

Комплексна корекція клінічних проявів перименопаузального періоду у жінок

А. П. Дністрянська

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Патологічний перебіг клімактеричного періоду супроводжується вазомоторними розладами (припливи жару, пітливість, розлади сну), порушенням стану серцево-судинної системи (варіабельність ритму та артеріального тиску), клінічними ознаками міокардіопатії (біль, відчуття серцебиття, задишка), порушенням ліпідного спектру крові: підвищенням рівня атерогенних фракцій і зниженням рівня антиатерогенних фракцій. Спостерігалось достовірне зниження якості життя за шкалами «Соціальне функціонування (SF)» та «Психічне здоров'я (MH)».

Після проведення 3-місячного комплексу лікування із застосуванням Адаптолу спостерігалась позитивна динаміка у перебігу клімактеричного синдрому. Найбільш виражені зміни відбулися в клінічних проявах патологічної менопаузи.

Позитивні зміни відбулися і в стані серцево-судинної системи. Холтеровське моніторування дозволило констатувати нормалізацію ритму, відсутність пароксизмальних тахікардій, моніторування артеріального тиску дозволило відзначити позитивну тенденцію у стабілізації артеріального тиску, позитивна динаміка спостерігалась в рівнях ліпідів: зменшився рівень атерогенних фракцій та підвищився рівень антиатерогенних фракцій.

Проведене лікування суттєво підвищувало якість життя жінок за всіма досліджуваними показниками.

Одночасно з цим терапія із застосуванням Адаптолу не супроводжується розвитком побічних дій і зменшує негативний вплив гіполіпідемічних препаратів на активність печінкових ферментів, що дозволяє ефективно та безпечно застосовувати комплексну терапію.

Ключові слова: клімактеричний синдром, лікування, вегетативні порушення, Адаптол.

Клімактеричний період – це фізіологічний перехідний період у житті жінки, який включає час між репродуктивною фазою і старістю. У цей період життя жінки домінують інволюційні процеси в репродуктивній системі. В основі цього процесу лежить виснаження фолікулярного апарату яєчників. Поступово відбувається зниження функції яєчників, які з часом атрофуються. Однак, за даними різних авторів, у 30–60% жінок цей період супроводжується значною кількістю ускладнень, розвивається клімактеричний синдром (КС) – комплекс вегетосудинних, психічних і обмінно-ендокринних порушень з патологічними проявами в перименопаузальний період, який характеризується поєднанням вегетативних, соматичних, уrogenітальних та інших симптомів. У патогенезі КС основна роль належить неузгодженості діяльності гіпоталамічних структур головного мозку, які забезпечують координацію кардіоваскулярних, респіраторних і температурних реакцій з емоційно-поведінковими.

Перші прояви клімаксу жінки відзначають, як правило, у віці 45–50 років. Беручи до уваги той факт, що значна частина жіночого населення як України, так і більшості країн світу, віком понад 45 років, патологічний клімакс, котрий суттєво погіршує якість життя жінок, є не тільки медичною, але й соціальною проблемою.

Усі симптоми КС ділять на три групи: вегетосудинні, обмінно-ендокринні та психічні. До вегетосудинних симптомів відносять припливи (раптове відчуття жару в області голови, шиї і верхньої частини тулуба), гіпергідроз (підвищена пітливість), тахікардію, запаморочення, головний біль, симпатоадреналові та вагоінсулярні кризи; до обмінно-ендокринних – трофічні зміни шкіри, вульви, піхви і сечового міхура, гіперглікемію, патологію серцево-судинної системи, остеопороз. Психічні розлади посідають важливе місце в клінічній картині КС. За своїми проявами вони дуже різні і неспецифічні. Основні прояви психічних розладів – вегетативні порушення у психічній сфері (нестійкість емоційної сфери, психічної активності і працездатності). Характерна легкість виникнення змін настрою. З незначного приводу, а іноді і без такого, можуть виникати туга з втратою інтересу до навколишнього, почуття безсилля та спустошеності чи тривога і неспокій. Дуже часто поганий настрій супроводжується невдоволенням, прискіпливістю, примхливістю. Значно рідше виникають стани підвищеного настрою з елементами екзальтованості і сентиментальності. Психічна активність і працездатність також дуже лабільні. Вони можуть бути звичайними, навіть підвищеними, однак раптово може з'явитися відчуття втоми, що супроводжується утрудненням концентрації уваги, неможливістю виконувати повсякденну розумову роботу. Настільки ж нестійкі і поязги (апетит, ставевий, почуття та ін.). У багатьох хворих спостерігаються розлади сну.

