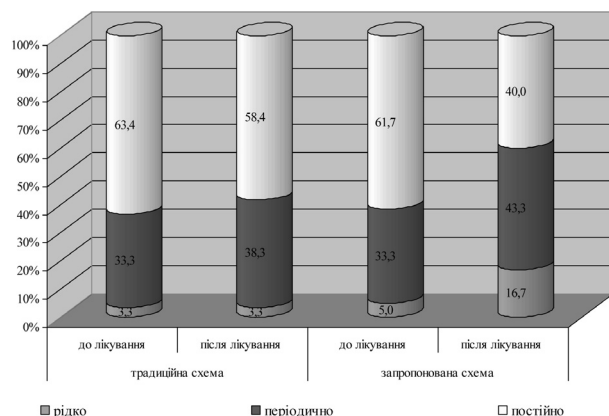
Як видно з мал. 1, як в групі жінок, які отримували традиційну, так і в групі жінок, які отримували запропоновану терапію, через 3 міс від початку лікування спостерігалася незначна позитивна динаміка у періодичності впливу гострих психоемоційних стресів: децю знизилася питома вага осіб, які постійно піддаються впливу таких стресів (з 33,3% до 28,4% і з 51,7% до 45,0% відповідно), а також збільшилася питома вага осіб, які рідко піддаються впливу гострих стресів (з 15,0% до 18,3% і з 8,3% до 11,7% відповідно).

БЕСПЛОДИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Таблиця 2

Основні кількісні характеристики рівнів гормонів у жінок, які отримували лікування за традиційною та запропонованою схемами, після лікування

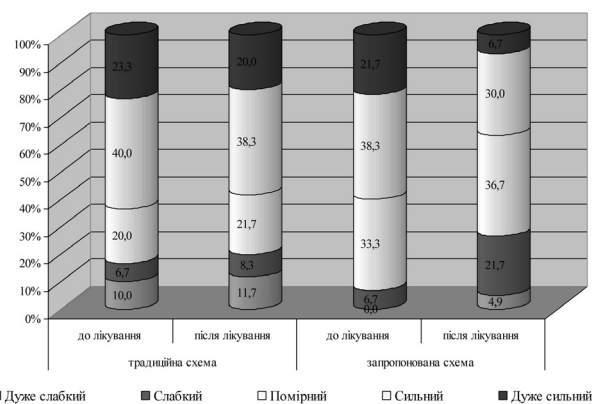
Показник	Середнє значення	Довірчий інтервал		СКВ	Мінімум	Максимум	Коефіцієнт варіації	Стандартна похибка
		-95%	+95%					
Традиційна схема лікування								
Прогестерон, нг/мл	9,16	6,97	11,34	8,47	0,53	31,13	92,495	1,093
Естрадіол, пг/мл	67,48	54,61	80,35	49,83	9,13	227,14	73,838	6,433
Пролактин, нг/мл	22,97	20,19	25,75	10,75	8,35	46,99	46,816	1,388
ДГЕА-С, мкг/дл	315,28	289,06	341,50	101,50	91,20	481,08	32,195	13,104
Кортизол, мкг/мл	14,72	13,36	16,08	5,27	6,01	26,74	35,807	0,681
ФСГ, мОД/л	6,7	6,2	7,3	2,1	2,0	14,3	31,812	0,276
ЛГ, мОД/л	8,5	7,1	9,9	5,4	1,5	29,2	63,478	0,695
Запропонована схема лікування								
Прогестерон, нг/мл	14,12	12,84	15,40	4,95	6,72	29,77	35,016	0,638
Естрадіол, пг/мл	89,30	73,29	105,32	62,00	12,87	259,62	69,424	8,004
Пролактин, нг/мл	16,76	15,10	18,41	6,40	6,51	38,57	38,172	0,826
ДГЕА-С, мкг/дл	257,62	233,13	282,12	94,82	84,15	415,14	36,808	12,242
Кортизол, мкг/мл	12,74	11,54	13,93	4,63	5,34	26,48	36,317	0,597
ФСГ, мОД/л	7,7	6,9	8,5	3,2	2,4	17,9	41,451	0,411
ЛГ, мОД/л	10,1	8,0	12,2	8,0	2,2	46,1	79,492	1,036



