

Рівень тривожності як фактор розвитку гіперпролактинемії у дівчат-підлітків

О.В. Горбунова, І.О. Юрченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Одним із основних факторів регуляції менструального циклу є пролактин, рівень якого з настанням пубертату починає активно змінюватись. Тривожність є однією з основних характеристик психологічного профілю людини. Тому, впливаючи на рівень тривожності, ми можемо нівелювати вплив хронічного та/або гострого стресу на гіпоталамо-гіпофізарну систему, в тому числі на рівень пролактину.

Мета дослідження: визначення корелятивних зв'язків між різними рівнями тривожності та наявністю гіперпролактинемії, вивчення можливостей корекції рівня пролактину шляхом комплексної антистресової терапії.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети обстежено 94 дівчат-підлітків у період становлення менструальної функції. Для дослідження психоемоційного стану пацієнток використовували шкалу тривожності Спілберґера–Ханіна.

Результати. Серед дівчат віком $14,0 \pm 1,5$ року з гіперпролактинемією було виявлено наявність гострого та хронічного стресу в 92,2% випадків. До лікування у дівчат з гіперпролактинемією питома вага високої особистісної тривожності була в 4 рази вища, а низької особистісної тривожності – у 6 разів нижча, ніж у здорових дівчат. Питома вага високої ситуаційної тривожності значно перевищувала цей показник у здорових дівчат, помірна ситуаційна тривожність у дівчат з гіперпролактинемією була в 3 рази нижче, ніж у здорових дівчат. А питома вага низької ситуаційної тривожності у дівчат з гіперпролактинемією була майже в 5 разів нижче, ніж у здорових дівчат. Через 3 міс від початку лікування питома вага високої та помірної особистісної тривожності у дівчат з гіперпролактинемією зменшилась незначно, а низької особистісної тривожності значно збільшилась після проведеної психологічної корекції. На відміну від особистісної тривожності ситуаційна залежить від умов життя, тому її зміни були суттєвішими після антистресового лікування. Без психологічної корекції у дівчат з гіперпролактинемією відбулись позитивні зміни. Після лікування рівень пролактину в середньому у дівчат з гіперпролактинемією знизився на 49,4% та досяг нормальних показників, у той час як у дівчат без лікування рівень пролактину зменшився тільки на 20,5% та його рівень залишився дещо вищим верхньої границі норми.

Заключення. Факт наявності у 92,2% дівчат з гіперпролактинемією гострого або хронічного стресу та високої ситуаційної тривожності (70,3%) та високої особистісної тривожності (39,1%) свідчить про прямий корелятивний зв'язок між високими рівнями тривожності та наявністю гіперпролактинемії, що підтверджує необхідність проведення комплексної антистресової терапії у дівчат з гіперпролактинемією.

Ключові слова: гіперпролактинемія у дівчат, тривожність, лікування гіперпролактинемії.

Anxiety level as a factor in the development of hyperprolactinemia in adolescent girls

O.V. Gorbunova, I.O. Yurchenko

One of the main factors in the regulation of the menstrual cycle is prolactin, the level of which begins to change actively with the onset of puberty. Anxiety is one of the main characteristics of a person's psychological profile. Therefore, by acting on the level of anxiety, we can neutralize the effect of chronic and/or acute stress on the hypothalamic-pituitary system, including the level of prolactin.

The objective: was to determine the correlations between different levels of anxiety and the presence of hyperprolactinemia, to study the possibilities of correcting the level of prolactin by means of complex anti-stress therapy.

Materials and methods. To achieve this goal, we conducted a survey of 94 adolescent girls during the period of the formation of menstrual function. To study the psychoemotional state of the patients, the Spielberger-Hanin anxiety scale was used.

Results. Among girls 14.0 ± 1.5 years old with hyperprolactinemia, the presence of acute and chronic stress was revealed in 92.2% of cases. Before treatment, the proportion of high personal anxiety in girls with hyperprolactinemia was 4 times higher, and low personal anxiety was 6 times lower than in healthy women. The proportion of high situational anxiety significantly exceeded this indicator in healthy girls, moderate situational anxiety in girls with hyperprolactinemia was 3 times lower than in healthy women. And the proportion of low situational anxiety in girls with hyperprolactinemia was almost 5 times lower than in healthy women. Three months after the start of treatment, the proportion of high and moderate personal anxiety in girls with hyperprolactinemia decreased slightly, and the proportion of low personal anxiety increased significantly after the psychological correction. In contrast to personal anxiety, situational anxiety depends on living conditions, therefore, its changes were significant after anti-stress treatment. But even without psychological correction, positive changes were noted in girls with hyperprolactinemia. After treatment, the level of prolactin on average in girls with hyperprolactinemia decreased by 49.4% and reached normal values, while in girls without treatment, the level of prolactin decreased by only 20.5% and its level remained slightly above the upper limit of the norm.

