

ЗБІРНИК  
наукових праць

*Асоціації  
акушерів-гінекологів  
України*

Київ  
Інтермед  
2008

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ

Павловська О.М., Павловська К.М.

Одеса

Клімактеричний синдром (КС) - патологічний симптомокомплекс, що формується в період вікової інволюції яєчників внаслідок дисфункції адаптаційних механізмів та характеризується психоневротичними, вазомоторними, обмінними й соматичними розладами.

За даними наукових досліджень у 35% жінок прояви КС можуть спостерігатися на протязі 5 років, у 55% - 5-10 років, у 40% - більше 10 років. Даного часу збільшується частота цієї патології та середньоважкі, важкі форми перебігу [1, 2, 3]. На думку фахівців така ситуація пов'язана з незадовільним станом здоров'я жінок репродуктивного віку, зокрема, прогресуючою розповсюдженістю захворювань серцево-судинної системи, печінки, нирок, цукрового діабету, ожиріння аліментарного генезу, патології щитовидної, надниркових, статевих залоз, гострих/хронічних інфекцій, негативним впливом факторів навколишнього середовища, нерациональним харчуванням, гіподинамією на тлі значної соціально-професійної вимогливості сучасних жінок, невід'ємними складовими якої є хронічний стрес та синдром хронічної втоми, що загалом призводить до виснаження адаптаційних можливостей ЦНС.

Патогенез КС досить складний, але на сьогодні провідними патофізіологічними механізмами визначені прогресуюча оваріальна недостатність з дисфункцією лімбічної ділянки головного мозку й лімбіко-ретікулярного комплексу з ініціацією порушень емоційно-мотиваційної поведінки, виникненням різних фобій, стану неспокою, депресії, зниженням пам'яті, уваги, працездатності, вазомоторною нестабільністю тощо [1, 4, 5]. Отже ефективність лікування КС значною мірою залежить від її патогенетичної спрямованості.

**Мета дослідження** – визначити ефективність комплексної медикаментозної корекції КС.

**Матеріали та методи дослідження.**

Лікування проводилось 22 жінкам в перименопаузі з КС, який встановлювали на підставі гіпострогенії з підвищеним рівнем ФСГ та ЛГ, наявності вазомоторних й нейро-емоційних порушень (гарячі приливи, пітливість, приступи тахікардії, головокружіння, коливання АТ, емоційна лабільність, нервозність, порушення сну).

До складу комплексної медикаментозної терапії включали клімадинон УНО по 1 таблетці увечері на протязі 6 місяців, бусперон гексал по 1 таблетці (10 мг) на протязі 8 тижнів та плантискардію по 1 таблетці на протязі 8 тижнів.

Клімадинон УНО (містить екстракт кореневища димитрифуту) - високоспецифічний та органоселективний фітоестроген, який шляхом взаємодії з рецепторами естрогенів в гіпоталамусі сприяє пригніченню виділення РФ ЛГ з помірним, поступовим зниженням секреції ЛГ та ФСГ, що зберігає природне функціонування яєчників.

Слід зазначити, що в перименопаузі не доцільно призначати гормональну замісну терапію. Це пов'язано з тим що в цей період внаслідок природної оваріальної дисфункції відбувається адаптація, зокрема, гемостазіологічної системи організму з гіпокоагуляційними, гіпоагрегаційними тенденціями. Отже призначення препаратів замісної гормональної дії може призвести до розбалансування стрункої системи гемостазу, гіперкоагуляції з можливими невеликими негативними наслідками.

Бусперон гексал – анксіолітичний препарат, який усуває почуття неспокою, напруги, дратівливості, нормалізує сон.

Плантискардію (містить екстракт з листів та цвіту глуду) поліпшує коронарний кровообіг з одночасним посиленням скорочувальної здатності міокарда та зниженням його збудження, зменшує резистентність периферичних судин, що загалом сприяє нормалізації АТ, заспокоїливо впливає на ЦНС, підвищує опірність організму до несприятливих факторів навколишнього середовища.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

При первинному обстеженні та анкетуванні 13 (59,1%) жінок скаржилися на минуші приливи жару в обличчі, кінцівках з відчуттям тиску в голові, «нестачі» повітря, запамороченням, 7 (31,8%) – підвищену пітливість, 5 (22,7%) – періодичні озноби, 4 (18,2%) – цефалгію, 6 (27,3%) – загальну слабкість зі зниженням працездатності, 3 (13,6%) – порушення сну, 6 (27,3%) – підвищену дратівливість, часті коливання настрою, 8 (36,4%) – лабільність АТ, 2 (9,1%) – пароксизми АТ в виді симпато-адреналових кризів різного ступеня вираженості, 6 (27,3%) – серцебиття та кардіалгії ниючого, давлючого, колючого або ріжучого характеру в ділянці верхівки серця або лівої парастеральної лінії на рівні III-IV ребра. Болі в серці нерідко супроводжувалися й функціональними змінами на ЕКГ: синусовою тахі-брадікардією, екстрасистолією, прискоренням або сповільненням атріовентрикулярної провідності, блокадою ніжок пучка Гіса.

При контрольному клінічному обстеженні через 8 тижнів 19 (86,4%) пацієнток відмітили значне покращення психоемоційного стану з майже повним відновленням проявів дратівливості, нервозності, плаксивості, депресивного настрою зі зменшенням очікувань незадовільного самопочуття. Загальна слабкість та зниження працездатності збереглися у 3 (13,6%) пацієнток. Відбувалось також зменшення частоти, інтенсивності й тривалості вазомоторних проявів КС. Так, на типові приливи жару, озноби, пітливість скаржились вдвічі менше жінок – 7 (31,8%), 2 (9,1%), 4 (18,2%), відповідно. На коливання АТ вказували 5 (22,7%) пацієнток, періодичні симпато-адреналові кризи та кардіалгії збереглися у 2 (9,1%) та 3 (13,6%), відповідно. Враховуючи позитивні клінічні тенденції було вирішено призначити повторний 8 тижневий курс бусперона гексала та плантискардію через 2 місяці.

