

# ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ В ЖІНОК ІЗ ЕНДОМЕТРІОЗОМ



## Н.Ф. ЗАХАРЕНКО

д. мед. н., головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

## Н.В. КОВАЛЕНКО

лікар акушер-гінеколог гінекологічного відділення Київської міської лікарні № 9

## Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувачка відділенням ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

ORCID: 0000-0002-5498-4143

### Контакти:

Захаренко Наталя Феофанівна  
ДУ «ІПАГ НАМН України»,  
відділення ендокринної гінекології  
04050, Київ, П. Майбороди, 8  
тел.: +38 (044) 483 80 87;  
+38 (044) 272 10 72  
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

## ВСТУП

Сучасні демографічні зміни в суспільстві супроводжуються збільшенням в загальній популяції жінок старшої вікової групи. З одного боку це пов'язано зі зростанням тривалості життя, з іншого – з раннім настанням менопаузи [16]. Так, на сьогодні середній вік менопаузи в Європі становить 51,4 роки, в Україні, за даними вітчизняних авторів – 48,7 років [3, 14]. Практично третина життя жінки проходить в стані дефіциту жіночих статевих гормонів, наслідком чого є погіршення якості її життя та зниження ступеня працездатності. З огляду на те, що жінки України виходять на пенсію в 60 років, питання профілактики і лікування клімактеричних розладів на сьогодні є надзвичайно важливим.

Найчастішим проявом патології в періоді клімактерію є клімактеричний синдром (КС), який супроводжується розладами в обмінно-ендокринній, нейровегетативній та психоемоційній сфері жінки. Загальна частота синдрому варіює від 40 до 80% [14]. За перебігом розрізняють легку, середню та важку форми КС:

- при легкій формі відзначається до 10 припливів жару протягом доби, при цьому загальний стан і працездатність жінки не порушується;
- для середнього ступеня тяжкості характерні 10–20 припливів протягом доби, запаморочення, головний біль, порушення сну, пам'яті, що значно знижує якість життя жінки та її працездатність;
- важка форма супроводжується повною або майже повною втратою працездатності.

Легкий та менш тривалий перебіг КС зустрічається, як правило, в практично здорових жінок, тоді як у хворих із хронічними соматичними захворюваннями і психосоматичними розладами КС має атиповий та тривалий перебіг.

Проблема КС є надзвичайно актуальною для пацієнок із ендометріозом, кількість яких становить близько 50% від популяції [5]. У таких жінок прояви КС можуть спостерігатися вже в 35–36 років [11]. Це, ймовірно, пов'язано з широким застосуванням хірургічних методів лікування ендометріозу та подальшою частковою втратою фолікулярного резерву.

## АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Відомо, що естрогени посилюють мозковий кровообіг у жінок [18]. Більше того, в тканинах мозку присутні як естрогенові, так і прогестеронові рецептори. Саме через це найчастішими клінічними проявами КС є порушення діяльності мозку, пов'язані з послабленням його адаптаційних можливостей [1, 7]. Це є особливо актуальним для жінок із ендометріозом, в яких ще у репродуктивному віці спостерігаються процеси дезадаптації різного ступеня вираженості [12].

Серед проявів КС у даного контингенту жінок на перший план виходять розлади психоемоційної сфери, які мають місце в 78,4% випадків [3, 15]. Когнітивні порушення проявляються передусім у зниженні пам'яті, розумової працездатності і продуктивності, здатності до планування діяльності, а також швидкості зміни діяльності [4]. Особливо стресогенним

для жінок є погіршення пам'яті, що нерідко розцінюється ними як початок старечої деменції. Когнітивні порушення стають не просто одним з симптомів у межах КС, а й відіграючи роль потужного стресогенного чинника, провокують і посилюють існуючий зрив адаптації, тобто стають важливою ланкою патогенезу КС [3, 15, 17].

Дуже актуальною з медичного і медико-соціального погляду є виражена астенизація (фізична і психічна) в межах КС [16]. Згідно з сучасними уявленнями, астеничний синдром можна розглядати як патологічно змінену реакцію адаптації нервової системи у відповідь на фізичні і психічні перевантаження, екзо- або ендогенні інтоксикації, патогенетичні умови до виникнення яких існують у жінок із ендометріозом навіть у репродуктивному періоді [11, 12]. Саме астения і пов'язані з нею нейрометаболічні порушення значною мірою формують фундамент подальших функціональних змін в діяльності мозку, що в результаті призводить до розвитку психоемоційних і психосоціальних розладів [3].

Для того щоб забезпечити адекватну терапію КС, необхідно розуміти конкретні механізми дезадаптаційних процесів у центральній нервовій системі в періоді клімактерію. Психоневрологічні патологічні прояви в межах КС включають нейрометаболічні, нейромедіаторні та судинні порушення, які тісно пов'язані між собою в патогенетичному плані. Найважливішу роль у процесах старіння мозку і, відповідно, зниженні його адаптаційного потенціалу відіграють зміни діяльності нейронів, зокрема послаблення енергетичних процесів (біосинтез макроергічних фосфатів, окислювальне фосфорилування, порушення проникності мембран, активація вільнорадикальних процесів). Відзначені зміни безпосередньо призводять до погіршення когнітивної функції, порушень у психоемоційній сфері та виникнення вегетативного дисбалансу [4, 15, 16].

З іншого боку, при старінні в цілому і при КС зокрема виникає дисбаланс в активності різних нейромедіаторних систем мозку. Так, досить добре відомий феномен послаблення катехоламінергічної нейромедіації на фоні відносної активації серотонінергічних процесів в періоді клімактерію, що призводить до розузгодження діяльності катехоламін- і серотонінергічних систем і сприяє розвитку як вегетативних (припливи, коливання артеріального тиску і частоти серцевих скорочень), так і психоемоційних симптомів (психастения, перепади настрою) [1, 4, 20]. Згідно з останніми даними, природне вікове зниження активності холінергічних реакцій на фоні естрогенного дефіциту сприяє розвитку деменції в жінок із вираженим КС [3].

