



ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ В ЖІНОК ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ З РЕПРОДУКТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В АНАМНЕЗІ

ВСТУП

Величезним досягненням цивілізації на сьогодні є загальне збільшення тривалості життя. За прогнозам ООН, до 2025 року чисельність осіб, старших за 60 років, у світі досягне 1,2 млрд, а до 2050 року людей похилого віку в розвинених країнах буде вдвічі більше, ніж дітей [2]. Аналогічно буде збільшуватись просярок жінок, старших за 50 років, які прагнуть зберегти соціальну активність поряд із дієвим і здоровим довголіттям. Зі збільшенням тривалості життя особливого медико-соціального значення набувають проблеми, які визначають якість життя жінок перименопаузального і постменопаузального періодів, зокрема вирішення питань, пов'язаних із профілактикою, діагностикою та лікуванням патологічних станів, зумовлених віковою перебудовою організму – дефіцитом естрогенних впливів.

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Клімактерій по своїй суті – це фізіологічний період, протягом якого поступово зростають інволютивні процеси в репродуктивній системі. В значній частині (до 80%) жінок це супроводжується комплексом нервово-психічних, вегето-судинних і обмінно-трофічних порушень, що становлять сутність клімактеричного (менопаузального) синдрому (КС) [5].

У клінічній практиці чи не найважливіше значення має перименопаузальний період, який охоплює період менопаузального переходу (пременопаузу), менопаузу і перших два роки постменопаузи. Саме в цей час більшість жінок вперше відзначає появу і прогресування клімактеричних симптомів, і водночас саме

цей період життя є «вікном терапевтичних можливостей» для ініціації менопаузальної гормональної терапії (МГТ) [1, 4], якій належить провідна роль у корекції клімактеричних і менопаузальних розладів та профілактиці обмінних порушень [1, 6].

За часом появи порушення в пери- та постменопаузі поділяються на три групи. Ранні симптоми (вазомоторні та психоемоційні) – припливи жару, гіпергідроз, головний біль, коливання артеріального тиску, кардіалгії, тривожність, забудькуватість, коливання настрою, сонливість, зміни лібідо – можуть маніфестувати на тлі збереженого менструального циклу (МЦ). Через 2–5 років після настання менопаузи починають прогресувати середньочасові симптоми – урогенітальні розлади (атрофічний вагініт, цисталгії, нетримання сечі), сексуальна дисфункція та диспареунія, косметичні проблеми, які значно погіршують якість життя та завдають жінкам суттєвих страждань [7]. Пізні порушення проявляються підвищеним ризиком кардіоваскулярної патології, постменопаузального остеопорозу з патологічними переломами, хвороби Альцгеймера, які становлять реальну загрозу інвалідизації та передчасної смерті. Частота переломів кісток у жінок 50–54 років і старших зростає у 4–7 разів порівняно з молодими жінками, а в 70% із них виявляють остеопороз [4, 7].

На даний час патогенетично обґрунтованим і ефективним методом корекції клімактеричних розладів є МГТ, для якої використовуються препарати з натуральними естрогенами в комбінації з гестагенами або андрогенами [1, 10, 11].



С.О. ШУРПЯК

к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького
ORCID: 0000-0002-5445-6375

В.І. ПИРОГОВА

д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства, гінекології та перинатології ФПО Львівського НМУ ім. Данила Галицького
ORCID: 0000-0002-1205-6365

М.Й. МАЛАЧИНСЬКА

к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Львівського НМУ ім. Данила Галицького
ORCID: 0000-0003-2895-3666

Контакти:

Шурпак Сергій Олександрович
Львівський НМУ
ім. Данила Галицького,
кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПО
76010, Львів, Пекарська, 69
тел. +38 (097) 051 42 21
e-mail: shurpyak_serhiy@yahoo.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2017.37.65-68>

УДК 618.173.61-6:08:615

Гормонотерапія має бути частиною загальної стратегії збереження здоров'я жінки під час менопаузального переходу [7, 9]. Головною метою МГТ є не тільки допомога жінкам шляхом купірування симптомів, що погіршують якість життя (пітливість, припливи, різкі зміни настрою тощо), але й попередження урогенітальної атрофії, захворювань серцево-судинної системи, остеопорозу шляхом часткової компенсації зниженої функції яєчників при дефіциті статевих гормонів з використанням оптимальних доз гормональних препаратів [1, 7, 9, 11].

