

ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ У МЕНОПАУЗІ В ЖІНОК ІЗ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ПРОЦЕСАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ



Л.І. БУТИНА

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології Донецького національного медичного університету

Контакти:

Бутіна Людмила Іванівна
Донецький національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології
84404, Донецька область
м. Лиман, Привокзальна, 27
Тел.: +38 (050) 247 24 88
e-mail: lydmilabutina@gmail.com

ВСТУП

На сьогоднішній день близько 10% світової жіночої популяції складають жінки постменопаузального віку. Щорічно їх число збільшується на 25 млн., до 2020 року очікується збільшення цього показника до 47 млн. За прогнозами Всесвітньої організації з охорони здоров'я, до 2030 року в усьому світі кількість жінок, старших за 50 років, складе 1,2 млрд. Збільшення тривалості життя в сучасному суспільстві приводить до зростання інтересу до проблем здоров'я жінок старшої вікової категорії, адже хоча менопауза і є природною фізіологічною зміною в житті кожної жінки, менопаузальні порушення виникають у 70% із них [9].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

У пери- та постменопаузі частіше розвиваються проліферативні процеси в ендометрії, що супроводжуються гормональним дисбалансом на рівні як регулюючих систем периферичних залоз, так і рецепторів стероїдних гормонів в тканині ендометрія. Ступінь і характер гормональних співвідношень залежить від типу патологічних процесів в ендометрії, але не пов'язані з віком жінки та тривалістю постменопаузи. Якщо в здорових жінок у період постменопаузи відбувається зниження сумарного рівня естрогенів, то при всіх видах патології ендометрія має місце гіперестрогенія з перевагою фракції естріола, зниженням рівня прогестерону і підвищенням вмісту кортизолу. В період постменопаузи відбувається підвищення рівня гонадотропних гормонів, і що інтенсивніша їхня секреція, то тривалішою є постменопауза. Припускається, що фолікулостимулюючий (ФСГ) та лютеїнізуючий (ЛГ) гормони циркулюють у цьому віці в дисоційованому вигляді, тому не справляють біологічного ефекту.

Незважаючи на значну кількість досліджень, які присвячені питанням діагностики та лікування міоми матки, майже відсутні праці, в яких вивчалися би клінічні прояви та тактика ведення хворих із міомою матки в постменопаузальному періоді. Більшість питань залишаються дискусійними та невирішеними. Існує думка про обов'язкову регресію міоми матки в постменопаузі. Однак клінічні спостереження свідчать про те, що у 5–8% жінок

в період постменопаузи міома матки не тільки не регресує, а навпаки, має тенденцію до збільшення. За даними інших авторів, число випадків інтенсивного збільшення міоми матки зростає в період пременопаузи до 43,6%, а в постменопаузі складає 8,4% [5].

Тому питання лікування порушень у менопаузі в жінок із осередками гіперпроліферації в ендометрії та міометрії досі залишається невирішеним. Загальноприйняті принципи замісної гормональної терапії (ЗГТ) з використанням естроген-гестагенних препаратів виявляються небезпечними з огляду на збільшення ризику активації гіперпроліферативних процесів репродуктивної системи (ГППРС). Тому останнім часом більшість авторів пропонують для лікування порушень у менопаузі в цієї категорії жінок використовувати препарати рослинного походження з естрогеноподібною дією. Відомими препаратами рослинного походження, використовуваними для корекції порушень у менопаузі, є комбіновані гомеопатичні лікарські засоби. [13]. Напрямок їхньої дії є вісь гіпоталамус – гіпофіз – яєчники, а саме рецептори естрогенів, у тому числі й естрогенові рецептори гіпоталамічних нейронів. Це приводить до зменшення виділення рилізінг-фактора ЛГ із наступним зниженням його секреції передньою долею гіпофіза. Таким чином, ліквідуються нейровегетативні порушення, обумовлені гормональним дисбалансом, характерним для періоду менопаузи [2]. Ці лікарські засоби позитивно впливають на емоційну, когнітивну функцію, не викликають проліферації ендометрія, не впливають на біохімічні показники крові [13].

Враховуючи факт існування даних про зниження активності імунної системи в жінок із ГППРС [12], а також беручи до уваги висновки про те, що зміни імунологічної реактивності збільшують тяжкість перебігу клімактеричного синдрому (КС) [14], ми вважали за необхідне додати до комплексного лікування порушень у менопаузі в цієї категорії жінок препарати для корекції стану імунітету.