Складний патогенез КС вимагає враховувати при розробці фармакотерапевтичних підходів до лікування цього стану наступні обставини:

- необхідність дії на центральні нейрональні та системні механізми старіння мозку;
- необхідність застосування засобів із комплексним механізмом дії, що мінімізують вимушену в цій ситуації поліпрагмацію;
- необхідність максимальної безпеки фармакотерапії;
- можливість спільного призначення препаратів нейро- і психотропного типу дії спільно з гормональною замісною терапією і соматотропними засобами [4].

Корекція клімактеричних розладів на фоні ендометріозу має певну специфіку, обумовлену тим, що застосування менопаузальної гормональної терапії в даного контингенту жінок є вкрай обмеженим через можливість маніфестації проявів ендометріозу під час її застосування [8, 13]. Це вимагає розробки нових схем комплексної негормональної терапії.

Зважаючи на особливу роль хронічного стресу в механізмі розвитку ендометріозу та КС, що було доведено в проведених нами попередніх дослідженнях, при лікуванні даної патології ми вважали за необхідне перш за все застосувати антистресову терапію [9, 14]. Для жінок із проявами КС легкого та середнього ступеня тяжкості з ендометріозом в анамнезі ми розробили схему лікування без використання менопаузальної гормональної терапії.

Як основний препарат комплексної негормональної терапії нами був обраний ноофен (діючою речовиною якого є фенібут – фенільна похідна  $\gamma$ -аміномасляної кислоти [ГАМК] та фенілетиламіна), відомий як стабілізатор когнітивних розладів та антигіпоксанти. При цьому ми враховували свій позитивний досвід застосування фенібуту в складі комплексної терапії ендометріозу та КС при ранній менопаузі [14, 16].

Нейрометаболічний механізм дії ноофену забезпечує поліпшення процесів насичення нейронів мозку киснем, покращує тканинне дихання та накопичення макроергічних з'єднань, що є надзвичайно важливим при станах астенизації за умови хронічного стресу.

Не менш важливим для досліджуваного контингенту жінок є нейромедіаторний механізм дії ноофену, який полягає у відновленні балансу між процесами збудження та гальмування у центральній нервовій системі, порушеними при різних негативних діях, що визначає повноцінність регуляції емоційної сфери і вегетативних функцій. Мнемотропний механізм дії препарату, обумовлений результатом комплексної нейрометаболічної та нейромедіативної дії, полягає у підвищенні розумових здібностей, працездатності та показників оперативної пам'яті.

Препарат гармонізує роботу мозку та проявляє комплексну дію: ноотропну, м'яку транквілізуючу, активуючу та вегетостабілізуючу, зменшує напругу, тривогу, страх, що надзвичайно важливо для жінок із даною патологією.

Враховуючи особливе вираження проявів процесів дезадаптації в жінок із ендометріозом в періоді клімактерію, як додатковий препарат нами був обраний анксиолітик адаптол, який також знімає внутрішню емоційну напругу, дратівливість, послаблює та усуває страх, тривогу і занепокоєння, справляє ноотропний вплив. Адаптол є мембраностабілізатором, церебропротектором та адаптогеном завдяки своєму антиоксидантному ефекту. Це є особливо актуальним у станах, що супроводжуються оксидативним стресом. На фоні ендометріозу в пацієнок мають місце саме такі зміни, які поглиблюються в періоді клімактерію, особливо з розвитком КС. Адаптол нормалізує баланс активності різних нейромедіаторних систем мозку, які порушуються при КС: холін-, ГАМК-, серотонін- та адренергічну. Має активуючий вплив відносно гальмівного медіатора ГАМК та послаблюючий стосовно збуджуючих нейротрансмітерів – норадрена-

## МЕНЕДЖМЕНТ КЛІМАКТЕРІЇ

ліну та глутамату. Крім заспокійливої, адаптол чинить також ноотропну дію – покращує увагу, розумову працездатність, когнітивні функції, водночас не стимулюючи симптоматику продуктивних психопатологічних розладів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою перевірки ефективності розробленого комплексу медикаментозної терапії ми протягом 6 тижнів активно спостерігали за 60 жінками з проявами КС легкого і середнього ступеня тяжкості та ендометріозом в анамнезі, які були розподілені на дві групи в залежності від обраної терапії. Першій групі жінок призначалась терапія ноофеном 250 мг 3 рази на добу протягом 6 тижнів. Другу групу склали 30 пацієток, які отримували комплексну терапію, що включала адаптол 500 мг та ноофен 250 мг (обидва препарати – тричі на добу). Групи були порівнянні за віком, індексом маси тіла та ступенем тяжкості клімактеричних проявів.

Оцінка клінічного стану пацієток і тяжкості клімактеричних розладів проводилася за шкалою Menopause Rating Scale (MRS), яка включала визначення ступеня вираженості припливів, скарг з боку серцево-судинної системи, порушень сну, болю в суглобах і м'язах, депресивного настрою, фізичного і духовного виснаження, сексуальних проблем до лікування і після отриманої терапії. Рівень тривожності визначали за шкалою Спілберга. Зміну оцінки якості життя жінок на фоні отримуваної терапії визначали з урахуванням показників якості життя жінки за результатами спеціального багатфакторного особистісного опитувальника Freiburg Personality Inventory (FPI) [2].

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті дослідження ми отримали результати, які свідчили про зворотну динаміку клімактеричних проявів в обох досліджуваних групах. Проте поєднання адаптолу з ноофеном дозволило значно раніше спостерігати вираженість позитивних змін у пацієток другої групи, а кінцеві результати спостереження суттєво перевищили аналогічні показники в жінок першої групи дослідження (рис. 1, табл.). Так, пацієтки другої групи по завершенні терапії відзначали вірогідне покращення сну (з  $40,2 \pm 5,1$  до  $23,7 \pm 2,9$  балів), менше скаржились на серцебиття (з  $50,1 \pm 4,7$  до  $35,2 \pm 3,4$  балу) в порівнянні з жінками першої групи (з  $42,3 \pm 4,9$  до  $39,2 \pm 5,2$  та з  $52,3 \pm 7,1$  до  $40,2 \pm 4,5$  балів відповідно,  $p < 0,05$ ). Зменшення

