



# НЕГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГІПОМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ В МОЛОДИХ ЖІНОК

Н.Г. Скурятіна

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

## Резюме

У статті наведено результати обстеження 47 молодих жінок віком від 18 до 25 років із різними формами гіпоменструального синдрому (ГМС): 26 пацієток були з опсоменореєю, а 21 жінка — з олігоменореєю. Для відновлення нормальної менструації при гіпоменструальному синдромі в молодих жінок на тлі функціональної гіперпролактинемії оптимальним є призначення комплексної негормональної терапії, яка включає фітопрепарати з дофамінергічним ефектом. Ефективність такої терапії при різних формах ГМС (опсоменорея та олігоменорея) становить 65,4-76,2%. Комплексна негормональна терапія порушень менструального циклу з препаратом Циклодинон сприяє стабілізації психоемоційного стану молодих жінок, відновленню гормонального гомеостазу, функціонального стану й товщини ендометрія.

## Ключові слова:

Гіпоменструальний синдром, опсоменорея, олігоменорея, функціональна гіперпролактинемія, фітотерапія.

Останнім часом спостерігається зростання числа порушень менструальної функції серед дівчат-підлітків і молодих жінок. У структурі гінекологічної захворюваності така патологія становить від 20-37 до 61-63% [1, 2]. Це пов'язано із соціально-економічними чинниками, зростанням кількості інфекційних і соматичних захворювань, значним числом абортів і ускладнень від них, збільшенням частоти запальних захворювань жіночих статевих органів, особливо на тлі інфекцій, що передаються статевим шляхом [3].

Серед різноманітних порушень менструального циклу провідне місце посідає гіпоменструальний синдром, який є однією з важ-

ких форм патології менструальної функції, симптомом цілої низки захворювань і клінічним проявом складних патофізіологічних процесів, що відбуваються в різних ланках нейроендокринної системи [3-5]. Гіпоменструальний синдром (ГМС) характеризується рідкими, короткими менструаціями та зменшенням кількості крові, що втрачається.

Серед причин ГМС виділяють як органічні, так і функціональні, а також поєднані чинники. Найбільш частими з них є: порушення в гіпоталамо-гіпофізарній системі, гіперандрогенія, гіперпролактинемія, первинна оваріальна недостатність, обмінно-ендокринні порушення на тлі гіпотиреозу або цукрового діабету, пухлини гіпофіза [2]. У молодих жінок

розвиток ГМС частіше спричиняють психосоматичні розлади на тлі хронічного стресу, інтенсивні фізичні та психоемоційні навантаження, порушення харчової поведінки (різке схуднення) [2, 6].

За даними літератури, стресові чинники 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- та ендогенні впливи. Це пояснює високий ступінь залежності репродуктивної системи від психоемоційних чинників.

Основна роль у механізмі нейроендокринної відповіді на стрес і підтримки гомеостазу в організмі належить гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозній системі, яка здатна суттєво пригнічувати функцію репродуктивної системи жінки на різних її рівнях. У відповідь на стресові агенти нейрони гіпоталамуса секретують аденокортикотропний гормон (АКТГ). При цьому найбільш швидко реагує мозковий шар надниркових залоз, що призводить до підвищення синтезу і продукції катехоламінів (адреналіну, норадреналіну, дофаміну) [7]. Окрім того, АКТГ стимулює секрецію глюкокортикоїдів у корі надниркових залоз, які здатні пригнічувати статеву функцію. Кортизол пригнічує секрецію гонадотропін-релізинг-гормону (ГнРГ) в гіпоталамусі, лютеїнізуючого гормону (ЛГ) в гіпофізі та естрадіолу в яєчниках. У разі тривалого хронічного стресу відбувається зниження рівня попередників стероїдних гормонів для синтезу глюкокортикоїдів, що, у свою чергу, призводить до зниження синтезу яєчниками статевих гормонів і може зумовлювати розвиток недостатності лютеїнової фази менструального циклу [7].

