



СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ГЕНЕЗІ СТРЕС-ІНДУКОВАНОЇ НЕПЛІДНОСТІ В ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

С.І. ЖУК

д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства, гінекології та перинатології Національної академії післядипломної медичної освіти ім. П.Л. Шупика

О.А. НОЧВИНА

к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Центр матері та дитини, м. Вінниця

А.В. КАМІНСЬКИЙ

завідувач відділенням планування сім'ї та допоміжних репродуктивних технологій з кабінетом ендокринної гінекології і денним стаціонаром Українського державного інституту репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Контакти:

Жук Світлана Іванівна
Київський міський
пологовий будинок № 2
04074, Київ, Мостицька, 11
тел. +38 (067) 430 82 23
e-mail: zhuksvitlana@ukr.net

Хронічний біль – одна з найбільш значущих медико-соціальних проблем. Він погано піддається лікуванню та дорого обходиться як пацієнту, так і суспільству в цілому. Хронічні больові синдроми спостерігаються в різному віці, в різних етнічних групах та виникають як у чоловіків, так і у жінок. Однак епідеміологічні, клінічні та експериментальні дослідження впевнено свідчать, що біль суттєво частіше вражає жінок. Серед локалізованих больових відчуттів максимальні гендерні відмінності проявляються стосовно болю у нижніх відділах живота, що дозволяє розглядати тазовий біль як винятково жіночу проблему

ВСТУП

Хронічний тазовий біль (ХТБ) – складна медична категорія, яка вбирає в себе патологічні стани, викликані різними причинами. Це біль, що триває 6 і більше місяців та локалізується в нижніх відділах живота (нижче пупка), у паховій ділянці та/або промежині, який не пов'язаний ані з менструальним циклом (МЦ), ані з сексуальною активністю. Хронічний біль втрачає зв'язок із ушкодженням тканин органів малого тазу та забезпечується за рахунок складних центральних механізмів, набираючи статусу власне захворювання. Механізм ноціцепції складається з «роботи» багатьох структур нервової системи, від периферійних больових рецепторів до когнітивного усвідомлення болю у вищих відділах мозку. Пошкодження або дисфункція кожного з відділів ноціцептивної системи може призводити до пролонгування болю, який повністю втрачає свої корисні функції та вже самостійно починає завдавати шкоди організму.

У цілому близько 60% жінок із ХТБ не мають специфічного діагнозу та понад 20% хворих не підлягають якому-небудь обстеженню. Лапароскопічні обстеження жінок із ХТБ приблизно в третині випадків не виявляють будь-якої патології з боку органів черевної порожнини та

малого тазу. На думку експертів, щонайменше одна з семи жінок із ХТБ після ретельного спеціалізованого гінекологічного обстеження не має етіологічного діагнозу.

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наприкінці ХХ сторіччя було сформульовано визначення синдрому ХТБ як самостійної нозологічної одиниці, що характеризується наявністю болю різного ступеня вираженості за повної відсутності або з мінімальними проявами звичайної гінекологічної патології. Ця дисоціація між суб'єктивною важкістю болю та відсутністю доказів наявності його органічної причини стає потужним стресором для жінок із синдромом ХТБ.

Стрес є захисно-приспосувальною реакцією, що мобілізує організм на подолання різних перепон, які порушують життєдіяльність особистості, при виникненні багатьох конфліктних ситуацій. Водночас тривалі негативні емоції, психічне напруження та хронічний стрес є найчастішими патогенетичними чинниками порушення центральних механізмів регуляції і, як наслідок, фазової неузгодженості в репродуктивній системі жінок. Незважаючи на безсум-

нівні досягнення фармакотерапії в ендокринній гінекології, частота дисгормональної патології в репродуктивній системі, в патогенезі якої особливу роль відіграє психоемоційний стрес, залишається достатньо високою і не має тенденції до зниження.

Клінічними проявами впливу стресу на репродуктивне здоров'я та фертильність жінки є порушення оваріоменструального циклу та неплідність. Більшість жінок, які звертаються за медичною допомогою при неплідності, вважають основною причиною патологічного стану організму. Водночас слід звертати увагу на те, наскільки важливим є психологічний стан жінки в процесі зачаття та гестації. Чітка зміна фаз МЦ та продукція гормонів при стресі можуть порушуватися та перешкоджати заплідненню.