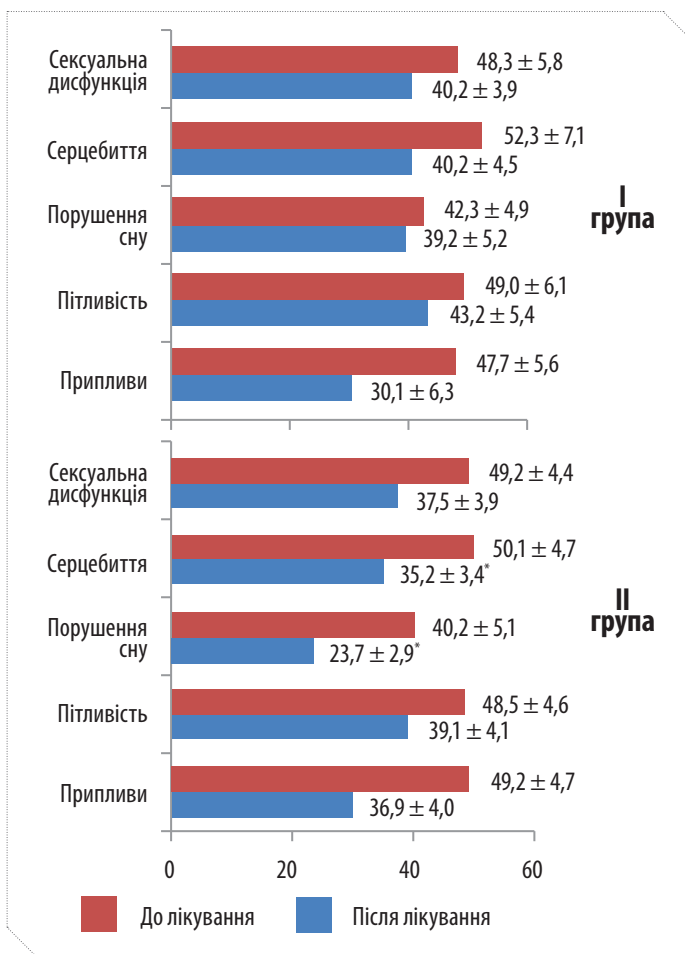


РИСУНОК 1. ДИНАМІКА ВИРАЖЕНОСТІ КС У ПАЦІЄТОК ДО ТА ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗГІДНО ЗІ ШКАЛОЮ MRS (БАЛИ)

\* різниця вірогідна відносно показника I групи,  $p < 0,05$

припливів та пітливості було відзначено в обох досліджуваних групах. Так, у першій групі ці показники зменшились з  $47,7 \pm 5,6$  до  $30,1 \pm 6,3$  балу та з  $49,0 \pm 6,1$  до  $43,2 \pm 5,4$  балу відповідно ( $p > 0,05$ ), у другій – з  $49,2 \pm 4,7$  до  $36,9 \pm 4,0$  балів та з  $48,5 \pm 4,6$  до  $39,1 \pm 4,1$  балу відповідно ( $p > 0,05$ ).

Поряд з цим ми відмітили значну позитивну динаміку змін психоемоційного стану в пацієток у результаті проведеної терапії (рис. 2). Так, до лікування характерним для жінок обох досліджуваних груп був підвищений рівень виснаженості ( $45,2 \pm 2,5$  балів в першій групі та  $46,3 \pm 3,1$

ТАБЛИЦЯ. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК ЗГІДНО З РЕЗУЛЬТАТАМИ СПЕЦІАЛЬНОГО БАГАТОФАКТОРНОГО ОСОБИСТІСНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА FPI (БАЛИ)

Показник	Термін спостереження							
	I група, n = 30				II група, n = 30			
	До лікування	Через 2 тижні	Через 4 тижні	Через 6 тижнів	До лікування	Через 2 тижні	Через 4 тижні	Через 6 тижнів
Нейротизм	$5,6 \pm 0,14$	$5,2 \pm 0,11$	$4,6 \pm 0,10$	$3,9 \pm 0,12^*$	$5,2 \pm 0,8$	$4,9 \pm 0,11$	$4,1 \pm 0,7^{**}$	$3,2 \pm 0,8$
Агресивність	$4,3 \pm 0,12$	$4,1 \pm 0,13$	$3,9 \pm 0,11$	$3,3 \pm 0,10^*$	$3,9 \pm 0,1$	$3,2 \pm 0,7^{**}$	$2,9 \pm 0,11$	$2,1 \pm 0,1^*$
Депресивність	$3,9 \pm 0,13$	$3,3 \pm 0,15$	$3,5 \pm 0,12$	$3,0 \pm 0,11$	$3,6 \pm 0,1$	$3,3 \pm 0,12$	$2,6 \pm 0,3^*$	$2,2 \pm 0,11^*$
Дратівливість	$4,6 \pm 0,1$	$4,2 \pm 0,12$	$3,9 \pm 0,11$	$3,6 \pm 0,15$	$3,8 \pm 0,04$	$3,6 \pm 0,11^{**}$	$2,8 \pm 0,06^*$	$1,9 \pm 0,04^*$
Емоційна лабільність	$5,7 \pm 0,12$	$5,1 \pm 0,13$	$5,0 \pm 0,11$	$4,4 \pm 0,10^*$	$6,1 \pm 0,08$	$5,6 \pm 0,1$	$5,2 \pm 0,12^*$	$4,3 \pm 0,1^*$

\* різниця вірогідна порівняно з групою до лікування,  $p < 0,05$ ;

\*\* різниця вірогідна порівняно з I групою відповідного тижня лікування,  $p < 0,05$



