

# НЕГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ КЛІМАКТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ

## ВСТУП

Завдяки новим досягненням медицини і швидкому темпу розвитку науки та техніки, в останні роки в усьому світі спостерігається чітка тенденція до збільшення середньої тривалості життя населення, і відповідно неухильно збільшується кількість людей літнього віку. Станом на 2015 рік в структурі жіночого населення України жінки віком понад 50 років склали 46,7%. Також на сьогодні 10% світової популяції складають жінки клімактеричного віку, кількість яких щороку збільшується на 25 млн. За даними світової статистики з охорони здоров'я, на 2015 р. показник середньої очікуваної тривалості життя жінки становив 73 роки. При цьому, як свідчать різні дослідження, середній вік початку менопаузи залишається відносно стабільним і становить 50 років, тобто близько третини життя жінки припадає на менопаузальний період [2, 5, 9, 14, 15].

Клімактеричний період – закономірне явище, що характеризує початок якісно нового етапу в житті жінки. Однак багато жінок у цьому віці страждають на менопаузальні розлади, які в першу чергу клінічно проявляються припливами жару, лабільністю артеріального тиску, підвищеною емоціональною лабільністю, плаксивістю, тривожністю, пітливістю, порушенням сну та іншими нейровегетативними і психоемоційними симптомами, об'єднаними спільною назвою «клімактеричний синдром» (КС), частота якого складає 26–48% [2, 5].

Зазвичай у клімактеричний період жінка продовжує бути професійно та соціально активною, тому зниження через КС якості життя та психосоціальної адаптації поряд із підвищенням працездатного віку обумовлюють не тільки медичний, а й соціально-економічний аспект даної проблематики. З огляду на соціальну значущість цієї проблеми велика увага приділяється психопатологічним розладам клімактеричного періоду, які тією чи іншою мірою обов'язково присутні в структурі КС, а в деяких випадках є домінуючими [1, 2].

## АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Згідно із сучасними літературними даними, розлади психоемоційної сфери в жінок із КС виявляються у 78,4% випадків, в тому числі у понад 30% випадків зустрічаються клімактеричні депресії.

Важливими чинниками в розвитку порушень психоемоційної адаптації в пацієнток у період клімаксу є психотравми, стреси, особливості соціального статусу (сімейний стан, матеріально-побутові умови, наявність роботи, особистісні взаємини в колективі та родині, самоповага, життєва задоволеність, якість сексуальних відносин).

Крім того, в останні роки все більше уваги приділяється питанню взаємозв'язку між менопаузою, інсомнією та депресією, яке, незважаючи на велику кількість клінічних досліджень, залишається актуальним. Цікавим є факт, що жінки з важким КС мають тяжчі порушення сну, а в жінок із розладами сну спостерігаються більш виражені нейровегетативні розлади [1, 3].

За даними Американської академії медицини сну (American Academy of Sleep Medicine), проблеми зі сном має близько 30% дорослого населення, причому симптоми безсоння більш поширені серед жінок клімактеричного віку. Доведено, що близько 38% всіх жінок у період менопаузи відзначають розлади сну, найпоширенішими з яких є інсомнія та обструктивні порушення дихання уві сні [5].

Відомо також, що в генезі інсомнії в цей період значну роль відіграють вазомоторні симптоми, які, на жаль, часто ігноруються як самими жінками, так і лікарями загальної практики, неврологами тощо.

Проте згідно з даними однофотонної емісійної томографії встановлено, що під час припливів відбувається різке зниження кровотоку в гіпокампі (рис. 1). Це призводить до втрати пам'яті та когнітивних здібностей, що є дуже важливою соціальною проблемою.

З огляду на вищезгадане, лікування припливів є надзвичайно актуальним питанням, адже їх усунення не лише покращує якість життя жінки, а й профілактує розвиток хвороби Альцгеймера.

На сьогоднішній день терапія менопаузального синдрому являє собою мультидисциплінарну проблему, яка повинна включати в себе застосування різних груп препаратів і мусить передбачати комплексність та диференційований підхід до лікування з урахуванням особистих уподобань пацієнтки. Основним патогенетично обґрунтованим та найбільш ефективним методом лікування КС є менопаузальна гормональна терапія, визнана як золотий стандарт.

## Т.Ф. ТАТАРЧУК

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

ORCID: 0000-0002-5498-4143

## О.О. ЄФИМЕНКО

к. мед. н., старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

ORCID: 0000-0003-1228-0911

## О.В. ЗАНЬКО

аспірант відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

ORCID: 0000-0002-1393-4115

## Контакти:

Занько Олена Василівна  
ДУ «ІПАГ НАМН України»,  
відділення ендокринної гінекології  
04050, Київ, П. Майбороди, 8  
тел.: +38 (044) 272 10 72  
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