Вибір препарату для МГТ у перименопаузальному періоді має бути індивідуальним не тільки з огляду на якість життя, але й з урахуванням особистісних характеристик, оцінки ризиків і можливих протипоказань. Різні ефекти МГТ можуть бути обумовлені дозою естрогену, дозою і типом прогестину, способом їх комбінації і режимом прийому препарату [3, 6, 11].

На даний момент в Україні представлений досить широкий арсенал сучасних гормональних препаратів для МГТ, кожен з яких має власні характеристики, що визначає особливості їхнього використання в клінічній практиці. Оцінка ефективності лікування проявів КС з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтки є перспективним напрямком вивчення цього синдрому.

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності секвенціального препарату, який містить 2 мг естрадіолу валерату і 0,15 мг левоноргестрелу (Клімонорм) в купіруванні ранньочасових симптомів КС у жінок із репродуктивними порушеннями в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На першому етапі дослідження проведено оцінку наявності симптомів КС (нейровегетативних, психоемоційних) у 127 жінок віком 43–50 років. Критеріями включення в дослідження були наявність симптомів КС, репродуктивні порушення в анамнезі, інформована згода на участь у дослідженні. Критеріями виключення були протипоказання до призначення МГТ, прийом комбінованих естроген-гестагенних препаратів впродовж попередніх 3-х місяців або на момент обстеження.

Ступінь тяжкості КС оцінювали в балах із використанням модифікованого менопаузального індексу Купермана (ММІ).

У дослідження увійшли 46 жінок із середнім або важким ступенем вираженості КС і репродуктивними порушеннями в анамнезі, які склали основну групу. Як засіб МГТ нами був обраний комбінований двофазний препарат Клімонорм у режимі тритижневого прийому з семиденною перервою. Групу порівняння склали 19 пацієнток аналогічного віку, які мали протипоказання до застосування МГТ і отримували симптоматичну або фітотерапію.

При анкетуванні пацієнток враховували дані сімейного анамнезу, наявність соматичної патології, час появи перших симптомів КС, професійну шкоду, тютюнопаління, репродуктивний анамнез (час початку менструацій, їхню регулярність, кількість вагітностей, пологів, використання гормональних препаратів, перенесені гінекологічні захворювання) [8].

Обстеження пацієнток включало загальний огляд із антропометричною оцінкою, гінекологічне і лабораторне (загальний і біохімічний аналізи крові, коагулограма) обстеження, ультрасонографічне дослідження органів малого таза, визначення рівнів фолікулоstimулюючого і тиреотропного гормонів у сироватці крові, цитологічне дослідження. УЗД органів малого таза методом трансабдомінальної та трансвагінальної ехографії в режимі реального часу проводили за стандартною методикою конвексними датчиками з частотою 3,5 і 7,5 МГц. Враховували дані мамологічного обстеження за умови його проведення впродовж року перед включенням у дослідження. За показаннями до призначення МГТ проводились гістероскопія, пайпель-біопсія ендометрія або роздільне діагностичне вишкрібання стінок порожнини і шийки матки з патоморфологічним дослідженням отриманого матеріалу.

Ефективність терапії стосовно вираженості симптомів КС оцінювали за динамікою ММІ.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням програм Microsoft Excel і Statistica for Windows V. 6.0 (StatSoft Inc., США). Всі отримані кількісні анамнестичні, клінічні, лабораторні та інструментальні дані оброблені за методом варіаційної статистики. Для кожного кількісного параметра були визначені середнє значення (M), середнє квадратичне відхилення (δ), помилка середнього (m), медіана (Me), для якісних даних – частоти (%). Застосовували параметричні методи (парний критерій Ст'юдента). Для знаходження відмінностей між якісними показниками використовували метод χ^2 і критерій Фішера для невеликих вибірок. Достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$ (95% рівень значущості).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В репродуктивному анамнезі в пацієнток обох груп відзначені втрати вагітності на різних термінах гестації (11 жінок, 16,9%); запальні захворювання органів малого таза (28 жінок, 43,1%); відкриті та лапароскопічні оперативні втручання з приводу доброякісних пухлин яєчника (14 жінок, 21,5%), позаматкової вагітності (9 жінок, 13,9%), генітального ендометріозу (15 жінок, 23,1%), безпліддя (19 жінок, 29,2%). Звертала на себе увагу значна частота аномальних маткових кровотеч (АМК), не пов'язаних із вагітністю або наявністю міоми матки (28 жінок, 43,1%).

