

РЕАБІЛІТАЦІЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА

ВСТУП

Репродуктивне здоров'я жінок є критерієм ефективності соціальної і економічної політики держави, оскільки безпосередньо пов'язано з народженням повноцінного потомства. Аналіз репродуктивного потенціалу дозволяє прогнозувати демографічну ситуацію, стан здоров'я майбутніх вагітних і народжених ними дітей [1].

На всіх етапах функціонування організму репродуктивна система піддається впливу різних чинників, зокрема, запальних захворювань, коморбідної патології, антропогенного впливу навколишнього середовища, соціально-економічних умов тощо [5].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Запальні захворювання статевих органів (ЗЗСО) упродовж багатьох десятиліть займали і займають перше місце серед гінекологічних хвороб у всьому світі. Так, у промислових країнах Європи і США щорічна частота сальпінгіту в жінок від 15 до 39 років складає 10–13 випадків на 1000 жінок; при цьому серед хворих переважають жінки, молодші за 25 років, які ще не народжували. Гострі ЗЗСО найчастіше зустрічаються у віковій групі 20–24 роки, хронічні процеси і їх наслідки переважають у 25–35 років [24, 27, 45]. Частота запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ), на жаль, не має тенденції до зниження, навпаки, кількість хворих із хронічними стертими формами запальних процесів з локалізацією в області придатків матки продовжує зростати [2, 10, 12, 38].

За екстрапольованими даними, протягом репродуктивного віку на ЗЗОМТ хворіє кожна десята жінка, а в кожній четвертій з них виникають ускладнення, серед яких переважають безпліддя, порушення менструального циклу (МЦ), синдром хронічного тазового болю, ектопічна вагітність, невиношування вагітності, зумовлюючи тим самим низку медичних, соціальних і економічних проблем охорони здоров'я. Очікується, що до 2020 р. кожна з двох жінок, які досягли 25–30-річного віку, перенесе епізод ЗЗОМТ і буде тривалий час спостерігатись у гінеколога [31, 43].

Лікування пацієнок із ЗЗОМТ при дотриманні рекомендацій національних та європейських клінічних протоколів завжди вимагає індивідуалізованого підходу з урахуванням особливостей перебігу процесу, ризику або наявності ускладнень, коморбідної патології тощо [6, 7, 9, 32, 41, 45]. Невчасне та/або неадекватне лікування ЗЗОМТ призводить до розвитку склеротичних і дистрофічних змін органів малого таза, порушення їх гормонопродукуючої функції, що суттєво знижує стан репродуктивного здоров'я, фертильність і загальною якість життя жінок [14, 26, 34, 44].

На тлі запальних захворювань геніталій виникають взаємопов'язані патологічні зміни в ендокринній, імунній, нервовій та інших системах жіночого організму, що реалізуються як безпосередніми, так і віддаленими клінічними ризиками і проявами, оскільки запалення є тригером клітинних проліферативних змін [9, 15].

Пусковим механізмом розвитку запалення є бактерійна інвазія. Тривала і часто безсимптомна персистенція інфекційних агентів у репродуктивних органах призводить до виражених змін структури тканин, спричиняє розвиток імунопатологічних процесів, порушення мікроциркуляції, процесів апоптозу і проліферації, нормальної циклічної трансформації тканин [3, 15, 33, 35]. Зміни функціонального стану гіпофізарно-яєчникової системи обумовлюють порушення процесів дозрівання фолікулів, овуляції та формування жовтого тіла, що виникають на тлі рубцево-злукових змін в малому тазі, порушень мікроциркуляції й ішемії внутрішніх статевих органів [4, 10]. Існування вогнища запалення в малому тазі призводить до порушень МЦ, що проявляється мено- і метрорагіями, оліго-опсоменореєю, дисменореєю, передменструальними кров'яними виділеннями [1, 2, 4, 13, 15].

За даними літератури, частота порушень МЦ в жінок із хронічним сальпінгофоритом коливається від 40,0 до 93,0%. Вважається, що ановуляція в цієї категорії пацієнок пов'язана з порушеннями і зниженням рівня передовуляторного піку естрадіолу, а найбільш характерними змінами є зниження в крові базальних значень ФСГ, естрадіолу і прогестерону [2, 17].



В.І. ПИРОВА

д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького
ORCID: 0000-0002-1205-6365

С.О. ШУРПЯК

к. мед. н., асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського НМУ ім. Данила Галицького
ORCID: 0000-0002-5445-6375

Контакти:

Шурпак Сергій Олександрович
ФПДО Львівського НМУ
ім. Данила Галицького,
кафедра акушерства,
гінекології та перинатології
79010, Львів, Пекарська, 69
тел.: +38 (097) 051 42 21
e-mail: shurpyak_serhiy@yahoo.com

При цьому низка авторів зазначає, що у репродуктивному віці в пацієнок із хронічними ЗЗОМТ (ХЗЗОМТ) переважає нормогонадотропна недостатність яєчників [3, 14, 18].

Хронічний больовий синдром із періодично виникаючим болем, який практично завжди превалює над постійним, супроводжує запалення і посилюється при переохолодженні, інфекційних захворюваннях, фізичному і емоційному перенавантаженні, що зазвичай супроводжується порушеннями психоемоційного стану пацієнок (розлади сну, дратівливість, зниження працездатності, швидка стомлюваність) [8, 13, 26, 34]. Порушення сексуальної функції (зміни лібідо, аноргазмія, вагінізм, диспареунія) відзначається у 50–70% випадків ХЗЗОМТ, що тісно пов'язано з психоемоційним станом хворих і ступенем зниження функції яєчників. Таким чином, ХЗЗОМТ характеризуються патогенетично пов'язаними між собою порушеннями, що формують порочне коло, розірвати яке тільки антибактеріальною терапією та симптоматичними засобами неможливо.

Коморбідні захворювання, що послаблюють захисні механізми організму (алергізація, супутні ендокринні порушення), стреси, необґрунтована медикаментозна терапія, нераціональне харчування, дисбіотичні процеси організму на тлі несприятливих екологічних чинників зовнішнього середовища істотно ускладнюють як перебіг ЗЗОМТ, так і їх терапію. Це обумовлює продовження пошуку ефективних методів лікування, спрямованих не тільки на подолання запального процесу та його основних патофізіологічних проявів, але й на відновлення злагодженого функціонування репродуктивної системи й організму в цілому [1, 12].

На даний момент відсутні єдині концептуальні підходи до реабілітації репродуктивної функції жінок із ЗЗОМТ та порушеннями МЦ, хоча пошук і розробка методів лікування, що включають різні підходи, спрямовані не тільки на елімінацію збудника, але й корекцію імунологічних і гормональних порушень, інтенсивно тривають.

В лікуванні захворювань репродуктивної системи все ширше використовується фітотерапія, яка має свою специфіку. В першу чергу вона є ефективною при хронічних захворюваннях і може розглядатися як різновид аддитивної (метаболическої) терапії, що сприяє відновленню порушеного тканинного обміну та структурно-функціональних взаємовідносин репродуктивних органів.