Одними з перших у жінок з патологічним клімаксом виникають вегетосудинні та невротичні розлади за рахунок порушення в центральних механізмах регуляції синтезу і виводу нейропептидів гіпоталамусу (люліберину, тиреоліберину, кортиколіберину та ін.), які в свою чергу регулюють секрецію тропних гормонів гіпофізу, діяльність серцево-судинної і дихальної систем, а також беруть участь у регуляції і формуванні емоційно-поведінкових реакцій. Часто КС виникає внаслідок раніше існуючих порушень у вищих регуляторних центрах, що підтверджується наявністю у значної кількості жінок обтяженої спадковості, супутньої екстрагенітальної патології та пароксизмальних вегетативних розладів, внаслідок чого порушується адаптація систем і органів жінки до процесів старіння організму.

Залежно від особливостей клінічних проявів виділяють три основні форми КС: типову (неускладнену), ускладнену та атипову. Для типової (неускладненої) форми характерні такі суб'єктивні вегетосудинні симптоми, як припливи і гіпергідроз. До ускладненої форми відносять випадки КС, що перебігають на тлі захворювань серцево-судинної системи, шлунково-кишково-печінкового комплексу та інших екстрагенітальних захворювань. При ускладненій формі КС відзначається збільшення частоти і посилення тяжкості припливів, з'являються скарги на біль і почуття завмирання в області серця, серцебиття, порушення сну, пам'яті.

При атиповій формі разом з припливами можуть спостерігатися симпатоадреналові кризи, алергійні захворювання, у тому числі бронхіальна астма, клімактерична міокардіодистрофія та інші серцево-судинні розлади. Серце-

во-судинні розлади, які притаманні жінкам клімактеричного віку, розвиваються внаслідок гормонального дисбалансу на тлі поступової атрофії яєчників, підвищення рівня фолікуло-стимулюючого гормону гіпофізу (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ) (ФСГ значно переважає над ЛГ), пролактотропного гормону (ПЛ) та зниження рівня фракцій естрадіолу.

Відомо, що фракції естрадіолу та прогестерону впливають на біоелектричні процеси у передсердях, в хронотропній тканині серця, подібно до антиаритмічних засобів. А на тлі зниження рівня естрадіолу виникає порушення ритму. Одночасно з цим дисбаланс гормонів гіпофізу та яєчників супроводжується порушенням функції щитоподібної залози, що посилює прояви патологічного клімаксу, і, зокрема, прояви клімактеричної міокардіодистрофії.

Спостерігаються симптоми вегетогормональної кардіоміопатії, клінічними проявами якої є кардіалгії, серцебиття, задишка, варіабельність ритму серця: суправентрикулярна, шлуночкова екстрасистоля, пароксизмальна тахікардія, які моніторуються як під час емоційного та фізичного навантаження, так і в період спокою, розвивається схильність до підвищення артеріального тиску (АТ), а при тривалій менопаузі підвищується ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС), особливо на тлі метаболічного синдрому.

Біль в області серця як один із частих проявів вегетогормональної кардіоміопатії локалізується в ділянці верхівки серця, не купується вживанням нітрогліцерину. При клімактеричній міокардіодистрофії на відміну від ішемічної хвороби серця зміни на ЕКГ незначні або відсутні, незважаючи на виражений больовий синдром.

Довгий час больовий синдром супроводжується вегетативною реакцією – зблідненням або почервонінням шкіри, пітливістю, запамороченням, парестезією кінцівок.

Якщо взяти до уваги, що при фізіологічному клімаксі зміни нейроендокринної системи не спричиняють значних порушень у функціональному стані організму жінки, то можна вважати, що в нормі розвиваються певні адаптаційні реакції, які підтримують нормальну функцію органів і систем. Власне при їх порушенні виникає комплекс патологічного клімаксу, який можна розглядати як хворобу адаптації. Пошук ефективних і безпечних засобів для підтримки адаптаційних можливостей організму жінки, корекції вегетативних порушень, міопатій залишається актуальним як в сучасній гінекології, так і в кардіології та неврології.