У більшості випадків для стресу характерна функціональна гіперпролактинемія. Підвищений вміст пролактину також пригнічує репродуктивну функцію на різних рівнях. Гіперпролактинемія призводить до пригнічення пульсуючої секреції ГнРГ і зниження частоти імпульсів ЛГ, блокади рецепторів ЛГ в яєчниках, пригнічує стимулюючий вплив естрогенів на секрецію гонадотропів. Унаслідок цього в клітинах гранулози знижується продукція естрогенів і пригнічується секреція прогестерону жовтим тілом [7-9].

Основними клінічними наслідками вищезазначених впливів хронічного психоемоційного стресу в молодих жінок є порушення менстру-

альної функції (гіпоменструальний синдром, аменорея, дисменорея), ановуляція, недостатність лютеїнової фази, що можуть зумовлювати в подальшому порушення репродуктивної функції у вигляді непліддя і невиношування вагітності [7].

Для лікування порушень менструальної функції, зокрема ГМС, частіше використовують гормональну терапію. На сьогодні застосовують натуральні й синтетичні естрогени, препарати прогестерону, прогестини, гонадотропні гормони, аналоги гонадотропін-релізинг-гормону з ефективністю, за даними різних авторів, від 10-57 до 59-92,2% [3]. Використання гормональних препаратів обмежено через наявність протипоказань і виникнення численних побічних ефектів: нудоти (2-7,5%), головного болю (3,313%), масталгії (4-8%), депресивного стану (4%), зниження лібідо (4-5%), кровотеч (19-5,4%) [3, 9]. У зв'язку з цим цілком зрозумілий інтерес до пошуку й розробки альтернативних і ефективних методів лікування ендокринних порушень, вивчення можливостей їх використання в комплексі лікувально-відновлювальних заходів.

Останніми роками для корекції гормональних порушень широко використовують фітотерапію. Серед лікарських рослин, які мають вплив на нейроендокринну систему, особлива увага приділяється *Agnus castus*, *Vitex agnus castus* (вітекс священний, верболіз, «монаший перець», авраамове дерево) [10]. Широке застосування екстрактів *Agnus castus* стало можливим після вивчення їх фармакологічних властивостей і відкриття в п'яти виділених із ліпофільних фракцій біциклічних дитерпенів речовин, що мають допамінергічну активність і селективну спорідненість до естрогенових рецепторів [10].

На особливу увагу заслуговує фітопрепарат Циклодинон, що містить спеціальний екстракт *Agnus castus* BNO 1095 (стандартизований за вмістом циклічних дитерпенів), який має м'який допамінергічний ефект, сприяє пригніченню секреції пролактину і нормалізації функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи. Окрім того, терапія Циклодиноном приводить до відновлення естроген-прогестеронової рівноваги за рахунок підвищення продукції прогестерону в другу фазу менструального циклу; нормалізації циклічної продукції гонадотропінів. Також препарат має значну антистресову дію за рахунок стимуляції ендорфінових рецепторів [7, 10].



Враховуючи, що однією з частих причин ГМС у молодих жінок є психоемоційний стрес, який зумовлює функціональну гіперпролактинемію, саме лікарські засоби з м'якою дією є найбільш оптимальними й ефективними для даних пацієнток.

**Мета дослідження** — оцінити ефективність негормональної терапії гіпоменструального синдрому в молодих жінок.

## Матеріали та методи

Обстежено 47 молодих жінок віком від 18 до 25 років із ГМС, які, залежно від форми ГМС, становили 2 групи. До 1-ї групи увійшло 26 (55,3%) пацієнток з опсоменореєю, до 2-ї групи — 21 (44,7%) жінка з олігоменореєю. 15 соматично й гінекологічно здорових жінок становили 3-ю (контрольну) групу.

Критерії включення: вік від 18 до 25 років, наявність порушень менструального циклу за типом опсоменореї й олігоменореї, поінформована згода на участь у дослідженні. Критерії невключення: приймання протягом останніх 3-6 місяців гормональних препаратів або медикаментів, що впливають на рівень статевих та гонадотропних гормонів; порушення менструального циклу в анамнезі; наявність супутньої ендокринної патології (захворювання щитоподібної залози, ожиріння, синдром полікістозних яєчників, цукровий діабет); гормонозалежні пухлини; онкологічні захворювання; пухлини гіпофіза; аномальні маткові кровотечі (АМК); гострі запальні процеси статевих органів; наявність тяжкої екстрагенітальної патології; відмова від участі в дослідженні.

