

# Негормональная терапия ранних климактерических нарушений

*Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Ефименко О.А., Кваша Т.И., Сольский В.С.*

**Резюме.** *Результаты проведенного исследования свидетельствуют о безопасности и высокой клинической эффективности препарата Ременс, в комплексной терапии вегето-сосудистых и психопатологических нарушений у женщин в перименопаузе.*

Анализ гинекологической заболеваемости свидетельствует о повышении в последние годы частоты климактерического синдрома (КС), которая колеблется, по данным ряда авторов, в пределах 30-70% в популяции женщин в возрасте от 40 до 65 лет [2, 4, 5, 6, 7, 8]. В структуре проявлений патологического климакса значительный удельный вес имеют вегетососудистые и психопатологические нарушения, которые нередко приводят к временной, а иногда и стойкой утрате трудоспособности [1, 2, 3].

Учитывая несовершенство предложенных методов симптоматического лечения патологии климакса, трудность индивидуального подбора медикаментозных средств, многообразие их побочных эффектов, а также нередкие случаи отказа пациенток от заместительной гормональной терапии или противопоказаний к ней, определенный интерес представляют лекарственные средства природного происхождения. С этой точки зрения наибольший интерес представляют препараты, оказывающие эстрогеноподобное действие. К ним относится натуральный препарат Ременс, в состав которого входят: Cimicifuga D1, Sanguinaria D6, Aristolochia D6, Sepia D12 мл, Lachesis D12.

Натуральное негормональное средство Ременс содержит компоненты, которые влияют на различные звенья патогенетической цепи вегето-сосудистых и психопатологических проявлений КС, поэтому мы сочли целесообразным

включить препарат Ременс в комплексную терапию перименопаузальных нарушений.

Целью настоящего исследования было изучение клинической эффективности препарата Ременс в комплексном лечении ранних климактерических нарушений.

**Материалы и методы.** Обследовано 122 женщины в перименопаузе в возрасте от 45 до 50 лет с легкой и средней степенью выраженности климактерических нарушений. Методом рандомизации пациентки были разделены на 2 группы: основная группа - 62 женщины получали Ременс по 10 капель 3 раза в день за 30 мин. до еды на фоне базисного витаминно-физиотерапевтического комплекса, включавшего гидропроцедуры, лечебную гимнастику и поливитамины ежедневно; контрольная группа - 60 пациенток получали только базисный комплекс. Группы были сопоставимы по степени выраженности климактерических нарушений до начала лечения, индексу массы тела, данным гинекологического и экстрагенитального анамнеза.

Степень выраженности ранних климактерических нарушений оценивали, используя менопаузальный индекс (МПИ) по Сметник В.П.-Уваровой Е.В. [2]. Для его вычисления психопатологические нарушения (снижение работоспособности, утомляемость, невнимательность, ухудшение памяти, плаксивость, раздражительность, депрессия, расстройство аппетита, нарушения сна и либидо) и вегето-сосудистые расстройства (приливы, повышение артериального давления, головная боль, вестибулопатии, тахикардия, повышенная чувствительность к высокой температуре, зябкость, ознобы, ощущение онеменья тела, парестезии, изменение дермографизма, симпатоадреналовые кризы) оценивали в зависимости от степени их выраженности, а затем суммировали. Для психопатологических нарушений МПИ, равный 0 трактовали как отсутствие нарушений, 1-7 баллов - как нарушения легкой степени, 8-14 баллов - средней, 15 баллов и больше - тяжелой степени. Вегетативно-сосудистые нарушения при значении МПИ до 10

баллов трактовали как отсутствие патологических проявлений, 11-20 баллов - как легкую степень, 21-30 баллов - среднюю, 31 балл и больше - тяжелую степень нарушений.

Динамика психопатологических проявлений КС оценивалась также с использованием шкалы самооценки уровня реактивной и личностной тревожности С.Spielberger в модификации Ю.Л.Ханина (1972), а для исследования внимания и сенсомоторных реакций проводилась корректурная проба В.Bourdon (1885).