Патогенетично обґрунтованим при клімактеричних розладах є застосування замісної гормональної терапії (ЗГТ), яка покращує адаптивні можливості організму. Однак наявність суттєвих протипоказань, особливо таких, як злоякісні новоутворення, гострі тромбоемболічні захворювання, важкі хвороби печінки, маткові кровотечі не уточненого генезу та інші клінічні ситуації, обмежує застосування цих препаратів. Окрім того, монотерапія ЗГТ не завжди призводить до ефективного зменшення вегетосудинних проявів патологічного клімаксу.

Беручи до уваги той факт, що для жінок з патологічним клімаксом характерними є почуття внутрішнього дискомфорту, тривоги, страху, тремтіння, яке виникає звичайно вночі або вранці, супроводжуючись збудженням і слабкістю, підвищеною збудливістю, неадекватною реакцією на незначні подразники, виникає потреба включення в комплекс терапії патологічного клімаксу транквілізаторів, які здатні зменшувати вираженість тривоги, страху, емоційного напруження.

До транквілізаторів на сьогоднішній день пред'являють суттєві вимоги щодо безпеки, відсутності побічних дій та ефективного усунення невротичних та вегетосудинних проявів, адже сучасна жінка в період менопаузи залишається активним членом суспільства, і застосована терапія повинна не перешкоджати їй у виконанні її обов'язків, а сприяти підвищенню якості життя.

Вимогам безпеки найбільше відповідає група транквілізаторів, яку відносять до денних анксиолітиків – засобів, які зменшують вираженість тривоги, страху, неспокою, емоційного напруження або повністю їх ліквідують. Основним ефектом, характерним для всіх лікарських засобів, що відносяться до групи транквілізаторів, і зумовлюючим застосування цих засобів при всіх видах тривожних розладів, є анксиолітичний (протитривожний) ефект. Анксиолітична дія проявляється зменшенням тривоги, страху (антифобічна дія), емоційного напруження. Заспокоїлива дія проявляється зменшенням психомоторної збудливості.

У спектрі дії анксиолітичних засобів виділяють додаткові ефекти, в тому числі вегетостабілізуювальний, що пов'язаний з нормалізацією функціональної активності вегетативної нервової системи. Клінічно цей ефект може проявлятися зменшенням вегетативних проявів тривоги (нестабільності артеріального тиску, тахікардії, пітливості, порушень функцій інших органів та систем).

Цим вимогам найбільше відповідає денний анксиолітик Адаптол.

Адаптол є похідним біциклічних бісесечовин, що представляє окрему хімічну групу анксиолітиків. Препарат проявляє виражену анксиолітичну, вегетостабілізуювальну та заспокоїливу дію, усуває або ослаблює почуття неспокою, страху, дратівливості, емоційне напруження. Такий ефект від застосування Адаптолу пов'язаний з його здатністю впливати на серотонінергічну систему організму шляхом посилення дії триптофану, який є попередником серотоніну. Дія Адаптолу не супроводжується змінами рухових функцій, міорелаксацією, седативним ефектом та сонливістю. Не володіючи безпосередньо снодійним ефектом, Адаптол потенціює ефекти препаратів для лікування порушення сну, нормалізуючи фази сну. Таким чином, Адаптол не спричинює вираженої поведінкової токсичності і є денним анксиолітиком, що дозволяє в повному обсязі зберігати працездатність при його застосуванні. Адаптол є мембраностабілізатором, церебропротектором та адаптогеном завдяки антиоксидантному ефекту (особливо при стресі різного генезу, котрий супроводжується оксидантними явищами). Має властивості антагоніста-агоніста адренергічної системи. Крім того, препарат володіє помірною ноотропною дією, сприяє нормалізації стану при стресах та розумових навантаженнях. Завдяки своєму механізму дії, Адаптолу притаманна особливість – відновлення порушеної норми – нормалізація. У всіх випадках нормальні показники під впливом Адаптолу не змінюються, а змінені – нормалізуються. У результаті відбувається відновлення нормального стану при різній дезадаптуючій дії. Важливим є те, що відновлення нормального стану відбувається дуже фізіологічно, без непотрібної організму побічної дії, а сам препарат ні з чим необоротно не зв'язується, не метаболізується і повністю виводиться з організму в незміненому вигляді. Такі властивості Адаптолу, а також переважання в клінічній картині КС проявів невротичного та соціально-дезадаптаційного характеру, легкі прояви вегетативних порушень, дозволяють вважати, що застосування препарату Адаптол в комплексній терапії КС призведе до нормалізації стану жінки в перименопаузальний період та покращить якість її життя. Перебіг КС з переважанням проявів астенічного синдрому, обмінно-ендокринних порушень та виражених вегетативно-судинних порушень зумовлює доцільність застосування препаратів з антиастенічною дією, вираженим вегетостабілізуювальним та ноотропним ефектом – Ноофену.