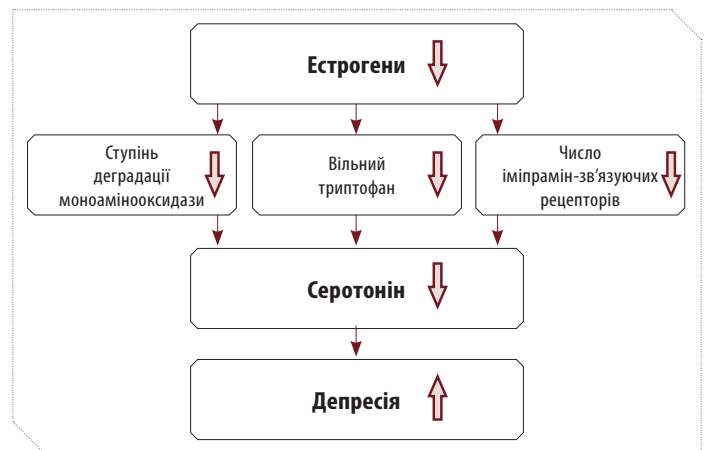


**Рисунок 1.** Припливи як предиктор розвитку порушення пам'яті в жінок

Водночас, незважаючи на доведену високу ефективність менопаузальної гормональної терапії в лікуванні КС, відсоток жінок, які отримують дане лікування в Україні, залишається невисоким. Перш за все це пояснюється так званою «гормонофобією», а також наявністю певної коморбідної патології, що є протипоказанням до гормонотерапії.

Перспективним напрямком у цьому відношенні є використання натуральних препаратів – фітоестрогенів (фітогормонів) та модуляторів естрогенових рецепторів природного походження. Фітоестрогени завдяки вмісту ізофлавонів, окрім взаємодії з естрогеновими рецепторами, здійснюють вплив на продукцію, метаболізм і біологічну активність статевих гормонів та внутрішньоклітинних ферментів – ароматаз, які регулюють позагонадне утворення гормонів. Особливий інтерес в останні роки викликає застосування рослинних модуляторів естрогенових рецепторів, зокрема циміцифуги. У відповідності до цілого ряду досліджень, циміцифуга забезпечує суттєве зниження вазомоторних симптомів, а також здійснює помірний позитивний вплив на кісткове ремоделювання та незначний позитивний ефект на вагінальний епітелій, не впливаючи при цьому на проліферативні процеси в ендометрії, молочних залозах і на фактори згортання крові [9].

У нашому дослідженні ми використовували негормональний комплексний гомеопатичний препарат Клімактоплан, що містить циміцифугу в розведенні D2 (*Cimicifuga* D2), а також ігнацію (*Ignatia* D3), сепію (*Sepia* D2) та сангвінарію (*Sanguinaria* D6), які забезпечують седативну дію та регулюють потовиділення, прискорений серцевий ритм та ін. Циміцифуга впливає на гіпоталамус, усуваючи або послаблюючи припливи жару, нервову збудженість і депресії. Сепія регулює спільні функції гормонів кори наднирникових залоз, статевих органів і гіпофіза. Сепія, як і ігнація, насамперед діє на психічні реакції, однак вона також впливає на напади пітливості, припливи жару, головний біль і стан знесилення. Сангвінарія є особливо ефективною при припливах жару, які супроводжуються мінущим рум'янцем і прискореним серцебиттям, а також при головному болю типу мігрені.



**Рисунок 2.** Механізми дії естрогенів на настрій

Отже, Клімактоплан за рахунок поєднання специфічних інгредієнтів є лікарським засобом, призначеним для лікування комплексу симптомів, типових для клімактеричного періоду. Завдяки добрій переносимості Клімактоплан можна приймати протягом тривалого часу.

Клімактоплан застосовується при клімактеричних розладах, припливах жару, посиленому потовиділенні, відчутті серцебиття, запамороченні, свербіжі, внутрішньому занепокоєнні, порушенні сну, депресивному стані, нервовій збудливості.

Це надзвичайно важливо, враховуючи описану вище роль стану центральної нервової системи та психоемоційної складової в усуненні клінічних проявів КС, і відповідно в забезпеченні якості життя жінок [16].

Крім того, зважаючи на те, що знижений вміст естрогенів призводить до зниження рівня триптофану, доцільним також є призначення препарату, що містить L-5-гідрокситриптофан, з якого в організмі безпосередньо утворюється серотонін – один із головних нейромедіаторів центральної нервової системи (рис. 2).

L-5-гідрокситриптофан прискорює утворення серотоніну природним шляхом. Серотонін впливає на емоційний стан людини, заспокоює і створює відчуття емоційного комфорту, знімаючи почуття тривоги, нав'язливих станів, зменшує збудливість і нормалізує сон (табл. 1).

L-5-гідрокситриптофан у поєднанні з екстрактом валеріани входить до складу фітопрепарату Валесан. Біологічно активні речовини кореня валеріани мають заспокійливі, спазмолітичні властивості, нормалізують серцевий ритм, розширюють коронарні судини.

