

# Вивчення ефективності застосування препарату Декліманс® у жінок в період перименопаузи

Ю.П. Вдовиченко, О.Ю. Гурженко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Проблема психосоматичних, урогенітальних та сексуальних розладів у період перименопаузи дуже актуальна. У роботі досліджено ефективність фітоестрогенового комплексу Декліманс® у жінок в період перименопаузи. Відзначено покращання сексуального життя (частоти та якості сексуальних стосунків) в середньому на 30% за різними показниками. За шкалою Quality of Life Inventory (QOLI) показник зменшився на 0,4 бала. Середній показник за шкалою Satisfaction with Life Scale за час лікування виріс на  $2,2 \pm 0,3$  бала, що свідчить про високу ефективність препарату. Відзначалась стабілізація артеріального тиску, а також зниження рівнів холестерину та тригліцеридів у крові. Рівні гормонів стабілізувалися – ФСГ та ЛГ знизилися на 36,9% і 37,1% відповідно, естрадіол підвищився на 75,9%. Частота застосування препарату (один раз на добу) є ще однією з його переваг. Результати дослідження доводять, що застосування фітоестрогенового комплексу Декліманс® є безпечним та ефективним для лікування основних проявів перименопаузи та клімактеричного синдрому.

**Ключові слова:** Декліманс, перименопауза, клімактеричний синдром.

Проблема сексуальних розладів, психосоматичних та урогенітальних порушень у жінок в період перименопаузи є надзвичайно актуальною в зв'язку з подовженням тривалості життя, збільшенням вимог до якості життя, підвищенням самооцінки та соціального статусу жінок. Сучасна жінка більш вимоглива до себе та оточуючих, працює, зайнята сімейними справами та роботою, а також собою, що останнім часом стає пріоритетом. Тому на сьогодні жінка в період перименопаузи, як правило, соціально владштована, має роботу, дорослих дітей, коханого чоловіка і прагне бути коханою та бажаною. А певні особливості жіночого організму у цей період життя є визначальною складовою формування щасливого подружнього життя, оптимального психологічного стану жінки. Отже, дана проблема має не тільки медичне, але й велике соціальне значення [6,7].

Перименопауза – це період вікового зниження функції яєчників, в основному після 45 років, включаючи пременопаузу і один рік після менопаузи або 2 роки після останньої самостійної менструації. Менопауза – це остання самостійна менструація, зумовлена функціональним станом репродуктивної системи. Дату менопаузи встановлюють ретроспективно, а саме – після 12 міс відсутності менструації. Менопауза настає в середньому у віці близько 50 років [1–3].

Перименопауза характеризується: 1) прогресивним виснаженням функції яєчників; 2) зміною чутливості фолікулів; 3) зміною секреції яєчникових гормонів [2].

До моменту народження в яєчниках дівчинки міститься близько двох мільйонів ооцитів, до пубертатного періоду – близько 300–400 тис, а до 50 років у більшості жінок їх лише кілька сотень. З віком, поряд з виснаженням фолікулів, також знижується кількість рецепторів до гонадотропнів. Це спричинює зниження чутливості яєчників до власних гонадотропних стимулів і зменшення частоти овуляторних циклів. Зі зменшенням числа фолікулів відзначається селективне зниження секреції імунореактивного інгібіну яєчниками, що

частіше передує зниженню секреції естрадіолу. Отже, раннім маркером попередньої менопаузи є підвищення рівня фолікулостимулювального гормону (ФСГ), тому що між інгібіном і ФСГ існує зворотний зв'язок. Оскільки секреція лютеїнізувального гормону (ЛГ) не взаємопов'язана з інгібіном, то підвищення ЛГ настає пізніше і ступінь підвищення його менше, ніж ФСГ. У міру припинення овуляції зникає циклічність у секреції естрадіолу і прогестерону яєчниками.

Отже, для перименопаузи характерні такі зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі: 1) прогресивне виснаження фолікулярного апарату яєчників; 2) епізодичне підвищення рівня ФСГ задовго до менопаузи і поступове більш стабільне підвищення його з наближенням до менопаузи; 3) прогресивне зниження рівнів естрадіолу в крові; 4) зменшення частоти овуляторних циклів; 5) зниження фертильності [1–3].