Основною метою лікування порушень у менопаузі в жінок із ГППРС було забезпечення підвищення адаптаційних можливостей організму, який пристосовується до нових умов існування в стані гормонального дефіциту під час клімактеричного періоду, сприяння

активації імунологічної резистентності та знешкодженню і виведенню з організму речовин, які утворюються внаслідок негативного впливу шкідливих факторів виробництва та несприятливих умов навколишнього середовища і порушують гормональний гомеостаз жіночого організму, пригнічують імунологічну реактивність і таким чином збільшують тяжкість перебігу КС.

Для лікування порушень в менопаузі в жінок із ГППРС ми обрали комбінований гомеопатичний засіб. Враховуючи зміни в адаптаційній та імунній системі, додали препарат, що має унікальний комплекс вітамінів та мінеральних речовин, виготовлений із мікроводорості *Spirulina platensis*, пектин, що має сорбційні властивості, та анксиолітичний засіб із діючою речовиною мебікар [3].

Переваги застосування комбінованого гомеопатичного засобу одночасно із загальнозміцнюючим лікарським препаратом, що має імуномодулюючі та адаптогенні властивості, та пектином, який виводить із організму шкідливі речовини, полягають в тому, що вперше застосовуються лікарські засоби, які зменшують негативний вплив на організм жінки шкідливих факторів виробництва та несприятливих умов навколишнього середовища, котрі впливають на ранній початок клімаксу та більш важкий перебіг КС [6]. Це має велике значення в сучасних умовах, коли жінки підпадають під вплив згаданих чинників незалежно від умов праці і потребують відповідної лікувальної допомоги.

Порошок мікроводорості *Spirulina platensis* – біологічно активна добавка, яка застосовується в лікувально-профілактичному та дієтичному харчуванні як джерело вітамінів та мінеральних речовин. Вона має загальнозміцнюючу, імуностимулюючу та адаптогенну дію і містить унікальний комплекс амінокислот, вітамінів та мікроелементів. При застосуванні цього засобу нормалізується обмін речовин та очищується кишечник, що сприяє відновленню функції імунокомпетентних утворень в ньому, зумовлюючи підвищення імунологічної реактивності та адаптаційних можливостей організму. Засіб із успіхом застосовувався для профілактики передчасного старіння та лікування вікових патологій [7], однак механізм його дії вивчений недостатньо.

У запропонованому методі лікування дія на організм мікроводорості *Spirulina platensis* доповнюється детоксикаційним ефектом пектину. Пектини – органічні сполуки, здатні утворювати в присутності органічних кислот та цукру желе (гель). Пектини володіють активними комплексоутворюючими властивостями стосовно радіоактивних (кобальт, стронцій, цезій, цирконій, рутеній, ітрій) та важких (свинець, кадмій, ртуть) металів – до 60–90%, пестицидів, нітратів – до 52–69%. Вони утворюють солі пектинової та пектової кислоти, при цьому утворені нерозчинні солі не всмоктуються через слизову оболонку, а виводяться двома шляхами: з калом (через шлунково-кишковий тракт) та з сечею (внаслідок здатності високомолекулярної фракції пектину проникати в кров). Встановлено, що застосування пектинів не завдає шкоди засвоєнню таких важливих речовин, як кальцій, цинк, залізо та вітаміни. Завдяки можливості нормалізувати процеси вільнорадикального окислення пектини використовуються як антиоксиданти, а також мають сорбційні властивості. Пектини належать до біологічних стимулято-

рів, що активізують захисні системи організму, його неспецифічну реактивність, клітинні та гуморальні механізми, що відповідають за антимікробний та антитоксичний захист [4]. Антиоксидантні властивості засобу важливі з огляду на те, що при розвитку доброякісних гіперпластичних захворювань матки через порушення ендокринної регуляції може порушуватися й адекватне функціонування антиоксидантної системи (АОС). Оскільки при гіперпластичних процесах посилюється вільнорадикальне окислення, має підвищуватися й антирадикальна активність. Однак цього не відбувається, і рівновага зміщується в бік дії прооксидантів, що призводить до ще більшої дискоординації АОС [10].

Анксиолітичному засобу із діючою речовиною мебікар притаманний увесь спектр психотропних впливів, характерних для традиційних транквілізаторів. Водночас він позбавлений основних властивих їм побічних реакцій. Його високий терапевтичний ефект обумовлений вегетостабілізуючим впливом у поєднанні з помірною транквілізуючою та ноотропною дією, що дозволяє досягти адаптогенної активності, антистресового та стрес-протекторного ефекту. Застосування цього препарату забезпечує антигіпоксичні ефекти, покращення мозкового кровотоку, поліпшення розумової і фізичної працездатності без зниження швидкості реакції [11].