**Метою** нашого дослідження була оптимізація лікування клімактеричних розладів із урахуванням порушень психопатологічного характеру.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У відповідності до мети даного наукового дослідження було проведено обстеження в динаміці 100 жінок із клімактеричними розладами легкого та середнього ступенів вираженості, віком 50–55 років, які в залежності від призначеного лікування були розподілені на 3 групи:

1 група – 30 жінок із клімактеричними розладами, які отримували комплексний негормональний гомеопатичний

Таблиця 1. Дія гідрокситриптофану

Вдень	Вночі
Створює відчуття підвищеного настрою, емоційного і душевного комфорту	Допомагає легко і швидко заснути
Підвищує рівень працездатності, стимулює пізнавальну активність (в т. ч. у стресових ситуаціях)	Покращує глибину та якість сну
Сприяє збереженню емоційної стійкості в умовах підвищених розумових і емоційних навантажень	Усуває проблему перебіжного сну
Знижує роздратованість, агресивність (в т. ч. на фоні дієт, відмови від паління і алкоголю)	Дозволяє повноцінно висипатися і відпочити за короткий термін
Усуває відчуття тривоги, страху, емоційного перенавантаження	

препарат Клімактоплан по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 3 місяців;

II група – 34 жінки з такою самою симптоматикою, які отримували у вигляді монотерапії засіб Валесан по 1 капсулі вранці та 2 увечері впродовж 3 місяців;

III група – 36 пацієнок, які отримували комплекс обох препаратів протягом цього ж терміну.

Оцінка вираженості КС проводилась відповідно до менопаузальної рейтингової шкали (Menopausal Rating Scale, MRS) [6] до та після тримісячного курсу лікування. Для оцінки рівня тривожності використовували опитувальник Спілбергера-Ханіна, який дозволяє диференційовано вимірювати цей рівень як особисту рису характеру, а також визначати стан, пов'язаний із нинішньою ситуацією. Ця шкала є високочутливою і водночас простою у використанні. Вона складається з двох частин, кожна з яких містить 20 тверджень із чотирма варіантами відповідей. Пацієнтка вибирає відповідь, притаманну її самовідчуттю, після чого підраховуються бали, сума яких вказує на рівень тривожності: менше 30 балів – низький рівень, 31–45 балів – середній і 46 балів – високий. Частина питань анкети, що характеризує поточну ситуацію, відображає реактивну тривожність, інша частина – стан особистісної тривожності, під якою розуміють стійку індивідуальну характеристику, що відповідає схильності людини до тривоги. В цілому визначення особистісної тривожності як вродженої риси характеру є важливим, оскільки це багато в чому обумовлює поведінку людини. Певний рівень тривожності притаманний кожному – це природна і обов'язкова риса активної діяльності особистості. Ситуативна або реактивна тривожність як особливий стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: занепокоєнням, нервозністю, напруженням.

Особи, які належать до категорії високо тривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у великому діапазоні ситуації і реагувати дуже вираженим станом тривожності. Зазвичай високу тривожність прямо пов'язують із наявністю невротичного конфлікту, емоційними зривами і психосоматичними захворюваннями. В свою чергу, низька тривожність характеризує неактивний депресивний стан із низьким рівнем мотивації. Вважається, що дуже низька тривожність іноді може бути результатом активного витіснення тривоги особистістю з метою показати себе «в кращому світлі». Низько тривожним людям, навпаки, потрібне пробудження активності, збудження зацікавленості у вирішенні тих чи інших завдань [12].

Під час дослідження ми також оцінювали інсомнічні порушення, для чого використовували анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну, запропоновану Я.І. Левіним (1995) та апробовану в численних клінічних дослідженнях. Вона включає 6 самостійних оцінювальних запитань (зокрема час засинання, кількість нічних прокидань, тривалість сну, кількість сновидінь, якість ранкового прокидання) із використанням 5 категорій відповідей: від 1 – «дуже погано» до 5 – «відмінно». Сумарна оцінка в 22 і більше балів свідчить про нормальний сон, 19–21 – граничне значення, менше 19 балів – порушення сну [13].

Достовірність відмінностей абсолютних величин встановлювали з використанням критерію Ст'юдента, а відносних величин – із застосуванням методу Фішера.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під час дослідження вираженості клімактеричних проявів виявлено, що після курсу лікування середній сумарний бал за шкалою MRS знизився в I групі з  $22 \pm 0,05$  до  $14,5 \pm 0,03$  балу, в II групі – з  $21,2 \pm 0,04$  до  $13,4 \pm 0,02$  балу та в III групі – з  $21,6 \pm 0,06$  до  $9,7 \pm 0,02$  балів (табл. 2).

Як видно з табл. 2, монотерапія Клімактопланом забезпечує достовірне покращення стосовно більшості клімактеричних розладів, особливо припливів жару (відзначено зниження показника з  $3,4 \pm 0,02$  до  $1,2 \pm 0,06$  балу), серцебиття (показник зменшився з  $1,4 \pm 0,04$  до  $0,6 \pm 0,006$  балів), болю в суглобах та м'язах (зниження з  $1,6 \pm 0,04$  до  $1,5 \pm 0,07$ ), депресивних станів (зменшення з  $2,8 \pm 0,04$  до  $1,9 \pm 0,02$  балу), загального зниження працездатності (показник зменшився з  $1,6 \pm 0,02$  до  $0,8 \pm 0,0007$ ). Варто відзначити також тенденцію до зменшення у I групі урогенітальних розладів та сухості піхви з  $1,3 \pm 0,07$  до  $1,1 \pm 0,05$  балу.