В період включення в дослідження в усіх пацієнток був присутній МЦ, однак тільки у 25 (38,5%) він був регулярним. 10 (15,4%) жінок відзначали наявність міжменструальних кровотеч, у 12 (18,5%) мала місце гіперполіменорея, у 18 (27,6%) – ациклічні маткові кровотечі різної інтенсивності.

Серед соматичної патології в обстежених жінок мали місце захворювання шлунково-кишкового тракту, гіпертонічна хвороба I–II ступеня, остеохондроз хребта, патологія жовчовивідних шляхів, захворювання нирок (хронічний пієлонефрит), хронічне обструктивне захворювання легень.

При першому зверненні пацієнтки виявляли скарги на припливи жару, нічну пітливість, розлади сну, головний біль, запаморочення, емоційну лабільність, депресію, втомлюваність, м'язовий та суглобовий біль (табл. 1).

Таблиця 1. Прояви КС в обстежених пацієнток до та після призначення МГТ, абс. ч. (%)

Скарги	До лікування		Після 6-місячного курсу МГТ	
	Основна група, n = 46	Група порівняння, n = 19	Основна група, n = 46	Група порівняння, n = 19
Нічна пітливість	35 (76,1%)	14 (73,7%)	5 (10,9%)*	6 (31,6%)*
Припливи легкого ступеня	15 (32,6%)	9 (47,4%)	5 (10,9%)*	4 (21,1%)*
Припливи середнього ступеня	21 (45,7%)	4 (21,1%)	-	3 (15,8%)
Припливи важкого ступеня	10 (21,7%)	6 (31,6%)	-	6 (31,6%)
Розлади сну	36 (78,3%)	12 (63,2%)	10 (21,7%)*	4 (21,1%)*
Емоційна лабільність	43 (93,5%)	16 (84,2%)	4 (8,7%)*	6 (31,6%)*
Слабкість, втомлюваність	14 (30,4%)	7 (36,8%)	3 (6,5%)*	3 (15,8%)*
Серцебиття, кардіалгія	5 (10,9%)	2 (10,5%)	-	1 (5,3%)*
Депресія	10 (21,7%)	4 (21,1%)	-	3 (15,8%)
М'язовий та суглобовий біль	22 (47,8%)	9 (47,4%)	5 (10,9%)*	8 (42,1%)

* достовірність різниці до та після лікування, $p < 0,05$

До початку терапії тяжкість перебігу КС за MMI склала в основній групі $47,0 \pm 6,1$ балу, в групі порівняння – $45,3 \pm 6,9$ балів.

Кардіалгії та серцебиття є клінічними проявами вегетогормональної кардіоміопатії, що було підтверджено в обстежених пацієнток під час добового моніторингу електрокардіограми.

У всіх випадках порушень МЦ були проведені пайпель-біопсія ендометрія [11] або гістероскопія з роздільним діагностичним вишкрібанням стінок порожнини і шийки матки [17] і наступним контролем через 6 місяців. При морфологічному дослідженні в 19 (67,9%) випадках верифіковано ендометрій у стадії проліферації, в 9 (32,1%) – проста неатипова гіперплазія ендометрія.

Ефективність гормональної терапії оцінювали через 6 місяців прийому Клімонорму. В усіх пацієнток основної групи була відзначена виражена позитивна динаміка стосовно всіх клімактеричних скарг, середнє значення MMI після лікування знизилось з $47,0 \pm 6,1$ балу до $10,2 \pm 1,4$ балу ($p < 0,001$).

При динамічному УЗ обстеженні від'ємна динаміка показників М-еха не зафіксована (табл. 2).

В основній групі в пацієнток із вихідним регулярним МЦ (24 жінки, 52,1%) змін не зафіксовано, тоді як 19 (86,3%) з 22 жінок із порушеннями МЦ до початку лікування відзначили регулярні менструальноподібні кровотечі в перерві між прийомами Клімонорму, а в 3 (13,6%) пацієнток кровотечі відміни починались в останні 2 дні прийому препарату.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Національний консенсус щодо ведення пацієнток у клімактерії. Репродуктивна ендокринологія. – 2016. – № 1 (27). – С. 8–25.
“National consensus on the management of patients in menopause.” Reproductive endocrinology 1.27 (2016): 8–25.
2. Пан Ги Мун. Послание по случаю Международного дня пожилых людей. Pan Gi Mun.
“Message on the International Day of Older Persons.” Available from: [http://www.un.org/ru/sg/messages/2013/olderpersonsday.shtml], last accessed Oct 24, 2017.
3. Прилепская, В.Н. Новое в профилактике и терапии климактерического синдрома / В.Н. Прилепская, В.Е. Радзинский, Н.К. Богатова // Гинекология. – 2016. – №1. – С. 1–7.