Отже, позитивний результат, який ми сподіваємось одержати, лікуючи порушення в менопаузальних жінок із ГППРС шляхом запропонованого методу терапії, пов'язаний саме з комплексною взаємодоповнюючою дією згаданих засобів [3]. Пектин поглинає та виводить усі зайві шкідливі речовини, які утворюються в процесі травлення, відновлюючи функцію імунокомпетентних клітин кишечника і підвищуючи неспецифічну резистентність організму, нормалізація якої сприяє й унікальний мінерало-вітамінний комплекс, що відновлює адаптаційні можливості організму жінки. Їхній вплив посилюється дією мебікару, що нормалізує нейровегетативні функції, порушення яких і спричиняє розвиток КС [2]. Позитивний ефект досягатиметься за рахунок детоксикаційної та загальнозміцнюючої дії на організм жінки, шляхом відновлення її внутрішніх адаптаційних можливостей, які дозволять їй пристосуватися до нових умов існування у стані гормонального дефіциту.

Мета дослідження – оцінити ефективність лікування порушень в менопаузі в жінок із ГППРС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Лікування нейровегетативних та психоемоційних порушень в менопаузі (НВПМ) проводили в 67 жінок віком від 48 до 60 років із наявністю ознак ГППРС за даними УЗД матки та результатів гістологічного дослідження зішкребків слизової оболонки порожнини матки. До першої лікувально-профілактичної групи дослідження увійшли 36 жінок, в яких менопауза розвинулась після застосування комплексної замісної гормональної профілактики (ЗГП) НВПМ. До другої лікувальної групи увійшла 31 жінка з природною менопаузою та симптомами НВПМ, котра звернулася по допомогу до гінекологічного відділення з приводу ускладнень ГППРС. Інтенсивність проявів НВПМ оцінювали за допомогою модифікованого індексу Купермана (МІК) [2],

на підставі дослідження якого встановлювали ступінь важкості проявів КС. Контрольну групу склали 35 жінок тієї ж вікової категорії без наявності НВПМ та ГППРС. Жінкам із ГППРС призначали лікування НВПМ за розробленим та запропонованим нами методом [3].

Ефективність лікування НВПМ оцінювали клінічно (визначали МІК), досліджували показники гормонального гомеостазу (рівень ФСГ, ЛГ, естрадіолу, прогестерону, пролактину, тестостерону, кортизолу, інсуліну) до та після лікування з використанням стандартних реактивів фірми Immunotesch. Вплив запропонованого методу лікування на стан ГППРС (міоми матки та гіперплазії ендометрія) оцінювали за результатами УЗД матки і придатків до та після лікування. Визначали розміри матки (довжину, ширину), передньозадній та середній розмір М-ехо, зміни в яєчниках.

Порівняння в групах проводили за допомогою кутового перетворення Фішера. Параметричні показники при нормальному розподіленні порівнювали за допомогою t-критерію Ст'юдента. Їхні кількісні значення наведені у вигляді середнього арифметичного та його помилки [8].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок 1 групи складав $51,1 \pm 0,3$ року і статистично не відрізнявся від віку пацієнток 2 ($54,1 \pm 0,5$ років) та контрольної ($52,3 \pm 0,2$ року) груп ($p > 0,05$). Так само досліджувані групи статистично не відрізнялись від контрольної за акушерським анамнезом. Середня кількість пологів у 1 групі складала $1,7 \pm 0,1$, кількість абортів – $2,6 \pm 0,4$, вік менархе – $13,1 \pm 0,2$ року. У 2 групі кількість пологів складала $1,7 \pm 0,1$, кількість абортів – $2,9 \pm 0,5$, вік менархе – $13,3 \pm 0,2$ року. Показники контрольної групи склали відповідно $1,8 \pm 0,5$, $2,4 \pm 0,3$ та $13,5 \pm 0,2$ року ($p > 0,05$).

Досліджувані групи жінок не відрізнялися між собою і за інтенсивністю ГППРС. Так, розміри матки за даними УЗД у 1 групі становили: довжина – $63,6 \pm 2,1$ мм, ширина – $48,4 \pm 1,2$ мм, передньозадній розмір М-ехо – $50,0 \pm 1,5$ мм і статистично не відрізнялися від показників жінок 2 групи ($66,3 \pm 3,0$ мм; $57,8 \pm 2,6$ мм; $54,2 \pm 2,4$ мм відповідно, $p > 0,05$).

Результати дослідження гормонального гомеостазу в менопаузальних жінок із ГППРС до та після лікування наведено в таблиці.