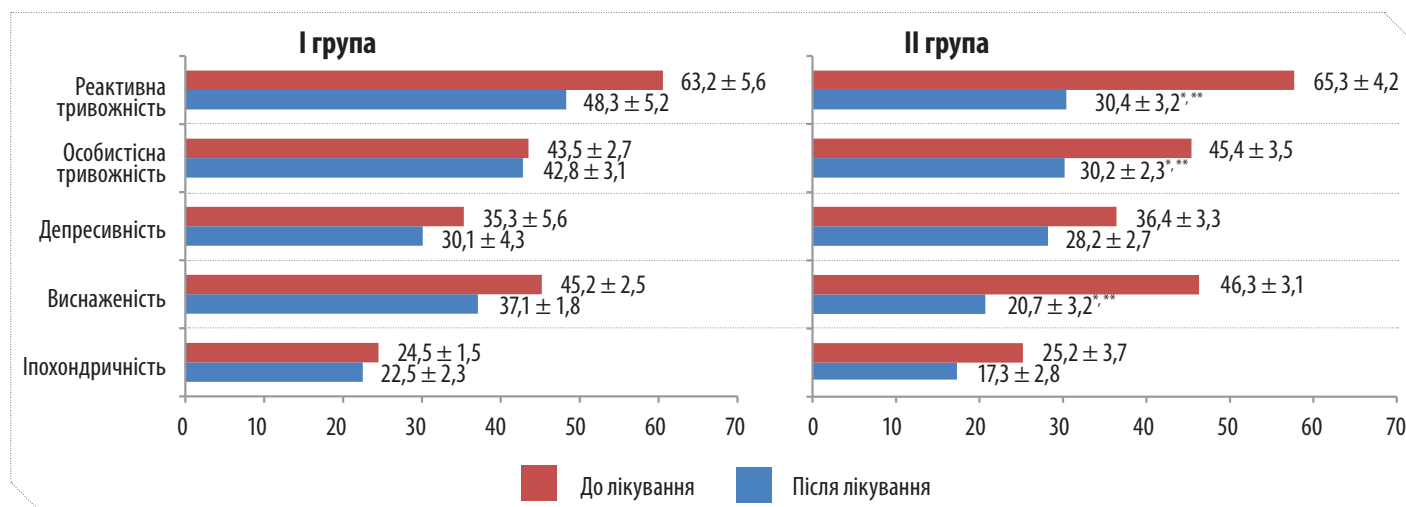


РИСУНОК 2. ДИНАМІКА ЗМІН ПСИХОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ПАЦІЄНТОК ДО ТА ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗГІДНО ЗІ ШКАЛОЮ MRS (БАЛИ)

\* різниця вірогідна відносно показника I групи,  $p < 0,05$ ;

\*\* різниця вірогідна відносно показника до лікування в межах груп,  $p < 0,05$

балу в другій групі), реактивної тривожності (63,2 ± 5,6 балів в першій групі та 65,3 ± 4,2 балу в другій групі), особистісної тривожності (43,5 ± 2,7 балів в першій групі та 45,4 ± 3,5 балів в другій), а також депресивності (35,3 ± 5,6 і 36,4 ± 3,3 балу відповідно). Підвищення ж рівня іпохондричності було помірним і склало 24,5 ± 1,5 балів в першій групі та 25,2 ± 1,5 балів в другій. Після проведеного курсу лікування відмічалось зменшення тривожності в пацієнок обох досліджуваних груп, причому в другій групі воно було більш виражене. Так, у пацієнок цієї групи рівень особистісної тривожності знизився з 45,4 ± 3,5 до 30,2 ± 2,3 балу, реактивної тривожності – з 65,3 ± 4,2 до 30,4 ± 3,2 балу ( $p < 0,05$ ).

У жінок першої групи дослідження вірогідного зниження особистісної та реактивної тривожності не спостерігалось (рівень знизився з 43,5 ± 2,7 до 42,8 ± 3,1 балу та з 63,2 ± 5,6 до 48,3 ± 5,2 балу відповідно,  $p > 0,05$ ). Водночас зареєстровано вірогідне зменшення рівня виснаженості в жінок другої групи у порівнянні з першою (з 46,3 ± 3,1 до 20,7 ± 3,2 балу та з 45,2 ± 2,5 до 37,1 ± 1,8 балів відповідно,  $p < 0,05$ ). Помірне зниження депресивності та іпохондричності спостерігалось в обох групах дослідження (депресивність: з 35,3 ± 5,6 до 30,1 ± 4,3 балу в першій групі, з 36,4 ± 3,3 до 28,2 ± 2,7 балів – у другій; іпохондричність: з 24,5 ± 1,5 до 22,5 ± 2,3 балу в першій, з 25,2 ± 1,5 до 17,3 ± 2,8 балів у другій групі,  $p > 0,05$ ) (рис 2).

Рівні особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілберга до лікування були також дещо підвищеними і становили відповідно 43,3 ± 3,7 та 52,3 ± 4,1 балу в пацієнок першої групи та 36,8 ± 3,2 і 51,5 ± 6,1 балу – в другій групі дослідження. Після проведеного лікування вірогідне зменшення згаданих показників нами було відзначено у другій групі спостереження. Так, рівень особистісної тривожності в пацієнок другої групи знизився з 36,8 ± 3,2 до 26,5 ± 3,1 балу ( $p < 0,05$ ), тоді як у першій групі – з 43,3 ± 3,7 до 38,5 ± 2,9 балів ( $p > 0,05$ ). Рівень реактивної тривожності в другій групі дослідження знизився з 51,5 ± 6,1 до 36,7 ± 4,1 балу ( $p < 0,05$ ), тоді як у першій – з 52,3 ± 4,1 до 41,5 ± 3,9 балів ( $p > 0,05$ ) (рис. 3).