Якщо фізіологічні причини неплідності діагностуються легше, то психологічні найчастіше приховані від спеціалістів, а нерідко і від самих жінок. На фізіологічному рівні тривалий стрес позначається на діяльності всіх органів та систем. Під впливом стресу послаблюється імунітет, відбуваються зміни у яєчниках, маткових трубах, шийці матки. Постійний стрес впливає й на вищі центри мозку, що провокує гормональні зсуви, різко знижуючи вірогідність зачаття. Викликані стресом вегетативні реакції можуть призвести до дискоординації гладком'язових елементів маткових труб, і як наслідок – до функціональної трубної непрохідності. Ці зміни практично неможливо або дуже важко встановити.

Отже, відсутність очевидного пошкодження тканин при синдромі ХТБ робить походження болю незрозумілим для пацієнтки та іноді для лікаря. Відчуття невідомого породжує тривогу очікування важкої хвороби, а відсутність адекватного діагнозу лімітує лікування. Відчуття болю завжди емоційно зафарбоване, оскільки біль представлений не тільки сенсорним, але й емоційним компонентом. Із прогресуванням болю емоційний компонент починає набувати все більшого значення та визначати хронізацію, важкість болю, дизадаптацію пацієнтки з подальшою прямою або опосередкованою дією на репродуктивну функцію жінки та розвитком психогенної (функціональної) неплідності. Однією з особливостей, що відрізняють синдром ХТБ, є складність чіткої диференціації фізіологічних та патологічних змін в організмі, які залежать від соматичної, ендокринної патології та психоемоційного статусу. Різні патологічні процеси, які супроводжують цей синдром, негативно позначаються на здоров'ї, якості життя жінки та потребують своєчасної медикаментозної корекції.

Дані сучасної літератури свідчать про те, що в більшості випадків для стресу будь-якого ґенезу характерна функціональна гіперпролактинемія.

Підвищений вміст пролактину порушує функціонування репродуктивної системи на різних рівнях. У гіпоталамусі під впливом пролактину зменшується синтез та вивільнення гонадотропних рилізінг-гормонів, також знижується чутливість гіпоталамуса до естрогенів. В яєчниках пролактин гальмує гонадотропін-залежний синтез стероїдів, знижує чутливість яєчників до екзогенних гонадотропінів та секрецію прогестерону жовтим тілом (при короткочасній стресо-

вій дії і збереженому овуляторному циклі рівень прогестерону знижується на 50%).

Таким чином, стрес-індукована гіперпролактинемія є одним із компонентів пригнічення репродуктивної функції. За даними сучасної літератури, при помірній гіперпролактинемії ефективним та виправданим є застосування фітопрепаратів із м'якою дофамінергічною дією на основі *Vitex agnus castus*. Багаторічний досвід застосування препарату циклодинон («Біоноріка СЕ», Німеччина), численні преклінічні та клінічні дослідження продемонстрували ефективність даного препарату в лікуванні дисгормональних розладів на фоні латентної гіперпролактинемії. Діюча речовина лікарського засобу – спеціальний екстракт *Agnus castus* BNO 1095 зі стандартизованим вмістом специфічних дитерпенів, що мають тропність до дофамінових рецепторів нейронів гіпоталамуса, які регулюють синтез пролактину в гіпофізі. В процесі досліджень встановлено, що ці дитерпени мають високу спорідненість до D₂-дофамінових рецепторів, інгібують виділення пролактину з культури пролактотрофних клітин гіпофізу. Такий вплив призводить до нормалізації ритмічної секреції гонадотропних гормонів гіпофізу, усунення естроген-прогестеронового дисбалансу.

Виходячи з цього, метою нашої роботи стало вивчення ефективності впливу препарату циклодинон на психоемоційний статус, рівень інтенсивності болю та стан гормонального статусу в жінок із синдромом ХТБ та неплідністю.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено комплексне динамічне клініко-лабораторне обстеження та лікування 74 жінок із синдромом ХТБ (наявність болю в ділянці нижче пупка, вище та медіальніше пахових зв'язок, за лоном та в попереково-крижовій ділянці, який відзначається протягом 6 місяців) та неплідністю, які склали основну групу. З дослідження були виключені пацієнтки з екстрагенітальною патологією (захворювання сечового міхура, прямої кишки, опорно-рухового апарату), варикозним розширенням вен малого тазу, міомами матки розмірами понад 8 тижнів вагітності, кістомами яєчників, ендометріозом, сактосальпінксами, запальними захворюваннями органів малого тазу.

Для подальшого дослідження жінки основної групи були рандомізовані на 2 підгрупи: I підгрупа – 36 жінок, які отримували лікування синдрому ХТБ та неплідності в об'ємі антистресової, гормональної, антигіпоксичної терапії, та II підгрупа – 38 жінок, які поряд із даними препаратами приймали циклодинон за стандартною схемою впродовж 3 місяців. Контрольну групу склали 32 здорові жінки репродуктивного віку.