Мал. 3. Особливості періодичності хронічних психоемоційних стресів до і після лікування у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям (наведено питому вагу осіб з даною характеристикою у відсотках до загальної кількості обстежених у кожній групі)

Так само, не вдалося виявити значущої динаміки в інтенсивності впливу гострих психоемоційних стресів у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям за час лікування (мал. 2).

Якщо у жінок, які отримували традиційну терапію і спостерігається певна позитивна динаміка у періодичності впливу постійних хронічних психоемоційних стресів, що проявляється у зменшенні поширеності та періодичності хронічних стресів, розбіжності до і після лікування у них не є статистично незначущими. Натомість, у жінок, які отримували запропоновану те-



Мал. 4. Особливості інтенсивності хронічних психоемоційних стресів до і після лікування у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям (наведено питому вагу осіб з даною характеристикою у відсотках до загальної кількості обстежених у кожній групі)

рапію, що включала комплекс ефективних медикаментозних і психотерапевтичних впливів на психоемоційну сферу, спостерігалася виражена позитивна динаміка, що виявлялася у значному зменшенні питомої ваги постійних хронічних стресів (з 61,7% до 40,0%) і збільшенні питомої ваги рідких хронічних стресів (з 5,0% до 16,7%). Виявлені розбіжності є статистично значущими ($p < 0,05$).

Ще більш наочні і виражені закономірності виявлені при аналізі динаміки інтенсивності хронічних психоемоційних

Настання вагітності після проведеного лікування у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям, які отримували традиційну і запропоновану терапію

Настання вагітності	Традиційна терапія		Запропонована терапія		Всього		χ^2	p
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%		
Ні	59	98,3	53	88,3	112	93,3	4,799	<0,05
Так	1	1,7	7	11,7	8	6,7		
Усього	60	100,0	60	100,0	120	100,0		

стресів у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям під впливом лікування.

Так, якщо у групі жінок, які отримували традиційну терапію, динаміка інтенсивності впливу хронічних стресів була виражена незначно, то в групі жінок, які отримували запропоновану терапію і пройшли курс психотерапії, інтенсивність хронічних психоемоційних стресів суттєво зменшилася (мал. 4).

Описані вище закономірності динаміки впливу хронічних стресових факторів під впливом лікування, на наш погляд, можна пояснити тим, що в результаті психотерапевтичної роботи з жінками, яка включала раціональну психотерапію і застосування психокорекційних технік (АТ) відбулася нормалізація та стабілізація психоемоційного стану. Медикаментозна підтримка препаратом Геларіум гіперікум, що має м'який тимолептичний та анксиолітичний ефект, також сприяла зростанню стійкості до стресових впливів, певній дезактуалізації стресогенної ситуації непліддя, що суб'єктивно оцінювалося жінкою як зменшення стресового навантаження.

Кінцевою метою лікування первинного стрес-індукованого непліддя є настання вагітності. Запропонована нами схема виявилася ефективною у вирішенні цієї головної проблеми лікування і продемонструвала кращі результати, ніж традиційна схема.

Через 3 міс лікування за стандартною схемою вагітність настала у однієї жінки, тривалість непліддя у якій складала 2 роки. У групі жінок, які отримували запропоновану терапію, вагітність настала у 7 жінок, в тому числі у 5 – з терміном непліддя до 3 років і у 2 жінок, у яких тривалість непліддя складала 4 роки.

Узагальнені дані щодо ефективності традиційної і запропонованої схем лікування відносно настання вагітності наведено у табл. 3.