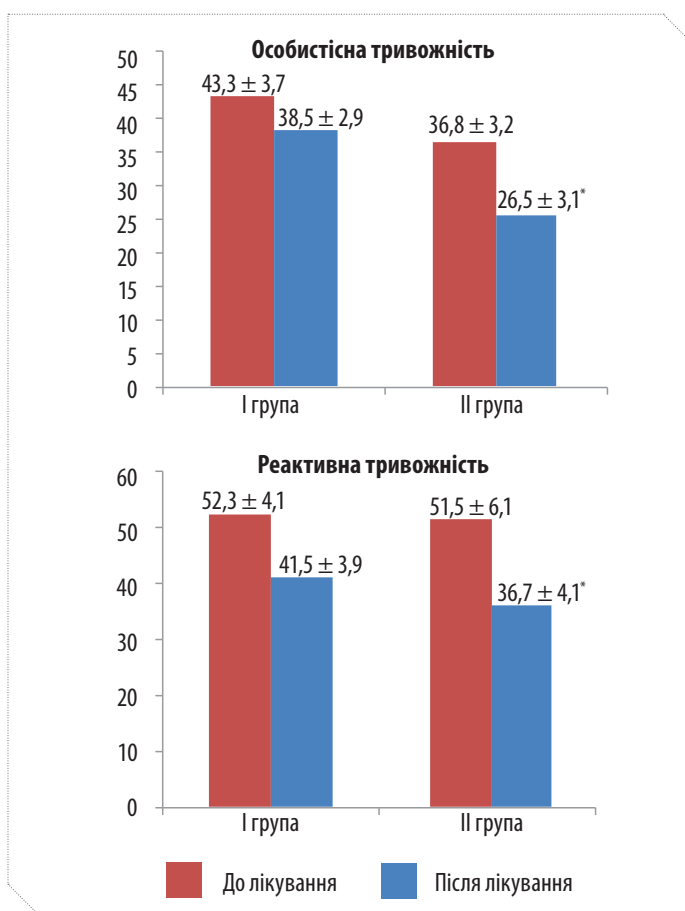


РИСУНОК 3. ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ЗА ШКАЛОЮ СПІЛБЕРГА В ЖІНОК ОБСТЕЖЕНИХ ГРУП (БАЛИ)

\* різниця вірогідна відносно показника до лікування в межах груп,  $p < 0,05$

Нами також був проведений аналіз змін в характеристичі загальної якості життя серед пацієнок досліджуваних груп. Так, на початку лікування показники якості життя жінок обох груп спостереження суттєво не відрізнялись між собою, при цьому стандартні бали за шкалами «нейротизм», «спонтанна агресивність», «депресивність», «дратівливість», «реактивна агресивність», «сором'язливість» та

## МЕНЕДЖМЕНТ КЛІМАКТЕРІЮ

«емоційна лабільність» були практично однаковими і досить високими. Бали за шкалами «товариськість», «врівноваженість» та «екстраверсія – інтроверсія» дещо відрізнялись, але різниця не була суттєвою (рис. 4).

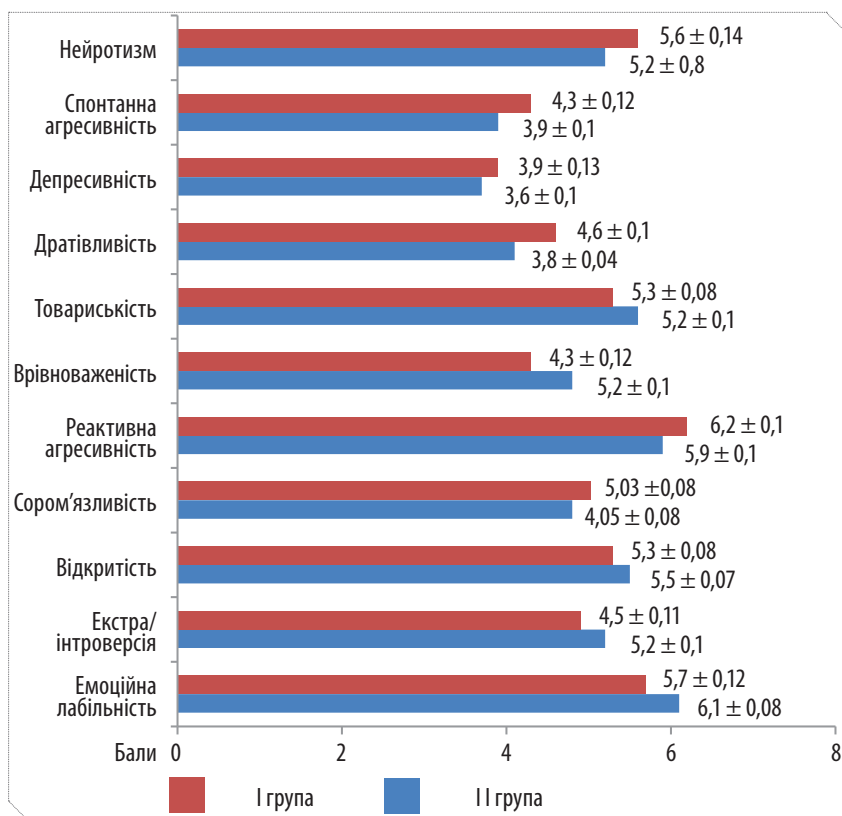


РИСУНОК 4. ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК ДОСЛІДЖУВАНИХ ГРУП НА ПОЧАТКУ ЛІКУВАННЯ (БАЛИ)

В результаті отримуваної терапії відзначено вірогідне покращення показників у пацієнок обох груп спостереження (табл.). При цьому в жінок другої групи на фоні комплексної терапії позитивні зрушення від-

значалися вже протягом перших двох тижнів лікування в порівнянні з групою жінок, які отримували монотерапію ноофеном. Так, дратівливість у жінок другої групи зменшилася з  $3,8 \pm 0,04$  до  $3,6 \pm 0,11$  балу, тоді як у пацієнок першої групи – з  $4,6 \pm 0,1$  до  $4,2 \pm 0,12$  балу. Агресивність у жінок другої групи зменшилася з  $3,9 \pm 0,1$  до  $3,2 \pm 0,7$  балів, у пацієнок першої групи – з  $4,3 \pm 0,12$  до  $4,1 \pm 0,13$  балу. Протягом четвертого тижня лікування вірогідні зміни спостерігались у проявах нейротизму серед пацієнок другої групи в порівнянні з першою (з  $5,2 \pm 0,8$  до  $4,1 \pm 0,7$  балів та з  $5,6 \pm 0,14$  до  $4,6 \pm 0,10$  балу відповідно,  $p < 0,05$ ). Після 6 тижнів лікування ми отримали позитивні клінічні зміни в пацієнок обох досліджуваних груп, проте зворотна динаміка клінічних проявів була вірогідно швидшою, а ефективність лікування більш вираженою в групі жінок, які застосовували комплексну терапію, що включала адаптол та ноофен.