Динамика гормонального гомеостаза оценивалась путем определения уровня гормонов в сыворотке крови (ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона). Проводилось также общеклиническое обследование с определением ряда биохимических показателей и УЗИ исследование с определением толщины эндометрия.

Результаты обработаны статистически с использованием современных методов вариационной статистики, в том числе методов оценки повторных измерений, при помощи программы Excel Microsoft Office.

**Результаты.** При анализе результатов проведенных исследований выявлено, что у женщин основной группы, принимавших Ременс, в первую очередь уменьшилась выраженность вегето-сосудистых нарушений (рис.1). Так, уже через 1 мес. терапии в основной группе отмечалась тенденция к уменьшению удельного веса женщин со средней степенью выраженности вегето-сосудистых расстройств, что составило 12,9% по сравнению с 26,67% - во II группе ( $t=1,76$ ). При этом средний показатель МПИ относительно данной группы нарушений был значительно меньше такового в контрольной группе - соответственно  $15,24 \pm 0,74$  против  $22,48 \pm 1,19$  балла ( $p < 0,05$ ). После 3-х месячного курса лечения удельный вес пациенток с отсутствием вегето-сосудистой симптоматики в I группе был значительно выше 25 (40,32%), чем при применении только базисного комплекса - 8 (13,33%,  $p < 0,05$ ). При этом средний показатель МПИ относительно этой группы нарушений после

окончания курса терапии в I группе составил  $10,11 \pm 0,43$  балла, в то время как во II группе -  $19,54 \pm 1,2$  балла ( $p < 0,05$ ).

Что касается воздействия комплексной терапии на психоэмоциональную сферу (рис.2), то среди пациенток двух групп после 1 месяца терапии отмечалась тенденция к уменьшению удельного веса женщин с легкой и средней степени выраженности психопатологическими нарушениями, однако в контрольной группе эти показатели и в дальнейшем оставались практически на тех же уровнях. Через 3 месяца лечения отмечено полное исчезновение психопатологических нарушений у 22 (35,48%) женщин, применявших Ременс, в то время как при применении базисного комплекса - у 5 (8,33%,  $p < 0,05$ ). Средний МПИ относительно этой группы расстройств после 3-х месячной терапии у женщин I группы составил  $6,39 \pm 1,73$  балла и был существенно ниже соответствующего показателя во II группе -  $11,51 \pm 1,26$  балла ( $p < 0,05$ ).

Положительное воздействие Ременса на когнитивную и эмоциональную сферу отмечено и при более углубленном исследовании этих функций.

Данные корректурной пробы (табл.1) показывают, что до начала терапии уровень астении у пациенток обеих групп был достаточно высоким (здоровые испытуемые при обследовании выполняют задания за 6-8 минут и допускают при этом не более 15 ошибок). Увеличение времени выполнения пробы, а также увеличение количества допущенных ошибок (особенно во второй ее части) иллюстрирует выраженную астенизацию исследуемых, с быстрой утомляемостью и истощением мыслительных процессов.

**Таблица 1. Показатели корректурной пробы в изучаемых группах больных**

Период терапии	Среднее время, затраченное на выполнение корректурной пробы	Количество ошибок, допущенных в среднем
-------------------	---	--

	<b>всего</b>	<b>в 1-й части пробы</b>	<b>во 2-й части пробы</b>	<b>Всего</b>	<b>в 1-й части пробы</b>	<b>во 2-й части пробы</b>
<b>I группа</b>						
До лечения	9,8±1,2	4,7±2,1	5,1±1,1	19,7±4,9	6,0±2,1	13,7±2,8
Спустя 1 мес	8,8±2,6	4,4±1,8	4,4±1,8	15,8±3,3	5,4±1,6	10,4±1,6
Спустя 3 мес	8,3±2,89	4,2±1,9	4,1±0,9*	12,8±3,4	5,0±1,9	7,8±2,3*
<b>II группа</b>						
До лечения	9,9±2,4	4,5±3,4	5,4±2,3	19,6±5,1	6,1±1,6	13,5±2,3
Спустя 1 мес	9,6±2,9	4,5±2,1	5,1±1,6	18,4±3,8	5,9±2,3	12,5±4,5
Спустя 3 мес	9,3±1,6	4,4±2,4	4,9±2,7	16,3±4,1	5,5±2,4	10,8±4,7

Примечание. \* - разница достоверна относительно показателя до лечения в пределах групп ( $p < 0,05$ ).