Історія фітотерапії налічує більше 7 тисяч років і безпосередньо пов'язана з розвитком людства. Єгиптяни ще за 4000 років до н. е. створили дещо подібне до фармакології з описом застосовуваних в той час лікарських рослин. У відомому «папірусі Еберса», що датується приблизно 1570 р. до н. е., наведено рецепти лікування різних захворювань, переважно з рослинними компонентами. Перший ґрунтовний твір із науковим обґрунтуванням застосування лікарських рослин, який дійшов до нас, належить Гіппократу (460–377 рр. до н. е.). Перша китайська книга про лікарські рослини, в якій наведено описи 900 видів рослин, датована 2500 р. до н. е., а праця «Синь-сю-бен-цао» (695 р., китайський учений Лі-ді), заснована на опрацюванні більш ранніх робіт про лікарські рослини, фактично є першою в світі державною фармакопеєю, складеною колективом фахівців.

У 1989 р. в Європі було створено Європейське наукове об'єднання з фітотерапії (European Scientific Cooperative on Phytotherapy, ESCOP), що займається координацією й інформаційно-науковою діяльністю в цій галузі медицини. За короткий період ВООЗ було опубліковано понад 60 монографій, що містять дані про найбільш значущі в цілому відношенні лікарські рослини, а також вперше сформульовано саме поняття «фітопрепарат» [11]: готовий медичний продукт, який має торгову назву і містить як активну речовину рослину, частини рослинного матеріалу або їх комбінації в сирому або переробленому вигляді.

Біологічно активні речовини лікарських рослин забезпечують виражену ефективність, багатогранність фармакодинаміки, широкий діапазон терапевтичної дії, високу біодоступність, «м'яку фізіологічну» корекцію порушених функцій і високу безпеку. Чи не найголовнішими перевагами фітопрепаратів вважаються можливість тривалого прийому, мінімальна кількість побічних явищ і небажаних лікарських взаємодій, відсутність ризиків дисбактеріозу і суперінфекції в ситуаціях, коли йдеться про протимікробний ефект. Комбіновані фітопрепарати за рахунок синергічної дії компонентів можуть використовуватись на різних фазах патологічних процесів, впливати як на усунення причин захворювання, так і на різні ланки патогенетичних механізмів розвитку ускладнень [7, 11].

Клінічний досвід і дані літератури свідчать, що побічні реакції при прийомі фітопрепаратів зустрічаються в 5 разів рідше, ніж при використанні інших фармпрепаратів; при цьому у фітопрепаратів значно менше протипоказань, у зв'язку з чим вони можуть застосовуватись триваліше, але лікувальний ефект настає повільніше [20, 42].

Станом на початок 2010 р., за даними Міжнародного союзу охорони природи (International Union for Conservation of Nature, IUCN), було описано близько 320 тисяч видів рослин, з яких лише невелика частина (21 тис.) використовується в медицині. Як відомо, властивості різних видів рослин обумовлені наявністю в них природних хімічних речовин: алкалоїдів, флавоноїдів, сапонінів, вітамінів, мінералів, органічних кислот, гіркот, ефірних масел, дубильних речовин тощо.

Оскільки залежно від наявності згаданих речовин рослинні засоби вивляють різні ефекти (тонізуючий, заспокійливий, протизапальний, протимікробний тощо), для обґрунтування можливостей фітотерапії в корекції порушень МЦ на тлі ЗЗОМТ нами розглянуті властивості низки екстрактів рослин, що входять до складу офіційного препарату Нормоцикл.

Куркума довга (куркума, *Turmeric*, *Kurkuma longa*, індійський шафран, жовтий імбир) належить до родини Імбирних (*Zingiberaceae*). Корінь куркуми багатий на кальцій, залізо, фосфор, йод, вітаміни С, В₁, В₂, В₃, Р, харчові волокна, насичені жирні кислоти, ефірні масла α-феландрен, цінгіберен (25%), борнеол, сабінен, β-куркумін та інші активні з'єднання, які мають дію, що століттями використовується в аюрведичній медицині при лікуванні цукрового діабету, анорексії, запальних захворювань, захворювань гепатобіліарної та дихальної систем, ревматизму, порушень МЦ та підтверджені сучасними клінічними дослідженнями [20, 36].

В лікуванні ЗЗОМТ і пов'язаних із ними порушеннях функції статевих органів важливою є протизапальна дія, яка при пероральному прийомі куркуми порівнюється з ефектом гідрокортизону або фенілбутазону і зумовлюється її здатністю інгібувати ЦОГ-2 та синтез простагландинів, пригнічувати ріст низки бактерій, паразитів і патогенних грибів. З огляду на віддалені проканцерогенні впливи запальних процесів заслуговує на увагу протипухлинна активність куркуміну, що обумовлена прямим антиоксидантним ефектом і здатністю зв'язувати вільні радикали. Окрім цього, отримані експериментальні дані щодо її здатності інгібувати канцерогенез на етапах проліферації, ангиогенезу і пригнічення апоптозу. Також куркума виявляє гепатопротекторний вплив, який схожий з ефектами силімарину (розторопша), пригнічує продукцію прозапальних цитокінів, призводить до збільшення рівня глутатіону в тканині печінки, що сприяє процесам детоксикації та інгібування утворення нітрозамінів. Антиоксидантна активність жиророзчинного куркуміну сприяє захисту клітин від пошкоджуючої дії вільних радикалів і підвищує їхню стійкість до оксидативного стресу [36].

Хоча вивчення властивостей куркуми триває, дослідження *in vitro* та в експерименті підтвердили, що вона є сильним антиоксидантом, протизапальним і антимікробним препаратом, виявляє протипухлинну активність відносно клітин раку простати, шкіри, молочної залози, товстої кишки, знижує рівень цукру в крові (має антидіабетичні властивості). Низка робіт показала позитивні результати щодо застосування *Curcuma longa* в терапії диспепсії, неспецифічного виразкового коліту, профілактиці атеросклерозу (за рахунок зниження рівня холестерину), зниженні ризику інсультів та коронарних нападів внаслідок здатності зменшувати агрегацію тромбоцитів [39].