При аналізі одержаних результатів звертає на себе увагу те, що до лікування не спостерігалось статистично значущої різниці показників рівня досліджених гормонів адаптаційної системи (інсулін, кортизол, пролактин) у менопаузальних жінок із ГППРС (міома матки та гіперплазія ендометрія) обох груп дослідження в порівнянні з жінками тієї ж вікової категорії без ГППРС (контрольна група) ($p > 0,05$). Але в порівнянні зі здоровими жінками в пременопаузі [3] ці показники були вірогідно підвищені ($p < 0,05$). Це очевидно свідчить про однакову напруженість роботи адаптаційних систем жінок у менопаузі незалежно від наявності чи відсутності ГППРС. Для попередження виснаження адаптаційних систем необхідно при лікуванні НВПМ призначати препарати для відновлення функціональних можливостей адаптаційної системи пристосовуватися до існуючого дефіциту статевих гормонів. Хоча ми спостерігали, що в жінок із ГППРС з природною менопаузою відбувається підвищення рівня естрадіолу в 1,4 разу порівняно зі здоровими жінками, що збігається з літературними даними [5]. Однак чутливість до естрадіолу гонадотропних рецепторів в гіпоталамусі воєвидь є зниженою, оскільки одночасно спостерігається підвищення рівня ФСГ в 1,4 разу порівняно з жінками без ГППРС ($p < 0,05$), що пояснює наявність НВПМ у жінок цієї категорії. Тому, можливо, вища гонадотропна стимуляція рецепторного апарату яєчників у жінок із ГППРС викликає підвищену продукцію естрогенів, внаслідок чого не відбувається зниження активності гіперпроліферативних процесів у репродуктивній системі цих жінок. Вони звертаються до медиків через розвиток кровотеч внаслідок гіперпластичних утворень в ендометрії (залозисто-кистозна гіперплазія ендометрія або залозисто-фіброзний поліп ендометрія). Це необхідно враховувати, обираючи метод лікування НВПМ у жінок із ГППРС: застосовувати препарати не повинні викликати активацію проліферативних процесів як в ендометрії, так і в міометрії. Тому наш вибір комбінованого гомеопатичного засобу з естрогеноподібною дією [3] є цілком патогенетично обґрунтованим [13].

Під час дослідження не спостерігалось статистично значущої зміни рівня продукції інших статевих гормонів (прогестерона, тестостерона) та ЛГ у жінок із ГППРС в період природної менопаузи порівняно зі здоровими

Таблиця. Показники гормонального гомеостазу в жінок із ГППРС до та після лікування НВПМ, $M \pm m$

Показники	Групи дослідження				Контрольна група, n = 35
	До лікування		Після лікування		
	Жінки після профілактики НВПМ, n = 36 (1 група)	Жінки без профілактики НВПМ, n = 31 (2 група)	Жінки після профілактики НВПМ, n = 36 (1 група)	Жінки без профілактики НВПМ, n = 31 (2 група)	
Інсулін, мкМЕ/мл	$12,5 \pm 1,3$	$12,3 \pm 1,5$	$13,2 \pm 1,4$	$14,6 \pm 1,2$	$13,1 \pm 1,3$
Кортизол, нмоль/л	$418 \pm 23,8$	$442 \pm 31,9$	478 ± 33	$500 \pm 19,7$	$467,4 \pm 28,3$
ФСГ, МЕ/л	$29,3 \pm 1,4^*$	$89,6 \pm 1,4^{\circ}$	$41,6 \pm 0,7^{\Delta}$	$57,7 \pm 1,0^{\circ}$	$63,6 \pm 3,9$
ЛГ, МЕ/л	$31,6 \pm 1,5$	$30,5 \pm 1,8$	$33,9 \pm 1,7$	$39,2 \pm 2,0^{\circ}$	$24,3 \pm 1,8$
Естрадіол, нмоль/л	$0,19 \pm 0,02^*$	$0,14 \pm 0,01^{\circ}$	$0,06 \pm 0,01^{\Delta}$	$0,1 \pm 0,01^{\circ}$	$0,1 \pm 0,01$
Прогестерон, нмоль/л	$3,6 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,4$	$2,3 \pm 0,3^{\Delta}$	$2,8 \pm 0,3$	$2,6 \pm 0,3$
Тестостерон, нмоль/л	$2,7 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,2$	$2,5 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,2$
Пролактин, нг/мл	$16,3 \pm 0,9$	$15,2 \pm 1,3$	$19,1 \pm 1,1$	$17,6 \pm 1,3$	$16,5 \pm 1,2$

* вірогідність різниці показників у жінок із ГППРС після ЗГП у порівнянні зі здоровими жінками, $p < 0,05$;

^o вірогідність різниці показників у жінок із ГППРС без ЗГП у порівнянні зі здоровими жінками, $p < 0,05$;

^Δ вірогідність різниці показників у жінок із ГППРС після ЗГП та лікування в порівнянні з показниками до лікування, $p < 0,05$;