Слід пам'ятати, що менопауза та клімактеричний синдром – це не тотожні поняття. Якщо прояви періоду менопаузи у жінки є фізіологічним процесом, то клімактеричний синдром – це відхилення від нормального перебігу даного періоду.

Основними проявами клімактеричного періоду є психосоматичні, урогенітальні та сексуальні порушення [2].

Статеві стосунки у жінок у період перименопаузи мають певні особливості, що потенційно впливає на стан жіночої сексуальної функції та зумовлює формування розладів, в основі яких лежать певні психосоціальні фактори, результати хірургічних втручань, неадекватна медикаментозна терапія [6, 7].

Сексуальна функція у жінок залежить від функціональної активності нервової, статевої, серцево-судинної системи, а також від адекватної ендокринологічної регуляції при цьому та психологічних особливостей організму конкретної жінки, її статевої конституції тощо. Відхилення у будь-якій з цих систем призводить до порушень в організмі, що впливають на сексуальне здоров'я. Дана патологія є поліетіологічною, тому важливим аспектом є виявлення груп ризику та профілактика сексуальних розладів у цих групах, а також їхнє лікування [2].

Для жінок, що страждають на дану патологію, сексуальна дисфункція фізично дезорганізаційна, емоційно пригнічувальна та соціально руйнівна. Інший негативний фактор жіночої сексуальної дисфункції у жінок полягає в тому, що ця сексуальна проблема за відсутності профілактики та лікування має прогресивний характер та недостатньо досліджена [4, 6].

Окрім цього, вчасне виявлення та створення оптимальних схем діагностики дозволить провести ефективну корекцію сексуальних розладів, їхніх можливих ускладнень, а також зберегти здоров'я жінки [5].

На даний час, згідно зі стандартами надання медичної допомоги, розроблено декілька варіантів лікування – від застосування фітоестрогенів до замісної гормональної терапії. Другий варіант є достатньо ефективним, але має досить багато побічних ефектів. Висока ефективність застосування більш безпечних фітоестрогенів доведена європейськими та вітчизняними спеціалістами [5].

Фітоестрогеновий комплекс Декліманс™ містить екстракти 6 лікарських рослин.

1. Екстракт коріння дикого ямсу – сприяє секреції дегідроепіандростерону, активізує імунну систему, усуває

прояви менопаузи, знижує рівень холестерину, має легку спазмолітичну та анальгезивну дію.

2. Екстракт шишок хмелю – містить природні естрогеноподібні речовини, які певною мірою компенсують зниження рівня власних естрогенів у жінок в період перименопаузи, має седативну, сечогінну, протизапальну та загальнозміцнюючу дію, а також тонізуючу дію відносно травного тракту.

3. Екстракт коріння дудника китайського – підвищує чутливість рецепторів до естрогену, стимулює синтез ендогенних естрогенів, нівелює прояви клімактеричного синдрому, має спазмолітичну, протизапальну, седативну дію, покращує реологічні властивості крові, периферійний кровообіг та гемопоез.

4. Екстракт коріння пуерарії лопатевої – має естрогеноподібну дію, знижує артеріальний тиск, нормалізує функцію печінки, покращує стан шкіри та мозковий кровообіг.

5. Екстракт трави якріців сланних – покращує лібідю, знижує рівень холестерину та тригліцеридів у крові, має сечо- та жовчогінну дію, нормалізує систему гемостазу (має антикоагулянтну дію), покращує перистальтику кишечника.

6. Екстракт коріння циміцифуги – має естрогеноподібну дію, попереджає розвиток остеопорозу, має седативну дію, стимулює секрецію бронхіальних залоз.

**Мета дослідження:** вивчення ефективності застосування фітоестрогенового комплексу Декліманс® (компанія «Фармпланета») у жінок перименопаузального віку, що мають психосоматичні, урогенітальні та сексуальні розлади.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО імені П.Л. Шупика. Дослідження тривало протягом 3 міс. Пацієнткам перименопаузального віку було проведено низку анкетних та лабораторних досліджень до початку лікування та після 3-місячного курсу монотерапії фітоестрогеновим комплексом Декліманс® за загальноприйнятою схемою – по 1 капсулі один раз на добу. Проводили анкетування з метою виявлення динаміки змін клімактеричних скарг, вегетосудинних проявів, психоемоційних розладів. Досліджували гормональний фон, ліпідний спектр та проводили моніторинг артеріального тиску. Добровільні згоди на проведення обстеження та лікування були належним чином оформлені.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні брали участь 35 пацієнток. Вік хворих варіював від 45 до 56 років. Середній вік пацієнток склав  $51 \pm 1,2$  року, при цьому переважали жінки 48–53 роки – 28 (80%).