Симплекс гронovidний (*Symplocos racemosa*, Lodhra, Tilaaka) здавна входив до складу багатьох аюрведичних переписів для лікування жіночих хвороб. Основними активними складниками, через які реалізуються лікувальні властивості симплоксу, є алкалоїди лотурин (0,25%), коллотурин (0,02%), лотуринин (0,06%) і глікозиди. Симплекс гронovidний виявляє м'яку в'язучу, кровоспинну і спазмолітичну дію, прискорює розсмоктування запального інфільтрату і ексудату, рекомендується при менорагіях [46]. Експериментальні дослідження останніх років *in vivo* [47] засвідчили здатність водного екстракту симплоксу при пероральному введенні підвищувати сироваткові рівні фолікулостимулюючого (ФСГ) і лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів, знижувати рівень тестостерону та підвищувати рівні естрогену і прогестерону у сироватці крові. Низка робіт продемонструвала виражену протизапальну дію симплоксу гронovidного, порівняну з дією ібупрофену та диклофенаку [21]. Наявність в екстрактах кори *Symplocos racemosa* алкалоїдів, глікозидів та фітостеринів забезпечує антибактеріальну активність щодо низки грампозитивних і грамотригативних бактерій (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*), знеболюючий, протизапальний, жарознижуючий ефекти, посилення антиоксидантного захисту шляхом активації супероксиддисмутази і катала-

зи [19]. Також отримано цікаві дані щодо протипухлинної активності спиртових екстрактів кори симплоксу гронovidного (*in vitro* цитотоксичний ефект щодо ракових клітин шийки матки, пригнічення неоангіогенезу внаслідок здатності інгібувати тимідинфосфорилазу) [28, 40].

Солодка гола (*Glycyrrhiza glabra*) вперше була згадана понад 5000 років тому в китайській книзі Pen Tsoo Ching. На сьогоднішній день це одна з найпопулярніших рослин у Китаї. Корінь солодки містить гліциризин – сапонін три-терпенової природи, флавоноїди, цукри, ліпіди, крохмаль, смолисті речовини, гіркоти, вітаміни, пігменти, глікозиди (ліквіритозид, гліциризин), флавоноїди (наприклад, ліквіритин), сахарозу і глюкозу, білки, аспарагін, камедь, мінеральні солі, пектинові речовини, сапоніни, фітогормони.

Гліциризин (гліциризова, гліциризинова кислота) є основним біоактивним компонентом солодки (2–9%); інші складові зустрічаються в пропорціях, що змінюються в залежності від виду і географічного місця зростання рослини. Гліциризин зустрічається у вигляді суміші солей калію та кальцію і є монодесмозидом, який при гідролізі розпадається на дві молекули D-глюкуронової кислоти й аглікони гліциризової кислоти (еноксолон). Флавоноїдні складові включають в себе ліквіритигенін та ізоліквіритигенін, які обумовлюють слабкий естрогеноподібний ефект солодки [17, 25].

Протизапальним і протиалергічним ефектом солодка завдячує дії гліциризину й еноксолону, подібної до впливу кортикостероїдів, що пояснюється схожістю окремих елементів їхньої структури зі структурою кортикостероїдних гормонів. В дослідженнях *in vitro* виявлено антиандрогенну дію солодки, яка реалізується за рахунок пригнічення гліциризиною ферменту 11 β -гідроксистероїддегідрогенази, яка каталізує метаболізм естрогенів та андрогенів і відіграє роль в стероїдогенезі андрогенів. Гліциризинова кислота є синергістом кортизону, оскільки її похідні знижують активність ферменту b-редуктази і дельта-4,5-альфа редуктази [25, 37]. Гліциризинова кислота визначає також потужний інактивуючий вплив на різні типи ДНК і РНК-вірусів *in vitro*, пригнічує ріст *Bacillus subtilis*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Aspergillus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium smegmatis* і *Candida albicans* [47]. Таким чином, дія біоактивних складових солодки підвищується за рахунок синергічної молекулярної активації, що забезпечує виражений імунокоригуючий, протівірусний, протизапальний, антиоксидантний та антиалергічний ефекти [8, 9, 10]. Слід взяти до уваги, що солодка, виявляючи мінералокортикоїдну активність, сприяє виведенню з організму калію, що потрібно пам'ятати при застосуванні її в пацієнтів, які приймають сечогінні препарати [47].

Спаржа гронovidна (*Asparagus racemosus*, Shatavari, Shatamull) широко відома як shatavari (шатаварі). З санскриту це слово перекладається як «та, що має сотню чоловіків» або «цілитель ста хвороб», в аюрведі використовується для лікування і гармонізації багатьох станів, вважаючись основним еліксиром молодості жіночого організму [19]. У корінні спаржі гронovidної міститься широкий спектр фітохімічних з'єднань – стероїдні сапоніни, ізофлавоїди, аспарагін А, полісахариди, а основними біологічно активними компонентами вважається група сапонінів, відомих як «шатава-

рини» (shatavarins I–IV, VI–X), які виявляють фітоестрогенні властивості. Аюрведичні цілителі призначають шатаварі для відновлення регулярності МЦ, лікування передменструального і клімактеричного синдромів, дисменореї, аменореї та терапії естроген-залежних доброякісних проліферативних процесів жіночої статеві сфери (лейоміома, мастопатія, ендометріоз) за рахунок нормалізації гормонального балансу шляхом активізації печінкового метаболізму естрогенів, стимуляції синтезу прогестерону. Шатаварі використовується в комплексній терапії безпліддя, імпотенції та фригідності, сексуальних розладів; є сильним афродизіаком, активізує кровоплин в органах малого таза, підвищує лібідо, виявляє противиразкові, гастропротекторні, сечогінні властивості, а також активність щодо збудників кишкових інфекцій (*E. coli*, *Vibrio cholerae*, *Schigella*). Дослідження *in vitro* показали імуномодулюючу та протипухлинну активність шатаварину IV спаржі гронovidної, зокрема, за рахунок підвищення активності природних клітин-кілерів – NK-клітин, які здійснюють цитотоксичні функції. Отримані також свідчення щодо антитоксичних і анаболічних властивостей спаржі гронovidної [23, 29, 30].

Згадані фармакологічні ефекти *Asparagus racemosus*, *Glycyrrhiza glabra*, *Kurkuma longa*, *Symplocos racemosa* дають підстави провести дослідження їхнього впливу на нормалізацію МЦ у жінок із ЗЗСО.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності препарату Нормоцикл у пацієток із порушеннями МЦ на тлі хронічних ЗЗСО.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У досліджувану когорту увійшли 96 жінок у віці 25–32 років із верифікованими ХЗЗОМТ і порушеннями МЦ, що розвинулись після перенесеного запалення.

Критеріями включення у дослідження були клініко-анамнестичні дані щодо порушень МЦ (неструктурні аномальні маткові кровотечі (АМК) після перенесеного запалення, наявність мінімальних діагностичних критеріїв ЗЗОМТ згідно з сучасними рекомендаціями (болючість при пальпації у нижніх відділах живота, болючість в ділянці придатків матки при бімануальному гінекологічному обстеженні, болючі тракції шийки матки) [22, 24, 31, 32, 41], відсутність доброякісної гормонозалежної патології статевих органів (міома матки, генітальний ендометріоз, кісти яєчників, синдром полікістозних яєчників), відсутність важкої екстрагенітальної патології і дисфункції щитоподібної залози, виключення вагітності, урогенітального хламідіозу та гонореї, а також гормонотерапії протягом 3 місяців до включення у дослідження.

Вивчення характеру менструальної функції проводили за сукупністю даних, які включали в себе вік менархе, періодичність, тривалість, болючість, інтенсивність менструацій.