^o вірогідність різниці показників у жінок із ГППРС без ЗГП після лікування в порівнянні з показниками до лікування, $p < 0,05$

жінками ($p > 0,05$). Що стосується жінок, в яких менопауза розвинулась після проведення ЗГП (1 група), то в них рівень статевих гормонів був підвищеним порівняно зі здоровими жінками контрольної групи: естрогенів – у 1,9 разів, прогестерону – в 1,4 разу, тестостерону – на 19%. Водночас рівень гонадотропних гормонів, зокрема ФСГ, був знижений у 2,2 разу ($p < 0,05$), а зниження рівнів ЛГ та кортизолу, хоч і не мало статистичної значущості, все одно свідчило про те, що застосування ЗГП зменшує навантаження на гіпоталамо-гіпофізарну систему під час пристосування жінок із ГППРС до менопаузального гормонального дисбалансу, який зумовлює розвиток НВПМ.

Отже, застосування ЗГП у жінок із ГППРС покращує перебіг початку менопаузи і в подальшому має сприяти підвищенню ефективності лікування менопаузальних порушень. Про це свідчать результати гормональних досліджень, які ми одержали після застосування запропонованого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Хоча в жінок із ГППРС та менопаузою, що настала після застосування ЗГП (1 група) навіть під впливом лікування спостерігалось зниження рівня естрогенів у 3,2 разу (на 40% менше, ніж у здорових жінок), рівень ФСГ у них підвищився лише в 1,4 разу, залишаючись на 35% меншим у порівнянні зі здоровими жінками ($p < 0,05$). Ми вважаємо, що це зумовлено естрогеноподібною дією циміцифуги, яка входить до складу комбінованого гомеопатичного засобу: вона зв'язується з естрогеновими рецепторами в гіпоталамусі, і за механізмом зворотного зв'язку рівень продукції ФСГ не підвищується. Позитивним є відновлення пристосувальних можливостей організму, про що свідчить тенденція до підвищення рівня інсуліну та кортизолу в жінок із ГППРС обох груп дослідження. Водночас рівень гормону стресу пролактину має тенденцію до підвищення в порівнянні не тільки з рівнем до лікування, а й з показниками здорових жінок. Це свідчить про те, що для жінок із ГППРС менопауза є більш стресогенною, ніж для здорових, і навіть при застосуванні нашої комбінації адаптогенів навантаження на організм жінки потребує напруженого функціонування адаптаційних систем. Позитивний ефект від застосування запропонованого лікувального комплексу спостерігався навіть без попередньої гормональної профілактики в жінок із природною менопаузою (2 група). Так, навіть при зниженні в них рівня естрогенів на 29% рівень ФСГ також знизився на 36% ($p < 0,05$).

При дослідженні інтенсивності симптомів НВПМ у жінок із ГППРС після ЗГП встановлено, що МІК до лікування [2] становив $22,8 \pm 1,5$ і статистично не відрізнявся від МІК у жінок без ЗГП, тобто з природною менопаузою, який до лікування складав $25,4 \pm 1,6$ ($p < 0,05$). В результаті інтенсивність симптомів у жінок груп дослідження, яку відображає середнє значення МІК, відповідає середньому ступеню важкості КС, але його величина наближена до легкого ступеня більше, ніж до важкого [2]. Після лікування інтенсивність симптомів НВПМ вірогідно знизилася, і МІК у жінок після застосування лікувально-профілактичного комплексу (1 група) становив $9,2 \pm 1,2$, тобто був у 2,5 разів меншим, ніж до лікування. В жінок із природною менопаузою цей показник становив $11,6 \pm 1,4$, що в 2,1 разу менше, ніж до лікування.

Встановлено, що після застосування запропонованого комплексу лікування НВПМ у менопаузальних жінок із ГППРС за даними УЗД не спостерігається збільшення розмірів матки, що свідчить про відсутність активації в них ГППРС і доводить доцільність застосування цього комплексу для лікування НВПМ у жінок.

ВИСНОВКИ І ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

В жінок із ГППРС спостерігається високий рівень статевих гормонів, зокрема естрогенів, які підтримують гіперпроліферативні процеси в ендометрії та міометрії навіть у період менопаузи. Це супроводжується високим рівнем продукції ФСГ у порівнянні зі здоровими жінками ($p < 0,05$), що зумовлює розвиток нейровегетативних та психоемоційних порушень у період менопаузи. Тому призначати цим жінкам замісну гормональну терапію небезпечно, оскільки це може спричинити активацію проліферативних процесів. Таким чином, на нашу думку, призначення комбінованого гомеопатичного засобу рослинного походження з естрогеноподібною дією для лікування НВПМ у жінок із ГППРС є цілком патогенетично обґрунтованим.