Conclusion. The fact that 92.2% of girls with hyperprolactinemia have acute or chronic stress and high situational anxiety (70.3%) and high personal anxiety (39.1%) indicates a direct correlation between high levels of anxiety and the presence of hyperprolactinemia, which confirms the need for conducting complex anti-stress therapy in girls with hyperprolactinemia.

Keywords: hyperprolactinemia in girls, anxiety, treatment of hyperprolactinemia.

Уровень тревожности как фактор развития гиперпролактинемии у девочек-подростков

О.В. Горбунова, И.А. Юрченко

Одним из основных факторов регуляции менструального цикла является пролактин, уровень которого с наступлением пубертата начинает активно меняться. Тревожность является одной из основных характеристик психологического профиля человека. Поэтому, воздействуя на уровень тревожности, мы можем нивелировать влияние хронического и/или острого стресса на гипоталамо-гипофизарную систему, в том числе на уровень пролактина.

Цель исследования: определение коррелятивных связей между различными уровнями тревожности и наличием гиперпролактинемии, изучение возможностей коррекции уровня пролактина путем комплексной антистрессовой терапии.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проведено обследование 94 девочек-подростков в период становления менструальной функции. Для исследования психоэмоционального состояния пациенток использовали шкалу тревоги Спилберґера–Ханіна.

Результаты. Среди девочек в возрасте $14,0 \pm 1,5$ года с гиперпролактинемией было выявлено наличие острого и хронического стресса в 92,2% случаев. До лечения у девочек с гиперпролактинемией удельный вес высокой личностной тревожности был в 4 раза выше, а низкой

личностной тревожности – в 6 раз ниже, чем у здоровых девочек. Удельный вес высокой ситуационной тревожности значительно превышал этот показатель у здоровых девочек, умеренная ситуационная тревожность у девочек с гиперпролактинемией был в 3 раза ниже, чем у здоровых девочек. А удельный вес низкой ситуационной тревожности у девочек с гиперпролактинемией был почти в 5 раз ниже, чем у здоровых девочек. Через 3 мес после начала лечения удельный вес высокой и умеренной личностной тревожности у девочек с гиперпролактинемией уменьшился незначительно, а удельный вес низкой личностной тревожности значительно увеличился после проведенной психологической коррекции. В отличие от личностной тревожности ситуационная зависит от условий жизни, поэтому ее изменения были существенными после антистрессового лечения. Но даже без психологической коррекции у девочек с гиперпролактинемией были отмечены позитивные изменения. После лечения уровень пролактина в среднем у девочек с гиперпролактинемией снизился на 49,4% и достиг нормальных показателей, в то время как у девочек без лечения уровень пролактина уменьшился только на 20,5% и его уровень остался несколько выше верхней границы нормы.

Заключение. Факт наличия у 92,2% девочек с гиперпролактинемией острого или хронического стресса и высокой ситуативной тревожности (70,3%) и высокой личностной тревожности (39,1%) говорит о прямой корреляционной связи между высокими уровнями тревожности и наличием гиперпролактинемии, что подтверждает необходимость проведения комплексной антистрессовой терапии у девочек с гиперпролактинемией.

Ключевые слова: гиперпролактинемия у девочек, тревожность, лечение гиперпролактинемии.

У сучасному світі підготовка до реалізації репродуктивної функції жінки має починатися задовго до настання зрілого віку. Цим пояснюється живий науковий інтерес до проблем періоду становлення менструальної функції у дівчат-підлітків, коли вони є найбільш вразливими до дії пошкоджувальних факторів.

Останніми роками відзначено різке зростання порушень менструального циклу (ПМЦ) у період його становлення [2, 8]. Науковці вважають, що ПМЦ відбуваються в результаті патологічних змін системи регуляції менструального циклу (МЦ) [7]. Одним із основних факторів регуляції МЦ є пролактин, рівень якого з настанням пубертату починає активно змінюватись [4, 10]. За даними більшості наукових досліджень, маніфестація гіперпролактинемії (ГПР) на тлі несприятливих умов життя в пубертатному періоді відзначається у 59% випадків. При цьому транзиторна ГПР виявляється у кожній третій дівчині, а персистуюча – у кожній четвертій [3, 4].

На жаль, сподівання на те, що МЦ у пубертатному періоді встановиться самостійно, без втручання, призводять до пізнього звернення до лікарів. Як наслідок, профілактичне лікування у цих пацієнток зазвичай відсутнє.

Здоров'я підлітків залежить від якості соціального середовища, рівня розвитку освіти, умов навчання, матеріальної забезпеченості, виховання, організації медичного обслуговування та багатьох інших факторів [1]. Наукові публікації, присвячені вивченню здоров'я підлітків, свідчать про його погіршення останніми роками, а також про зміну умов життя підлітків як біологічних істот. Також важливе значення для здоров'я має соціалізація дівчат-підлітків [1].