На підготовчому етапі дослідження у жінок досліджуваних груп був визначений рівень хронічного стресу за допомогою шкали сприйняття стресу PSS, яка є високочутливим та простим у використанні методом визначення стресової напруги. Показник адаптивного (помірного) рівня стресу знаходиться у межах 18–28 балів, показник > 28 балів відповідає неадаптивній стресовій напрузі (високий рівень стресу).

Крім того, для оцінки динаміки стресової напруги після лікування використовували опитувальник «Визначення

нервово-психічної напруги» Немчина, який дозволяє оцінити як суб'єктивні, так і об'єктивні показники стресової напруги, а також визначити їх спрямованість. Опитувальник надає змогу оцінити в динаміці зростання або зниження стресової напруги за рахунок окремих компонентів (наявність фізичного дискомфорту, больових відчуттів, сприйняття зовнішніх подразників, відчуття впевненості, настроїв, особливості сну, емоційний стан тощо). Опитувальник складається з 30 пунктів. Мінімальна кількість балів – 30, максимальна – 90. Діапазон слабкої, або деінтенсивної нервово-психічної напруги відповідає проміжку 30–50 балів, помірної, або інтенсивної – 51–70 балів, надмірної, або екстенсивної – 71–90 балів.

Аналіз інтенсивності болю проводили за допомогою модифікованого больового тесту за методом візуально-цифрового шкалювання. Процедура дослідження складалася з вибору пацієнткою дескрипторів, які описують сенсорний або емоційний характер болю, їх оцінки за візуально-цифровою шкалою (болю немає – 0, біль дуже слабкий, швидкоплинний – 1, слабкий – 2, середньої сили – 3, сильний – 4, дуже сильний – 5, нестерпний – 6).

Аналіз менструальної функції включав встановлення віку менархе, тривалість та регулярність МЦ, ступінь крововтрати, наявність дисфункційних маткових кровотеч. Характеристику гормонального статусу жінок досліджуваних груп вивчали шляхом визначення у сироватці крові рівня концентрації естрадіолу, прогестерону, фолікулостимулюючого (ФСГ) і лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів, пролактину та кортизолу в лютеїнову фазу МЦ. Дослідження проводилися за допомогою імунохімічної системи ACCESS. Тест ACCESS базується на методиці конкурентного зв'язування імуноферментного аналізу з використанням наборів реагентів фірми Beckman Coulter (США).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок основної групи склав $28,2 \pm 3,6$ років, що приблизно збіглося з віком жінок групи контролю – $27,1 \pm 3,1$ років.

Середній показник за шкалою сприйняття стресу PSS у групі жінок із синдромом ХТБ та неплідністю склав $38,6 \pm 6,4$ бали, що відповідає високому рівню хронічного стресу, в контрольній групі жінок цей показник склав $21,3 \pm 3,7$ балів (рис. 1).

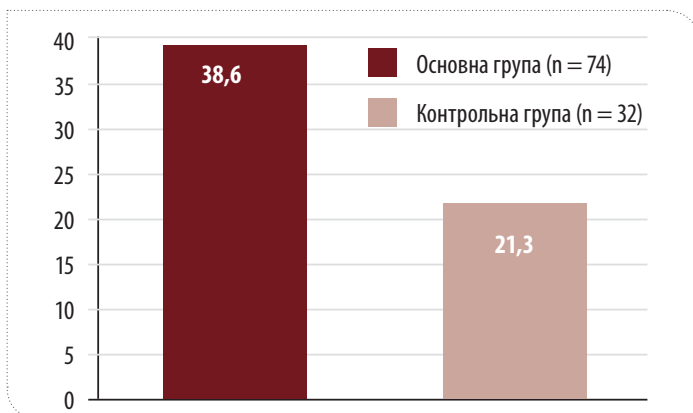


РИСУНОК 1. СЕРЕДНІЙ ПОКАЗНИК СПРИЙНЯТТЯ СТРЕСУ В ЖІНОК ДОСЛІДЖУВАНИХ ГРУПП (БАЛИ, $p < 0,05$)

За даними опитувальника Немчина, вихідні значення стресової напруги в основній групі жінок становили $82,1 \pm 7,5$ балів, що відповідає екстенсивному ступеню нервово-психічної напруги. В контрольній групі жінок рівень нервово-психічної напруги відповідав деінтенсивному ступеню – $38,1 \pm 4,3$ бали (рис. 2).