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

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

Гормональний профіль жінок оцінювали за рівнем гонадотропних і стероїдних статевих гормонів у крові (ФСГ, ЛГ, пролактин, естрадіол, тестостерон загальний) на 3-5-й день менструального циклу та рівнем прогестерону на 20-22-й день на імунохемілюмінесцентній інтегрованій роботизованій системі ARCHITECT фірми Abbot (США).

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали з використанням стандартних програм статистичного аналізу (GraphPad Insstant, Stastica for Windows v.7.0, Microsoft Excel 2003 тощо), оцінюючи вірогідність на рівні значущості не менше ніж 95% ( $p \leq 0,05$ ) за допомогою критерію *t* Стьюдента [11].

## Результати та їх обговорення

Середній вік жінок 1-ї групи становив  $20,5 \pm 0,35$  року, 2-ї групи —  $21,3 \pm 1,06$  року, контрольної групи —  $19,6 \pm 1,2$  року ( $p > 0,05$ ).

З анамнезу встановлено, що в 9 (34,6%) пацієнток 1-ї групи і 7 (33,3%) — 2-ї групи були вказівки на наявність соматичних захворювань у вигляді хронічного тонзиліту, захворювань шлунково-кишкового тракту, запальних захворювань сечовидільної системи, нейроциркуляторної астенії (табл. 1).

Зі слів пацієнток, до провокуючих чинників порушення менструального циклу (зокрема, ГМС) належали різноманітні психоемоційні стани (табл. 2).

Дані нашого дослідження збігаються з даними літератури про важливе значення стресових чинників у розвитку порушень менструального циклу [1, 3, 6, 10].

За даними гінекологічного анамнезу встановлено, що середній вік настання менархе в жінок обох груп не мав суттєвої різниці і становив відповідно  $12,7 \pm 1,3$  та  $12,3 \pm 1,1$  року ( $p > 0,05$ ). Ранній початок статевого життя відмічали 16 (61,5%) жінок 1-ї групи та 12 (57,1%) — 2-ї групи. Серед перенесеної гінекологічної патології спостерігались запальні захворювання статевого тракту — в 10 (38,5%) жінок 1-ї групи та

**Таблиця 1**

Соматичні захворювання обстежених жінок (абс. число, %)

Захворювання	Групи жінок			
	1-а група (n=26)		2-а група (n=21)	
	абс. число	%	абс. число	%
Хронічний тонзиліт	3	11,5	2	9,5
Захворювання шлунково-кишкового тракту	2	7,9	2	9,5
Запальні захворювання сечовидільної системи	1	3,8	-	-
Нейроциркуляторна астенія	3	11,5	3	14,3

Таблиця 2

Психоемоційні стани, що зумовили ГМС у обстежених жінок (абс. число, %)

Стресовий чинник	Групи жінок			
	1-а група (n=26)		2-а група (n=21)	
	абс. число	%	абс. число	%
Підвищення навчальних навантажень (вступ до вузу, іспити)	8	30,8	6	28,6
Важкі фізичні навантаження, заняття спортом	4	15,4	3	14,3
Конфлікти на роботі або в сім'ї	5	19,2	4	19,0
Нервово-психічні переживання, пов'язані з «невдалими коханнями»	3	11,5	1	4,8
Робота в нічні зміни або пов'язана зі зміною часових полюсів	2	7,7	3	14,3
Стан після травм або оперативних втручань (негінекологічного походження)	2	7,7	1	4,8
Значна втрата ваги	2	7,7	3	14,3

7 (33,3%) — 2-ї групи, функціональні кісти яєчників — у 2 (7,7%) і 1 (4,8%), доброякісні захворювання шийки матки — в 11 (42,3%) і 9 (42,9%) пацієнток відповідно.