ВИСНОВКИ

Дані нашого дослідження свідчать про суттєві переваги запропонованої схеми лікування первинного стрес-індукованого непліддя, що включала застосування Дуфастону, фолієвої кислоти, Мастодинону, Магне-В6 та Геларіум гіперікум курсом у 3 міс, а також курс раціональної психотерапії та автотренінгу над традиційною схемою лікування, що включала лише вживання Дуфа-

стону і фолієвої кислоти. Переваги запропонованої схеми полягають у простоті застосування, відсутності негативних побічних реакцій і високому клінічному ефекті, що включає нормалізацію порушень гормонального балансу, справляє виражений позитивний вплив на психоемоційну сферу жінок. Запропонована схема краще за традиційну вирішує основну мету лікування первинного стрес-індукованого непліддя – настання вагітності: при її застосуванні вагітність наставала значно частіше, ніж при застосуванні традиційної схеми. Усе це дозволяє нам рекомендувати введення Мастодинону, Магне-В6 та Геларіум гіперікум у поєднанні з раціональною психотерапією та курсом автотренінгу до схеми лікування первинного стрес-індукованого непліддя.

Новые подходы к лечению первичного стресс-индуцированного бесплодия Е.Л. Левкина

Исходя из того, что первичное стресс-индуцированное бесплодие представляет собой сложное патологическое состояние, которое вызывает системный сбой гомеостатического равновесия, приводя к глубоким изменениям не только в половой системе, но и в общем гормональном балансе организма, а также специфические изменения в психоэмоциональной сфере женщины, которые страдают этой патологией, лечение первичного стресс-индуцированного бесплодия должно быть комплексным, этиопатогенетически обоснованным и направленным на устранение причин бесплодия.

Ключевые слова: стресс-индуцированное бесплодие, гормональный баланс, схема лечения.

New methods of primary stress-induced infertility treatment O.L. Lyovkina

Stress-induced infertility is a complicated pathological status, which leads to system disorders of homeostasis balance and causes deep changes not only in reproductive system but in whole hormonal balance and also causes specific changes in woman's psychoemotional sphere, so that is why treatment of stress-induced infertility should be complex, etiopathogenetically grounded and directed to removing of infertility reasons.

Key words: stress-induced infertility, hormonal balance, treatment design

Сведения об авторе

Левкина Елена Леонидовна – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (067) 747-17-07

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Адамян Л.В. Бесплодие у больных с тяжелыми формами эндометриоза и тактика восстановительного лечения /Адамян Л.В. //Диагностика и лечение бесплодного брака. – М., 1988. – С. 105–111.
- Кулаков В.И. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии [учеб. пособие.] /Кулаков В.И., Леонов Б.В., Кузьмичев Л.Н. – М.: Медицинское инфор-

- мационное агентство, 2005. – С. 43–51.
- Кучерова И.В. Состояние репродуктивной системы у женщин, страдающих неврозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /И.В. Кучерова. – М., 1989. – 45 с.
- Татарчук Т.Ф. Спосіб життя та гормональний гомеостаз у жінок раннього репродуктивного віку: зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2008. – С. 700–704.

- Татарчук Т.Ф. Шкала оценки переживания стресса Perceived Stress Scale (PSS): основные этапы адаптации для женского населения Украины: зб. праць Асоціації акушер-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2009. – С. 606–613.
- Татарчук Т.Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины /Т.Ф. Татарчук //Эндокринная гинекология. – 2006. – № 3. – С. 2–9.

- Connolly K. The impact of infertility on psychological functioning /K. Connolly //Journal of Psychosomatic Research. – 1992. – № 36. – P. 459–468.
- Thys-Jacobs S. Differences in free estradiol and sex hormone binding globulin in women with and without premenstrual dysphoric disorder /S. Thys-Jacobs //Journal of endocrine metabolism. – 2007. – № 5. – P. 1–16.

Статья поступила в редакцию 10.07.2013