4. Prilepskaja, V.N., Radzinskij, V.E., Bogatova, N.K. “New in the prevention and therapy of climacteric syndrome.” Gynecology 1 (2016): 1–7.
5. Серов, В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология: Руководство. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 532 с.
Serov, V.N., Prilepskaja, V.N., Ovsjannikova, T.V. Gynecology endocrinology: Manual. Moscow. MEDpress-inform (2015): 532 p.
6. Сметник, В.П. Медицина климактерия. Ярославль: Литера, 2006. – 848 с.
Smetnik, V.P. Medicine of menopause. Yaroslavl. Litera (2006): 848 p.
7. Al-Safi, Z.A., Santoro, N. “MHT and menopausal symptoms.” Fertil Steril 101.4 (2014): 905–15.

8. Baber, R.J., et al. “2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy.” Climacteric 19.2 (2016): 109–50.
9. Nakano, K., Pinnow, E., Flaws, J.A., et al. “Reproductive history and hot flashes in perimenopausal women.” J Womens Health (Larchmt) 21.4 (2012): 433–9.
10. Reed, S.D., Guthrie, K.A., Newton, K.M., et al. “Menopausal quality of life: RCT of yoga, exercise, and omega-3 supplements.” Am J Obstet Gynecol 210.3 (2014): 244.
11. Santoro, N., et al. “Menopausal symptoms and their management.” Endocrinol Metab Clin North Am 44.3 (2015): 497–515.
12. Stuenkel, C.A., Davis, S.R., Gompel, A., et al. “Treatment of symptoms of the menopause: an endocrine society clinical practice guideline.” J Clin Endocrinol Metab 100.11 (2015): 3975–4011. □

Таблиця 2. Морфологічний стан ендометрія в пацієнток основної групи з патологією ендометрія до та після МГТ

Стан ендометрія	До лікування, n = 28		Після 6-місячного курсу МГТ, n = 28	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Гіпоплазія	-	-	2	7,1
Проліферація	19	67,9	7	25,0*
Неповноцінна секреція	-	-	16	57,1
Проста гіперплазія	9	32,1	3	10,7*

* достовірність різниці до та після лікування, $p < 0,05$

Водночас всі пацієнтки основної групи відзначили зменшення тривалості менструальноподібної кровотечі (з $7,5 \pm 2,1$ до $4,9 \pm 0,8$ днів, $p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

Найбільш ефективним засобом лікування всіх основних проявів КС є МГТ, яка дозволяє ефективно знизити тяжкість всіх його проявів на 80–60%.

МГТ з використанням Клімонорму забезпечує регулярний і стабільний МЦ в жінок у перименопаузі.

Призначення циклічної комбінації МГТ із сильним прогестагеном компонентом (левоноргестрел) має переваги в жінок із неатиповими гіперпластичними процесами в перименопаузі, оскільки дозволяє попередити рецидиви маткових кровотеч при зменшенні або повній редукції проявів КС за відсутності негативного впливу на стан ендометрія.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ В ЖІНОК ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ З РЕПРОДУКТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В АНАМНЕЗІ

С.О. Шурпак, к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського НМУ ім. Данила Галицького
В.І. Пирогова, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського НМУ ім. Данила Галицького
М.І. Малачинська, к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського НМУ ім. Данила Галицького

У статті розглядаються питання застосування менопаузальної гормональної терапії (МГТ) у жінок перименопаузального віку з клімактеричним синдромом та репродуктивними порушеннями в анамнезі.

Обстежено 46 жінок із середнім або важким ступенем вираженості клімактеричного синдрому і репродуктивними порушеннями в анамнезі (основна група), які отримували препарат Клімонорм у режимі тритижневого прийому з семиденною перервою. Групу порівняння склали 19 пацієнок аналогічного віку, які мали протипоказання до застосування МГТ.