Комплекс обстежень, проведених у динаміці, включав загальноклінічне, гінекологічне, лабораторне (загальний і біохімічний аналізи крові, коагулограма), ультрасонографічне дослідження, клінічне обстеження молочних залоз, визначення рівнів ФСГ, ЛГ, естрадіолу, прогестерону, пролактину, кортизолу в сироватці крові в динаміці МЦ

методом імунохемілюмінісценції, виявлення антигенів *Ch. trachomatis*, *N. Gonorrhoeae* методом полімеразної ланцюгової реакції. УЗД органів малого таза методом трансабдомінальної та трансвагінальної ехографії в режимі реального часу проводили за стандартною методикою конвексними датчиками з частотою 3,5 МГц і 7,5 МГц на ультразвуковому апараті Siemens SL-450 у I та II фазу МЦ. За показаннями проводилась пайпель-біопсія ендометрія з патоморфологічним дослідженням отриманого матеріалу. Обстеження проводили двічі – перед початком лікування та після завершення етапної реабілітаційної програми (через 3,5 місяців).

Первинно сформований масив жінок методом випадкової вибірки після першого етапу реабілітаційної програми був розділений на три групи – дві основні (1 і 2) та групу порівняння. За основними параметрами порушень репродуктивного здоров'я групи вірогідно не різнились.

Перший етап реабілітаційної програми для пацієток всіх трьох груп передбачав призначення 14-денного курсу протизапальної терапії: антибіотик широкого спектру дії (Novox-500, одна таблетка містить левофлоксацину 500 мг) по 500 мг один раз на добу протягом 14 днів, орнідазол 0,5 г двічі на добу протягом 5 днів, ректальні супозиторії, до складу яких входять два активних компоненти: стрептокіназа (15000 МЕ) та стрептодорназа (1250 МЕ) двічі на добу протягом 14 днів, пероральний пробіотик по 1 капсулі один раз на добу впродовж 10 днів.

Пацієтки першої основної групи (40 жінок) отримували препарат Нормоцикл за стандартною схемою (1 капсула двічі на добу в безперервному режимі) від 1-го дня лікування, починаючи з першого етапу протизапальної терапії, і в подальшому впродовж 3 місяців. Одна капсула Нормоциклу містить як діючі речовини екстракти симплокосу гронovidного (125 мг), спаржі гронovidної (100 мг), солодки голої (50 мг) і куркуми довгої (25 мг).

Пацієтки другої основної групи (30 жінок) починали прийом препарату після завершення першого етапу протизапальної терапії, отримуючи Нормоцикл за аналогічною схемою протягом 3 місяців.

Пацієтки групи порівняння (26 жінок) після курсу протизапальної терапії продовжували перебувати під спостереженням без проведення фітотерапії.

Критеріями ефективності реабілітаційної програми вважали нормалізацію МЦ, відсутність мінімальних діагностичних критеріїв ЗЗОМТ, дисменореї.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету прикладних програм Microsoft Excel і Statistica 6.0 для Windows із дотриманням рекомендацій для медичних і біологічних досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Сформовані групи були порівнюваними за віком (середній вік пацієток основних груп і групи порівняння складав відповідно $26,7 \pm 1,2$ року, $27,3 \pm 1,9$ років, $25,4 \pm 0,9$ років).

Основними скаргами жінок при зверненні на обстеження були циклічні та ациклічні порушення МЦ; хронічні АМК, гіпоменструальний синдром, дисменорея, періодичний нижчий біль унизу живота та в попереку (табл. 1).

Таблиця 1. Структура клінічних проявів ХЗЗОМТ і порушень МЦ в обстежених пацієнток

Характер порушень	Перша група, n = 40		Друга група, n = 30		Група порівняння, n = 26	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Олігоменорея	10	25,0	8	26,7	7	26,9
Хронічні АМК	19	47,5	14	46,7	12	46,1
Гіпоменорея	11	27,5	8	26,7	7	26,9
Дисменорея	27	67,5	16	53,3	11	42,3
Хронічний тазовий біль	17	42,5	13	43,3	10	38,5

Таблиця 2. Гінекологічна патологія в обстежених пацієнток

Характер патології	Перша група, n = 40		Друга група, n = 30		Група порівняння, n = 26	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Ендоцервіцит	9	22,5	8	26,7	5	19,2
Псевдоерозія шийки матки	5	12,5	5	16,6	4	15,8
Вульвовагініт	7	17,5	3	10,0	3	11,5
Хронічний сальпінгоофорит	40	100,0	30	100,0	26	100,0
Хронічний ендометрит (підтверджений морфологічно)	11	27,5	7	23,3	6	23,1

Частота різних проявів порушень менструальної функції в жінок сформованих груп до проведення лікування достовірно не різнилася ($p > 0,05$).

Тривалість порушень МЦ в обстеженої когорти пацієнток коливалась від 5 до 16 місяців і вірогідно не різнилась між сформованими групами (в середньому $8,5 \pm 2,7$ місяців в першій групі, $8,7 \pm 1,9$ – у другій та $9,2 \pm 2,5$ місяців у групі порівняння). При цьому звертало на себе увагу, що вік менархе в усіх обстежених пацієнток відповідав популяційному (в середньому $12,3 \pm 0,4$ року), а порушення МЦ до перенесених ЗЗОМТ не відзначались у 93,8% обстежених.

Посилення больового синдрому в 42,7% жінок спостерігалось під час та після менструації, частина пацієнток відзначала зв'язок із переохолодженням (18,8%), інфекційними захворюваннями (15,6%), статевим актом (17,7%), тривалим перебуванням у вертикальному положенні (34,4%). Не реалізували з різних причин свою репродуктивну функцію 29 (30,3%) жінок досліджуваної когорти, однак на момент включення в дослідження питання досягнення вагітності не поставало.

Під час гінекологічного обстеження в усіх пацієнток було встановлено діагноз хронічного сальпінгоофо-

риту, в низки жінок виявлено ендоцервіцит, псевдоерозію шийки матки, вульвовагініт (табл. 2).

Санация патології нижнього відділу генітального тракту проводилась паралельно з основною терапією без використання препаратів, які містять антибіотики.

Аналіз гормонального балансу обстежених пацієнток показав, що незалежно від клінічних проявів порушень МЦ характерними особливостями є зниження сироваткового рівня естрадіолу в межах референтних значень протягом МЦ, зниження рівня прогестерону до параметрів базального рівня у другу фазу циклу, що свідчить про хронічну ановуляцію та можливість ушкодження стероїдосинтезуючого апарату яєчників внаслідок хронічного запалення, можливо, з розвитком аутоімунної компоненти. Показники гормонального балансу корелювали зі змінами УЗ-картини яєчників впродовж МЦ, яка підтверджувала відсутність овуляторних циклів у 80,3% обстежених жінок. Водночас у цієї категорії пацієнток була виявлена тенденція до розвитку дрібнокістозної дегенерації яєчників внаслідок вираженої вторинної атрезії фолікулів, що може бути наслідком як порушення мікроциркуляції, гіпоксичного стану тканин, ураження тка-

нини яєчника вільними радикалами, утворюваними внаслідок активації перекисного окислення ліпідів при запальному процесі, так і порушення гіпофізарної регуляції стероїдогенезу в яєчниках.