До лікування не спостерігається статистично значущої різниці показників рівня досліджених гормонів адаптаційної системи (інсулін, кортизол, пролактин) у менопаузальних жінок із ГППРС (міома матки та гіперплазія ендометрія) в порівнянні зі здоровими жінками тієї ж вікової категорії без ГППРС ($p > 0,05$). Однак у порівнянні зі здоровими жінками в пременопаузі ці показники вірогідно підвищені ($p < 0,05$). Вочевидь, це свідчить про однакову напруженість роботи адаптаційних систем у жінок у менопаузі незалежно від наявності чи відсутності ГППРС, і для попередження виснаження цих систем необхідно при лікуванні НВПМ призначати препарати для відновлення функціональних можливостей адаптаційної системи пристосовуватися до існуючого дефіциту статевих гормонів.

Застосування запропонованого лікування дозволяє зменшити інтенсивність симптомів НВПМ за рахунок зниження продукції гонадотропнів у жінок із ГППРС до рівня навіть нижчого, ніж у здорових жінок.

На користь застосування запропонованого комплексу лікування порушень в менопаузі свідчать результати його позитивного впливу на активність ГППРС – відсутність збільшення розмірів матки.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бутіна, Л.І.

Профілактика порушень в менопаузі у жінок з гіперпроліферативними процесами репродуктивної системи / Л.І. Бутіна // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2013. – № 4. – С. 50–54.

Butina, L.I.

"Prevention of menopausal disorders in women with hyperproliferative processes of the reproductive system." Medical and social problems of the family 4 (2013): 50–54.

2. Вихляева, Е.М.

Постменопаузальна терапія. – М.: МЕДпресс-Информ. – 2008. – 448 с.

Vykhyayeva, E.M.

Postmenopausal Therapy. Moscow. MEDpress-Inform (2008): 448 p.

3. Жабченко, І.А.

Роль пектинопрофілактики у зниженні негативного впливу чинників довкілля на організм вагітних та новонароджених / І.А. Жабченко, О.М. Бондаренко, В.Ф. Демченко // Вісник наукових досліджень. – 2002. – № 2. – С. 84–87.

Zhabchenko, I.A., Bondarenko, O.M., Demchenko, V.F.

"The role of pectin prophylaxis in reducing the negative impact of environmental factors on the pregnant women and newborns bodies." Bulletin of scientific researches 2 (2002): 84–7.

4. Леваков, С.А.

Морфогенез и пролиферативная активность миомы матки / С.А. Леваков, И.Н. Капустина, Р.Б. Мамедбекова // Российский вестник акушера гинеколога. – 2001. – № 4 (6). – С. 25–29.

Levakov, S.A., Kapustina, I.N., Mamedbekova, R.B.

“Morphogenesis and proliferative activity of the uterine fibroid.” Russian messenger of obstetrician gynecologists 4.6 (2001): 25–9.

5. Патент на корисну модель № 10769 Україна, МПК (2000) A01H 13/00, A61P 43/00, A61K 36/02.

Лікарський засіб для профілактики передчасного старіння та лікування вікових патологій // Будзай І.Г. та ін. – опубл. 15.09.2000, Бюл. № 4.

Patent for useful model № 10769 Ukraine, IPC (2000) A01H 13/00, A61P 43/00, A61K 36/02.

Medicinal product for the prevention of premature aging and the treatment of age-related pathologies / Budzai I.G. et al.; publ. 15.09.2010, Bull. Number 4.

6. Петри, А., Сэбин, К.

Наглядная статистика в медицине / Пер. с англ.

В.П. Леонова. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА. – 2003. – 144 с.

Petri, A., Sabin, K.

Visual statistics in medicine. Trans. from Eng. V.P. Leonov. Moscow. GEOTAR-MEDIA (2003): 144 p.

7. Пирогова, В.І.

Немедикаментозна профілактика і корекція менопаузальних розладів / В.І. Пирогова, А.С. Мисира // Здоровье женщины. – 2008. – №1 (33). – С. 115–118.

Pirogova, V.I., Misiura, A.S.

“Non-medicated prophylaxis and correction of menopausal disorders.” Women's Health 1.33 (2008): 115–8.

8. Попов, Э.Н.

Роль процессов свободнорадикального окисления в патогенезе гиперпластических заболеваний матки / Э.Н. Попов, А.В. Арутюнян, Е.А. Безрукова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т. LIX, Вып. 3. – С. 92–96.

Popov, E.N., Arutyunyan, A.V., Bezrukova, E.A.

“Role of free radical oxidation processes in the pathogenesis of uterine hyperplastic diseases.” Journal of Obstetrics and Women's Diseases Vol. LIX, Issue 3 (2010): 92–6.