Професійний склад хворих був вкрай різноманітним. Серед групи досліджуваних хворих були бізнесвумен, вчителі, інженери, митці, робітники, наукові працівники, будівельники, водії, працівники житлово-комунального господарства. Працівники розумової праці склали 62,8% (22), а робітники фізичної праці – 37,2% (13). Мешканців села було 6 (17,2%), мешканців міст і селищ міського типу – 29 (82,8%).

Було проаналізовано сімейний стан жінок, які брали участь у дослідженні (табл. 1). Як свідчать дані табл. 1, основну частку жінок склали одружені, тому якість сімейних відносин мала неабияке значення в даній когорті досліджуваних.

Оцінка жінками якості сімейних відносин за анкетами продемонстрована у табл. 2.

Отже, наочно продемонстровано, що 34,3% жінок вважають свої сімейні відносини конфліктними, хоча майже за третьої частини жінок (28,5%) відносини були комфортні.

Основні менопаузальні характеристики обстежених пацієнток: 1) вік початку менопаузи  $47,5 \pm 1,3$  року; 2) тривалість менопаузи  $5,4 \pm 0,4$  року.

Однією з важливих характеристик було встановлення терміну від появи перших ознак захворювання до візиту до лікаря (табл. 3).

Таблиця 1

#### Сімейний стан жінок періоду перименопаузи

Стан	Кількість хворих, абс. число	Кількість хворих, %
Одружена	28	80,0
Неодружена	2	5,7
Розлучена	5	14,3
Разом	35	100

Таблиця 2

#### Розподіл хворих залежно від сімейних відносин

Взаємовідносини в родині	Кількість хворих, абс. число	Кількість хворих, %
Спокійно-доброзичливі	10	28,5
Нерівні	6	17,2
Формально-спокійні	7	20,0
Конфлікти, що порушують єдність сім'ї	12	34,3
Усього	35	100

Таблиця 3

#### Розподіл хворих за терміном від перших ознак захворювання до першого звернення до лікаря

Період часу	Кількість хворих, абс. число	Кількість хворих, %
Від 1 міс	2	5,7
Від 2 до 3 міс	4	11,4
Від 4 до 6 міс	5	14,3
Від 7 до 9 міс	9	25,7
Від 10 до 12 міс	8	22,8
До 24 міс	6	17,2
Понад 24 міс	1	2,9
Всього	35	100

Таблиця 4

#### Розподіл хворих залежно від наявності супутніх соматичних захворювань

Супутні хвороби	Кількість хворих, абс. число	%
Ішемічна хвороба серця	15	42,9
Геморой	11	31,4
Артеріальна гіпертензія	13	37,2
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	9	26,7
Цукровий діабет	2	5,7
Хронічний холецистит, жовчнокам'яна хвороба	17	48,6
Остеохондроз хребта	8	22,9
Хронічний гастрит	8	22,9
Сечокам'яна хвороба	7	20,0
Хронічний гепатохолецистит	7	20,0
Бронхіальна астма, обструктивний бронхіт	2	5,7
Інші	11	31,4

Основна частина пацієнток уперше звернулись до лікаря більше ніж через 7 міс після початку захворювання (у період від 7 до 24 міс за допомогою звернулись 65,7% жінок, які брали участь у дослідженні), що свідчить про частково

Таблиця 5

Показники репродуктивного здоров'я обстежених жінок (абс. число, %)

Показник	n=35	%
1 пологи	15	42,9
2 пологів	16	45,7
3 та більше пологів	2	5,7
Кесарів розтин	9	26,7
1-3 аборта	12	34,3
1-3 мимовільних викидні	7	20,0
1-2 передчасних пологів	0	0
1-2 пізніх аборти	0	0

байдуже ставлення до себе, загальну зайнятість і навіть сором'язливість у сфері інтимного здоров'я.

Одним з факторів, що впливає на перебіг перименопаузи у жінки, є стан соматичного здоров'я, що було проаналізовано у табл. 4.

На перший план виходять захворювання, що пов'язані з гепатобіліарною системою, а також захворювання серця та судин.