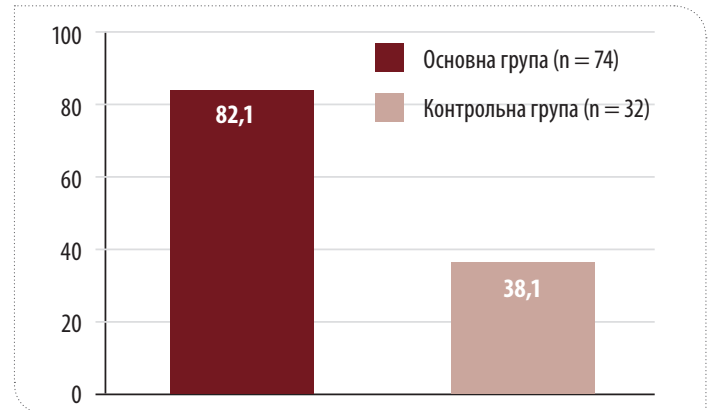


РИСУНОК 2. РІВЕНЬ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ НАПРУГИ В ЖІНОК ДОСЛІДЖУВАНИХ ГРУПП (БАЛИ, $p < 0,05$)

Больовий синдром був провідною скаргою у 100% жінок із синдромом ХТБ. У результаті оцінки інтенсивності болю за візуально-цифровою шкалою у 54 (72,9%) жінок основної групи спостерігався біль середньої сили, слабкий біль мав місце у 11 (14,8%) жінок, на сильний біль скаржилися 9 (12,3%) пацієнток (табл. 1).

ТАБЛИЦЯ 1. ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ У ЖІНОК ОСНОВНОЇ ГРУПИ ЗА ВІЗУАЛЬНО-ЦИФРОВОЮ ШКАЛОЮ (n = 74)

Шкала інтенсивності болю	Абс.ч.	%
Болю немає (0)	–	–
Біль дуже слабкий, швидкоплинний (1)	–	–
Біль слабкий (2)	11	14,8
Біль середньої сили (3)	54	72,9
Біль сильний (4)	9	12,3
Біль дуже сильний (5)	–	–
Біль нестерпний (6)	–	–

Середній вік настання менархе у жінок основної групи становив $14,2 \pm 1,06$ років – 34 (45,9%) випадків, у контрольній групі жінок – $12,1 \pm 0,96$. Характер менструальної функції жінок досліджуваних груп представлений у таблиці 2.

Отже, менструальна функція жінок із ХТБ характеризується пізнім початком менархе – 45,9% випадків, нерегулярним або тривалим менструальним циклом – 44,6%, менорагіями – 12,2%, периовуляторними кровотечами – 25,6%, дисменореєю та передменструальними розладами – 55,4 та 31,1% відповідно.

При дослідженні гормонального балансу на 21–22 день МЦ встановлено, що у жінок основної групи рівень ФСГ дорівнював нормативним показникам – $5,09 \pm 1,93$ мМО/мл та $4,83 \pm 1,47$ мМО/мл відповідно.

Рівень концентрації ЛГ у жінок із ХТБ був статистично вірогідно меншим ($6,98 \pm 2,34$ мМО/мл), ніж у здорових жінок ($13,02 \pm 1,79$ мМО/мл), у яких вміст гормону дорівнював нормі.

ТАБЛИЦЯ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНОК ДОСЛІДЖУВАНИХ ГРУП

Характеристика	Основна група (n = 74)		Контрольна група (n = 32)	
	Абс. ч	%	Абс. ч	%
Тривалість менструації:				
• менше 3 діб	20	27,0*	2	6,3
• 3–6 діб	44	59,5*	30	93,7
• більше 6 діб	10	13,5	–	–
Тривалість циклу:				
• тривалий (30–35 діб)	33	44,6*	2	6,2
• короткий (21–24 доби)	17	22,9*	4	12,5
• звичайний (27–28 діб)	24	32,5*	26	81,3
Менорагія	9	12,2	–	–
Кров'яністі виділення в овуляторний період	19	25,6	–	–
Олігоменорея	23	31,1	–	–
Регулярний МЦ	41	55,4*	32	100
Нерегулярний МЦ	33	44,6	–	–
Дисменорея	41	55,4	–	–
Передменструальні розлади	23	31,1	–	–

* основна група/контрольна група, p < 0,05

Концентрація естрадіолу та прогестерону в основній групі жінок склала $27,32 \pm 3,21$ пг/мл та $5,23 \pm 2,36$ нг/мл відповідно, що вдвічі менше, ніж у контрольній групі – $51,63 \pm 3,1$ пг/мл та $13,29 \pm 2,64$ нг/мл.