На сучасному етапі розвитку медицини якість життя (ЯЖ) визнана одним з ключових критеріїв, що відображає стан здоров'я окремо взятого індивіду. Згідно з визначенням ВООЗ: «Якість життя – це міра сприйняття окремими людь-

ми або групами людей того, що їхні потреби задовольняються, а необхідне для досягнення благополуччя і можливості самореалізації надається». З цього визначення витікає, що суть ЯЖ має соціально-психологічну природу і полягає в оцінюванні індивідом власної задоволеності різними аспектами свого життя в соціумі відносно тих своїх психологічних особливостей, які пов'язані з рівнем запитів.

У медичній практиці вивчення ЯЖ використовують для оцінювання ефективності лікування і реабілітаційних впливів, визначення прогнозу захворювання, виявлення психологічних проблем у хворих. ЯЖ, пов'язана зі здоров'ям, є невід'ємним елементом сучасної медицини. Медичний висновок, зроблений лікарем, і оцінка ЯЖ, дана самим хворим, дозволяють отримати повну і досить об'єктивну характеристику стану здоров'я пацієнта.

Беручи до уваги необхідність підвищення ефективності лікування проявів КС, ми вважали за доцільне оцінити ефективність застосування комплексної терапії із застосуванням Адаптолу.

Мета дослідження: оцінити динаміку невротичних, вегетосудинних проявів патологічного клімаксу, стан серцево-судинної системи та ЯЖ у жінок з патологічним клімаксом на тлі комплексної терапії із застосуванням Адаптолу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 75 жінок у віці 45–55 років, в період менопаузи від 1 до 3 років з патологічним перебігом клімаксу, проявами вегетативних порушень та кардіоміопатією, які спостерігаються в кабінеті патологічного клімаксу в жіночій консультації 1-го пологового будинку м. Вінниці. Групу контролю склали 35 жінок того самого віку без патології, які зверталися в жіночу консультацію для профілактичних оглядів.

Для діагностики перебігу КС використовували шкалу оцінки клімактеричних розладів, таких, як припливи жару, розлади сну, депресивні настрої та інші розлади, які оцінювали від «немає» до «дуже сильно», розроблену Німецьким товариством менопаузи в доповненні до індексу Купермана. Кожний симптом оцінювали за ступенем вираженості, і число балів в кожній групі сумували – отримували менопаузальний індекс. Для нейровегетативних порушень значення менопаузального індексу до 10 балів означає відсутність проявів КС, 11–20 балів – легкий ступінь, 21–30 балів – середній, 31 і більше балів – важкий ступінь вираженості.

Обмінно-ендокринні і психоемоційні порушення оцінювали аналогічно. Так, менопаузальний індекс, що дорівнює нулю, означає відсутність порушень, 1–7 балів – легкі порушення, 8–14 балів – середні, 15 і більше балів – важкі прояви КС.

Критеріями включення до I та II групи хворих була наявність природної менопаузи з тривалістю постменопаузального періоду від 1 до 3 років. У дослідження не включали пацієнок з наявністю тяжких захворювань серцево-судинної, ендокринної систем, печінки, нирок, ЦНС, онкологічних захворювань, гіпертонічної хвороби III ступеня, а також пацієнок, що з тих чи інших причин застосовували вегетотропні, психотропні, ноотропні препарати або ЗГТ протягом останнього місяця до включення в дослідження та вазоактивні і нейрометаболічні препарати одночасно з досліджуваним.

Стан серцево-судинної системи визначали електрокардіографічно, стабільність ритму серця – добовим Холтерівським моніторингом та проводили моніторинг АТ.

Додатково визначали показники ліпідного спектру крові: загальний холестерин (ХС), холестерин ліпопротеїдів низької щільності, ХС ліпопротеїдів високої щільності, тригліцеридів.

Безпечність терапії визначали традиційними лабораторними показниками: активністю печінкових ферментів, рівнем діастази.