Повноцінний фолікулогенез і овуляцію забезпечують циклічні коливання рівнів гонадотропнів впродовж МЦ, що не простежувалося в обстежених пацієнток із хронічним сальпінгоофоритом. Дослідження рівнів гонадотропних гормонів гіпофіза (ФСГ і ЛГ) у сироватці крові обстеженої когорти пацієнток виявило тенденцію до підвищення базального рівня ФСГ (порівняно з контролем), який, однак, не перевищував популяційних референтних значень для жінок відповідного віку при одночасному зниженні рівнів ЛГ у сироватці крові без циклічних коливань впродовж МЦ, характерних для нормального циклу (табл. 3).

Коливання рівня пролактину в пацієнток із хронічним сальпінгоофоритом та порушеннями МЦ не мали достовірних відмінностей ($p > 0,05$). Простежувалась тенденція до підвищення рівня вільного тестостерону в сироватці крові протягом МЦ, більш виражене у II фазу циклу, однак в жодному випадку показники не виходили за межі популяційного рівня для жінок репродуктивного віку.

Клінічній нормалізації МЦ у пацієнток основних груп з порушеннями менструальної функції внаслідок ЗЗОМТ відповідало відновлення параметрів гормонального балансу після прийому Нормоциклу (табл. 4). В переважній більшості пацієнток першої та другої клінічної груп (72,5% і 70,0% відповідно) спостерігалась нормалізація рівнів гонадотропних гормонів в динаміці МЦ при паралельному відновленні стероїдогенезу яєчників, встановлення овуляторних циклів у 52,9 % жінок, що було підтверджено під час динамічного УЗ-обстеження.

Оцінка змін частоти і клінічних проявів порушень МЦ і ХЗЗОМТ після трьох місяців прийому Нормоциклу показала виражену позитивну динаміку змін у пацієнток двох основних груп (табл. 4).

В результаті терапії в обох основних клінічних групах значно зменшилась частота дисменореї (з 67,5 до 12,5% у

Таблиця 3. Рівні гонадотропних, стероїдних гормонів і кортизолу в сироватці крові жінок із ХЗЗОМТ та порушеннями МЦ (Ме (n₁–n₂))

Фаза МЦ	Гормон	Референтні значення лабораторії	Когорта обстежених до початку терапії, n = 96	Перша група (після терапії), n = 40	Друга група (після терапії), n = 30	Група порівняння, n = 26
Фолікулярна	ФСГ, МО/л	3,7 (3,1–5,0)	6,3 (4,9–7,6)*	4,3 (3,5–6,2)**	5,0 (4,1–6,0)**	5,9 (4,3–6,1)***
	ЛГ, МО/л	5,8 (5,4–7,2)	3,9 (3,3–5,0)*	5,2 (5,0–6,7)**	4,8 (4,0–6,0)**	4,1 (3,6–5,2)***
	Пролактин, нг/мл	14,6 (9,3–19,2)	15,7 (10,1–19,6)	14,2 (10,3–18,6)	15,2 (11,3–17,6)	15,7 (10,1–19,6)
	Естрадіол, пмоль/л	236,4 (187,6–280,0)	143,4 (91,1–243,2)*	216,8 (180,3–280,7)**	186,8 (170,8–270,2)**	158,8 (120,1–265,2)***
	Прогестерон, нмоль/л	2,4 (2,1–2,5)	1,1 (0,7–2,1)*	2,3 (2,1–2,6)	2,1 (1,9–2,4)	1,9 (1,8–2,1)*
	Тестостерон вільний, пг/мл	5,1 (2,4–7,1)	5,9 (4,4–8,7)	5,0 (3,4–5,6)	5,1 (3,4–5,3)	5,7 (5,4–8,7)
Лютеїнова	ФСГ, МО/л	2,9 (2,4–3,7)	4,6 (3,9–5,8)*	2,7 (2,4–3,1)**	2,8 (2,9–3,2)**	3,6 (3,0–4,8)***
	ЛГ, МО/л	6,1 (5,6–7,4)	4,1 (4,9–5,5)*	6,0 (5,6–6,8)**	5,7 (5,2–6,3)**	4,1 (4,9–5,5)***
	Пролактин, нг/мл	14,9 (10,2–20,5)	15,6 (11,8–21,2)	14,7 (10,6–20,2)	14,5 (11,6–19,5)	16,6 (12,8–22,2)
	Естрадіол, пмоль/л	328,5 (256,2–358,0)	163,8 (106,4–281,2)*	308,2 (266,2–370,2)**	298,2 (250,2–310,2)**	213,8 (166,4–221,1)***
	Прогестерон, нмоль/л	29,8 (23,2–34,4)	1,8 (1,2–3,7)*	22,2 (19,2–30,6)**	18,8 (15,2–27,6)**	15,8 (11,6–23,4)***
	Тестостерон вільний, пг/мл	5,1 (2,4–7,1)	6,8 (4,4–8,1)*	4,9 (2,6–6,2)**	4,8 (2,5–6,7)**	5,8 (3,4–7,1)

* різниця вірогідна при порівнянні показників когорти до лікування з показниками контрольної групи, p ≤ 0,05;

** різниця вірогідна при порівнянні показників когорти до лікування з показниками основної групи після завершення лікування, p ≤ 0,05;

*** різниця вірогідна при порівнянні показників групи порівняння з показниками основної групи після завершення лікування, p ≤ 0,05

Таблиця 4. Структура клінічних проявів ХЗЗОМТ і порушень МЦ в обстежених пацієнток після завершення лікування, абс. ч. (%)

Характер порушень	Перша група, n = 40		Друга група, n = 30		Група порівняння, n = 26	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Олігоменорея	10 (25,0)	–	8 (26,7)	–	7 (26,9)	5 (19,2)
Хронічні АМК	19 (47,5)	4 (10,0)*	14 (46,7)	5 (16,6)*	12 (46,1)	4 (15,4)*
Гіпоменорея	11 (27,5)	–	8 (26,7)	–	7 (26,9)	5 (19,2)
Олігоменорея + гіпоменорея	–	5 (12,5)	–	4 (13,3)	–	1 (3,9)
Дисменорея	27 (67,5)	5 (12,5)*	16 (53,3)	6 (20,0)*	11 (42,3)	7 (26,9)*
Хронічний тазовий біль	17 (42,5)	9 (22,5)*	13 (43,3)	8 (26,7)*	10 (38,5)	8 (30,8)

* різниця вірогідна при порівнянні показників до і після лікування, p ≤ 0,05

першій групі та з 53,3 до 20,0% у другій групі, p < 0,05), при цьому позитивні зміни щодо больового синдрому спостерігались вже наприкінці 2-го місяця прийому Нормоциклу, тоді як достовірна редукція проявів дисменореї в пацієнток групи порівняння мала місце тільки в 15,4% спостережень (з 42,3 до 26,9%, p < 0,05) (табл. 4). Не настільки виражений позитивний ефект спостерігався щодо зменшення проявів хронічного тазового болю, що вимагає більш поглибленого обстеження даної категорії пацієнток для уточнення природи больового синдрому.