В репродуктивному анамнезі у пацієнок відмічені втрати вагітності на різних термінах гестації; запальні захворювання органів малого таза; оперативні втручання з приводу доброякісних пухлин яєчника, позаматкової вагітності, генітального ендометріозу, безпліддя; аномальні маткові кровотечі, не пов'язані з вагітністю або наявністю міоми матки. В період включення у дослідження менструальний цикл (МЦ) був регулярним у 38,5% жінок, 15,4% відмічали міжменструальні кровотечі, у 18,5% мала місце гіперполіменорея, у 27,6% – ациклічні маткові кровотечі різної інтенсивності. Пацієнтки скаржилися на припливи жару, нічну пітливість, розлади сну, головний біль, головокружіння, емоційну лабільність, депресію, втомлюваність, м'язовий та суглобовий біль. До початку терапії тяжкість перебігу клімактеричного синдрому за менопаузальним індексом Купермана (ММІ) складала в основній групі $47,0 \pm 6,1$ балу, в групі порівняння – $45,3 \pm 6,9$.

У випадках порушень МЦ були проведені пайпель-біопсія ендометрія або гістероскопія з роздільним діагностичним вискрібанням стінок порожнини і шийки матки. При морфологічному дослідженні у 67,9% випадках верифіковано ендометрій у стадії проліферації, у 32,1% – просту неатипову гіперплазію ендометрія.

Через 6 місяців терапії в пацієнок основної групи відмічена виражена позитивна динаміка щодо клімактеричних скарг, середнє значення ММІ після лікування знизилось з $47,0 \pm 6,1$ балу до $10,2 \pm 1,4$ балу ($p < 0,001$). При динамічному УЗ обстеженні від'ємна динаміка показників М-ехо не зафіксована, 86,3% жінок з порушеннями МЦ до початку лікування відзначили регулярні менструальноподібні кровотечі в перерві між прийомами Клімонорму.

МГТ із використанням Клімонорму дозволяє ефективно знизити тяжкість проявів клімактеричного синдрому на 80–60%, забезпечує регулярність і стабільність МЦ.

Призначення циклічної комбінації МГТ із сильним прогестагеном компонентом (левоноргестрел) має переваги в жінок із неатиповими гіперпластичними процесами в перименопаузі, оскільки дозволяє попередити рецидиви маткових кровотеч при зменшенні або повній редукції проявів клімактеричного синдрому за відсутності негативного впливу на стан ендометрія.

Ключові слова: клімактеричний синдром, менопаузальна гормональна терапія, Клімонорм.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

С.А. Шурпак, к. мед. н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского НМУ им. Данила Галицкого
В.И. Пирогова, д. мед. н., профессор, зав. кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского НМУ им. Данила Галицкого
М.И. Малачинская, к. мед. н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского НМУ им. Даниила Галицкого

В статье рассматриваются вопросы применения менопаузальной гормональной терапии (МГТ) у женщин перименопаузального возраста с климактерическим синдромом и репродуктивными нарушениями в анамнезе.

Обследовано 46 женщин со средней или тяжелой степенью выраженности климактерического синдрома и репродуктивными нарушениями в анамнезе (основная группа), получавших препарат Климонорм в режиме трехнедельного приема с семидневным перерывом. Группу сравнения составили 19 пациенток аналогичного возраста, имеющих противопоказания к применению МГТ.

В репродуктивном анамнезе у пациенток отмечены потери беременности на разных сроках гестации; воспалительные заболевания органов малого таза; оперативные вмешательства по поводу доброкачественных опухолей яичника, внематочной беременности, генитального эндометриоза, бесплодия; аномальные маточные кровотечения, не связанные с беременностью или наличием миомы матки. В период включения в исследование менструальный цикл (МЦ) был регулярным у 38,5% женщин, 15,4% отмечали межменструальные кровотечения, у 18,5% имела место гиперполименорея, у 27,6% – ациклические маточные кровотечения различной интенсивности. Пациентки жаловались на приливы жара, ночную потливость, нарушения сна, головную боль, головокружение, эмоциональную лабильность, депрессию, утомляемость, мышечные и суставные боли. До начала терапии тяжесть климактерического синдрома по менопаузальному индексу Купермана (ММИ) составила в основной группе $47,0 \pm 6,1$ балла, в группе сравнения – $45,3 \pm 6,9$.