### ВИСНОВОК

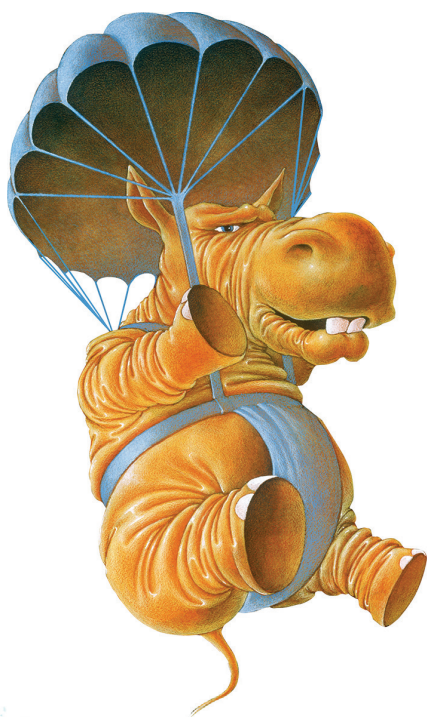
Доведена висока клінічна ефективність поєднання препаратів ноофен та адаптол при лікуванні КС легкого та середнього ступеня тяжкості в пацієнок із ендометріозом в анамнезі.

Вибрана схема лікування допомагає досить швидко усунути прояви КС у жінок із вищезгаданною патологією, покращити та стабілізувати їхній психологічний профіль, відновити працездатність, підвищити адаптацію та якість життя.

### ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Анисимов, В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения. – СПб.: Наука. – 2003. – 467 с.  
Anisimov, V.N. Molecular and physiological mechanisms of aging. Sankt-Petersburg. Science (2003): 467 p.
- Бурлака, О.В. Оцінка якості життя як критерій ефективності лікувально-реабілітаційних заходів при порушеннях репродуктивної функції / О.В. Бурлака, В.В. Стеблюк // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2012. – Том 18, № 1. – С. 75–79.  
Burlaka, O.V., Stebliuk, V.V. "Evaluation of quality of life as a criterion for the efficiency of treatment and rehabilitation measures for reproductive function disorders." Journal of physiotherapy and health resort 18.1 (2012): 75–9.
- Бурчинський, С.Г. Старіння мозку та вікова патологія: від фармакології до фармакотерапії / С.Г. Бурчинський // Вісник фармакології. – 2002. – № 1. – С. 12–17.  
Burchynskiy, S.G. "Brain aging and age pathology: from pharmacology to pharmacotherapy." Messenger of Pharmacology 1 (2002): 12–7.
- Бурчинський, С.Г. Ноотропи як фармакопрофілактичні засоби: нові стратегії, нові можливості / С.Г. Бурчинський // Журнал практичного лікаря. – 2003. – № 1. – С. 63–66.  
Burchynskiy, S.G. "Nootropics as pharmacopreventive means: new strategies, new opportunities." Practitioners Journal 1 (2003): 63–6.
- Вовк, І.Б. Лікування генітального ендометріозу – від еволюції до революції (огляд літератури) / І.Б. Вовк, В.К. Кондратюк, Г.В. Чубей, Н.Ф. Захаренко // Здоров'я жінки. – 2009. – № 4. – С. 40–43.  
Vovk, I.B., Kondratiuk, V.K., Chubei, G.V., Zakharenko, N.F. "Treatment of genital endometriosis – from evolution to revolution (literature review)." Women's Health 4 (2009): 40–3.
- Вовк, І.Б. Характеристика гормонального статусу в жінок із ендометріозом / І.Б. Вовк, З.Б. Хоминська, Н.Ф. Захаренко, О.Ф. Трохимович, В.П. Ковбасій // Здоров'я жінки. – 2010. – № 10 (56). – С. 162–164.  
Vovk, I.B., Homynska, Z.B., Zakharenko, N.F., Trokhymovych, O.F., Kovbasiy, V.P. "Characteristics of hormonal status in women with endometriosis." Women's Health 10.56 (2010): 162–4.
- Гилятзудинов, И.А., Гилятзудинова, З.Ш. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ. – 2006. – 416 с.  
Gilyatzudinov, I.A., Gilyatzudinova, Z.Sh. Neuroendocrine pathology in gynecology and obstetrics: a guideline for physicians. Moscow. MEDpress-inform (2006): 416 p.
- Захаренко, Н.Ф. Эндометриоз: поиск фармакотерапевтического компромисса / Н.Ф. Захаренко, Н.В. Косей, Л.М. Коломиец // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 2 (4). – С. 52–56.  
Zakharenko, N.F., Kosei, N.V., Kolomiets, L.M. "Endometriosis: a search for pharm therapy compromise." Reproductive Endocrinology 2.4 (2012): 52–6.
- Захаренко, Н.Ф. Роль оксидативного стрессу в генезі ендометріозу / Н.Ф. Захаренко, Т.Ф. Татарчук, Н.В. Коваленко // Репродуктивна ендокринологія. – 2014. – № 4 (18). – С. 13–16.  
Zakharenko, N.F., Tatarchuk, T.F., Kovalenko, N.V. "The role of oxidative stress in the genesis of endometriosis." Reproductive Endocrinology 4.18 (2014): 13–6.
- Захаренко, Н.Ф. Характеристика психологічних типів особистості при доброкачественных гиперпролиферативных заболеваниях репродуктивной системы женщины / Н.Ф. Захаренко, В.П. Ковбасій, Н.В. Коваленко // Здоров'я жінки. – 2010. – № 2 (48). – С. 133–136.  
Zakharenko, N.F., Kovbasiy, V.P., Kovalenko, N.V. "Characteristics of psychological personality types in benign hyperproliferative diseases of the female reproductive system." Women's Health 2.48 (2010): 133–6.
- Захаренко, Н.Ф. Клініко-анамнестична характеристика жінок із різними формами ендометріозу / Н.Ф. Захаренко // Педіатрія,





# АДАПТОЛ®

таблетки 300 мг № 20, 500 мг № 20  
капсули 300 мг № 20

**Денний анксиолітик із властивостями адаптогена**  
**Базисний засіб у терапії психоемоційної**  
**патології та дисбалансу різного генезу**