Необхідно відзначити, що після проведеної терапії в основних групах гіпоменорея спостерігалась тільки в жінок із олігоменореєю, що дозволило розглядати їх як поєднаний прояв порушення МЦ (табл. 4). Нормалізація МЦ після завершення 3-місячного прийому Нормоциклу відбулась у 77,5% пацієнток першої і 70,0% – другої групи (табл. 4). Водночас у групі порівняння такі поєднані порушення після лікування спостерігались в одному випадку. В цілому ж у жінок групи порівняння, яким не проводилась реабілітаційна фітотерапія, нормалізація МЦ була відзначена тільки в 42,3% випадків (p < 0,05 порівняно з основними групами).

Отримані дані підтверджують ефективність та доцільність застосування Нормоциклу одночасно з початком протизапальної терапії, що дає виражений клініко-лабораторний ефект.

ВИСНОВКИ

1. Реабілітацію репродуктивної функції в жінок із порушеннями МЦ внаслідок запальних захворювань органів малого таза слід починати одночасно з проведенням протизапальної терапії, що дає виражений клінічний ефект у 77,5% випадків.

2. Фармакологічні ефекти *Asparagus racemosus*, *Glycyrrhiza glabra*, *Kurkuma longa*, *Symplocos racemosa*, що входять до складу препарату Нормоцикл, посилюють ефект протизапальної терапії, водночас дозволяючи досягти нормалізації гормонального балансу в 72,5% випадків і відновлення овуляторних циклів у 52,9 % пацієнток.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство / Под ред. И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. – М.: МЕДпресс-информ. – 2009. – 720 с. Out-patient care in obstetrics and gynecology: A Practical Guide. Ed. by I.S. Sidorova, T.V. Ovsyannikova, I.O. Makarov. Moscow. MEDpress-inform (2009): 720 p.
2. Краснополский, В.И. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин / В.И. Краснополский, О.Ф. Серова, В.А. Туманова и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – Т. 4, № 5. – С. 26–29. Krasnopol'skiy, V.I., Serova, O.F., Tumanova, V.A., et al. "Influence of infections on women reproductive system." Russian Herald of obstetrician-gynecologist 4.5 (2004): 26–9.
3. Ворона, И.Г., Бергман, А.С. Гормональный гомеостаз у больных неспецифическим сальпингоофоритом. – Рига: Зинанте. – 1990. – 98 с. Vorona, I.G., Bergman, A.S. Hormonal homeostasis in patients with non-specific salpingoophoritis. Riga. Zinante (1990): 98 p.
4. Геворкян, М.А., Манухин, И.Б., Тумилович, Л.Г. Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции: руководство для врачей / 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 280 с. Gevorkyan, M.A., Manukhin, I.B., Tumilovich, L.G. Gynecologic Endocrinology Clinical lectures: a guide for physicians. 2nd ed. ext. Moscow. GEOTAR-Media (2010): 280 p.
5. Гинекология: Руководство для врачей / Под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Киры. – М.: Литтерра. – 2008. – 840 с. Gynecology: A Guide for Physicians. Ed. by V.N. Serov, E.F. Kira. Moscow. Litterra (2008): 840 p.
6. Дубиская, Л.А. Региональные особенности репродуктивного здоровья населения / Л.А. Дубиская, О.В. Лобанова // Здравоохр. – 2009. – №4. – С. 36–41. Dubisskaya, L.A., Lobanova, O.V. "Regional features of the reproductive health of population." Health Sector 4 (2009): 36–41.
7. Исламова, Г.О. До питання про лікування порушень менструального циклу в жінок репродуктивного віку / Г.О. Исламова // Здоров'я жінки. – 2014. – № 5 (91). – С. 1–3. Islamova, G.O. "On the treatment of menstrual cycle disorders in women of reproductive age." Women's Health 5.91 (2014): 1–3.
8. Кайгородова, Т.В. Стратегические подходы ВОЗ в охране репродуктивного здоровья и формирования здорового образа жизни / Т.В. Кайгородова, Ж.И. Войцеховская, Е.В. Землянова // Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохр. – 2007. – № 5. – С. 28. Kaygorodova, T.V., Vojtsekhovskaya, Z.I., Zemlyanova, E.V. "WHO's strategic approach to reproductive health and healthy lifestyles." Issues of economics and management for the health sector managers 5 (2007): 28.
9. Кулага, О.К. Роль воспаления в формировании эндокринных расстройств в акушерстве и гинекологии / О.К. Кулага, Ю.Е. Демидчик // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2012. – № 5. – С. 121–124. Kulaga, O.K., Demidchik, Y.E. "The role of inflammation in the formation of endocrine disorders in obstetrics and gynecology." Reproductive health Eastern Europe 5 (2012): 121–4.
10. Михалевич, С.И., Костюк, С.А., Исмаил, М.Н. Репродуктивное здоровье женщины при ИППП. – Бел. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: 2008. – 360 с. Mikhalevich, S.I., Kostyuk, S.A., Ismail, M.N. Reproductive health in women with STIs. Belarus Medical Academy of postgraduate education. Minsk (2008): 360 p.
11. Монографии ВОЗ о лекарственных растениях, широко используемых в Новых независимых государствах (ННГ). ВОЗ, Geneva, 2010. WHO monographs on medicinal plants commonly used in the Newly Independent States (NIS). WHO. Geneva (2010).
12. Прилепская, В.Н., Яглов, В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 128 с. Prilepskaya, V.N., Yaglov, V.V. Inflammatory diseases of the pelvic organs. Moscow. GEOTAR-Media (2010): 128 p.
13. Разумейко, Д.П. Оптимізація лікування хворих із сальпінгофоритом та порушеннями менструальної функції в жінок репродуктивного віку / Д.П. Разумейко, І.М. Маркуш // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2012. – № 2. – С. 184–187. Razumeiko, D.P., Markush, I.M. "Optimization of treatment of patients with salpingoophoritis and menstrual dysfunction in women of reproductive age." Actual issues of pediatrics, obstetrics and gynecology 2 (2012): 184–7.
14. Серов, В.Н., Жаров, Е.Г. Современные аспекты лечения генитальной инфекции у женщин. – М.: Российское общество акушеров-гинекологов. – 2009. – 36 с. Serov, V.N., Zharov, E.G. Modern aspects of the treatment of genital infection in women. Moscow. Russian Society of Obstetricians and Gynecologists (2009): 36 p.
15. Тихомиров, А.Л., Лубнин, Д.М., Юдаев, В.Н. Репродуктивные аспекты гинекологической практики / Под ред. А.Л. Тихомирова. – М., 2002. – 222 с. Tikhomirov, A.L., Lubnin, D.M., Yudaev, V.N. Reproductive aspects of gynecological practice. Ed. by A.L. Tikhomirov. Moscow (2002): 222 p.