Суттєве покращення клінічних проявів КС відбулось і в II групі жінок, які використовували лише Валесан. У них також відзначено зниження показника порушення сну з  $2,2 \pm 0,06$  до  $0,7 \pm 0,007$  балу, депресивних розладів – з  $3,6 \pm 0,09$  до  $1,3 \pm 0,03$  балу, боязливості – з  $1,6 \pm 0,07$  до  $0,8 \pm 0,002$  балу і показника припливів з  $3,2 \pm 0,04$  до  $2,6 \pm 0,02$  балів. Тобто, навіть в результаті монотерапії Валесаном у II групі в цілому спостерігалось зниження ступеня важкості клімактеричних розладів.

Найкращі результати були продемонстровані в III групі пацієнок, які отримували комплексну терапію Валесаном та Клімактопланом. Зокрема, припливи жару зменшились з  $3,8 \pm 0,05$  до  $0,8 \pm 0,006$  балу, скарги з боку серцево-судинної системи – з  $1,8 \pm 0,04$  до  $0,6 \pm 0,005$  балу, порушення сну – з  $2,6 \pm 0,02$  до  $0,5 \pm 0,005$  балу. Слід зазначити, що на фоні зменшення нейровегетативних розладів та покращення показників сну статистично достовірно зменшилось фізичне і духовне виснаження – з  $1,8 \pm 0,04$  до  $0,6 \pm 0,009$  балу після лікування.

Під час аналізу рівня особистісної тривожності обстежених жінок було виявлено, що перед початком лікування він був високим у переважній більшості пацієнок (в I групі – 73,33%, II – 67,64% і III – 66,67%). При цьому питома вага жінок із середнім (оптимальним) рівнем тривожності була незначною: I група – 6,67%, II – 11,78% і III – 8,33%. У решти було виявлено низький рівень, що теж є несприятливим показником, який може свідчити про схильність таких жінок до депресивних розладів.

Таблиця 2. Динаміка вираженості клімактеричних проявів за шкалою MRS, M ± m (бали)

Симптоми	I група (n = 30)		II група (n = 34)		III група (n = 36)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
1. Припливи (пітливість, відчуття жару)	3,4 ± 0,02	1,2 ± 0,06 <sup>a</sup>	3,2 ± 0,04	2,6 ± 0,02 <sup>a,6</sup>	3,8 ± 0,05	0,8 ± 0,006 <sup>a,6,8</sup>
2. Скарги з боку серцево-судинної системи (серцебиття, тахікардія, аритмія)	1,4 ± 0,04	0,6 ± 0,006 <sup>a</sup>	1,3 ± 0,03	1,2 ± 0,06 <sup>6</sup>	1,8 ± 0,04	0,6 ± 0,005 <sup>a,6</sup>
3. Порушення сну (проблеми із засинанням, тривожний сон, раннє прокидання, безсоння)	1,8 ± 0,08	1,2 ± 0,05 <sup>a</sup>	2,2 ± 0,06	0,7 ± 0,007 <sup>a,6</sup>	2,6 ± 0,02	0,5 ± 0,005 <sup>a,6,8</sup>
4. Болі в суглобах та м'язах (біль в ділянці суглобів, ревматичні болі)	1,6 ± 0,04	1,5 ± 0,07	1,8 ± 0,02	1,7 ± 0,05 <sup>6</sup>	1,2 ± 0,09	1,1 ± 0,04
5. Депресивні розлади (пригнічення, плаксивість, апатичність, перепади настрою)	2,8 ± 0,04	1,9 ± 0,02 <sup>a</sup>	3,6 ± 0,09	1,3 ± 0,03 <sup>a,6</sup>	2,4 ± 0,07	0,4 ± 0,004 <sup>a,6,8</sup>
6. Роздратованість (нервозність, внутрішнє напруження, агресивність)	2,9 ± 0,05	1,8 ± 0,03 <sup>a</sup>	2,2 ± 0,05	0,6 ± 0,002 <sup>a,6</sup>	1,7 ± 0,07 <sup>a</sup>	0,5 ± 0,005 <sup>a,6</sup>
7. Боязливість (внутрішній неспокій, паніка)	1,8 ± 0,07	0,9 ± 0,003 <sup>a</sup>	1,6 ± 0,07	0,8 ± 0,02 <sup>a</sup>	1,5 ± 0,06	0,7 ± 0,005 <sup>a,6</sup>
8. Фізичне і духовне виснаження (загальне зниження працездатності, зниження розумової працездатності, слабка концентрація, забудькуватість)	1,6 ± 0,02	0,8 ± 0,0007 <sup>a</sup>	1,2 ± 0,04	0,7 ± 0,002 <sup>a</sup>	1,8 ± 0,04	0,6 ± 0,009 <sup>a,6</sup>
9. Сексуальні розлади (зміни сексуального бажання, поведінки і задоволення)	1,8 ± 0,08	1,7 ± 0,02	1,4 ± 0,08	1,3 ± 0,02	1,7 ± 0,03	1,6 ± 0,05
10. Порушення сечовиділення (болюче сечовиділення, часте сечовиділення, мимовільне сечовиділення)	1,6 ± 0,06	1,8 ± 0,02 <sup>a</sup>	1,2 ± 0,05	1,1 ± 0,05	1,7 ± 0,03	1,9 ± 0,07 <sup>a</sup>
11. Сухість піхви (відчуття сухості і печіння в піхві, болючість при статевих контактах)	1,3 ± 0,07	1,1 ± 0,05 <sup>a</sup>	1,5 ± 0,02	1,4 ± 0,07 <sup>6</sup>	1,4 ± 0,06	1,1 ± 0,04 <sup>a</sup>
Сумарний бал	22 ± 0,05	14,5 ± 0,03 <sup>a</sup>	21,2 ± 0,04	13,4 ± 0,02 <sup>a</sup>	21,6 ± 0,06	9,7 ± 0,02 <sup>a,6,8</sup>