При нарушениях МЦ были проведены пайпель-биопсия эндометрия или гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием стенок полости и шейки матки. При морфологическом исследовании в 67,9% случаев верифицирован эндометрий в стадии пролиферации, в 32,1% – простая неатипичная гиперплазия эндометрия.

Через 6 месяцев терапии у пациенток основной группы отмечена выраженная положительная динамика климактерических жалоб, среднее значение ММИ после лечения снизилось с $47,0 \pm 6,1$ до $10,2 \pm 1,4$ баллов ($p < 0,001$). При динамическом УЗ обследовании отрицательная динамика показателей М-эхо не зафиксирована, 86,3% женщин с нарушениями МЦ до начала лечения отметили регулярные менструальноподобные кровотечения в перерыве между приемами Климонорма.

МГТ с использованием Климонорма позволяет эффективно снизить тяжесть проявлений климактерического синдрома на 80–60%, обеспечивает регулярность и стабильность МЦ. Назначение циклической комбинации МГТ с сильным прогестагеновым компонентом (левоноргестрел) имеет преимущества у женщин с неатипичными гиперпластическими процессами в перименопаузе, поскольку позволяет предупредить рецидивы маточных кровотечений при уменьшении или полной редукции проявлений климактерического синдрома и отсутствии негативного влияния на состояние эндометрия.

Ключевые слова: климактерический синдром, менопаузальная гормональная терапия, Климонорм.

EVALUATION OF EFFICIENCY OF CORRECTION CLIMACTERIC SYNDROME IN WOMEN OF PERIMENOPAUSAL PERIOD WITH REPRODUCTIVE DISTURBANCES IN ANAMNESIS

S.O. Shurpakh, PhD, associate professor at the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halatsky Lviv National Medical University
V.I. Pyrohova, MD, professor, head of the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halatsky Lviv National Medical University
M.I. Malachynska, PhD, associate professor at the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halatsky Lviv National Medical University

The article deals with the issues of application of menopausal hormone therapy (MHT) in women of perimenopausal age with menopausal syndrome and reproductive disorders in the anamnesis.

46 women with moderate or severe degree of climacteric syndrome and reproductive disorders in the anamnesis (the main group) who received the drug Climonorm on a three-week schedule with a seven-day break were examined. The comparison group consisted of 19 patients of the same age who had contraindications to the use of MHT.

In a reproductive history in patients marked loss of pregnancy at different gestational age; PID; operative interventions for benign ovarian tumors, ectopic pregnancy, genital endometriosis, infertility; abnormal uterine bleeding, not associated with pregnancy or the presence of uterine fibroids. During the period of inclusion in the study, 38.5% of women were regular menstrual cycle (MC), 15.4% reported intermenstrual bleeding, 18.5% had hyperpolymenorrhea, and 27.6% had acyclical uterine bleeding of varying intensity. Patients showed complaints of hot flashes, night sweats, sleep disturbances, headache, dizziness, emotional lability, depression, fatigue, muscle and joint pain. Before the beginning of therapy, the severity of menopausal syndrome according to MMI was 47.0 ± 6.1 in the main group, in the comparison group – 45.3 ± 6.9 .

In the case of MC disorders, a pendulum biopsy of the endometrium or hysteroscopy with separate diagnostic scraping of the walls of the cavity and cervix of the uterus was performed. Morphological examination in 67.9% of cases verified endometrium in the stage of proliferation, in 32.1% – simple non-atypical endometrial hyperplasia.

After 6 months of treatment, the patients of the main group had a pronounced positive dynamics of climacteric complaints, the average value of MMI after treatment decreased from 47.0 ± 6.1 to 10.2 ± 1.4 points ($p < 0.001$). In a dynamic US examination, the negative dynamics of M-echo indices was not recorded, 86.3% of women with MC disorders before the start of treatment noted regular menstrual bleeding in the interval between the Climonorm doses.

MHT with the use of the Climonorm allows to effectively reduce the severity of manifestations of the climacteric syndrome by 80–60%, ensures the regularity and stability of the MC. The appointment of a cyclic combination of MHT with a strong progestogen component (levonorgestrel) has advantages in women with non-atypical hyperplastic processes in the perimenopause, since it prevents recurrence of uterine bleeding with a reduction or complete reduction of menopausal symptoms and no adverse effect on the endometrium.

Keywords: climacteric syndrome, menopausal hormonal therapy, Climonorm.