16. Толстикова, Г.А., Балтина, Л.А., Гранкина, В.П. Солодка: биоразнообразия, химия, применение в медицине. – Новосибирск: Академическое издательство «Гео». – 2007. – 311 с. Tolstikova, G.A., Baltina, L.A., Grankina, V.P. Licorice: biodiversity, chemicals, used in medicine. Novosibirsk. Academic Publishing House "Geo" (2007): 311 p.
17. Трохимович, О.В. Особенности эндокринного статуса женщин с тубо-перитонеальным бесплодием, которые перенесли аборт / О.В. Трохимович, О.О. Ревенько // Педиатрия, акушерство и гинекология. – 2010. – Т. 72, № 1. – С. 78–81. Trokhimovich, O.V., Revenko, O.O. "Features of endocrine status in women with tubal-peritoneal infertility who underwent an abortion." Pediatrics, Obstetrics and Gynecology 72.1 (2010): 78–81.
18. Хмельницкий, О.К. Характеристика гормонально-иммунного статуса при воспалительных заболеваниях репродуктивной системы женщин / О.К. Хмельницкий, Б.И. Глуховец // Архив патол. – 1990. – Т. 52, Вып. 11. – С. 5–9. Khmelnitskiy, O.K., Glukhovets, B.I. "Characteristics of hormone-immune status in inflammatory diseases of the female reproductive system." Archive pathol 52.11 (1990): 5–9.
19. Acharya Balkrishna. Secrets of Indian Herbs for Good Health. Divya Prakshan. Hardwar (2008): 383–386.
20. Khare, C.P. Ayurvedic Pharmacopoeial Plant Drugs: Expanded Therapeutics. CRC Press, Taylor&Francis Group (2016).
21. Bhutani, K.K., Jadhav, A.N., Kalia, V.J. "Effect of Symplacos racemosa Roxb. on gonadotropin release in immature female rats and ovarian histology." Ethnopharmacol 94.1 (2004): 197–200.
22. Blake, D.R. "Identification of symptoms that indicate a pelvic examination is necessary to exclude PID in adolescent women." J Pediatr Adolesc Gynecol 1.16 (2003): 25–30.
23. Bopana, N., et al. "Asparagus racemosus – ethnopharmacological evaluation and conservation needs." J Ethnopharmacol 110.1 (2007): 1–15.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. Pelvic Inflammatory Disease. MMWR 59 (RR-12) (2010): 110 p.
25. Furusawa, J., Funakoschi-Tago, M., Mashino, T., et al. "Glycyrriza inflana-derived chacones, Licochacone A, Licochacone B and Licochacone D, inhibit phosphorylation of NF-kappa B p62 in LPS signaling pathway." Int Immunopharmacol 9.4 (2009): 499–507.
26. Haggerty, C.L., Schulz, R., Ness, R.B. "Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease." Obstet Gynecol 102.5.1 (2003): 934–6.
27. Haggerty, C.L., Ness, R.B. "Epidemiology, pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease." Expert Rev Antinfect Ther 4 (2006): 235–47.
28. Hussain, S., Gaffney, J., Ahmed, N., et al. "An investigation of the kinetic and anti-angiogenic properties of plant glycoside inhibitors of thymidine phosphorylase." J Asian Nat Prod Res 11 (2009): 159–67.
29. Goyal, R.K., Singh, J., Lal, H. "Asparagus racemosus – an update." Indian J Med Sci 57 (2003): 408.
30. Gulfam Nasar, Irum Saba. "Antibacterial activity of chemical constituents isolated from Asparagus racemosus." Bangladesh J Pharmacol 9 (2014): 1–3.
31. Jaiyeoba, O., Lazenby, G., Soper, D.E. "Recommendations and rationale for the treatment of pelvic inflammatory disease." Expert Rev Anti Infect Ther 9.1 (2011): 61–70.
32. Jaiyeoba, O., Soper, D.E. "A practical approach to the diagnosis of pelvic inflammatory disease." Infect Dis Obstet Gynecol (2011): 753037. DOI: 10.1155/2011/753037
33. Jennings, R.T., Baker, E.S. "Gynecological and reproductive issues for women in space: a review." Obstet Gynecol Surv 55.2 (2000): 109–16.
34. Lindbohm, M.L. "Women's reproductive health: some recent developments in occupational epidemiology." Am J Ind Med 36.1 (1999): 18–24.
35. Lin, H.W., Tu, Y.Y., Lin, S.Y. "Risk of ovarian cancer in women with pelvic inflammatory disease: a population-based study." Lancet Oncol 12.9 (2011): 900–4.
36. Muhammad Abdullah Shah, Syed Muhammad Abdullah, et al. "Ethnopharmacological of curcuma longa: a review." IJPSR 4.1 (2013): 103–12.
37. Nagao, Y., Sata, M., Suzuki, M., et al. "Effectiveness of glycyrrhizin for oral lichen planus in patients with chronic HCV infection." J Gastroenterol 16 (2002): 168–72.
38. 2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease, v. 5. Available from: [https://www.coursehero.com/file/17921754/PID-Treatment-Guidelines-Europe2012v5pdf/], last accessed Dec 4, 2016.
39. Pole, S. Ayurvedic Medicine: The Principles of Traditional Practice. Churchill Livingstone (2006): 271–2.
40. Raval, B.P., Patel, J.D., Patel, B.A., Ganure, A.L. "Potent in vitro anticancer activity of Symplacos racemosa bark." Rom J Biol Plant Biol 54 (2009): 135–40.

41. RCOG Green Top Guidelines-Management of Pelvic Inflammatory Disease (2003, 2009). Available from: [http://www.bashh.org/documents/3572.pdf], last accessed Dec 4, 2016.
42. Shadia, A.T. "Yassin Herbal Remedy used by Rural Adolescent girls with Menstrual Disorders." *Journal of American Science* 8.1 (2012).
43. Simms, I., Stephenson, J.M. "Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know." *Sex Transm Inf* 76 (2000): 80–7.
44. Sheth, S.S. "Reproductive health and obstetricians and gynecologists." *Ann NY Acad Sci* 997 (2003): 1–10.
45. Trent, M., Bass, D., Ness, R.B., Haggerty, C. "Recurrent PID, subsequent STI, and reproductive health outcomes: findings from the PID evaluation and clinical health (PEACH) study." *Sex Transm Dis* 38.9 (2011): 879–81.
46. Vidyasagar, G.M., Murthy, S.M. "Siddalinga Ethnomedicinal plants used to treat menstrual disorders by tribal people in Bellary district of Karnataka." *India JPLS* 3 (2012): 1871–6.
47. Williamson, E. *Major Herbs of Ayurveda*. Churchill Livingstone (2002): 51–4. □

РЕАБІЛІТАЦІЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА

В.І. Пирогова, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського НМУ ім. Данила Галицького

С.О. Шурпяк, к. мед. н., асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського НМУ ім. Данила Галицького

У статті представлені результати порівняльного дослідження ефективності фітопрепарату Нормоцикл щодо відновлення менструального циклу в жінок із хронічними запальними захворюваннями органів малого тазу.