<sup>a</sup> – різниця достовірна відносно показника до лікування (p < 0,05);

<sup>6</sup> – різниця достовірна відносно показника жінок I групи (p < 0,05);

<sup>8</sup> – різниця достовірна відносно показника жінок II групи (p < 0,05)

В ході спостереження контролю, частоти та характеру особистісної тривожності на фоні проведення терапії статистично достовірно в усіх групах відбулося зменшення питомої ваги пацієнток із високим і низьким рівнем за рахунок збільшення кількості жінок із помірним рівнем особистісної тривожності, що може свідчити про поліпшення психоемоційного стану після лікування.

Так, у переважної більшості (79,24%) жінок через 3 місяці після лікування спостерігався помірний рівень особистісної тривожності, зокрема в I групі – у 66,67%, в II – у 79,41%, в III – у 91,66% пацієнток.

Подібний розподіл відзначався в пацієнток досліджуваних груп і стосовно показника ситуаційної тривожності. Перед початком лікування в I групі високий рівень був у 66,67% жінок, низький – у 18,2%, в II групі – 64,70% і 20,34%, в III групі у 66,67% і 19,3% відповідно. В решти жінок було відзначено середній рівень ситуаційної тривожності.

Після лікування зафіксовано зниження питомої кількості жінок як із високим, так і з низьким рівнем ситуаційної тривожності. Зокрема, найбільшу питому вагу жінок із середнім (оптимальним) рівнем було відзначено у III групі – 91,67%, де призначались Клімактоплан та Валесан у комплексі.

Динаміка порушень сну, згідно з анкетною бальною оцінкою його суб'єктивних характеристик, відображена в таблиці 3 та на рисунку 3. Слід відзначити, що у I групі пацієнток, які застосовували лише Клімактоплан, вираженість порушень сну достовірно знизилась, що можна пояснити достовірним зменшенням вегетативних та психоемоційних розладів і сприятливою дією фітоестрогенів у комплексі із сепією, ігнацією та сангвінарією на центральну нервову систему.

### ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати наших досліджень збігаються з дослідженням 2007 р. P.J. Murphy и S.S. Campbell [4], які вивчали роль порушення вегетативної регуляції в жінок клімактеричного періоду в генезі симптомів інсомнії, засвідчивши зв'язок якості сну зі зниженням рівня естрадіолу та підвищенням лютеїнізуючого гормону, а також із дослідженням 2015 р. E. Voursouга та співавторів [8], в якому було доведено зв'язок вазомоторних симптомів та депресивних розладів із різними порушеннями сну. Так, із наявністю вазомоторних симптомів в згаданому дослідженні були пов'язані прокидання під час сну (відношення шансів [ВШ] 1,85, p < 0,001), загальна якість сну (ВШ 2,00, p < 0,001), гарне самопочуття протягом дня (ВШ 1,63, p = 0,008), сонливість протягом дня (ВШ 1,66, p = 0,03); з депресією пов'язані процес засинання (ВШ 2,09, p < 0,001), загальна тривалість сну (ВШ 1,62, p = 0,01), загальна якість сну (ВШ 1,64, p = 0,009), гарне самопочуття протягом дня (ВШ 1,67, p = 0,006) та сонливість протягом дня (ВШ 1,57, p = 0,04) [8].

Ефект Клімактоплану в лікуванні КС, як уже зазначалося, пояснюється як моделюючою дією на естрогенні рецептори, так і комплексною дією ще трьох компонентів препарату (сепія, ігнація, сангвінарія) на центральну нервову систему, судинний тонус, уrogenітальні розлади та більше ніж 20 основних симптомів КС.

В результаті дослідження в обстежених жінок нами були виявлені порушення сну. Ці дані також узгоджуються з результатами рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження дії екстракту валеріани при лікуванні безсоння в жінок постменопаузального віку,

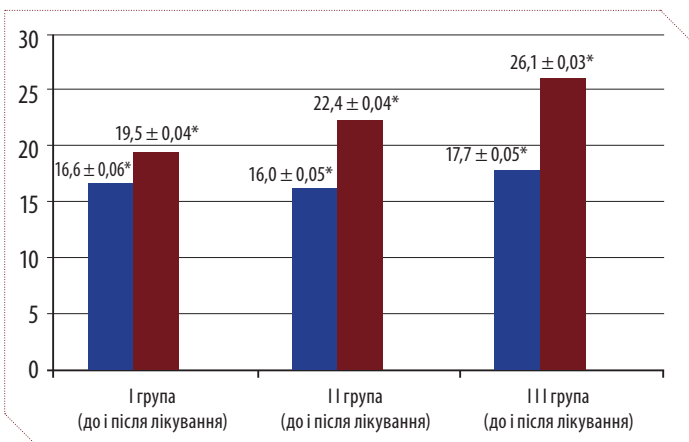
**Таблиця 3.** Динаміка показників сну згідно з анкетною бальною оцінкою суб'єктивних характеристик сну,  $M \pm m$  (бали)