Рівень пролактину в основній групі жінок склав $25,4 \pm 3,74$ нг/мл, що відповідає помірній гіперпролактинемії, в групі контролю цей показник дорівнював $13,0 \pm 3,2$ нг/мл; концентрація кортизолу в жінок основної та контрольної групи становила $16,38 \pm 2,68$ нмоль/л та $7,18 \pm 1,02$ нмоль/л відповідно (табл. 3).

ТАБЛИЦЯ 3. ГОРМОНАЛЬНИЙ ПРОФІЛЬ ЖІНОК ДОСЛІДЖУВАНИХ ГРУП У ЛЮТЕЇНОВУ ФАЗУ МЦ

Показники	Основна група (n = 74)	Контрольна група (n = 32)
ФСГ, мМО/мл	$5,09 \pm 1,93$	$4,83 \pm 1,47$
ЛГ, мМО/мл	$6,98 \pm 2,34^*$	$13,02 \pm 1,79$
Естрадіол, пг/мл	$27,32 \pm 3,21^*$	$51,63 \pm 3,1$
Прогестерон, нг/мл	$5,23 \pm 2,36^*$	$13,29 \pm 2,64$
Пролактин, нг/мл	$25,4 \pm 3,74^*$	$13,0 \pm 3,2$
Кортизол, нмоль/л	$16,38 \pm 2,68^*$	$7,18 \pm 1,02$

* основна група/контрольна група, p < 0,05

Крім цього, для оцінки гормонального балансу ми визначили співвідношення концентрацій основних стероїдних гормонів, естрадіолу та прогестерону, у сироватці крові, яке мало суттєву відмінність у жінок досліджуваних груп. Так, у жінок із синдромом ХТБ співвідношення естрадіол/прогестерон дорівнювало 0,52, тоді як у здорових жінок цей показник становив 0,38, що свідчить про наявність відносної гіперестрадіолемії у пацієток основної групи.

Ефективність призначеного лікування в жінок виділених підгруп основної групи досліджували за рівнем нервово-психічного напруження, вираженості больових відчуттів та динаміки показників гормонального профілю.

Згідно з опитувальником Немчинова, після тримісячного курсу терапії ступінь нервово-психічного напруження достовірно знизився в обох підгрупах основної групи. При цьому звертають на себе увагу різні темпи зниження у двох підгрупах. Так, у II підгрупі, жінки якої поряд із розробленою схемою лікування синдрому ХТБ приймали препарат циклодинон, відзначалося зниження нервово-психічної напруги вже через місяць лікування, тоді як у I підгрупі достовірне зниження цього показника відзначалося наприкінці 2 та на початку 3 місяця лікування (рис. 3).

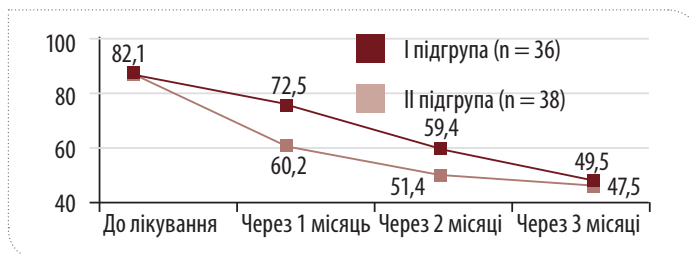


РИСУНОК 3. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ НАПРУГИ В ПІДГРУПАХ ОСНОВНОЇ ГРУПИ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ (БАЛИ, p < 0,05)

При аналізі складових опитувальника Немчинова в динаміці лікування було відзначено, що зниження загальної кількості балів через 1 місяць лікування в II підгрупі відбувалося за рахунок таких показників, як «наявність фізичного дискомфорту», «наявність больових відчуттів», «особливості сну», тоді як через 2–3 місяці лікування – за рахунок покращення показників «настрій», «чутливість», «увага» тощо.