- **знімає** занепокоєння, тривогу, страх, внутрішню емоційну напругу, роздратованість
- **діє** швидко та ефективно (ефект першого застосування)
- **підвищує** психічну та фізичну стійкість в умовах стресу
- **покращує** пам'ять, працездатність, сон
- **не викликає** звикання, та синдрому відміни
- **покращує** переносимість бензодіазепінових, транквілізаторів, антидепресантів, та нейролептиків

СИЛА СПОКОЮ



Матеріал призначений для спеціалістів. Підлягає розповсюдженню на семінарах, конференціях, симпозиумах на медичну тематику.  
Р.С. №UA/2785/01/02 від 20.08.2015 р. до 20.08.2020 р.; Р.С. №UA/2785/02/01 від 20.08.2015 р. до 20.08.2020 р.; Р.С. №UA/2785/01/01 від 15.01.2015 р. до 15.01.2020 р.  
Виробник АТ «Олайнфарм».



ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ  
ТА ДИСТРИБ'ЮЦІЯ  
тел. (044) 530-11-38  
www.olfa.ua

# НООФЕН®

## ЩЕ НЕ ВЕЧІР...

Препарат вибору в лікуванні  
астено-невротичних станів та  
вегетативних розладів різного походження  
(в тому числі при менопаузальному  
синдромі та андропаузі)

- Безпечний оригінальний ноотропний препарат з клінічно доведеною комплексною дією.
- Нооофен гармонізує роботу центральної та вегетативної нервових систем.
- Покращує емоційний стан, розумову діяльність та фізичну активність.



Реклама лікарського засобу. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з інструкцією по застосуванню препарату та порадитися з лікарем.  
Виробник АТ «Олайнфарм», Латвія.



ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ  
ТА ДИСТРИБ'ЮЦІЯ  
тел. (044) 530-11-38  
www.olfa.ua





# МЕНЕДЖМЕНТ КЛІМАКТЕРІЮ

акушерство та гінекологія: науково-практичний журн. – 2010. – Т. 72, № 5. – С. 97–104.

Zakharenko, N.F.

"Clinical and anamnestic characteristics of women with different forms of endometriosis." *Pediatrics, Obstetrics and Gynecology: Scientific and Practical Journal* 72.5 (2010): 97–104.

12. Коваленко, О.Є.

Психофізичні особливості жінок із різними формами ендометріозу / О.Є. Коваленко, Н.Ф. Захаренко // Фітотерапія: Науково-практичний часопис. – 2011. – N 1. – С. 46–49.

Kovalenko, O.E., Zakharenko, N.F.

"Psychophysical features of women with various endometriosis forms." *Phytotherapy: Scientific Journal* 1 (2011): 46–9.

13. Татарчук, Т.Ф.

Удосконалення лікувальної тактики ведення жінок із ендометріозом / Т.Ф. Татарчук, Н.Ф. Захаренко, І.П. Маноліяк, В.П. Ковбасій // Репродуктивна ендокринологія. – 2014. – № 4 (18). – С. 24–27.

Tatarchuk, T.F., Zakharenko, N.F., Manoliak, I.P., Kovbasiy, V.P.

"Improving medical tactics in women with endometriosis." *Reproductive Endocrinology* 4.18 (2014): 24–7.

14. Татарчук, Т.Ф.

Особенности проявления климактерического синдрома у женщин с эндометриозом и возможные пути его коррекции / Т.Ф. Татарчук, Н.Ф. Захаренко, И.П. Маноліяк, Н.В. Коваленко, В.П. Ковбасій // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 2. – С. 71–78.

Tatarchuk, T.F., Zakharenko, N.F., Manoliak, I.P., Kovalenko, N.V., Kovbasiy, V.P.

"Features of climacteric syndrome in women with endometriosis and possible ways of its correction." *Scientific Journal of the Ministry of Health of Ukraine* 2 (2014): 71–8.

15. Татарчук, Т.Ф.

Стресс и репродуктивная функция женщины / Т.Ф. Татарчук // Международный эндокринологический журнал. – 2006. – № 3 (5). – С. 2–9.

Tatarchuk, T.F.

"Stress and women's reproductive function." *International Journal of Endocrinology* 3.5 (2006): 2–9.

16. Татарчук, Т.Ф.

Стресс и инволюция репродуктивной системы женщины / Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко, Т.Н. Тутченко //

Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 5 (34). – С. 153–156.

Tatarchuk, T.F., Yefymenko, O.A., Tutchenko, T.N.

"Stress and involution of women's reproductive system." *Reproductive Health of women* 5.34 (2007): 153–6.

17. Ancelin, M.L., Ritchie, K.

"Lifelong endocrine fluctuations and related cognitive disorders." *Curr Pharm Des* 11 (2005): 4229–52.


18. Sherwin, B.B.

"Surgical menopause, estrogen, and cognitive function in women: what do the findings tell us?" *Ann NY Acad Sci* 1052 (2005): 3–10.

19. Soares, C.N.

"Menopausal transition and depression: who is at risk and how to treat it?" *Expert Rev Neurother* 10 (2007): 1285–93.

20. Räikkönen, K., Matthews, K.A., Kuller, L.H.

"Depressive symptoms and stressful life events predict metabolic syndrome among middle-aged women: a comparison of World Health Organization, Adult Treatment Panel III, and International Diabetes Foundation definitions." *Diabetes Care* 4 (2007): 872–7. 

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ В ЖІНОК ІЗ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

**Н.Ф. Захаренко**, д. мед. н., гол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

**Н.В. Коваленко**, лікар акушер-гінеколог гінекологічного відділення Київської міської лікарні № 9

**Т.Ф. Татарчук**, д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заст. директора з наукової роботи, зав. відділенням ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Корекція клімактеричних розладів на фоні ендометріозу має певну специфіку, обумовлену тим, що застосування менопаузальної гормональної терапії у даного контингенту жінок є вкрай обмеженим через можливість маніфестації проявів ендометріозу, що вимагає розробки нових схем комплексної негормональної терапії. Зважаючи на особливу роль хронічного стресу в механізмі розвитку ендометріозу та клімактеричного синдрому, автори вважали за необхідне застосувати антистресову терапію при лікуванні даної патології. Для жінок із проявами клімактеричного синдрому легкого та середнього ступеню тяжкості з ендометріозом в анамнезі була розроблена схема лікування без менопаузальної гормональної терапії. Як основний препарат терапії був обраний стабілізатор когнітивних розладів та антигіпоксиксифікатор ноофен, як додатковий препарат – анксиолітик адаптол.