Оцінка репродуктивної функції в групах показала, що вагітності мали 5 (19,2%) жінок 1-ї групи і 3 (14,3%) — 2-ї групи, які закінчились пологам в 3 (11,5%) і штучними абортми у 2 (7,7%) жінок 1-ї групи та у 2 (9,5%) і 1 (4,8%) відповідно в 2-й групі.

Основними скаргами пацієнток були: в 1-й групі — збільшення тривалості менструального циклу (затримки менструації на 7-21 день), у 2-й групі — зменшення тривалості й об'єму менструальної кровотечі.

Аналіз менструальної функції показав, що середня тривалість менструального циклу становить: у 1-й групі —  $41,8 \pm 6,3$  дня, у 2-й групі —  $28,6 \pm 2,1$  дня. Менструації тривали в 1-й групі 4-6 днів, у 2-й групі — 1-2 дні. У контрольній групі інтервал між менструаціями не перевищував 30 днів ( $27,5 \pm 1,6$  дня), тривалість менструації — 3-5 днів.

Час тривалості ГМС був різним і становив до 6 місяців у 8 (30,8%) жінок 1-ї групи і 14 (66,7%) — 2-ї групи, до 1 року — в 15 (57,7%) і 7 (33,3%) відповідно, більше ніж 1 рік — у 3 (11,5%) пацієнток 1-ї групи.

Результати гормонального дослідження пацієнток із ГМС наведено в табл. 3.

Таблиця 3

Показники рівня гіпофізарних і стероїдних гормонів у обстежених жінок протягом менструального циклу (M $\pm$ m)

Фаза циклу	Показник	Групи жінок		
		1-а група (n=26)	2-а група (n=21)	Контрольна група (n=15)
1-а фаза	ФСГ, mIU/ml	3,34 $\pm$ 0,18'	3,87 $\pm$ 0,31'	6,09 $\pm$ 0,17
	ЛГ, mIU/ml	2,89 $\pm$ 0,34'	3,18 $\pm$ 0,22'	4,93 $\pm$ 0,10
	Пролактин, ng/ml	36,63 $\pm$ 0,48'	32,50 $\pm$ 0,90'	11,28 $\pm$ 0,93
	Естрадіол, pg/ml	57,26 $\pm$ 3,32'	64,16 $\pm$ 6,82'	120,56 $\pm$ 4,07
	Тестостерон загальний, ng/ml	3,01 $\pm$ 0,12	2,96 $\pm$ 0,13	3,39 $\pm$ 0,19
2-а фаза	Прогестерон, ng/ml	7,07 $\pm$ 0,43'	6,54 $\pm$ 0,62'	16,91 $\pm$ 0,57

Примітка: \*різниця вірогідна відносно показників контрольної групи (p<0,05).

Із наведених даних видно, що в пацієнток обох груп із порушеннями менструальної функції на момент обстеження виявлялися вірогідно знижені (p<0,05) рівні фолікуло-стимулюючого і лютетінізуючого гормонів на тлі функціональної гіперпролактинемії. Зміну секреції статевих гормонів було виявлено у всіх обстежених пацієнток із ГМС, що проявлялось вірогідно (p<0,05) низькою концентрацією як прогестерону, так і естрадіолу на тлі нормального рівня загального тестостерону. Вірогідної різниці між показниками рівнів гормонів в обох групах не відмічено. Проте спостерігалась тенденція до більш вираженого зниження рівня гонадотропних гормонів (ФСГ, ЛГ), естрогенів та підвищення рівня пролактину в пацієнток 1-ї групи порівняно з 2-ю групою.

Дані ультразвукового дослідження органів малого таза на 7-10-й день менструального циклу представлено в табл. 4.

Як видно з таблиці, в пацієнток обох груп із ГМС відмічено зменшення розмірів матки та яєчників, товщини ендометрія порівняно з жінками контрольної групи. У пацієнток з опсоменореєю виявлено більш виражену тенденцію до зменшення розмірів матки та яєчників порівняно з жінками з олігоменореєю. Таким чином, при ГМС спостерігаються не тільки функціональні та гормональні порушення, а й зміни органічного характеру.