Как видно из таблицы 1, после курса лечения, включавшего Ременс, отмечено существенное уменьшение времени выполнения 2-й части пробы и снижение количества допущенных ошибок в этой же ее части, что косвенно отражает процесс восстановления когнитивных функций и повышения способности к концентрации внимания, в то время как при применении только витаминно-физиотерапевтического комплекса существенных изменений в показателях корректурной пробы отмечено не было.

Оценивая уровень личностной и ситуационной тревожности у больных исследуемых групп (рис. 3,4), следует отметить, что до начала лечения у всех пациенток он был достаточно высоким (высоким считается показатель 46 баллов и более, средним - 35-45 баллов, низким - 20-34 балла). По ходу лечения в основной группе отмечается достоверное снижение средних показателей личностной тревожности уже через месяц после начала лечения, а ситуационной - через 3 месяца, чего не наблюдается в контрольной группе. Снижение уровня личностной и ситуационной тревожности чрезвычайно

важный показатель, ибо отражает в значительной степени способность пациентки быть адаптированной в обществе (как в семье, так и на работе).

Эндокринологические исследования показывают достоверное повышение уровня эстрадиола - с  $416,3 \pm 28,5$  до  $542,7 \pm 23,6$  пмоль/л ( $p < 0,05$ ) и снижение концентрации ЛГ с  $67,3 \pm 5,9$  до  $36,4 \pm 6,5$  мМЕ/л ( $p < 0,05$ ) в группе женщин, получающих Ременс, что в значительной мере объясняет быстрое обратное развитие клинической симптоматики КС. При этом уровень ФСГ в основной группе оставался практически без изменений. В контрольной группе определенной динамики уровней половых стероидных и гонадотропных гормонов не отмечается.

Существенных изменений в показателях общеклинических лабораторных исследований у женщин двух групп не выявлено, что подтверждает отсутствие негативных побочных эффектов проводимой терапии.

В двух группах не отмечается и достоверных изменений толщины эндометрия.

Проведенные исследования показали, что препарат Ременс существенно снижает степень выраженности клинических проявлений КС, положительно воздействует на эмоциональную и когнитивную функцию, оказывает модулирующее действие на гормональный гомеостаз. Препарат не вызывает пролиферации эндометрия и не оказывает влияния на состояние биохимических показателей крови, что подтверждает его безопасность и свидетельствует о целесообразности применения препарата Ременс в комплексной терапии легкой и средней степени выраженности перименопаузальных климактерических расстройств.

### **Литература:**

1. Здоров'я населення України. 1996 рік (щорічна доповідь).— К., 1997.— 135 с.

2. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология.: Санкт-Петербург, 1995.- 223с.
3. Bates G.W. Physiology of Ovarian Failure. In: Care of the menopausal women. // The American College of Obstetricians and Gynecologists Postgraduate Course. Las Vegas 1997.
4. Hunter M.S. Mental changes: are they due to oestrogen deficiency?: European consensus development conference.- Montreux Switzerland, 1996.- P.73.
5. Saletu B. Does the menopause change the psyche?: European consensus development conference.- Montreux Switzerland.- 1996.- P.79
6. The postmenopausal health curriculum / A continuing medical education program for total, healthcare of the mature women.- New York.- 1997.- 45p.
7. Von Sydow K., Reimer C // Psychother Psychosom med. Psychol.- 1995.- Vol.45.- P.225-236.
8. WHO. Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO scientific group.- Geneva.- 1996.- 107p.