За даними останніх досліджень, серед причин розладів менструальної функції у дівчат-підлітків перші рангові місця посіли нерациональна харчова поведінка, гострий і хронічний стрес, фізичні та інтелектуальні перевантаження, недотримання режиму сну, праці та відпочинку, що спричинюють десинхронізацію біологічних ритмів [6]. Певну роль відіграють несприятливі фактори навколишнього середовища, хронічні захворювання або інтоксикації, генетичні фактори [1]. Сучасні публікації свідчать про негативний вплив на організм дівчат-підлітків інтернет-залежності, ігроманії, модних стереотипів та шкідливих звичок [5].

Усе перераховане вище впливає на гіпоталамо-гіпофізарні структури, особливо з огляду на посилення агресивності навколишнього середовища і високу чутливість гіпоталамо-гіпофізарної системи до впливу несприятливих чинників будь-якого походження в пубертатному періоді. Вкрай важливе значення для становлення менструальної функції має психоемоційний стан дівчини [11].

Тривожність є однією з основних характеристик психологічного профілю людини. Її вимірювання особливо важливо для визначення особистісних властивостей, які обумовлюють поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності – це при-

родна і обов'язкова особливість активної діяльної людини. У кожного з нас існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінювання людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самоконтролю і самовиховання [9]. Тому, впливаючи на рівень тривожності, ми можемо нівелювати вплив хронічного та/або гострого стресу на гіпоталамо-гіпофізарну систему, в тому числі на рівень пролактину.

Мета дослідження: визначення корелятивних зв'язків між різними рівнями тривожності та наявністю гіперпролактинемії і вивчення можливостей корекції рівня пролактину шляхом впливу на психоемоційний стан дівчат-підлітків.

Для досягнення поставленої мети були розроблені наступні завдання:

1. Вивчити екстрагенітальний фон дівчат з гіперпролактинемією (ГПР).
2. Виявити основні особливості статевого розвитку та характеристики МЦ дівчат з ГПР.
3. Оцінити особистісну та ситуативну тривожності у дівчат з ГПР.
4. Провести порівняльний аналіз результатів комплексного антистрессового лікування дівчат з ГПР з групою пацієнток без лікування через 3 міс від початку лікування.
5. Дослідити наявність кореляційного зв'язку між різними рівнями тривожності та наявністю гіперпролактинемії.
6. Розробити практичні рекомендації щодо доцільності проведення комплексної антистрессової терапії дівчат з ГПР.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на клінічній базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та на базі комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр дитячий Дарницького району міста Києва» протягом 2018–2019 р. Відбір учасниць проводили рандомізовано. Усі пацієнтки та їхні батьки підписали інформовану згоду на проведення лікувально-діагностичних процедур під час даного дослідження.

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 94 дівчат-підлітків у період становлення менструальної функції.

Дівчат було розподілено на наступні клінічні групи:

I група (основна) – дівчата з гіперпролактинемією, яким проведено комплексну корекцію рівнів особистісної та ситуативної тривожності (n=33);

II група (порівняння) – дівчата з гіперпролактинемією без корекції рівнів тривожності (n=31);

III група (контрольна) – здорові дівчата у період становлення менструальної функції (n=30).

Обстеження дівчат проводилось за загальноприйнятою методикою та включало: збір анамнезу, об'єктивне обстеження – загальне і спеціальне та додаткові методи.

Розподіл дівчат за ступенем статевого розвитку, абс. число (%)

Показник	I група (основна) середній вік – 14,0±1,0 року, n=33	II група (порівняння) середній вік – 13,8±1,5 року, n=31	III група (контрольна) середній вік – 14,1±1,5 року, n=30
Ma	Ma0 – 1 (3,0) Ma1 – 23 (69,7) Ma2 – 2 (6,0) Ma3 – 7 (21,3)	Ma0 – 0 (0,0) Ma1 – 22 (70,9) Ma2 – 7 (22,5) Ma3 – 2 (6,6)	Ma0 – 0 (0,0) Ma1 – 5 (16,7) Ma2 – 15 (50,0) Ma3 – 10 (33,3)
Ax	Ax 0 – 0 (0,0) Ax 1 – 2 (6,0) Ax 2 – 14 (42,4) Ax 3 – 17 (51,6)	Ax 0 – 0 (0,0) Ax 1 – 4 (12,9) Ax 2 – 8 (25,8) Ax 3 – 19 (61,3)	Ax 0 – 0 (0,0) Ax 1 – 0 (0,0) Ax 2 – 3 (10,0) Ax 3 – 27 (20,0)
P	P 0 – 0 (0,0) P 1 – 0 (0,0) P 2 – 7 (21,2) P 3 – 26 (78,8)	P 0 – 0 (0,0) P 1 – 1 (3,3) P 2 – 8 (25,8) P 3 – 22 (70,9)	P 0 – 0 (0,0) P 1 – 0 (0,0) P 2 – 2 (6,7) P 3 – 28 (93,3)
Me	Me 0 – 0 (0,0) Me 1 – 6 (18,2) Me 2 – 27 (81,8) Me 3 – 0 (0,0)	Me 0 – 0 (0,0) Me 1 – 10 (32,3) Me 2 – 21 (67,7) Me 3 – 0 (0,0)	Me 0 – 0 (0,0) Me 1 – 6 (20,0) Me 2 – 0 (0,0) Me 3 – 24 (80,0)
Середня тривалість менструального циклу	32±2	31±3**	28±3*
Середня тривалість менструацій	7±2	7±2**	5±2*
Середній ступінь статевого розвитку, бали	9,5	9,1**	11,7*