Для оцінки ЯЖ використовували загальний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form). При обробленні даних, відповіді на 36 пунктів опитувальника (SF-36) були згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування (Physical Functioning); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role-Physical Functioning); інтенсивність болю (Bodily pain); загальний стан здоров'я (General Health); життєва активність (Vitality); соціальне функціонування (Social Functioning); роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role-Emotional) і психічне здоров'я (Mental Health). Це дозволило представити інтегральну характеристику фізичного, психологічного, емоційного і соціального стану жінки, засновану на її суб'єктивному сприйнятті.

Показники кожної шкали варіювали від 0 до 100 балів, де 100 балів це найвища оцінка ЯЖ. Оцінки в балах по 8 шкалам складені таким чином, що вища оцінка свідчить про вищий рівень ЯЖ. Шкали групувалися у два показники – «фізичний» компонент ЯЖ і «психологічний» компонент ЯЖ. Статистичне оброблення даних опитувальника SF-36

Таблиця 1

Динаміка вираженості клімактеричних розладів

Симптом клімаксу	I група, n=40		II група, n=35	
	До лікування, %	Після лікування, %	До лікування, %	Після лікування, %
Припливи жару	87,5	32,5*	85,8	59,8
Пітливість	72,5	17,5*	75,4	23,4*
Втомленість	75	47,5	78	65
Порушення сну	82,5	27,5*	85,8	62,4
Дратівливість	77,5	35*	75,4	67,6
Плаксивість	52,5	7,5*	49,4	41,6

Примітка: вірогідність зміни показників під впливом лікування; * – p<0,05.

Таблиця 2

Динаміка вираженості клімактеричних розладів за модифікованим індексом Купермана

Групи	До лікування	Після лікування
Група I, n=40	23,5±0,5	14,3±0,7*
Група II, n=35	23,8±1,3	19,7±0,9

Примітка: вірогідність зміни показників під впливом лікування; * – p<0,05.

Порівняльний аналіз шкал якості життя до лікування

Шкали	Оцінка в балах		
	I група, n=40	II група, n=35	Контрольна група, n=35
Фізичне функціонування (PF)	82,6±10,1	81,7±12,2	86,9±9,9
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RF)	41,5±9,2*	42,8±8,3*	60,7±24,2
Інтенсивність болю (BP)	63,4±16,1	65,2±21,6	76,2±16,2
Загальний стан здоров'я (GH)	59,7±12,1*	58,5±12,5*	71,2±10,1
Життєва активність (VA)	55,5±15,5*	55,8±14,2*	74,5±10,5
Соціальне функціонування (SF)	62,8±5,5*	61,4±5,2*	82,4±11,6
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (RE)	52,8±20,9*	53,3±19,1*	78,1±21,9
Психічне здоров'я (MH)	49,1±9,2*	48,9,1±7,7*	79,3±8,3

Примітка: вірогідність відмінності показників від контрольної групи: * – p<0,05.

Таблиця 4

Порівняльний аналіз шкал якості життя після лікування

Шкали	Оцінка в балах		
	I група, n=40	II група, n=35	Контрольна група, n=35
Фізичне функціонування (PF)	85,6±10,1	82,7±12,2	86,9±9,9
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RF)	59,5±7,3	44,8±5,5*	60,7±24,2
Інтенсивність болю (BP)	73,5±16,1	67,2±21,6	76,2±16,2
Загальний стан здоров'я (GH)	70,3±12,1	60,5±11,5	71,2±10,1
Життєва активність (VA)	71,5±12,5	57,8±8,2*	74,5±10,5
Соціальне функціонування (SF)	81,3±11,5	69,4±11,9	82,4±11,6
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (RE)	72,1±12,9	56,3±9,1*	78,1±21,9
Психічне здоров'я (MH)	76,1±7,2	59,3±4,7*	79,3±8,3

Примітка: вірогідність відмінності показників від контрольної групи: * – p<0,05.

проведене відповідно до інструкцій компанії Евіденс – клініко-фармакологічні дослідження.