Симптоми	I група (n = 30)		II група (n = 34)		III група (n = 36)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Час засинання	3,4 ± 0,05	3,6 ± 0,03 <sup>a</sup>	3,1 ± 0,06	3,8 ± 0,03 <sup>a,6</sup>	3,2 ± 0,06	4,2 ± 0,05 <sup>a,6,8</sup>
Тривалість сну	2,4 ± 0,07	2,7 ± 0,04 <sup>a</sup>	2,6 ± 0,04	2,8 ± 0,03 <sup>a</sup>	2,9 ± 0,03	4,4 ± 0,02 <sup>a,6,8</sup>
Кількість нічних прокидань	2,2 ± 0,01	3,1 ± 0,06 <sup>a</sup>	2,5 ± 0,04	3,9 ± 0,02 <sup>a,6</sup>	2,6 ± 0,07	4,7 ± 0,05 <sup>a,6,8</sup>
Якість сну	3,0 ± 0,06	3,3 ± 0,04 <sup>a</sup>	3 ± 0,03	3,4 ± 0,05 <sup>a</sup>	2,8 ± 0,04	4,3 ± 0,05 <sup>a,6,8</sup>
Кількість сновидінь	3,1 ± 0,06	3,9 ± 0,03 <sup>a</sup>	3,3 ± 0,06	4,2 ± 0,05 <sup>a,6</sup>	3,5 ± 0,07	3,9 ± 0,03 <sup>a,6,8</sup>
Якість вранішнього прокидання	2,4 ± 0,05	3,5 ± 0,0 <sup>a</sup>	2,1 ± 0,06	4,3 ± 0,03 <sup>a,6</sup>	2,7 ± 0,02	4,7 ± 0,01 <sup>a,6,8</sup>
Сумарний бал	16,6 ± 0,06	19,5 ± 0,0 <sup>a</sup>	16 ± 0,05	22,4 ± 0,04 <sup>a,6</sup>	17,7 ± 0,05	26,1 ± 0,03 <sup>a,6,8</sup>

<sup>a</sup> – різниця достовірна відносно показника до лікування ( $p < 0,05$ );

<sup>6</sup> – різниця достовірна відносно показника жінок I групи ( $p < 0,05$ );

<sup>8</sup> – різниця достовірна відносно показника жінок II групи ( $p < 0,05$ )

**Рисунок 3.** Динаміка показників сну згідно з анкетною бальною оцінкою його суб'єктивних характеристик,  $M \pm m$  (бали)

\* Ступінь вираженості кожного клінічного прояву оцінюється за 5-бальною шкалою:

1 – дуже погано, 2 – погано, 3 – добре, 4 – дуже добре, 5 – відмінно.

які вказують на статистично достовірний позитивний результат даного засобу порівняно з плацебо ( $p < 0,001$ ) [7]. При цьому поліпшення сну відзначали 30% пацієнок, які приймали екстракт кореня валеріани та 4% жінок у групі плацебо.

Проблеми зі сном у жінок клімактеричного періоду часто обумовлені обструктивними порушеннями дихання уві сні. Найчастішою причиною таких порушень є

синдром обструктивного апное сну, який проявляється наступними симптомами: хрипіння з періодичними зупинками дихання під час сну, сонливість вдень, зниження концентрації уваги, пам'яті, головні болі вранці. Частота обструктивного синдрому апное сну пов'язана з менопаузою. Згідно з даними американських вчених [17], клінічні прояви обструктивного синдрому сну в період пременопаузи мають місце у 0,6% жінок, тоді як в період постменопаузи – у 2,7%. З настанням менопаузи в організмі жінки знижується кількість статевих гормонів (не лише естрогенів, а й насамперед прогестерону). В свою чергу прогестерон та його метаболіти відіграють значну роль в акті дихання, будучи дихальними аналептиками. Зниження рівня даного гормону в клімактеричному періоді призводить до порушення синхронізації м'язів, які беруть участь в акті дихання (а саме м'язів глотки), що веде до виникнення обструкції.

## ВИСНОВОК

Отримані результати свідчать про доцільність застосування Клімактоплану в поєднанні з Валесаном для лікування КС. Комплексне застосування зазначених засобів зумовлює поліпшення сну, зниження рівня тривожності, що в свою чергу обумовлює зменшення кількості припливів та покращення якості життя жінок.

## ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Freeman, E.W. "Depression in the menopause transition: risks in the changing hormone milieu as observed in the general population." *Women's Midlife Health* 1.2 (2015). DOI: 10.1186/s40695-015-0002-y
- Freeman, E.W., Sammel, M.D., Lin, H., et al. "Symptoms associated in menopause transition and reproductive hormones in mid-life women." *Obstet Gynecol* 110 (2007): 230–40.
- Kravitz, H.M., Ganz, P.A., Bromberger, J., et al. "Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition." *Menopause* 10.1 (2003): 19–28.
- Murphy, P.J., Campbell, S.S. "Sex hormones, sleep, and core body temperature in older postmenopausal women." *Sleep* 30.12 (2007): 1788–94.
- Park, Y.K., Cha, N.H., Sok, S.R. "Relationships between menopausal syndrome and sleeping of middle-aged women." *Journal of Physical Therapy Science* 27.8 (2015): 2537–40.
- Scheider, H., Heinemann, L., Rosemeir, H., et al. "The menopause rating scale (mrS): reliability of scores of menopausal complaints." *Climacteric* 3 (2000): 59–64.
- Taavoni, S., Ekbatani, N., Kashaniyan, M., Haghani, H. "Effect of valerian on sleep quality in postmenopausal women: a randomized placebo-controlled clinical trial." *Menopause* 18.9 (2011): 951–5.
- Vousoura, E., Spyropoulou, A., Koundi, K., et al. "Vasomotor and depression symptoms may be associated with different sleep disturbance patterns in postmenopausal women." *Menopause* 22.10 (2015): 1053–57.
- Wuttke, W., Seidlova-Wuttke, D. "Black cohosh (*Cimicifuga racemosa*) is a non-estrogenic alternative to hormone replacement therapy." *Journal of Phytomedicine and Phytotherapy* 1.12 (2015). DOI: 10.1186/s40816-015-0013-0
- Національний консенсус щодо ведення пацієнок у клімактерії // Репродуктивна ендокринологія. – 2016. – № 1 (27). – С. 8–25.
- National consensus on management patients in menopause. *Reproductive endocrinology* 1.27 (2016): 8–25.
- Мадаева, И.М. Клімактерический синдром и нарушения сна / И.М. Мадаева, Л.И. Колесникова, Е.И. Солодова, Н.В. Семенова // ФГБУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН (Иркутск). – 2012. – №2 (84). Madaeva, I.M., Kolesnikova, L.I., Solodova, E.I., Semenova, N.V. "Climacteric syndrome and sleep disorders." *FSBU "Scientific Center of Family Health Problems and Human Reproduction" SB RAMS (Irkutsk)* 2.84 (2012).
- Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. В.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М., 2002. – С. 67–97. Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation. Ed. by V.N. Belova, O.N. Shchetpova. Moscow (2002): 67–97.
- Полуэктов, М.Г. Клинический алгоритм диагностического и лечебного выбора при инсомнии / М.Г. Полуэктов // Эффективная Фармакотерапия. Неврология и Психиатрия. – 2013. – № 12.

Poluektov, M.G.

"Clinical algorithm for diagnostic and treatment choice for insomnia." Effective Pharmacotherapy. Neurology and Psychiatry 12 (2013).

14. Татарчук, Т.Ф.

Клімактерический синдром как первое клиническое проявление перименопаузы / Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко, А.О. Исламова // Репродуктивная эндокринология. – 2015. – № 1 (21).

Tatarchuk, T.F., Yefymenko, O.A., Islamova, A.O.

"Climacteric syndrome as a clinical manifestation of perimenopause." Reproductive endocrinology 1.21 (2015).

15. Татарчук, Т.Ф.

Менопауза: новый взгляд на старую проблему / Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко, А.О. Исламова // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 1.

Tatarchuk, T.F., Yefymenko, O.A., Islamova A.O.

"Menopause: A new look at an old problem." Reproductive endocrinology 1 (2013).

16. Richardson, T., Robinson, R.

"Menopause and depression: a review of psychologic function and sex steroid neurobiology during the menopause." Obstet Gynecol 7 (2000): 215–23.

17. Bixler, E., Vgontzas, A., Lin, H., et al.

"Prevalence of sleep-disordered breathing in women." Am J Respir Crit Care Med 163 (2001): 608–13. □

## НЕГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ КЛІМАКТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ

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

**О.О. Ефименко**, к. мед. н., ст. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

**О.В. Занько**, аспірант відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

Метою проведеного дослідження була оптимізація лікування клімактеричних розладів із урахуванням порушень психопатологічного характеру. Проведено обстеження 100 жінок 50–55 років із клімактеричними розладами легкого та середнього ступенів вираженості, які в залежності від лікування були розподілені на 3 групи: I група – 30 жінок, які отримували комплексний гомеопатичний препарат Клімактоплан протягом 3 місяців; II група – 34 жінки, які отримували у вигляді монотерапії засіб Валесан упродовж 3 місяців; III група – 36 пацієнок, що отримували комплекс обох препаратів протягом того ж терміну.

Оцінка вираженості клімактеричного синдрому проводилась відповідно до менопаузальної рейтингової шкали (MRS) до лікування та після нього. Для оцінки рівня тривожності використовували опитувальник Спілбергера-Ханіна, для виявлення інсомнічних порушень – анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну, запропоновану Я.І. Левіним.

В ході дослідження вираженості клімактеричних проявів було виявлено, що після лікування середній сумарний бал шкали MRS знизився в усіх групах. Однак найкращі результати були продемонстровані в III групі пацієнок. На фоні зменшення нейровегетативних розладів та покращення показників сну статистично достовірно зменшилось фізичне і духовне виснаження.