Протягом 6 тижнів терапію отримували 60 жінок із проявами клімактеричного синдрому легкого і середнього ступеня тяжкості та ендометріозом в анамнезі, які були розподілені на дві групи по 30 жінок: першій групі було призначено монотерапію ноофеном, жінки другої групи отримували комплексну терапію, що включала адаптол та ноофен.

Оцінка клінічного стану пацієнток і тяжкості клімактеричних розладів проводилася за шкалою Menopause Rating Scale (MRS). Рівень тривожності визначали за шкалою Спілберга. Зміну оцінки якості життя жінок на фоні терапії визначали за опитувальником Freiburg Personality Inventory (FPI).

В результаті отримуваної терапії відзначено вірогідне покращення оцінюваних показників у пацієнток обох груп. При цьому у жінок другої групи на фоні комплексної терапії вже протягом перших двох тижнів виявлені позитивні зрушення в порівнянні з групою жінок, які отримували монотерапію. Таким чином, обрана схема лікування допомагає досить швидко усунути прояви клімактеричного синдрому у жінок із ендометріозом, покращити та стабілізувати їхній психологічний профіль, відновити працездатність, підвищити адаптацію та якість життя.

**Ключові слова:** клімактеричний синдром, ендометріоз, антистресова терапія, ноофен, адаптол.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

**Н.Ф. Захаренко**, д. мед. н., глав. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

**Н.В. Коваленко**, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения Киевской городской больницы № 9

**Т.Ф. Татарчук**, д. мед. н., профессор, член-корр. НАМН Украины, зам. директора по научной работе, зав. отделением эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

Коррекция климактерических расстройств на фоне эндометриоза имеет определенную специфику, обусловленную тем, что применение менопаузальной гормональной терапии у данного контингента женщин крайне ограничено из-за возможности манифестации проявлений эндометриоза, что требует разработки новых схем комплексной негормональной терапии. Учитывая особую роль хронического стресса в механизме развития эндометриоза и климактерического синдрома, авторы исследовали возможность применения антистрессовой терапии при лечении данной патологии. Для женщин с проявлениями климактерического синдрома легкой и средней степени тяжести с эндометриозом в анамнезе была разработана схема лечения без менопаузальной гормональной терапии. В качестве основного препарата терапии был выбран стабилизатор когнитивных расстройств и антигипоксиксификатор ноофен, в качестве дополнительного препарата – анксиолитик адаптол.

В течение 6 недель лечение получали 60 женщин с проявлениями климактерического синдрома легкой и средней степени тяжести и эндометриозом в анамнезе, которые были разделены на две группы по 30 женщин: первой группе была назначена монотерапия ноофеном, женщины второй группы получали комплексную терапию, включавшую адаптол и ноофен.

Оценка клинического состояния пациенток и тяжести климактерических расстройств проводилась по шкале Menopause Rating Scale (MRS). Уровень тревожности определяли по шкале Спилберга. Изменение оценки качества жизни на фоне терапии определялось по опроснику Freiburg Personality Inventory (FPI).

В результате получаемой терапии отмечено достоверное улучшение оцениваемых показателей у пациенток обеих групп. При этом у женщин второй группы на фоне комплексной терапии уже в течение первых двух недель были обнаружены положительные сдвиги по сравнению с группой женщин, которые получали монотерапию. Таким образом, выбранная схема лечения помогает достаточно быстро устранить проявления климактерического синдрома у женщин с эндометриозом, улучшить и стабилизировать их психологический профиль, восстановить работоспособность, повысить адаптацию и качество жизни.

**Ключевые слова:** климактерический синдром, эндометриоз, антистрессовая терапия, ноофен, адаптол.

## FEATURES OF MENOPAUSAL SYNDROME TREATMENT IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS

**N.F. Zakharenko**, MD, chief researcher at the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

**N.V. Kovalenko**, obstetrician-gynecologist of the Gynecological Department, Kyiv City Hospital number 9

**T.F. Tatarchuk**, MD, professor, corresponding member of NAMS of Ukraine, deputy director for research work, Chief of the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

Correction of menopausal disorders on the endometriosis background has certain specificity, due to the fact that the menopausal hormone therapy in this group of women is extremely limited because of the possible endometriosis manifestations, which requires the development of new integrated scheme of nonhormonal therapy. Given the major impact of chronic stress in the mechanism of the endometriosis development and menopausal syndrome, authors found it necessary to use the anti-stress therapy for the treatment of this pathology. Authors had developed a treatment regimen without menopausal hormone therapy for women with mild to moderate climacteric syndrome and with history of endometriosis. Noofen was selected like the main drug as a stabilizer cognitive disorders and antihypoxant, as additional drug was used anxiolytic adaptol.

60 women with climacteric syndrome of mild to moderate severity and with history of endometriosis received treatment during the 6 weeks, which were divided into two groups of 30 women: the first group received monotherapy with noofen, women in the second group received the combined therapy that included adaptol and noofen.

Evaluation of the clinical status of patients and severity of menopausal disorders was conducted on a Menopause Rating Scale (MRS). The level of anxiety was measured on a Spielberg scale. Changing the assessment of life quality during therapy was determined by questionnaire Freiburg Personality Inventory (FPI).

The therapy result showed a significant improvement in the evaluated parameters in patients of both groups. In second group of women already in the first two weeks after complex therapy the improvements were found in comparison with the group receiving monotherapy. Thus, the chosen regimen helps to quickly eliminate the climacteric syndrome in women with endometriosis, improve and stabilize their psychological profile, recover, improve and adapt the quality of life.

**Keywords:** menopause, endometriosis, anti-stress therapy, noofen, adaptol.