Примітки: * – p<0,05; ** – p>0,05.

Під час збору анамнезу з'ясували наступні фактори: несприятливі екологічні впливи, спосіб та ритм життя, наявність психотравмуючих ситуацій тощо, а також тривалість їх дії. Менструальна функція оцінювалася за менограмами.

Об'єктивне обстеження включало оцінювання статевого розвитку за методикою, запропонованою Воронцовим І.М. та Мазуріним А.В. у 1985 році. За наявності показань проводили ультразвукове дослідження та консультування у суміжних спеціалістів (ендокринолог, психоневролог, психотерапевт, окуліст, педіатр, нейрохірург та інші). Лабораторну діагностику проводили відповідно до стандартів, задекларованих в «Національному консенсусі щодо ведення пацієнтів із гіперпролактинемією».

Усім пацієнткам із гіперпролактинемією проводили МРТ головного мозку для виключення органічної патології гіпофіза. Для дослідження психоемоційного стану пацієнток використовували шкалу тривожності Спілберґера–Ханіна, за якою оцінювали особистісну і ситуативну тривожність відповідно до наступних бальних критеріїв:

- 20–30 балів – низька тривожність;
- 31–44 балів – помірна тривожність;
- 45–80 балів – висока тривожність [9].

Аналіз, статистичне оброблення та інтерпретацію результатів дослідження проводили за загальноприйнятими методами з використанням принципів доказової медицини.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених пацієнток становив 14,0±1,5 року. Розподіл дівчат у групах дослідження за ступенем статевого розвитку представлено в табл. 1.

Характерними особливостями стало наступне:

- у середньому МЦ був довшим у I та II групах (34±2 дні та 33±3 дні відповідно), у III групі – 28±3 дні;
- менструації були тривалішими в основній та в групі порівняння на відміну від контрольної групи (7±2 дні у I та II групах і 5±2 дні у III групі);
- середній бал статевого розвитку пацієнток з ГПР достовірно нижчий, ніж у здорових дівчат (9,5 та 9,1 у I та II групах відповідно, 11,7 – у III групі).

На тлі ГПР у дівчат фіксували порушення МЦ, які представлено в табл. 2.

У даному дослідженні у всіх пацієнток з ГПР були діагностовані порушення МЦ. Найчастіше зустрічався гіпо-

Таблиця 2

Розподіл дівчат за основними видами порушень менструального циклу, абс. число (%)

Вид порушення менструального циклу	I група (основна), n=33	II група (порівняння), n=31	III група (контрольна), n=30
Аменорея	6 (18,2)	5 (16,2)**	0 (0,0)*
Гіпоменструальний синдром	17 (51,5)	18 (58,0)**	0 (0,0)*
Гіперменструальний синдром (менорагія)	10 (30,3)	8 (25,8)**	0 (0,0)*
Альгодисменорея	12 (39,3)	14 (45,1)**	5 (16,7)*
Передменструальний синдром	5 (15,1)	4 (12,9)**	4 (13,3)**

Примітки: * – p<0,05; ** – p>0,05.

Супутня екстрагенітальна патологія у дівчат з гіперпролактинемією, абс. число (%)

Вид екстрагенітальної патології	I група (основна), n=33	II група (порівняння), n=31	III група (контрольна), n=30
Перенесені захворювання			
Кір	15 (45,5)	14 (45,2)**	6 (20,0)*
Вітряна віспа	14 (42,4)	12 (38,7)**	12 (40,0)**
Інші дитячі інфекції	7 (21,2)	5 (16,1)**	3 (10,0)*
Апендектомія	4 (12,1)	2 (6,5)**	3 (10,0)**
Черепно-мозкова травма	3 (9,1)	3 (9,7)**	2 (6,7)**
Гострий стрес	3 (9,1)	2 (6,5)**	0 (0,0)*
Супутня патологія			
Хронічний стрес	28 (84,8)	26 (83,9)**	3 (10,0)*
ГРЗ більше трьох разів на рік	26 (78,8)	25 (80,6)**	0 (0,0)*
Нейроциркуляторна дистонія	17 (51,5)	16 (51,6)**	3 (10,0)*
Хронічний тонзиліт	12 (36,4)	12 (38,7)**	2 (6,7)*
Хронічний гастрит	9 (27,3)	10 (32,3)**	3 (10,0)*
Патологія щитоподібної залози	8 (24,2)	9 (29,0)**	0 (0,0)*
Міопія	6 (18,2)	6 (19,4)**	1 (3,3)*
Інші захворювання	5 (15,2)	6 (19,4)**	0 (0,0)*
Хронічний холецистит	4 (12,1)	3 (9,7)**	2 (6,7)**