В ході спостереження за частотою та характером особистісної тривожності на фоні терапії статистично достовірно в усіх групах відбулося зменшення питомої ваги пацієнок із високим та низьким її рівнем за рахунок збільшення кількості жінок із помірним рівнем. Зокрема, найбільша питома вага жінок із середнім (оптимальним) рівнем особистісної тривожності відзначалась у III групі, де призначався Клімактоплан із Валесаном. Також у всіх групах пацієнок достовірно зменшилась вираженість порушень сну, однак найбільше це стосувалося III групи.

Отримані результати свідчать про доцільність застосування Клімактоплану в поєднанні з Валесаном для лікування клімактеричного синдрому. Комплексне застосування зазначених засобів зумовлює поліпшення сну, зниження рівня тривожності, що в свою чергу обумовлює зменшення кількості припливів та покращення якості життя жінки.

**Ключові слова:** клімактеричний синдром, негормональна терапія, Клімактоплан, Валесан.

## НЕГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

**О.А. Ефименко**, к. мед. н., ст. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

**Е.В. Занько**, аспирант отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

Целью проведенного исследования была оптимизация лечения климактерических расстройств с учетом нарушений психопатологического характера. Проведено обследование 100 женщин 50–55 лет с климактерическими расстройствами легкой и средней степени выраженности, которые в зависимости от лечения были разделены на 3 группы: I группа – 30 женщин, получавших комплексный гомеопатический препарат Климактоплан в течение 3 месяцев; II группа – 34 женщины, получавшие в виде монотерапии Валесан на протяжении 3 месяцев; III группа – 36 пациенток, которые получали комплекс этих препаратов в течение того же срока.

Оценка выраженности климактерического синдрома проводилась в соответствии с менопаузальной рейтинговой шкалой (MRS) до лечения и после него. Для оценки уровня тревожности использовали опросник Спилбергера-Ханина. Для выявления инсомнических нарушений применяли анкету бальной оценки субъективных характеристик сна, предложенную Я.И. Левиним.

В ходе исследования выраженности климактерических проявлений было выявлено, что средний суммарный бал шкалы MRS снизился во всех группах. Однако лучшие результаты были продемонстрированы в III группе пациенток. На фоне уменьшения нейровегетативных расстройств и улучшения показателей сна статистически достоверно уменьшилось физическое и духовное истощение.

В ходе наблюдения за частотой и характером личностной тревожности на фоне терапии статистически достоверно во всех группах произошло уменьшение удельного веса пациенток с высоким и низким ее уровнем за счет увеличения количества женщин с умеренным уровнем. В частности, наибольший удельный вес женщин со средним (оптимальным) уровнем личностной тревожности отмечался в III группе, где назначался Климактоплан с Валесаном. Также во всех группах пациенток достоверно уменьшилась выраженность нарушений сна, однако больше всего это коснулось III группы.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения Климактоплана в сочетании с Валесаном для лечения климактерического синдрома. Комплексное применение указанных средств приводит к улучшению сна, снижению уровня тревожности, в свою очередь обуславливая уменьшение количества приливов и улучшение качества жизни женщины.

**Ключевые слова:** климактерический синдром, негормональная терапия, Климактоплан, Валесан.

## NONHORMONAL THERAPY OF CLIMACTERIC DISORDERS

**T.F. Tatarchuk**, MD, professor, corresponding member of the 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"

**O.O. Yefymenko**, PhD, senior researcher of the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

**O.V. Zanko**, graduate student of the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

The aim of the study was to optimize the treatment of climacteric disorders, taking into account the nature of psychopathological disorders. 100 women 50–55 years old with climacteric disorders of mild to moderate severity were examined. Depending on the treatment women were divided into 3 groups: I group – 30 women received a complex homeopathic medication Klimaktoplan within 3 months, group II – 34 women received monotherapy with Valesan for 3 months, III group – 36 patients received both these drugs during the same period.

Assessment of the severity of climacteric syndrome was held in accordance with the Menopausal Rating Scale (MRS) before and after treatment. To assess the level of anxiety used Spielberger-Hanin questionnaire. To identify insomnia disorders was used questionnaire of scoring assay for subjective sleep characteristics proposed by Y.I. Levin.

Study of climacteric manifestations showed that the average total MRS scale score decreased in all groups after treatment. However, the best results were demonstrated in patients group III. Against the background of neuro-vegetative disorders reduction and improve sleep parameters was significantly reduced physical and mental exhaustion.

Monitoring the frequency and nature of personal anxiety during therapy showed statistically significant decreasing proportion of patients with high and low levels in all groups and increasing the number of women with a moderate level. The largest share of women with secondary (optimal) level of personal anxiety was observed in group III, which was administered Klimaktoplan and Valesan. Also, in all groups patients significantly reduced the severity of sleep disorders, but the most in group III.

Study results indicate the feasibility complex use of Klimaktoplan and Valesan for climacteric syndrome treatment. Complex use these drugs results in improved sleep, reduced anxiety levels, causes a decrease in hot flushes number and improve the quality of women life.

**Keywords:** climacteric syndrome, non-hormonal therapy, Klimaktoplan, Valesan.