Репродуктивне здоров'я жінок оцінювали за кількістю пологів, штучних та самовільних абортів (табл. 5).

Перебіг перименопаузи нерозривно пов'язаний із захворюваністю жіночих статевих органів. Основні види патології, що зустрічалися у жінок під час обстеження, наведені в табл. 6.

З метою дослідження частоти та якості статевих стосунків серед обстежених жінок проводили анкетування за методом McСоу з урахуванням п'яти основних якісних показників (ступеня статевого потягу, збудження, любрикації, досягнення оргазму, задоволення, сатисфакції, болю при статевих стосунках за 5-бальною шкалою) та кількісних показників (з урахуванням частоти статевих стосунків на місяць). Отримані дані продемонстровані у табл. 7.

Середня частота сексуальних стосунків за місяць серед усіх обстежених жінок становила 3,7 разу. Причини ухиляння від статевих стосунків були різноманітні: біль при статевому акті – 16 (45,7%) жінок; сухість слизової оболонки піхви – у 28 (80,0%); зниження статевого потягу – у 13 (37,2%); відсутність оргазму – у 15 (42,8%); ще 9 (25,7%) жінок бажали б покращити якість оргазму.

Після проведеного курсу лікування фітоестрогеновим комплексом Декліманс® у 31 (88,6%) з 35 жінок відзначають покращання у сфері статевих відносин. Так, 12 (34,3%) пацієнток відзначили збільшення частоти статевих стосунків у середньому на 2,3 разу за місяць. А серед 8 (22,8%) жінок, що не жили статевим життям, 4 (11,4%) зробили успішну спробу відновлення сексуального життя пари. Біль під час статевого акту зменшилась з 4,8 бала до 2,1 бала у 11 (31,4%) жінок, майже зник у 3 (8,6%) жінок, не змінився у 2 (5,7%) жінок. Любрикація покращилася у 24 (68,6%) жінок, не змінилась у 4 (11,4%) жінок. Наявність оргазму відзначили 21 (60,0%) жінка, а покращення його – 6 (17,2%) жінок. Підвищення лібідю спостерігалось у 19 (54,2%) пацієнток.

Оцінювання клімактеричних скарг за модифікованим менопаузальним індексом (ММІ), де ступінь вираженості кожного симптому визначали за 4-бальною шкалою: 0 балів – немає симптому; 1 бал – неясково виражений легкий ступінь; 2 бали – симптом середнього ступеня вираженості; 3 бали – виражений ступінь прояву симптому. Серед вегетосудинних проявів у обстежених жінок спостерігались: приливи жару (33; 94,3%), пітливість (29; 82,8%), головний біль (25; 71,4%), перебої в роботі серця (11; 31,4%), гіпервентиляційний синдром з відчуттям нестачі повітря (8; 22,8%), диспепсичні прояви (13; 37,2%).

Серед психоемоційних розладів мали місце роздратованість у 30 (85,7%), слабкість – у 34 (97,2%), немотивоване відчуття тривоги – у 22 (62,8%), зниження загального фону

Таблиця 6

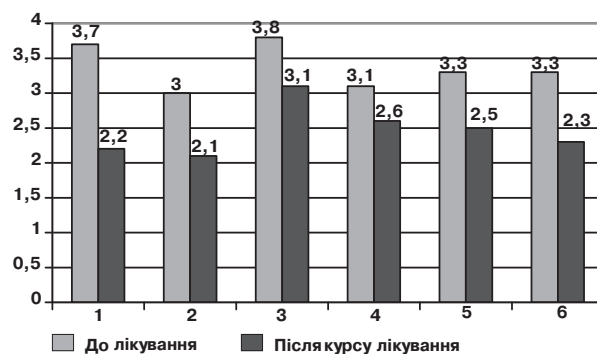
Розподіл хворих залежно від наявності гінекологічних захворювань

Супутні хвороби	Кількість хворих, абс. число	%
Фіброміома матки	8	22,8
Хронічні запальні захворювання органів малого таза	12	34,3
Патологія шийки матки	10	28,6
Інші	11	31,4