Примітки: * – $p < 0,05$; ** – $p > 0,05$.

менструальний синдром (51,5% та 58,0% у I та II групах відповідно), гіперменструальний синдром було діагностовано у 30,3% дівчат I групи та у 25,8% – II групи, найрідше виникала аменорея: у 18,2% дівчат I групи та у 16,2% – II групи. Альгодисменорея супроводжувала гіпо- та гіперменструальний синдроми та зустрічалась вдвічі частіше, ніж у дівчат без ГПР (39,3% та 45,1% – у I та II групах проти 16,7% – у III групі). Передменструальний синдром виникав на тлі інших порушень МЦ і без них достовірно однаково в усіх клінічних групах (15,1% – у I групі, 12,9% – у II групі та 13,3% – у III групі).

Крім того у дівчат з ГПР була виявлена екстрагенітальна патологія, представлена в табл. 3.

Звертає на себе увагу, що майже кожна пацієнтка з ГПР відчувала хронічний або гострий стрес (у I групі 84,8% та 9,1% відповідно; у II групі 83,9% і 6,5% відповідно) порівняно зі здоровими дівчатами (10,0% – хронічний стрес).

Тому був проаналізований психоемоційний стан дівчат з ГПР до та після проведення антистресової терапії, яка включала всі види психотерапій та медикаментозну терапію фенібутом. Отримані результати представлено в табл. 4.

Згідно з даними нашого дослідження до лікування у дівчат з ГПР питома вага високої особистісної тривожності була в 4 рази вища, ніж у здорових дівчат (39,1% у I та II групах разом проти 10,0% у III групі). З іншого боку, питома вага низької особистісної тривожності у дівчат з ГПР була в 6 ра-

Психоемоційний стан дівчат з гіперпролактинемією до та після лікування, абс. число (%)#

Ускладнення		I група (основна), n=33	II група (порівняння), n=31	III група (контрольна), n=30
Особистісна тривожність				
Висока	До лікування	13 (39,4)	12 (38,7)**	3 (10,0)*
	Після лікування	10 (30,3)	11 (35,5)**	-
Помірна	До лікування	18 (54,5)	17 (54,8)**	16 (53,3)**
	Після лікування	19 (57,6)	17 (54,8)**	-
Низька	До лікування	2 (6,1)	2 (6,5)**	11 (36,7)*
	Після лікування	4 (12,1)	3 (9,7)**	-
Ситуаційна тривожність				
Висока	До лікування	23 (69,7)	22 (70,9)**	1 (3,3)*
	Після лікування	3 (9,1)	11 (35,5)*	-
Помірна	До лікування	7 (21,2)	7 (22,6)**	18 (60,0)*
	Після лікування	18 (54,5)	17 (54,8)**	-
Низька	До лікування	3 (9,1)	2 (6,5)**	11 (36,7)
	Після лікування	12 (36,4)	3 (9,7)*	-

Примітки: # – психоемоційний стан за шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна; * – $p < 0,05$; ** – $p > 0,05$.

