

Н.А. Гайструк, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

# Дисгормональні порушення жіночої репродуктивної системи в реаліях воєнного часу

У сучасному світі, де стрес є неодмінною складовою нашого повсякденного життя, жіноче здоров'я стає предметом особливої уваги. Постійне психоемоційне напруження може впливати на регуляцію гормонів, спричиняючи дисбаланс у роботі репродуктивної системи. Порушення оваріально-менструального циклу, такі як затримки, ранні менструації, рясні виділення, аномальні маткові кровотечі й навіть аменорея, можуть бути наслідком цього дисбалансу. Крім того, стрес може сприяти розвитку серйозних гінекологічних захворювань, таких як кісти, кістоми та непліддя.

У рамках IV міжнародного конгресу «Репродуктивне здоров'я: мультидисциплінарний підхід у безперервному професійному розвитку лікарів» професор кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, доктор медичних наук Наталія Анатоліївна Гайструк представила доповідь «Стрес-індуковані дисгормональні порушення репродуктивної системи у жінок. Досвід біорегуляційної корекції в реаліях воєнного часу», у якій висвітлила власний досвід ведення пацієнток даного профілю в умовах перманентного стресу.

**Ключові слова:** репродуктивна система, дисгормональні порушення, стрес, посттравматичний стресовий розлад, порушення оваріально-менструального циклу, біорегуляційна корекція, комплексні біорегуляційні препарати.



Необхідність обговорення проблеми ведення жінок із дисгормональними порушеннями насамперед пов'язана з тим, що в останні роки їх частота значно зросла. Особливо це стосується захворювань нейроендокринного генезу, які включають порушення оваріально-менструального циклу (ОМЦ), такі як затримки (до 1,5-2 міс), ранні менструації (кожні 2 тиж), рясні виділення (менорагія), аномальні маткові кровотечі, аменорея тощо, а також більш серйозної патології, зокрема кіст, кістоми та непліддя.

Сьогодні відомо понад 1000 стрес-індукованих захворювань, і, згідно із сучасними даними, 3/4 таких пацієнток складають жінки. Так, причиною 30% випадків безпліддя є стрес. Стрес-індукований вторинний імунodefіцит підвищує ймовірність виникнення та тривалого хронічного перебігу інфекційно-запальних процесів, у тому числі репродуктивних органів. Стрес є одним із етіологічних факторів формування аутоімунної патології, деякі форми якої (антифосфоліпідний синдром) лежать в основі невиношування вагітності. Відомо, що у жінок із високим рівнем стресу або з депресивними станами більш виражені ознаки остеопорозу. У дітей, народжених від матерів із високим рівнем стресу під час вагітності, достовірно частіше зустрічаються захворювання серцево-судинної системи, вісцеральний тип ожиріння, цукровий діабет, зниження когнітивних функцій, психічні розлади в дорослому житті.

Клінічні прояви впливу стресу на здоров'я жінки включають порушення ОМЦ, тяжкий перебіг передменструального синдрому, ранній клімакс, тяжкий перебіг клімактеричного синдрому, ациклічні маткові кровотечі, непліддя, невиношування вагітності, загострення хронічних урогенітальних інфекцій (генітальна герпетична інфекція, цистит, кандидоз піхви) та інші мульти-системні ураження, у тому числі посилення явищ остеопорозу, доброякісні захворювання молочних залоз, ендометріоз та міому матки. Запускати стрес-реакцію можуть фактори (стресори) різноманітного походження (нервова напруга, тілесні ушкодження, інфекції та ін.). Основними стрес-реалізуючими чинниками є симпато-адреналова та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова система (ГНС). Разом з тим гонадна та тиреоїдна ланки ендокринної регуляції також відіграють важливу роль у забезпеченні адаптаційної відповіді організму на стресові впливи.

До ознак стрес-індукованих розладів відноситься цілий ряд станів, а саме:

- підвищена тривожність;
- порушення сну;
- м'язова напруга в ділянці голови, шиї, плечей, спини;
- розсіяність, погіршення пам'яті, зниження швидкості мислення, часті помилки;
- нездатність зосередитися на роботі, зниження працездатності;
- частий головний біль, різь у шлунку, що не мають органічних причин;
- зниження апетиту або постійне відчуття голоду, порушення травних функцій;
- почуття роздратованості, пригніченості без особливих причин;
- підвищена збудливість та образливість, сльозливість, туга, жалість до себе;
- депресія, фізична слабкість, небажання що-небудь робити, хронічна втома;
- песимістичний настрій, відсутність інтересу до оточуючих і рідних, дистанціювання від соціуму;
- іноді – нервові тики, нав'язливі звички (кусання губ, обгрізання нігтів), метушливість, недовірливість;
- головний біль, незрозумілий біль у грудях;
- зловживання шкідливими звичками.