Результати обстежень оброблені з використанням методів варіаційної статистики, прийнятими у медицині та біології, за допомогою стандартного пакета програм.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Жінки з патологічними проявами клімаксу, проявами вегетативних порушень та кардіоміопатією були розподілені на 2 групи. 40 жінок склали I групу – їм застосовували комплексне лікування: естрогенотерапія або фітоестрогенотерапія, денний анксиолітик Адаптол по 500 мг тричі на добу, гіполіпідемічна терапія, за показаннями антиаритмічна терапія. II групу склали 35 осіб, яким застосовували аналогічну терапію, однак без призначення Адаптолу. Терапія тривала протягом 3 міс, після чого жінки повторно анкетувалися та обстежувалися. Групи були стандартизовані за віком, часом настання менопаузи, тривалістю постменопаузального періоду. За основними антропометричними характеристиками (зріст, маса тіла, індекс маси тіла) пацієнтки різних підгруп не відрізнялися між собою. До початку лікування в жінок I та II груп вираженість і прояви КС за модифікованим індексом Купермана вірогідно не відрізнялися. Не відрізнялися між собою групи і за кількістю хворих, які отримували ЗГТ та фітоестрогени.

До початку терапії у хворих обох груп спостерігалися ранні симптоми КС. Серед них виділялися психопатологічні симптоми невротичного характеру, такі як дратівливість, підвищена стомлюваність, порушення сну, плаксивість, тривожність, емоційна лабільність, вазомоторні симптоми (при-

пливи жару, пітливість, розлади сну, запаморочення, головний біль), соціально-дезадаптивні проблеми (зниження працездатності, життєвого тону, звуження кола інтересів), зниження пам'яті та порушення стану серцево-судинної системи (варіабельність ритму та АТ), клінічні ознаки міокардіопатії (біль, відчуття серцебиття, задишка).

При проведенні біохімічних досліджень виявлено порушення ліпідного спектру крові: підвищення рівня атерогенних фракцій і зниження рівня антиатерогенних фракцій.

Після проведення 3-місячного комплексу лікування спостерігалась позитивна динаміка перебігу КС.

При порівнянні ступеня важкості КС слід зазначити, що в I групі до лікування було 3 (7,5%) пацієнтки з важким перебігом КС, 22 (55%) – з середнім та 15 (37,5%) – з легким. Після лікування важкий перебіг у I групі хворих не діагностували, середній виявили у 7 (17,5% – зниження на 37,5%), легкий – у 14. У 19 (47,5%) пацієнток симптоми патологічного клімаксу після проведеного лікування були відсутні. У II групі до початку лікування важкий клімакс відзначено у 4 пацієнток (10,4%), середній – у 18 жінок (46,8%), легкий – у 13 (33,8%). Після лікування важкий перебіг спостерігався у 2 (5,2%), середній – у 14 (36,4%), легкий – у 16 (41,6%) і лише у 3 (7,8%) пацієнток не спостерігали проявів патологічного клімаксу. Як видно з наведених даних, при застосуванні Адаптолу в комплексі лікування у значній кількості жінок (47,5%) з легким та середнім ступенем важкості КС застосована терапія призвела до ліквідації клінічних ознак патології. У групі хворих, які не отримували Адаптол – лише у 7,8%.

Аналізуючи динаміку симптомів патологічного клімаксу, зазначено суттєве зменшення відсотка жінок I групи, в яких

після проведеного лікування такі прояви, як припливи жару, пітливість, втомлюваність, порушення сну, дратівливість не діагностували. У II групі відзначили лише тенденцію до зниження кількості хворих з аналогічними проявами (табл. 1).

Найбільш виражені зміни відбулися в клінічних проявах патологічної менопаузи, таких як припливи жару, пітливість, дратівливість, плаксивість. Відсутність достовірного зменшення рівня втомлюваності, можливо, пов'язана з суб'єктивною оцінкою цього клінічного симптому.

Якщо проаналізувати динаміку індексу Купермана в обох групах, то можна встановити достовірне його зниження в I групі у порівнянні з II (табл. 2).

Суттєво змінилися співвідношення фракцій ліпідів в обох групах. Загальний ХС зменшився з $7,1 \pm 0,2$ ммоль/л до $5,3 \pm 0,09$ ммоль/л ($p < 0,05$) в I групі, аналогічно спостерігалися зміни і в II групі після лікування. Подібна тенденція спостерігалась і в динаміці рівня атерогенних фракцій ліпідів в I групі, однак в II групі залишався дисбаланс між ліпопротеїдами низької та високої щільності. Позитивна динаміка співвідношень фракцій ліпопротеїдів в I групі, вірогідно пояснюється антиоксидантними властивостями Адаптолу.

Позитивні зміни відбулися і в стані серцево-судинної системи.