На наявність больового синдрому слабкої сили після 3 місяців комплексного лікування із застосуванням циклодинону скаржилося 27 (71,1%) жінок II підгрупи, що достовірно вірогідно більше, ніж серед жінок I підгрупи – 15 (41,7%). На біль середньої сили скаржилися лише 11 (28,9%)

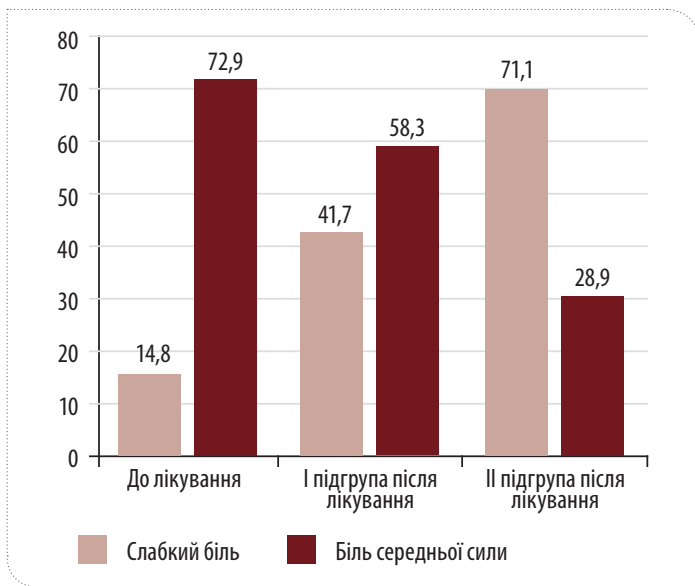


РИСУНОК 4. ДИНАМІКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ (%)

пацієнок II підгрупи порівняно з 21 (58,3%) жінкою I підгрупи (рис. 4, табл. 4).

Отже, через 3 місяці терапії показники візуально-цифрової шкали оцінки болю свідчать про понад 50% зниження його інтенсивності в підгрупі жінок, які за схемою лікування отримували препарат циклодинон.

Щодо концентрації гормонів в плазмі крові, то через 3 місяці отриманого лікування рівень ЛГ, естрадіолу та прогестерону в обох підгрупах основної групи статистично вірогідно збільшився. Однак концентрація пролактину в плазмі крові достовірно зменшилася лише у II підгрупі та дорівнювала $14,2 \pm 1,2$ нг/мл проти $21,3 \pm 0,21$ нг/мл у I підгрупі. Така сама тенденція спостерігалась щодо рівня кортизолу, який

ТАБЛИЦЯ 4. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ ЗА ВІЗУАЛЬНО-ЦИФРОВОЮ ШКАЛОЮ У ЖІНОК ОСНОВНОЇ ГРУПИ ПІСЛЯ 3 МІСЯЦІВ ЛІКУВАННЯ (АБС. Ч.)

Інтенсивність болю	До лікування (n = 74)	I підгрупа основної групи (n = 36)	II підгрупа основної групи (n = 38)
Біль слабкий	11 (14,8%)	15 (41,7%)*	27 (71,1%)
Біль середньої сили	54 (72,9%)	21 (58,3%)*	11 (28,9%)
Біль сильний	9 (12,3%)	–	–

* I підгрупа основної групи/II підгрупа основної групи, $p < 0,05$

у групі жінок, що отримували циклодинон, статистично вірогідно зменшився та склав $13,4 \pm 0,11$ нмоль/л у пацієнок I підгрупи основної групи.

ВИСНОВОК

Проведене дослідження підтвердило клінічну ефективність та доцільність використання препарату циклодинон у схемі лікування жінок із синдромом ХТБ та стрес-індукованою неплідністю. Особливість циклодинону полягає в тому, що цей фітопрепарат за ефективністю усунення латентної гіперпролактинемії відповідає синтетичним інгібіторам секреції пролактину та позитивно діє на симптоми психо-емоційної адаптації на фоні хронічного стресу. Крім цього, рослинні компоненти, які входять до його складу, мають здатність підтримувати жовте тіло та чинять позитивну дію на функцію яєчників. Тому поряд із традиційною терапією, яка, на жаль, не завжди позитивно впливає на відновлення репродуктивної функції та гормонального гомеостазу на фоні хронічного стресу, доцільним є використання препарату циклодинон, дія якого спрямована на активацію стрес-лімітуючих систем і локальних нейроендокринних модуляторів, реадаптацію і відновлення фазової неузгодженості біоритмів організму жінки.



ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Воробйова, О.В.

Хронічний тазовий біль: фокус на міофасціальний больовий синдром м'язів тазового дна / О. В. Воробйова // Здоров'я жінки. — 2012. — № 10 (76). — С. 70–74.

Vorobiova, O.V.

"Chronic pelvic pain: focus on myofascial pain syndrome of pelvic floor muscles." Women's Health, 10(76) (2012): 70–74.

2. Бурака, О. В.

Програма психофізичної корекції в реабілітації пацієнток зі стрес-індукованими розладами репродуктивного здоров'я / О. В. Бурака, М. П. Жданова, В. В. Стеблюк // Здоров'я жінки. — 2009. — № 9 (45). — С. 141–143.

Burlaka, O.V., Zhdanova, M.P., Stebliuk, V.V.