Патофізіологічні механізми порушення нейроендокринного регулювання репродуктивної функції при стресі пов'язані з тим фактом, що психологічні стресори належать до найпотужніших і найпоширеніших природних стимулів, які впливають на всі функції організму. Нейроендокринна система

першою реагує на екзо- та ендогенні впливи, вона ж забезпечує регуляцію репродуктивної функції. Це пояснює високий рівень залежності репродуктивної системи від психічних чинників. Рівні статевих гормонів визначають стан психіки та поведінки. Репродуктивна система не бере безпосередньої участі в адаптації до стресу. Однак вона тимчасово знижує або зупиняє свою функцію, поступаючись кровотоком та енергією системам, що забезпечують виживання у стресових умовах. Це еволюційно сформований механізм – «не до розмноження». Але за сучасних умов, коли психоемоційний стрес є частиною повсякденного існування, ця пристосувальна реакція призводить до формування патології, що знижує якість життя і фертильність жінки. У фазі дистресу тканини репродуктивної системи піддаються системним ушкоджуючим процесам.

Характерними особливостями стрес-індукованих реакцій жіночого організму є реактивність ГНС, стимулюючий вплив на неї естрогенів. Важливо зазначити, що рівень естрогенів визначає характер реакції на стрес і стан психоемоційної сфери жінки та залежить від її віку та фази оваріального циклу. Усі ці механізми забезпечуються завдяки злагодженій роботі нейроендокринної системи, у якій беруть участь (Galucci W. T., 1993; Татарчук Т. Ф., 2006):

- ГНС шляхом пригнічення секреції гонадотропін-релізинг-гормона (ГнРГ) кортикотропін-релізинг-гормоном (КрРГ), β-ендорфіном та кортизолом;
- норадренергічні нейрони блакитної плями мозку (норадреналін стимулює секрецію ГнРГ);
- репродуктивна система (естрадіол стимулює синтез КрРГ, секрецію кортизол-зв'язуючого глобуліну, посилює дію норадреналіну).

Загальновідомо, що механізм взаємодії репродуктивної системи із ГНС та норадренергічними нейронами блакитної плями при стресі зумовлений дією певних стресових чинників, а саме глюкокортикостероїдів та кортизолу. Так, глюкокортикостероїди, що продукуються в корі наднирників, мають здатність пригнічувати статеву функцію, а також нівелювати вплив естрадіолу на збільшення матки. У свою чергу, кортизол пригнічує секрецію ГнРГ у гіпоталамусі, лютеїнізуючого гормону – у гіпофізі, естрадіолу та прогестерону – у яєчниках (Татарчук Т. Ф., 2006).

У більшості випадків для стресу характерна функціональна гіперпролактинемія. Пролактин є одним із гормонів ацидофільних клітин передньої частки гіпофіза, його підвищений рівень пригнічує репродуктивну функцію на різних рівнях (Bauman R. A., 2000; Татарчук Т. Ф., 2006):

- у гіпоталамусі під впливом пролактину зменшується синтез та вивільнення ГнРГ, а також знижується чутливість до естрогенів;
- у яєчниках пролактин гальмує ГнРГ-залежний синтез стероїдів, знижує чутливість до екзогенних гонадотропінів, зменшує секрецію прогестерону жовтим тілом, індукує ранній лютеоліз;
- у молочній залозі надлишок пролактину призводить до патологічної проліферації тканин.

Спікер зауважила, що в умовах війни стрес значно посилюється, що і викликає зростання кількості не лише загострень уже наявних розладів нейроендокринного генезу, у тому числі ОМЦ, а й може спричиняти появу вперше цих порушень та захворювань. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) являє собою психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравматичних подій, таких як військові дії, теракти, аварії або стихійні лиха, катастрофи, тяжкі фізичні травми, побутове або статеве насильство, загроза смерті або перебування у якості свідка чи заподіювача чужої смерті. Статистичні дані свідчать, що близько 30% осіб, які зазнали впливу травматичних подій, матимуть ПТСР та потребуватимуть допомоги; серед поранених ці дані є вищими й складають близько 40% (Зливков В. Л., 2016).