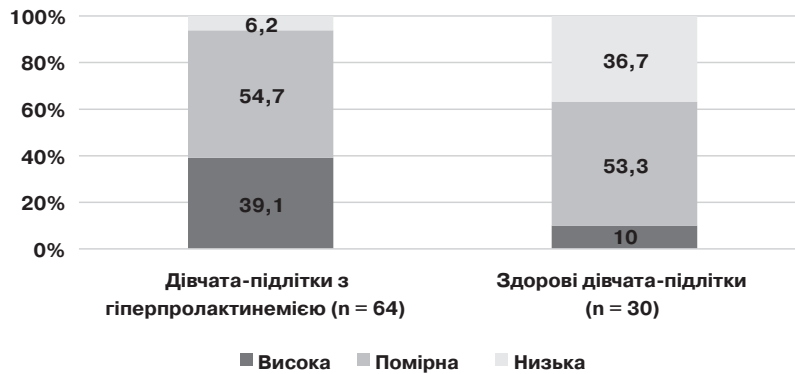


Рис. 1. Оцінювання особистісної тривожності в групах дослідження, %

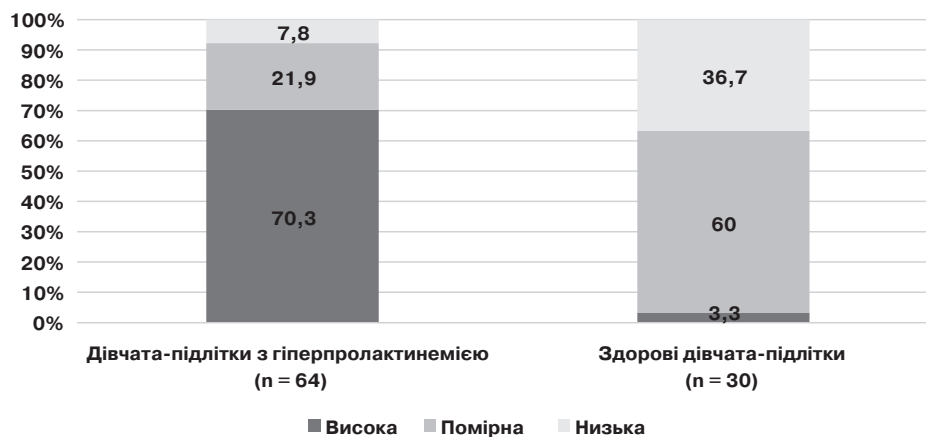


Рис. 2. Оцінювання ситуативної тривожності в групах дослідження, %

зів нижче, ніж у здорових дівчат (6,2% у I та II групах разом проти 36,7% у III групі). Питова вага помірної особистісної тривожності у дівчат з ГПР та здорових дівчат достовірно не відрізнялися (54,7% у I та II групах разом та 53,3% відповідно) за даними нашого дослідження (рис. 1).

Згідно з даними дослідження, до лікування у дівчат з ГПР питова вага високої ситуативної тривожності значно перевищувала цей показник у здорових дівчат (70,3% у I та II групах разом проти 3,3% у III групі). Питова вага помірної

ситуативної тривожності у дівчат з ГПР була в 3 рази нижче, ніж у здорових дівчат (21,9% у I та II групах разом та 60,0% відповідно). А питова вага низької ситуативної тривожності у дівчат з ГПР була майже у 5 разів нижче, ніж у здорових дівчат (7,8% у I та II групах разом проти 36,7% у III групі) за даними нашого дослідження (рис. 2).

Оцінювання особистісної та ситуативної тривожності проводили через 3 міс після початку лікування. Результати представлено на рис. 3 та 4.