Скарги на суб'єктивні відчуття болю в ділянці серця, які не супроводжувалися змінами сегменту ST на ЕКГ і діагностувалися у 87,5% жінок I групи, після застосування комплексної терапії з включенням Адаптолу не пред'являлися. У II групі із 78% жінок з аналогічними скаргами у 37,2% (12 жінок) скарги залишилися. Холтеровське моніторування дозволило констатувати нормалізацію ритму, відсутність пароксизмальних тахікардій у групі хворих, які отримували Адаптол, моніторування АТ дозволило виявити позитивну тенденцію в стабілізації АТ у тій самій групі.

Так, якщо до лікування напади пароксизмальної тахікардії діагностували у 12 жінок (30%) I групи, то після застосування комплексної терапії із використанням Адаптолу епізодів пароксизмів тахікардії Холтеровським моніторуванням не діагностовано, систолічний тиск до лікування склав у хворих в I групі $163,6 \pm 9,3$ мм рт.ст. Після застосованої терапії АТ достовірно знизився на 16% до $137,5 \pm 8,3$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). У II групі тиск знизився на 14,2%.

Одночасно з цим терапія із застосуванням Адаптолу не супроводжувалася розвитком побічних дій і зменшувала негативний вплив гіполіпідемічних препаратів на активність печінкових ферментів, що дозволяє ефективно та безпечно застосовувати комплексну терапію.

Оцінюючи ЯЖ, було встановлено, що рівень «Фізичного функціонування (PF)», який характеризує діапазон посиленої фізичної активності, виявився достатнім у жінок з патологічним перебігом клімаксу як до лікування (табл. 3), так і після (табл. 4).

Однак несхожою виявилася «психологічна» компонента якості життя, що включає в себе інші чотири шкали опитувальника – життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, та психічне здоров'я. Ці показники суттєво відрізнялись у порівнянні з групою контролю, куди були включені жінки без проявів патологічного клімаксу.

Проведене лікування із застосуванням Адаптолу суттєво підвищувало ЯЖ у жінок, особливо таких показників, як «Соціальне функціонування (SF)» ($p < 0,05$) та «Психічне здоров'я (MH)» ($p < 0,05$) (табл. 4).

Як видно з табл. 4, в II групі, пацієнтки котрої не отримували Адаптол, спостерігалася тенденція лише до покращення ЯЖ за шкалою «Соціальне функціонування (SF)» та

«Психічне здоров'я (MH)». Серед цих показників спостерігалась суттєва різниця з контрольною групою.

ВИСНОВКИ

1. При застосуванні Адаптолу в комплексі лікування жінок з легким та середнім ступенем важкості клімактеричного синдрому застосована терапія у 47,5% жінок привела до ліквідації клінічних ознак патології, а в групі хворих, які не отримували Адаптол, – лише у 7,8%.

2. Застосування комплексної терапії із використанням денного анксиолітика Адаптолу (500 мг 3 рази на день протягом 3 міс) сприяє зменшенню проявів клімактеричного синдрому, таких як тривожність, дратівливість, підвищена стомлюваність, порушення сну, плаксивість, емоційне напруження, припливи жару, пітливість; призводить до суттєвого зменшення модифікованого індексу Купермана, який є критерієм важкості перебігу клімактеричного синдрому.

3. Терапія із застосуванням Адаптолу зменшує прояви больового синдрому при клімактеричній кардіоміопатії, сприяє нормалізації ритму та артеріального тиску, є безпечною у використанні.

4. Зміни, спричинені застосуванням Адаптолу, сприяють покращенню таких компонентів, як «Соціальне функціонування (SF)» та «Психічне здоров'я (MH)», що в цілому підвищує якість життя.

Перспективи подальших досліджень: враховуючи позитивні зміни в стані вегетосудинних та обмінно-ендокринних порушень у жінок з клімактеричним синдромом під впливом комплексної терапії із застосуванням Адаптолу, планується дослідити стан ендотелію судин з метою профілактики розвитку серцево-судинних захворювань у жінок в клімактеричний період.

Комплексная коррекция клинических проявлений перименопаузального периода у женщин А.П. Днистрянская

Патологическое течение климактерического периода сопровождается вазомоторными расстройствами (приливы жара, потливость, нарушение сна), нарушением состояния сердечно-сосудистой системы (вариабельность ритма и артериальное давление), клиническими признаками миокардиопатии (боль, сердцебиение, одышка), нарушением липидного спектра крови: повышением уровня атерогенных фракций и снижением уровня антиатерогенных фракций. Наблюдалось достоверное снижение качества жизни по шкалам «Социальное функционирование (SF)» и «Психическое здоровье (MH)».