ПТСР проявляється як довготермінова реакція на стрес, його дія спостерігається щонайменше 4 тиж після травматичної події. Зазвичай при ПТСР спостерігають чотири кластери симптомів: уникнення, гіперзбудженість (проблеми зі сном, іноді – ризикована поведінка, відчуття непереможності), «перепроживання», проблеми із пам'яттю та емоційною сферою (наприклад, ізолюваність від людей). При цьому із часом симптоми

ПТСР мають тенденцію посилюватись (Friedman M. J., 1994). За даними дослідження Т. R. Collins et al. (2015), серед жінок ПТСР виникає у 10 разів частіше, ніж серед чоловіків.

Біорегуляційна медицина включає в себе широкий спектр методів, спрямованих на відновлення гармонійного функціонування організму та підтримку його фізіологічних процесів. Вона може відігравати певну роль у підтримці психічного здоров'я осіб, які зазнали ПТСР. Основна мета біорегуляційної медицини полягає у зменшенні впливу стресу та вираженості психоемоційних порушень в пацієнтів із ПТСР, що забезпечить кращий результат лікування.

Важливо зазначити, що розлади, зумовлені стресом та психоемоційними порушеннями (лабільність настрою, розлади сну тощо), на фоні війни ще більше посилюються, що, відповідно, викликає зростання їх частоти й/або тяжкості перебігу.

У біорегуляційній терапії є дві групи комплексних біорегуляційних препаратів (КБП), які можна застосовувати з метою корекції стрес-індукованих розладів: тропні до жіночих статевих органів (гінекологічні) та тропні до нейроендокринної системи. Гінекологічні КБП, крім дії на органи малого таза, мають здатність коригувати нейроендокринну дисрегуляцію, вони включають: Мулімен, Оваріум композитум та Клімакт-Хеель. Препарат Мулімен чинить гормонорегулюючу, спазмолітичну та дренажну дію на жіночу репродуктивну систему, тому його рекомендовано застосовувати при передменструальному синдромі та альгодисменореї. Препарат Оваріум композитум регулює роботу системи «гіпоталамус – гіпофіз – яєчники», нормалізує метаболічні й трофічні процеси у жіночому організмі, тому його використання актуально в усі фізіологічні періоди життя жінки. Антиклімактеричний біорегуляційний препарат Клімакт-Хеель чинить загальну антиклімактеричну, естрогеноподібну, спазмолітичну та седативну дію. Ключовими показаннями є симптоми менопаузи, а саме припливи жару, пітливість, посилене серцебиття, а також симптоми з боку нервової системи, які включають розлади сну, депресію, меланхолічний настрій, неврози тощо.

Далі професор Н. А. Гайструк поділилася власним досвідом ведення пацієнтки зі стрес-індукованими психоемоційними порушеннями і застосування біорегуляційної терапії.

## Клінічний випадок

**Пацієнтка А.**, термін вагітності – 20-21 тиж (5-й акушерський місяць), звернулася до лікаря після вимушеного переїзду до м. Вінниці. Скарги на біль унизу живота при ходьбі, після прогулянки, який значно посилювався під час повітряної тривоги, викликаючи занепокоєння щодо збереження вагітності. До вагітності пацієнтка вже мала досвід ефективного використання КБП, зокрема препарату **Церебрум композитум Н** по 2,2 мл внутрішньом'язово (в/м), що дало гарні результати. На ранніх термінах вагітності, починаючи з 4-5 тиж, жінка також застосовувала комбінацію КБП: **Траумель С** 2,2 мл в/м + **Коензим композитум** 2,2 мл в/м протягом 12-14 днів.

Пацієнтці було призначено наступну схему лікування протягом 7 днів:

- вранці перед роботою: **Траумель С** 4,4 мл в/м + **Коензим композитум** 2,2 мл в/м;
- ввечері: **Траумель С** 2,2 мл в/м + **Коензим композитум** 2,2 мл в/м.

Після проходження курсу терапії КБП у пацієнтки відзначено нормалізацію психоемоційного стану. Згідно з даними ультразвукового дослідження: нормотонус матки і хороші показники розвитку плода.

**Отже, застосування КБП у жінок в умовах постійного стресу є ефективним підходом у підтриманні їхнього фізичного та психічного здоров'я. Особливо важливою перевагою біорегуляційної терапії є найвищий рівень безпеки, що вкрай актуально для вагітних пацієнток.**

Підготувала **Анна Сочнева**