У досліджувану когорту увійшли 96 жінок у віці 25–32 років з верифікованими хронічними запальними захворюваннями органів малого тазу і порушеннями менструального циклу, що розвинулись після перенесеного запалення.

Перший етап реабілітаційної програми передбачав призначення 14-ти денного курсу протизапальної терапії для всіх учасниць дослідження. Пацієнтки двох основних груп отримували Нормоцикл за стандартною схемою: 40 пацієнток першої групи – від першого дня протизапальної терапії і в подальшому впродовж 3 місяців, 30 пацієнток другої групи – впродовж 3-х місяців після завершення протизапальної терапії. 26 жінок групи порівняння, отримавши тільки протизапальну терапію, перебували під спостереженням без проведення фітотерапії.

В результаті терапії в обох основних клінічних групах значно зменшилась частота дисменореї (з 67,5 до 12,5% у першій групі та з 53,3 до 20,0% у другій групі), тоді як достовірна редукція проявів дисменореї в пацієнток групи порівняння мала місце тільки в 15,4% спостережень (з 42,3 до 26,9%). Нормалізація менструального циклу після завершення тримісячного прийому Нормоциклу відбулась у 77,5% пацієнток першої і 70,0% – другої групи, а в групі порівняння – лише у 42,3%.

Як відзначають автори дослідження, реабілітацію репродуктивної функції в жінок із порушеннями менструального циклу внаслідок запальних захворювань органів малого тазу слід починати одночасно з проведенням протизапальної терапії. Фармакологічні ефекти *Asparagus racemosus*, *Glycyrrhiza glabra*, *Kurkuma longa*, *Symplocos racemosa*, що входять до складу препарату Нормоцикл, посилюють ефект протизапальної терапії, дозволяють досягнути клінічного ефекту у 77,5% спостережень, нормалізації гормонального балансу в 72,5% і відновлення овуляторних циклів у 52,9% пацієнток.

Ключові слова: порушення менструального циклу, хронічні запальні захворювання органів малого тазу, фітотерапія, Нормоцикл.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

В.И. Пирогова, д. мед. н., профессор, зав. кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского НМУ им. Данила Галицкого

С.А. Шурпяк, к. мед. н., ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского НМУ им. Данила Галицкого

В статье представлены результаты сравнительного исследования эффективности фитопрепарата Нормоцикл по восстановлению менструального цикла у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого тазу.

В исследуемую когорту вошли 96 женщин в возрасте 25–32 лет с верифицированными хроническими воспалительными заболеваниями органов малого тазу и нарушениями менструального цикла, которые развились после перенесенного воспаления.

Первый этап реабилитационной программы предусматривал назначение 14-дневного курса противовоспалительной терапии для всех участниц исследования. Пациентки двух основных групп получали Нормоцикл по стандартной схеме: 40 пациенток первой группы – с первого дня противовоспалительной терапии и в дальнейшем в течение 3 месяцев, 30 пациенток второй группы – в течение 3-х месяцев после завершения противовоспалительной терапии. 26 женщин группы сравнения, получив только противовоспалительную терапию, находились под наблюдением без проведения фитотерапии.

В результате терапии в обеих основных клинических группах значительно уменьшилась частота дисменореи (с 67,5 до 12,5% в первой группе и с 53,3 до 20,0% во второй группе), тогда как достоверная редукция проявлений дисменореи у пациенток группы сравнения имела место только в 15,4% наблюдений (с 42,3 до 26,9%). Нормализация менструального цикла после завершения трехмесячного приема Нормоцикла произошла у 77,5% пациенток первой и 70,0% – второй группы, а в группе сравнения – только у 42,3% случаев.

Как отмечают авторы исследования, реабилитацию репродуктивной функции у женщин с нарушениями менструального цикла вследствие воспалительных заболеваний органов малого тазу следует начинать одновременно с проведением противовоспалительной терапии. Фармакологические эффекты *Asparagus racemosus*, *Glycyrrhiza glabra*, *Kurkuma longa*, *Symplocos racemosa*, которые входят в состав препарата Нормоцикл, усиливают эффект противовоспалительной терапии, позволяют достичь клинического эффекта в 77,5% наблюдений, нормализации гормонального баланса у 72,5% и восстановления овуляторных циклов у 52,9% пациенток.

Ключевые слова: нарушения менструального цикла, хронические воспалительные заболевания органов малого тазу, фитотерапия, Нормоцикл.

REHABILITATION OF REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH MENSTRUAL CYCLE DISORDERS DUE TO CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS

V.I. Pyroghova, MD, head of the Obstetrics, Gynaecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education of Danylo Halytsky Lviv National Medical University

S.O. Shurpyak, PhD, assistant of the Obstetrics, Gynaecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education of Danylo Halytsky Lviv National Medical University

The article presents the results of the comparative study of the effectiveness of phytodrug Normocycle to restore the menstrual cycle in women with chronic inflammatory diseases of the pelvic organs.

The study cohort included 96 women aged 25–32 years with verified chronic inflammatory diseases of the pelvic organs and disorders of the menstrual cycle, which developed after suffering inflammation.

At the first phase of the rehabilitation program was provided for the appointment of a 14-day course of anti-inflammatory therapy for all study participants. Patients from two major groups received Normocycle by standard scheme: the first group (40 patients) – from the first day of anti-inflammatory therapy and for 3 months thereafter, the second group (30 patients) – within 3 months after completion of the anti-inflammatory therapy. 26 patients of control group received anti-inflammatory therapy only.

As a result of treatment in both major clinical groups was observed significantly decrease the incidence of dysmenorrhea (from 67.5 to 12.5% in the first group and from 53.3 to 20.0% in the second group), whereas significant reduction the manifestations of dysmenorrhea in patients of control group was occurred only in 15.4% of cases (from 42.3 to 26.9%). Normalization of the menstrual cycle after 3-month Normocycle therapy was occurred in 77.5% of patients of the first group and 70.0% of patients of the second group, and only in 42.3% of cases of the comparison group.

As the study authors note, rehabilitation of reproductive function in women with menstrual cycle disorders due to inflammatory diseases of the pelvic organs should be initiated concurrently with the anti-inflammatory therapy. Pharmacological effects of *Asparagus racemosus*, *Glycyrrhiza glabra*, *Kurkuma longa*, *Symplocos racemosa*, which are the part of the drug Normocycle, enhance the effects of anti-inflammatory therapy, and allow to achieved the clinical effect in 77.5% of patients, the normalization of hormonal balance at 72.5% of patients and the recovery of ovulatory cycles in 52.9% of patients.

Keywords: menstrual disorders, chronic inflammatory diseases of the pelvic organs, phytotherapy, Normocycle.