9. Свинціцький, А.С.

Застосування Адаптолу в лікуванні передменструального синдрому / А.С. Свинціцький, В.П. Лакатос // Ліки. – 2003. – № 1–2. – С. 121–127.

Svintsitskiy, A.S., Lakatos, V.P.

“Application of Adaptol in the treatment of premenstrual syndrome.” Drugs 1–2 (2003): 121–7.

10. Сімрок, В.В.

Клініко-патогенетичне обґрунтування лікувальної тактики при поєднаних доброякісних процесах матки: автореф. дис. д. мед. н. (спеціальність 14.01.01.). – Одеський держ. мед. ун-т МОЗ України. – Одеса, 2000. – 36 с.

Simrok, V.V.

“Clinical and pathogenetic substantiation of medical tactics in combination of benign processes of the uterus.” Thesis for MD

degree; specialty 14.01.01. Odesa State Medical University of the MOH of Ukraine (2000): 36 p.

11. Татарчук, Т.Ф. и др.

Особенности становления менопаузы у женщин при гипокинезии / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, О.А. Ефименко // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2000. – № 2 (7). – С. 20–23.

Tatarchuk, T.F., et al.

“Features of the formation of menopause in women with hypokinesia.” Herald of the Association of Obstetricians-Gynecologists of Ukraine 2.7 (2000): 20–3.

12. Татарчук, Т.Ф.

Негормональная терапия ранних климактерических нарушений / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, О.А. Ефименко // Здоровье женщины. – 2001. – № 4 (8). – С. 23–26.

Tatarchuk, T.F., Kosei, N.V., Yefymenko, O.A.

“Non-hormonal therapy of early climacteric disorders.” Women's Health 4.8 (2001): 23–6.

13. Щербина, И.Н.

Характер иммунных расстройств у женщин в пременопаузе / И.Н. Щербина // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ: Інтермед. – 2009. – С. 722–726.

Shcherbina, I.N.

“The character of immune disorders in premenopausal women.” Collection of scientific works of the Association of Obstetricians-Gynecologists of Ukraine. Kyiv. Intermed (2009): 722–6.

ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ У МЕНОПАУЗІ В ЖІНОК ІЗ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ПРОЦЕСАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

Л.І. Бутіна, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології Донецького НМУ

Мета дослідження. Оцінити ефективність лікування порушень в менопаузі в жінок із гіперпроліферативними процесами репродуктивної системи (ГППРС).

Матеріали та методи. Лікування нейровегетативних та психоемоційних порушень в менопаузі проводили в 67 жінок віком від 48 до 60 років. Пацієнтки були розділені на дві групи: 36 жінок після замісної гормональної профілактики та 31 жінка з природною менопаузою з наявністю ознак ГППРС за даними УЗД матки та результатів гістологічного дослідження зішкребку слизової оболонки порожнини матки. Контрольну групу склали 35 здорових жінок тієї ж вікової категорії. Лікування здійснювалось шляхом призначення розробленого комплексу препаратів, до якого входив комбінований гомеопатичний засіб, препарат із мікрододорості *Spirulina platensis*, пектин і анксиолітичний засіб із діючою речовиною мекікар. Для оцінки ефективності терапії досліджували показники гормонального гомеостазу до та після лікування.

Результати дослідження. У 31 жінки з ГППРС після природної менопаузи спостерігалось підвищення рівня ФСГ в 1,4 разу, естрадіолу – в 1,4 разу порівняно зі здоровими жінками. У групі з 36 пацієнток, де застосовувалась замісна гормональна профілактика, рівень ФСГ був знижений у 2,2 разу при підвищенні рівня естрогенів у 1,9 разів, а прогестерону – в 1,4 разу в порівнянні зі здоровими жінками. Після лікування в жінок із природною менопаузою рівень ФСГ знизився на 36%, естрадіолу – на 29%, що статистично не відрізнялось від показників здорових жінок. У жінок після замісної гормональної профілактики рівень естрогенів знизився в 3,2 разу, натомість у 1,4 разу підвищився рівень ФСГ, який водночас був на 35% нижчим, ніж у здорових жінок. Однак внаслідок лікування більшість симптомів нейровегетативних та психоемоційних порушень в менопаузі в жінок обох груп зникають.

Висновок. У жінок із ГППРС спостерігається вищий рівень статевих гормонів, ніж у здорових жінок, що супроводжується високим рівнем продукції гонадотропних гормонів і розвитком нейровегетативних та психоемоційних порушень в менопаузі. Застосування замісної гормональної профілактики разом із лікуванням зменшує інтенсивність згаданих порушень за рахунок зниження рівня гонадотропнів у порівнянні зі здоровими жінками.