**Таблиця 4**

Дані ультразвукового дослідження органів малого таза обстежених жінок (M±m)

Показник	Групи жінок		
	1-а група (n=26)	2-а група (n=21)	Контрольна група (n=15)
Довжина тіла матки, см	3,8±0,3'	4,1±0,2'	6,5±0,3
Ширина тіла матки, см	3,5±0,1'	3,9±0,3'	5,2±0,4
Передньозадній розмір матки, см	2,5±0,2'	2,9±0,4'	3,7±0,4
Об'єм правого яєчника, см <sup>3</sup>	5,4±0,3'	5,9±0,2'	8,6±0,3
Об'єм лівого яєчника, см <sup>3</sup>	5,7±0,2'	6,2±0,3'	8,3±0,4
Товщина ендометрія, мм	4,2±1,2'	5,3±1,4'	9,2±0,8

Примітка: \*різниця вірогідна відносно показників контрольної групи (p<0,05).

Після проведення фолікулометрії встановлено, що в пацієток з опсоменореєю спостерігався двофазний менструальний цикл із подовженою фолікуліновою фазою (овуляція наставала на 17-30-й день), нормальною за тривалістю лютеїновою фазою, але неповноцінним жовтим тілом. У пацієток з олігоменореєю відмічено двофазний менструальний цикл із трохи подовженою фолікуліновою фазою (овуляція відбувалась на 15-18-й день) і неповноцінною за тривалістю й функцією лютеїновою фазою.

Враховуючи стерсалежну природу гіпоменструального синдрому на тлі функціональної гіперпролактинемії, відмову більшості пацієток від гормональних препаратів (88,5% — 1-ї групи і 90,5% — 2-ї групи), пацієткам було запропоновано негормональну терапію порушень менструального циклу, яка включала:

1. Усунення стресових чинників (дотримання режиму праці та відпочинку, тривалість нічного сну 7-8 годин, виключення психоемоційних і фізичних перевантажень, обов'язкова фізична активність помірної інтенсивності, вибір збалансованого режиму харчування).
2. Призначення седативних препаратів — екстракту пасифлори (Алора) 1 таблетка (100 мг) двічі на день протягом 20 днів.
3. Циклічна вітамінотерапія (з 1-го по 15-й день менструального циклу — фоліє-

ва 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 МО на добу протягом 3 циклів.

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

Контроль ефективності терапії здійснювали за допомогою оцінки клінічних даних, ультразвукового дослідження органів малого таза, показників рівнів гонадотропних і статевих гормонів через 3 і 6 місяців від початку лікування.

Через 3 місяці лікування нормалізацію менструального циклу відмічали 14 (53,8%) пацієток 1-ї групи (середня тривалість міжменструального інтервалу становила 29,7±3,2 днів) і 13 (61,9%) — 2-ї групи (тривалість менструації становила 3-5 днів). Через 6 місяців терапії нормальний менструальний цикл спостерігався в 17 (65,4%) жінок 1-ї групи та 16 (76,2%) — 2-ї групи. Отже, в жінок з олігоменореєю на 11% швидше відбувався процес відновлення менструальної функції порівняно з пацієтками з опсоменореєю.

Динамічний контроль рівня гормонів у крові протягом 3 і 6 місяців лікування показав суттєве зниження середньої концентрації пролактину, підвищення рівня гонадотропних (ФСГ, ЛГ) і статевих гормонів (естрадіолу і прогестерону) в обох групах (табл. 5, 6).

Аналіз отриманих результатів показав, що в пацієток обох груп не відмічено суттєвої різниці в динаміці зниження середніх показників рівня пролактину, підвищення рівня естрадіолу протягом лікування. Проте динаміка підвищення середньої концентрації прогестерону протягом лікування в 1,3 раза була вищою в пацієток 2-ї групи. Індивідуальний аналіз показників рівня пролактину показав, що через 3 місяці лікування в 14 (53,8%) пацієток 1-ї групи і 13 (61,9%) — 2-ї групи концентрація гормону не перевищувала верхньої межі референтних значень (23,3 ng/ml). У 12 (46,2%) жінок 1-ї групи, а у 8 (38,1%) — 2-ї групи показник рівня пролактину коливався в межах 24,1-31,7 ng/ml. Через 6 місяців лікування кількість пацієток із нормальним рівнем пролактину зросла і становила