"Psychophysical correction program in rehabilitation of patients with stress-induced disorders of reproductive health." Women's Health, 9(45) (2009): 141–143.

3. Козак, А. В.

Психологічні особливості жінок репродуктивного віку з синдромом хронічного тазового болю / А. В. Козак, І. А. Коваль // Здоров'я жінки. — 2011. — № 10 (66). — С. 102–103.

Kozak, A.V., Koval, I.A.

"Psychological characteristics of reproductive age women with chronic pelvic pain syndrome." Women's Health, 10(66) (2011): 102–103.

4. Лесная, И. Н.

Психогенное бесплодие / И. Н. Лесная // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2011. — № 3 (42). — С. 61–68.

Lesnaia, I.N.

"Psychogenic infertility." Medical Aspects of Women's Health, 3(42) (2011): 61–68.

5. Булаченко, О. В.

Стрес-індукована гіперпролактинемія у жінок репродуктивного віку з недостатністю лютеїнової фази / О. В. Булаченко // 3 турботою про жінку. — 2012. — № 6 (36). — С. 48–50.

Bulavenko, O.V.

"Stress-induced hyperprolactinemia in reproductive age women with LPD." Caring for Woman, 6(36) (2012): 48–50. □

СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ГЕНЕЗІ СТРЕС-ІНДУКОВАНОЇ НЕПЛІДНОСТІ В ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

С.І. Жук, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л. Шупика

О.А. Ночвіна, к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Центр матері та дитини, м. Вінниця

А.В. Каміньський, зав. відділенням планування сім'ї та допоміжних репродуктивних технологій з кабінетом ендокринної гінекології і денним стаціонаром Українського державного інституту репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Дисоціація між суб'єктивною важкістю болю та відсутністю доказів наявності його органічної причини є потужним стресором для жінок із синдромом хронічного тазового болю. В більшості випадків для стресу будь-якого генезу характерна функціональна гіперпролактинемія. Стрес-індукована гіперпролактинемія є одним із компонентів пригнічення репродуктивної функції.

За даними сучасної літератури, при помірній гіперпролактинемії ефективним є застосування фітопрепаратів із м'якою дофамінергічною дією на основі *Vitex agnus castus* (препарат циклодинон). Численні дослідження продемонстрували ефективність циклодинону в лікуванні дисгормональних розладів на фоні латентної гіперпролактинемії.

Виходячи з цього, метою роботи стало вивчення ефективності впливу препарату циклодинон на психо-емоційний статус, рівень інтенсивності болю та стан гормонального статусу в жінок із синдромом хронічного тазового болю та неплідністю.

Проведено обстеження та лікування 74 жінок із синдромом хронічного тазового болю та неплідністю, які склали основну групу і були рандомізовані на 2 підгрупи: I підгрупа – 36 жінок, які отримували антистресову, гормональну, антигіпоксичну терапію, та II підгрупа – 38 жінок, які поряд із даним лікуванням отримували циклодинон за стандартною схемою впродовж 3 місяців. Контрольну групу склали 32 здорові жінки репродуктивного віку.

Ефективність призначеного лікування досліджували за рівнем нервово-психічного напруження, вираженості больових відчуттів та динаміки показників гормонального профілю.

Через 3 місяці терапії виявлено понад 50% зниження інтенсивності болю в підгрупі жінок, які отримували циклодинон. За 3 місяці лікування рівень лютеїнізуючого гормону, естрадіолу та прогестерону в обох підгрупах основної групи статистично вірогідно збільшився, водночас концентрація пролактину та кортизолу в плазмі крові достовірно зменшилися лише у II підгрупі основної групи.

Отже, проведене дослідження підтвердило клінічну ефективність та доцільність використання препарату циклодинон у схемі лікування жінок із синдромом хронічного тазового болю та стрес-індукованою неплідністю.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, гіперпролактинемія, стрес-індукована неплідність, циклодинон.

СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ТАЗОВОЇ БОЛІ В ГЕНЕЗІ СТРЕС-ІНДУЦІЙОВАНОГО БЕСПЛОДІЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТУ

С.І. Жук, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л. Шупика

О.А. Ночвіна, к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. Н.І. Пирогова, Центр матері та дитини, г. Вінниця

А.В. Каміньський, зав. відділенням планування сім'ї та допоміжних репродуктивних технологій з кабінетом ендокринної гінекології і денним стаціонаром Українського державного інституту репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Диссоціація між суб'єктивною тяжкістю болю і відсутністю доказів наявності її органічної причини являється потужним стресором для жінок із синдромом хронічної тазової болю. В більшості випадків для стресу будь-якого генезу характерна функціональна гіперпролактинемія. Стрес-індукована гіперпролактинемія являється одним із компонентів угнетення репродуктивної функції.