После проведения 3-месячного комплекса лечения с использованием Адаптола наблюдалась положительная динамика в течении климактерического синдрома. Наиболее выраженные изменения произошли в клинических проявлениях патологической менопаузы.

Позитивные изменения произошли и в состоянии сердечно-сосудистой системы. Холтеровское мониторирование позволило констатировать нормализацию ритма, отсутствие пароксизмальных тахикардий, мониторирование артериального давления позволило отметить положительную тенденцию в стабилизации артериального давления, положительная динамика наблюдалась в уровнях липидов, уменьшился уровень атерогенных фракций и повысился уровень антиатерогенных фракций.

Проведенное лечение существенно повышало качество жизни женщин по всем исследуемым компонентам.

Одновременно с этим терапия, включающая Адаптол, не сопровождается развитием побочных действий и уменьшает негативное влияние гиполлипидемических препаратов на активность печеночных ферментов, что позволяет эффективно и безопасно применять комплексную терапию.

Ключевые слова: климактерический синдром, патологические проявления климакса, качество жизни, Адаптол.

Complex correction clinical manifestations perimenopausal period in women

A.P. Dnistrianskaya

Pathological course of menopause is accompanied by vasomotor disorders (hot flashes, sweating, sleep disturbances), a violation of the cardio-vascular system (rate variability and blood pressure), clinical signs myocardopathy (pain, palpitations, shortness of breath), lipid spectrum of blood: increased levels of atherogenic fractions and a reduction in antiatherogenic fractions. There were significant decrease in quality of life scales «Social functioning (SF)» and «Mental Health (MH)». After a 3 – month complex treatment with adaptol the positive dynamics in the course of the climacteric syndrome. The most significant changes occurred in the clinical mani-

festations of pathological menopause. Positive changes occurred in the cardiovascular system. Holter monitoring allowed saw normalization rate, lack of paroxysmal tachycardias blood pressure monitoring enabled noted a positive trend in the stabilization of blood pressure, a positive trend was observed in the levels of lipids, decreased levels of atherogenic fractions and increased levels anti-atherogenic fractions. The treatment significantly increased the quality of life of these women all the studied components. Along with this therapy including adaptol is not accompanied by the development of side effects and reduces the negative impact of lipid-lowering drugs on the activity of liver enzymes that can effectively and safety use complex therapy.

Key words: *climacteric syndrome, menopause treatment, vegetative disturbance, Adaptol.*

Сведения об авторе

Днистрянская Антонина Петровна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (067) 14-09-144

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александрова Н.В. Современные подходы к оценке овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников (обзор литературы) / Н.В. Александрова, Л.А. Марченко // Проблемы репродукции. – 2007. – № 2. – С. 25–28.
2. Єфіменко О.О. Обґрунтування принципів лікування клімактеричного синдрому у жінок з дисгормональними захворюваннями молочних залоз: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / О.О. Єфіменко. – Київ, 2005. – 21 с.
3. Жук С.І. Оцінка особливостей психічного статусу жінки у перименопаузі / С.І. Жук, Т.Д. Мойсеєва, В.В. Марцинковська // Вісник наукових досліджень. – 2002. – № 3 (28). – С. 109.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. «Руководство по исследованию качества жизни в медицине». – С-Петербург, 2002. – С. 15–40.
5. Татарчук Т.Ф. Эндокринная гинекология / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский. – К.: Заповіт, 2003. – 200 с.
6. Gougeon A. Age-related changes of the population of human ovarian follicles: Increase in the disappearance rate of non-growing and early-growing follicles in aging women / A. Gougeon, R. Echochard, J.C. Thalabard // Biol Reprod. – 1994. – Vol. 50. – P. 653–663.
7. Зимакова И.Е., Заиконникова И.В., Лебедев О.В., Хмельницкий Л.И. Мибикар // В помощь практическому врачу. – 1990. – Вып. 1. – С. 44.
8. Мкртчян В.Р., Орлов В.А., Кожокова Л.З. Возможности применения Адаптола в клинической практике // Журн Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия, № 6, том 5, 2012.

Статья поступила в редакцию 17.12.2014