Таблиця 5

Динаміка показників рівня гормонів у процесі лікування в жінок 1-ї групи (M±m)

Фаза циклу	Показник	Групи жінок			
		1-а група (n=26)			Контрольна група (n=15)
		До лікування	Через 3 місяці лікування	Через 6 місяців лікування	
1-а фаза	ФСГ, mIU/ml	3,34±0,18 <sup>***</sup>	4,59±0,67 <sup>**</sup>	5,14±0,72 <sup>**</sup>	6,09±0,17
	ЛГ, mIU/ml	2,89±0,34 <sup>*</sup>	3,65±0,54	4,78±0,67 <sup>**</sup>	4,93±0,10
	Пролактин, ng/ml	36,63±0,48 <sup>***</sup>	21,69±1,63 <sup>**</sup>	16,04±1,78 <sup>**</sup>	11,28±0,93
	Естрадіол, pg/ml	57,26±3,32 <sup>***</sup>	85,58±3,52 <sup>**</sup>	109,13±3,84 <sup>**</sup>	120,56±4,07
	Тестостерон загальний, ng/ml	3,01±0,12	2,91±0,24	3,23±0,14	3,39±0,19
2-а фаза	Прогестерон, ng/ml	7,07±0,43 <sup>***</sup>	10,18±0,82 <sup>**</sup>	13,35±0,91 <sup>**</sup>	16,91±0,57

Примітки: \*різниця вірогідна відносно показників контрольної групи (p&lt;0,05); \*\*різниця вірогідна між показниками в процесі лікування (p&lt;0,05).

Таблиця 6

Динаміка показників рівня гормонів у процесі лікування в жінок 2-ї групи (M±m)

Фаза циклу	Показник	Групи жінок			
		1-а група (n=21)			Контрольна група (n=15)
		До лікування	Через 3 місяці лікування	Через 6 місяців лікування	
1-а фаза	ФСГ, mIU/ml	3,87±0,31 <sup>***</sup>	5,39±0,47 <sup>**</sup>	5,84±0,65 <sup>**</sup>	6,09±0,17
	ЛГ, mIU/ml	3,18±0,22 <sup>***</sup>	4,68±0,54 <sup>**</sup>	5,21±0,74 <sup>**</sup>	4,93±0,10
	Пролактин, ng/ml	32,50±0,90 <sup>***</sup>	20,16±1,73 <sup>**</sup>	14,84±1,85 <sup>**</sup>	11,28±0,93
	Естрадіол, pg/ml	64,16±6,82 <sup>***</sup>	95,72±3,62 <sup>**</sup>	115,65±4,15 <sup>**</sup>	120,56±4,07
	Тестостерон загальний, ng/ml	2,96±0,13	3,08±0,34	3,27±0,28	3,39±0,19
2-а фаза	Прогестерон, ng/ml	6,54±0,62 <sup>***</sup>	11,38±0,92 <sup>**</sup>	14,67±0,81 <sup>**</sup>	16,91±0,57

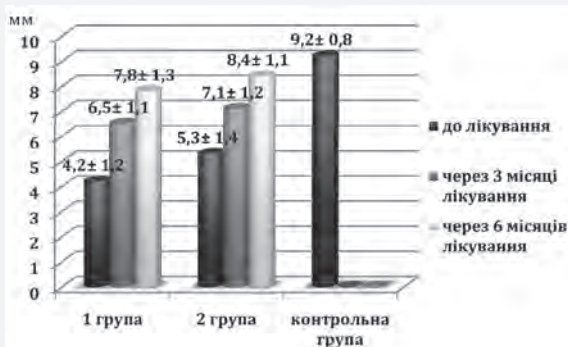
Примітки: \*різниця вірогідна відносно показників контрольної групи (p&lt;0,05); \*\*різниця вірогідна між показниками в процесі лікування (p&lt;0,05).

18 (69,2%) — у 1-й групі і 16 (76,2%) — у 2-й групі.