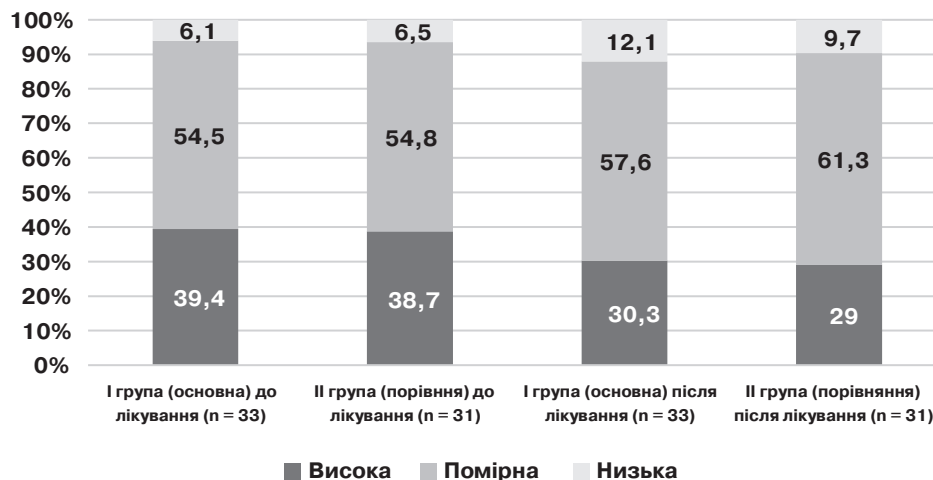


Рис. 3. Особистісна тривожність у динаміці лікування, %

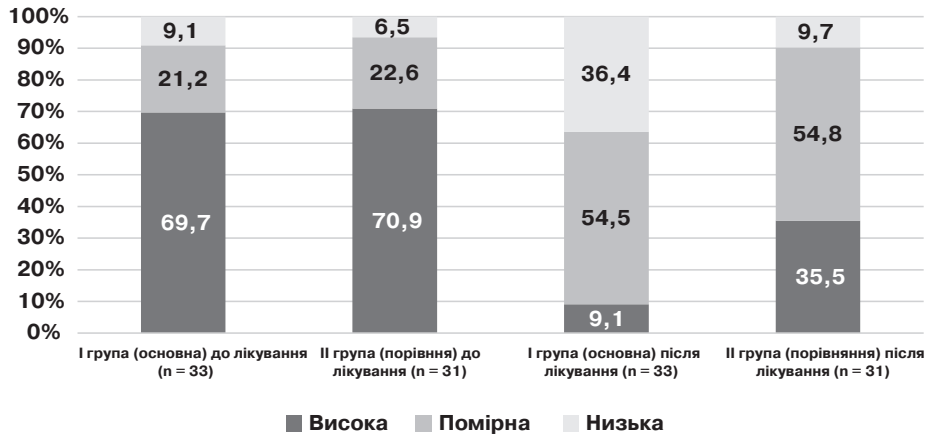


Рис. 4. Ситуативна тривожність у динаміці лікування, %

Оскільки особистісна тривожність є конституціональною особливістю людини, то її зміни відбуваються повільно. Це підтверджується результатами досліджень, які продемонстрували наступне: через 3 міс від початку лікування питома вага високої особистісної тривожності як у I групі, так і в II групі зменшилась незначно (на 23,1% і на 25,1% відповідно); питома вага помірної особистісної тривожності теж змінилась незначно (збільшилась на 5,7% у I групі та на 11,9% у II групі). З іншого боку, питома вага низької особистісної тривожності значно збільшилась після проведеної психологічної корекції порівняно з групою пацієток з ГПР без психологічної корекції (на 98,4% у I групі, проти 49,2% у II групі).

На відміну від особистісної тривожності ситуаційна залежить від умов життя, тому її зміни були суттєвішими після антистрессового лікування. Але навіть без психологічної корекції через 3 міс спостереження у дівчат з ГПР у II групі відбулись позитивні зміни. У результаті антистрессової терапії у I групі питома вага високої ситуаційної тривожності зменшилась на 86,9% на відміну від дівчат з ГПР II групи, де вона зменшилась тільки на 49,9%. Водночас питома вага помірної ситуаційної тривожності збільшилась приблизно в 1,5 разу в обох групах (на 157,1% та на 142,5% відповідно), питома вага низької ситуаційної тривожності збільшилась у 3 рази у I групі (на 300,0%) і тільки на 49,2% у II групі. Цей факт підтверджує необхідність проведення комплексної антистрессової терапії у дівчат з ГПР.

Зміни рівнів пролактину у дівчат з гіперпролактинемією до та після комплексної антистрессової терапії представлено в табл. 5.

Як видно з наведених у табл. 5 даних щодо рівня пролактину у дівчат з ГПР до лікування, він був вдвічі вищим за рівень пролактину у здорових дівчат (на 103,6% у I групі та на 98,1% у II групі; $p > 0,05$), а також на 34,4% вище, ніж верхня границя норми в I групі та на 30,8% – у II групі; $p > 0,05$. Після лікування рівень пролактину в середньому у дівчат I групи знизився на 49,4% та досяг нормальних показників, у той час як у II групі рівень пролактину в середньому зменшився тільки на 20,5% та його рівень залишився дещо вищим верхньої границі норми.

ВИСНОВКИ

1. Серед дівчат віком $14,0 \pm 1,5$ років з гіперпролактинемією (ГПР) було виявлено наявність гострого та хронічного стресу в 92,2% випадків за даними дослідження.

2. У дівчат з ГПР у середньому менструальний цикл був довшим, менструації були тривалішими, середній бал статевого розвитку достовірно нижчий, ніж у здорових дівчат. У них були зафіксовані наступні порушення менструального циклу:

- гіпоменструальний синдром (51,5% та 58,0% у I та II групах відповідно),
- гіперменструальний синдром було діагностовано у 30,3% дівчат I групи та у 25,8% дівчат II групи,
- найрідше виникала аменорея: у 18,2% дівчат I групи та у 16,2% II групи.

Альгодисменорея супроводжувала гіпо- та гіперменструальний синдроми та зустрічалась вдвічі частіше, ніж у здорових дівчат (39,3% та 45,1% – у I та II групах проти 16,7% – у III групі). Передменструальний синдром виникав на тлі інших порушень менструального циклу і без них достовірно однаково в усіх клінічних групах (15,1% – у I групі, 12,9% – у II групі та 13,3% – у III групі).

3. До лікування у дівчат з ГПР питома вага високої особистісної тривожності була в 4 рази вища, низької особистісної тривожності в 6 разів нижча, ніж у здорових дівчат. Питома вага помірної особистісної тривожності у дівчат з ГПР та здорових дівчат достовірно не відрізнялися. З іншого боку питома вага високої ситуаційної тривожності значно перевищувала цей показник у здорових дівчат (70,3% у I та II групах разом проти 3,3% у III групі); питома вага помірної ситуаційної тривожності у дівчат з ГПР була в 3 рази нижче, ніж у здорових дівчат (21,9% у I та II групах разом та 60,0% відповідно). А питома вага низької ситуаційної тривожності у дівчат з ГПР була майже в 5 разів нижче, ніж у здорових дівчат (7,8% у I та II групах разом проти 36,7% у III групі) за даними нашого дослідження.