Ключові слова: порушення в менопаузі, гіперпроліферативні процеси репродуктивної системи, лікування.

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ В МЕНОПАУЗЕ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Л.И. Бутина, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Донецкого НМУ

Цель исследования. Оценить эффективность лечения нарушений в менопаузе у женщин с гиперпролиферативными процессами репродуктивной системы (ГППРС).

Материалы и методы. Лечение нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений в менопаузе проводили у 67 женщин в возрасте от 48 до 60 лет. Пациентки были разделены на две группы: 36 женщин после заместительной гормональной профилактики и 31 женщина с естественной менопаузой с наличием признаков ГППРС по данным УЗИ матки и результатов гистологического исследования соскоба слизистой оболочки полости матки. Контрольную группу составили 35 здоровых женщин той же возрастной категории. Лечение осуществлялось путем назначения разработанного комплекса препаратов, куда входили комбинированный гомеопатический препарат, препарат из микроводоросли *Spirulina platensis*, пектин и анксиолитическое средство с действующим веществом мекикар. Для оценки эффективности терапии исследовали показатели гормонального гомеостаза до и после лечения.

Результаты исследования. У 31 женщины с ГППРС после естественной менопаузы наблюдалось повышение уровня ФСГ в 1,4 раза, эстрадиола – в 1,4 раза по сравнению со здоровыми женщинами. В группе из 36 пациенток, где использовалась заместительная гормональная профилактика, уровень ФСГ снизился в 2,2 раза при повышении уровня эстрогенов в 1,9 раза, а прогестерона – в 1,4 раза в сравнении со здоровыми женщинами. После лечения у женщин с естественной менопаузой уровень ФСГ снизился на 36%, эстрадиола – на 29%, что статистически не отличалось от показателей здоровых женщин. У женщин, применявших заместительную гормональную профилактику, после лечения уровень эстрогенов снизился в 3,2 раза, в то же время в 1,4 раза повысился уровень ФСГ, который вместе с тем был на 35% ниже, чем у здоровых женщин. Однако вследствие лечения большинство симптомов нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений в менопаузе у женщин обеих групп исчезают.

Вывод. У женщин с ГППРС наблюдается более высокий уровень половых гормонов, чем у здоровых женщин, который сопровождается высоким уровнем продукции гонадотропных гормонов и развитием нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений в менопаузе. Применение заместительной гормональной профилактики вместе с лечением уменьшает интенсивность упомянутых нарушений за счет снижения уровня гонадотропинов в сравнении со здоровыми женщинами.

Ключевые слова: нарушения в менопаузе, гиперпролиферативные процессы репродуктивной системы, лечение.

TREATMENT OF DISORDERS IN MENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERPROLIFERATIVE PROCESSES OF REPRODUCTIVE SYSTEM

L.I. Butina, PhD, associate professor of Obstetrics and Gynaecology Department, Donetsk National Medical University

Objective. Evaluate the effectiveness of treatment of disorders in menopausal women with hyperproliferative processes of reproductive system (HPPRS).

Materials and methods. The treatment was performed in 36 women after hormone prevention (HP) of neurovegetative and psycho-emotional disorders in menopause (NVPDM) and in 31 women after naturally menopause aged 48 to 60 with the signs of HPPRS according to the data of ultrasound uterine and the results of histology investigations of mucosal scrapings from the uterus. The control group consisted of 35 healthy women of the same age category. The treatment was carried out by the appointment of elaborated complex of preparation, which included a combined homeopathic preparation, a preparation from the microalgae *Spirulina platensis*, pectin and an anxiolytic agent with the active substance mекикар. To assess the effectiveness of therapy, hormonal homeostasis was studied before and after treatment.

Results of the study. In 31 women with menopausal HPPRS after naturally menopause the increase of FSH was observed in 1.4 times, estradiol – in 1.4 times, compared with healthy women. After HP use in 36 women the level of FSH decreased in 2.2 times, but the level of estrogens increased in 1.9 times, progesterone level increased in 1.4 times compared with healthy women. After treatment in women with naturally menopause the levels of FSH increased on 36%, estradiol – on 29%. In women after HP and treatment the level of estrogens decreased in 3.2 times, the level of FSH increased in 1.4 times but it level decreased on 35% compared with healthy women. But most of the symptoms of NVPDM in women of both subgroups disappeared.

Conclusions: In women with HPPRS was observed a greater level of sex hormones than healthy ones, which is provided by the increased production of gonadotropic hormone and is accompanied by the development of NVPDM. The use of HP and treatment reduces the intensity of NVPDM on account of gonadotropins level reduction compared with healthy women.

Keywords: menopausal disorders, hyperproliferative processes of reproductive system, treatment.