По даним сучасної літератури, при умеренній гіперпролактинемії ефективно застосування фітопрепаратів з м'яким дофамінергічним дією на основі *Vitex agnus castus* (препарат циклодинон). Многочисленные исследования продемонстрировали эффективность циклодинона при лечении дисгормональных расстройств на фоне латентной гиперпролактинемии.

Исходя из этого, целью работы стало изучение эффективности воздействия препарата циклодинон на психоэмоциональный статус, уровень интенсивности боли и состояние гормонального статуса у женщин с синдромом хронической тазовой боли и бесплодием.

Проведено обследование и лечение 74 женщин с синдромом хронической тазовой боли и бесплодием, которые составили основную группу и были рандомизированы на 2 подгруппы: I подгруппа – 36 женщин, получавших антистрессовую, гормональную, антигипоксическую терапию, и II подгруппа – 38 женщин, которые наряду с данным лечением получали циклодинон по стандартной схеме в течение 3 месяцев. Контрольную группу составили 32 здоровые женщины репродуктивного возраста.

Эффективность назначенного лечения исследовали по уровню нервно-психического напряжения, выраженности болевых ощущений и динамики показателей гормонального профиля.

Через 3 месяца терапии выявлено более чем 50% снижение интенсивности боли в подгруппе женщин, которые получали циклодинон. Спустя 3 месяца лечения уровень лютеинизирующего гормона, эстрадиола и прогестерона в обеих подгруппах основной группы статистически достоверно увеличился, а концентрация пролактина и кортизола в плазме крови достоверно уменьшились лишь во II подгруппе основной группы.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило клиническую эффективность и целесообразность использования препарата циклодинон в схеме лечения женщин с синдромом хронической тазовой боли и стресс-индуцированным бесплодием.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, гиперпролактинемия, стресс-индуцированное бесплодие, циклодинон.

CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME IN THE GENESIS OF STRESS-INDUCED INFERTILITY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

S.I. Zhuk, MD, professor, head of the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department of the National Academy of Postgraduate Medical Education named after P.L. Shupik

O.A. Nochvina, PhD, assistant of the Obstetrics and Gynecology Department number 2 of the Vinnitsa National Medical University named after M.I. Pirogov, Mother and Child Center, Vinnitsa

A.V. Kaminskyi, head of the Department of Family Planning and Assisted Reproductive Technology with the Office of the Endocrine Gynecology and Day Hospital, Ukrainian State Institute of Reproduction National Academy of Postgraduate Medical Education named after P.L. Shupik

The dissociation between subjective severity of the pain and the lack of evidence of an organic cause of pain is a potent stressor for women with chronic pelvic pain syndrome. In most cases a functional hyperprolactinemia is inherent for stress of any origin. Stress-induced hyperprolactinemia is a component of the reproductive function suppression.

Current literature data shows that herbal remedies with mild dopaminergic action on the basis of *Vitex agnus castus* (drug cyclodion) are effective for moderate hyperprolactinemia. Numerous studies have demonstrated the efficacy of the cyclodion treatment at dishormonal disorders background latent hyperprolactinemia.

Accordingly, the aim of the work was to study the effectiveness and impact of the cyclodion on psycho-emotional status, level of pain intensity and the hormonal status in women with chronic pelvic pain syndrome and infertility.

Examination and treatment undergo 74 women with chronic pelvic pain syndrome and infertility (main group). These women were randomized into 2 subgroups: I subgroup – 36 women treated with anti-stress, hormonal, antihypoxic therapy and II subgroup – 38 women who additionally received cyclodion as standard scheme for 3 months. The control group consisted of 32 healthy women of reproductive age.

The effectiveness of the prescribed treatment was investigated in status of mental stress, severity of pain and the dynamics of hormonal profile.

A 50% reduction pain intensity in a subgroup of women who received cyclodion is revealed after 3 months of treatment. After 3 months of treatment the level of luteinizing hormone, estradiol and progesterone in both subgroups of the main group was significantly increased, and the concentration of prolactin and cortisol in blood plasma was significantly decreased only in the II subgroup of the main group.

Thus, this study confirmed the clinical effectiveness and usefulness of the drug cyclodion in the treatment scheme for women with chronic pelvic pain syndrome and stress-induced infertility.

Keywords: chronic pelvic pain syndrome, hyperprolactinemia, stress-induced infertility, cyclodion.