4. Через 3 міс від початку лікування питома вага високої особистісної тривожності як у I групі, так і в II групі зменшилась незначно (на 23,1% і на 25,1% відповідно); питома вага помірної особистісної тривожності також змінилась незна-

Таблиця 5

Рівень пролактину до та після лікування, ng/ml

Період дослідження	I група (основна) n=33	II група (порівняння) n=31	III група (контрольна) n=30	Норма ng/ml
До лікування	33,6±2,7	32,7±2,1**	16,5±5,4*	3,34–25,0
Через 3 міс	17,0±3,1	26,0±1,4*	-	

Примітки: * – $p < 0,05$; ** – $p > 0,05$.

чно (збільшилась на 5,7% у I групі та на 11,9% у II групі), а питома вага низької особистісної тривожності значно збільшилась після проведеної психологічної корекції порівняно з групою пацієнток з ГПР без психологічної корекції (на 98,4% – у I групі, проти 49,2% – у II групі).

5. На відміну від особистісної тривожності ситуаційна залежить від умов життя, тому її зміни були суттєвішими після антистрессового лікування. Але навіть без психологічної корекції через 3 міс спостереження у дівчат з ГПР у II групі відбулись позитивні зміни. У результаті антистрессової терапії у I групі питома вага високої ситуативної тривожності зменшилась на 86,9% на відміну від дівчат з ГПР II групи, де вона зменшилась тільки на 49,9%. Водночас питома вага помірної ситуативної тривожності збільшилась приблизно в 1,5 разу в обох групах (на 157,1% та на 142,5% відповідно), питома вага низької ситуативної тривожності збільшилась у 3 рази в I групі (на 300,0%) і тільки на 49,2% у II групі.

Інформація про авторів

Горбунова Ольга Володимирівна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.:(050) 352-93-98. *E-mail: olga2202@ukr.net*
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7323-5546>

Юрченко Ірина Олександрівна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.:(067) 549-42-21. *E-mail: yurchenkoirena@gmail.com*
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6703-1424>

Information about the author

Gorbulova Olga Volodymyrivna – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 04112, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.; tel.:(050) 352-93-98. *E-mail: olga2202@ukr.net*
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7323-5546>

Yurchenko Irina Oleksandrivna – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 04112, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.; tel.:(067) 549-42-21. *E-mail: yurchenkoirena@gmail.com*
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6703-1424>

Сведения об авторах

Горбунова Ольга Владимировна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последишломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.:(050) 352-93-98. *E-mail: olga2202@ukr.net*

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7323-5546>

Юрченко Ирина Александровна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последишломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.:(067) 549-42-21. *E-mail: yurchenkoirena@gmail.com*

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6703-1424>

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бронфман С.А., Агарков В.А., Кудева Л.М., Божко С.А. Эффективность краткосрочной психодинамической психотерапии в лечении функциональных расстройств менструального цикла у пациенток раннего репродуктивного возраста. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 5: 65-70.
2. Вовк І.Б., Корнацька А.Г., Петербурзька В. Ф. Нормалізація порушень менструальної функції у дівчат-підлітків – запорука збереження репродуктивного здоров'я у жінок. «Здоров'я України». 2019; 2: 27-35
3. Герасимова Т.В. Тези до лекцій по гінекологічній ендокринології. Том І. Київ. 2015; 148 с.
4. Ефименко О.А. Гиперпролактинемия в гинекологической практике. Медичні аспекти здоров'я жінки, спеціальний номер. 2018; 27-29
5. Калуев А.В. Стресс, тревожность и поведение. Киев. 1998; 93 с.
6. Ковальов О.О., Брінкат М. Роль альтернативних схем корекції гіперпролактинемії як однієї з основних причин ряду патологічних станів. «Гінекологія, Акушерство, Репродуктологія» 2018; 2 (30): 21-28.
7. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития. М., Триада-Х. 2004; 135 с.
8. Петербурзька В.Ф. Розлади менструальної функції в пубертатному віці. Здоров'я України (Київ). 2008; 10 (1):57-59.
9. Ханін Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной личностной тревожности Ч.Д. Спилберга-Аку. Ленинград : ЛНИИФК, 1976;40 с.
10. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, et al.; Endocrine Society. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011 Feb;96(2):273–88.
11. Vilar L, Abucham J, Albuquerque JL, Araujo LA, Azevedo MF, Boguszewski CL, et al. Controversial issues in the management of hyperprolactinemia and prolactinomas – An overview by the Neuroendocrinology Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. Arch Endocrinol Metab. 2018 Mar-Apr;62(2):236–63.

Статья поступила в редакцию 04.08.2020