Відповідно до зміни гормонального профілю в процесі лікування в жінок із ГМС спостерігались зміни в показниках товщини ендометрія (рис.).

## Рисунок

Динаміка середніх показників товщини ендометрія протягом лікування в обстежених жінок



Ріст ендометрія відмічено в перші 3 місяці лікування на 2-7 мм у всіх пацієток обох груп. Через 6 місяців лікування середня товщина ендометрія в обох групах вірогідно не відрізнялася від такої в здорових жінок.

Протягом року після лікування лише 1 (3,8%) пацієтка 1-ї групи звернулася зі скаргами на рецидив порушення менструального циклу за типом опсоменореї. Окрім того, протягом року в 1 (3,8%) пацієтки 1-ї групи і 2 (9,5%) — 2-ї групи настала бажана вагітність.

## Висновки

Гіпоменструальний синдром у молодих жінок, спричинений різноманітними психоемоційними станами, формується на тлі функціональної гіперпролактинемії та проявляється зниженням концентрації лютеїнізуючого й фолікулостимулюючого гормонів, естрогенів і прогестерону.



Гіпоменструальний синдром у молодих жінок супроводжується не лише функціональними та гормональними порушеннями, але й змінами органічного характеру, які проявляються зменшенням розмірів матки, яєчників, товщини ендометрія.

Для відновлення нормальної менструації при гіпоменструальному синдромі в молодих жінок на тлі функціональної гіперпролактинемії оптимальним є призначення комплексної негормональної терапії, яка включає фітопрепарати з дофамінергічним ефектом.

Ефективність такої терапії при різних формах ГМС (опсоменорея та олігоменорея) становить 65,4-76,2%.

Комплексна негормональна терапія порушень менструального циклу, яка включає препарат рослинного походження з м'якою дофамінергічною дією (Циклодинон), сприяє стабілізації психоемоційного стану молодих жінок, відновленню гормонального гомеостазу, функціонального стану й товщини ендометрія.

*Надійшла до редакції 21.12.2017 р.*

## Список використаної 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. на получение научной степени 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), часть 2. — С. 49-53.
5. Булганина О.В. Оптимизация лечения нарушений менструальной функции центрального генеза у девочек пубертатного возраста: автореф. дис. на получение научной степени 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 «Гіпоменструальний синдром у дівчаток-підлітків (патогенез, профілактика, віддалені наслідки)». — Харків, 2017. — С. 8-9.
7. Косей Н.В. Стрессовое бесплодие / Н.В. Косей, С.И. Регеда, Н.В. Яроцкая // Репродуктивна ендокринологія. — 2016. — № 5 (31). — С. 12-21.
8. Татарчук Т.Ф. Коррекция гиперпролактинемии в комплексном лечении гиперплазии эндометрия / Т.Ф. Татарчук, Т.Н. Тутченко // Репродуктивна ендокринологія. — 2013. — № 2 (10). — С. 7-13.
9. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. — 3-е изд. перераб. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 272 с.
10. 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.
11. Москаленко В.Ф. Биостатистика / В.Ф. Москаленко. — К.: Книга плюс, 2009. — 184 с.

## Non-hormonal therapy of hypomenstrual syndrome in young women

*N.H. Skuriatina*

### Abstract

The article presents the results of a checkup of 47 young women aged 18 to 25 years old with different forms of hypomenstrual syndrome (HMS): 26 patients with opsomenorrhea, and 21 patients with oligomenorrhea. In order to restore normal menstruation in young women with hypomenstrual syndrome on the background of functional hyperprolactinemia, it is optimal to use a complex non-hormonal therapy, which includes herbal formulations with a dopaminergic effect. The effectiveness of such therapy in various forms of HMS (opsomenorrhea and oligomenorrhea) is 65.4-76.2%.

Complex non-hormonal therapy of menstrual cycle disorders with the drug Cyclo-dynon promotes stabilization of the psycho-emotional state of young women, the restoration of hormonal homeostasis, functional state and thickness of the endometrium.

**Keywords:** hypomenstrual syndrome, opsomenorrhea, oligomenorrhea, functional hyperprolactinemia, phytotherapy.