Наприкінці курсу лікування усі пацієнтки відмітили емоційну стабільність, впевненість, працездатність, незважаючи на шоденні сімейні та професійні турботи. На періодичні гарячі припливи скаржились 4 (18,2%) жінки, але їх прояви були швидко мінущими. У переважній більшості пацієнток нормалізувався також АТ, зникли приступи серцебиття, кардіалгії. У 3 (13,6%) пацієнток пароксизми АТ, що виходили за межі фізіологічних коливань, були розцінені як перші прояви гіпертонічної хвороби.

#### Висновки.

1. Успішність лікування КС значною мірою залежить від її патогенетичної спрямованості, отже в першу чергу має бути направлена на корекцію статевого гормонального фону та нормалізацію функціонування нервової й серцево-судинної систем.

2. Запропонована схема медикаментозної терапії достатньо ефективна, доступна та зручна для застосування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Запорожан В.М.* Акушерство і гінекологія. Книга 2. Гінекологія: Підручник. — К.: Здоров'я, 2000. — С. 99-103.
2. *Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш.* Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: Руководство для врачей /И.А. Гилязутдинов, З.Ш. Гилязутдинова, И.М. Боголюбова и др. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — С. 250-265.
3. *Манухин И.Б.* и др. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. — С. 201-206.
4. *Репродуктивная эндокринология.* В 2 томах. Том 1: Пер. с англ./Под ред. С.С.К. Йена, Р.Б. Джаффе. — М.: Медицина. — 1998. — С. 560-587.
5. *Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В.* Гинекологическая эндокринология. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — С. 471-509.

### ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З МІОМОЮ МАТКИ

*Павловська О.М., Павловська К.М.*

Одеса

Міома матки відноситься до найпоширеніших доброякісних захворювань репродуктивної системи та діагностується до 40% жінок репродуктивного віку [1, 2].

Незважаючи на іноді безсимптомний перебіг, основним клінічним проявом захворювання є гіперменструальний синдром особливо при субмукозній та інтерстиціальній локалізації вузлів, що пов'язано з порушенням контрактильної здатності матки, збільшенням менструальної поверхні, наявності гіперпластичних процесів ендометрію тощо [3, 4]. Надмірні щомісячні крововтрати (кровоноса тривалістю понад 5 днів без утворення згустків, або понад 3 днів з утворенням останніх) неодмінно супроводжуються збільшенням транспортного фонду заліза та формуванням хронічної залізодефіцитної анемії (ЗДА), яка згодом обумовлює дистрофічно-атрофічні зміни в тканинах та органах, функціональні порушення насамперед з боку серцево-судинної та ендокринної систем з ініціацією/поглибленням клінічних проявів міокардіодистрофії, стенокардії, вікової дисциркуляторної енцефалопатії, дизурії з нетриманням сечі, артропатії [5].

На сьогодні основним підходом в лікуванні ЗДА загально визнана ферротерапія, незважаючи на її можливі наявні та відстрочені побічні ефекти особливо при парентеральному застосуванні, що змушує провідні фармацевтичні компанії постійно удосконалювати склад залізовмісних препаратів. Але, враховуючи результати сучасних нанодосліджень, фахівці припускають у майбутньому можливість природнього поповнення функціонального фонду заліза шляхом ятрогенного впливу на рівень гепсидину (антимікробний пептид), який синтезується печінкою та регулює інтенсивність дуоденоїнтестинального усмоктування цього біометалу, отже дієотерапія знов займатиме провідне місце в лікувально-профілактичних програмах сидеропенії.

**Мета дослідження** — визначити ефективність антианемічного лікування у жінок з міомою матки.

**Матеріали та методи дослідження** — обстежено 30 жінок в віці 32-44 років з міомою матки розміром до 15-16 тижнів гестації, яким було показано планове оперативне лікування в об'ємі надпівової ампутація/екстирпація матки без/з додатками матки, але відтермінована до 12 місяців з сімейних, соціальних, професійних або інших причин.

Діагноз залізодефіцитної анемії встановлювали на підставі виявлення ознак анемічного та сидеропенічного синдромів, зниження рівня гемоглобіну (<120 г/л), еритроцитів (<3,5410<sup>12</sup>/л), кольорового показника (<0,8), сироваткового заліза (<11,5 ммоль/л) та феритину сироватки крові (<12 мкг/л), підвищення загальної залізов'язуючої здатності сироватки (ЗЗЗС), наявності мікроцитозу, анізоцитозу, пойкилоцитозу тощо.

Пацієнток розділили на 2 підгрупи:

I підгрупа — 15 жінок, які отримували ферумбо по 10 мл/доб на протязі 8 тижнів (до нормалізації показників крові) з послідовним зниженням дози до 5 мл/доб.

II підгрупа — 15 жінок, яким призначали до оперативного лікування ферумбо по 10 мл/доб з 5 по 15 день менструального циклу.

Слід зазначити, що з сучасних позицій доцільним є призначення саме неіонних з'єднань заліза, представлених гідроксид-полімальтозним комплексом Fe<sup>3+</sup> (ферумбо, мальтофер, біофер), структура яких максимально