Таблиця 7

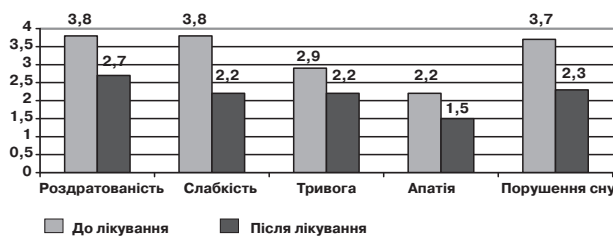
Частота статевих стосунків

Частота статевих стосунків	Загальна кількість обстежених, n=35	
	Абс. число	%
Не живуть статевим життям	8	22,8
1-3 рази за місяць	19	54,2
4-8 разів за місяць	5	14,3
9 та більше разів	2	5,7



Мал. 1. Оцінка клімактеричних скарг за ММІ до та після лікування

Показники: 1 – приливи жару; 2 – пітливість; 3 – головний біль; 4 – перебої в роботі серця; 5 – гіпервентиляційний синдром; 6 – диспепсичні явища



Мал. 2. Вираженість психоемоційних порушень за ММІ до та після лікування

настрою – у 31 (88,6%) жінки. Порушення сну спостерігалось у 29 (82,8%) обстежуваних жінок.

Результати обстеження, отримані після проведеного лікування фітоестрогеновим комплексом Декліманс®, зазначені на мал. 1.

Отже, інтенсивність приливів жару зменшились від 3,7±0,2 бала до 2,2±0,1 бала (p<0,05). Відзначалось зменшення пітливості з 3,0±0,4 бала до 2,1±0,2 бала (p<0,05). Інтенсивність головного болю, яка становила 3,8±0,4, зменшилась

до  $3,1 \pm 0,1$  бала ( $p < 0,05$ ). Показник перебоїв у роботі серця зменшився з  $3,1 \pm 0,2$  до  $2,6 \pm 0,2$  бала ( $p < 0,05$ ). Інтенсивність гіперветиляційного синдрому знизилась з  $3,3 \pm 0,3$  до  $2,5 \pm 0,2$  бала ( $p < 0,05$ ). Диспепсичні прояви, що становили  $3,3 \pm 0,2$  бала, після проведеного лікування препаратом Декліманс® зменшилися до  $2,3 \pm 0,3$  бала ( $p < 0,05$ ).

Серед психоемоційних порушень (мал. 2), які в обов'язковому порядку мали місце у всіх обстежених жінок, прояв роздратованості зменшився з  $3,8 \pm 0,2$  до  $2,7 \pm 0,2$  бала ( $p < 0,05$ ), слабкість від  $3,8 \pm 0,2$  до  $2,2 \pm 0,4$  бала ( $p < 0,05$ ), рівень тривоги знизився з  $2,9 \pm 0,3$  до  $2,2 \pm 0,2$  бала ( $p < 0,05$ ), рівень апатії зменшився від  $2,2 \pm 0,1$  до  $1,5 \pm 0,3$  бала ( $p < 0,05$ ). Також покращився сон, про що свідчить зменшення показника порушення сну з  $3,7 \pm 0,3$  до  $2,3 \pm 0,3$  бала ( $p < 0,05$ ).

За шкалою Satisfaction with Life Scale (шкала задоволення життям) середній показник у обстежених до лікування складав  $3,4 \pm 0,6$  бала, після 3 міс терапії препаратом Декліманс® даний показник виріс до  $5,6 \pm 0,4$  бала ( $p = 0,04$ ).

За шкалою Quality of Life Inventory (QOLI) показник до лікування складав  $2,3 \pm 0,2$  бала, а після лікування –  $1,9 \pm 0,6$  бала ( $p = 0,045$ ).

Також у протокол дослідження входило визначення гормонального фону жінок до та після застосування фітоестрогенового комплексу Декліманс®. Так, концентрація естрадіолу у жінок до початку лікування складала  $44,5 \pm 8,8$  пг/мл, після проведеного лікування рівень естрадіолу збільшився до  $78,3 \pm 5,8$  пг/мл ( $p < 0,05$ ). Рівень ФСГ до лікування становив  $98,8 \pm 15,3$  МО/мл, після терапії рівень ФСГ знизився до  $62,3 \pm 8,5$  МО/мл ( $p < 0,05$ ). Рівень ЛГ становив  $86,9 \pm 10,8$  мМОЕ/мл до лікування, після рівень даного гормону знизився і склав  $54,7 \pm 7,9$  мМО/мл ( $p < 0,05$ ). Показник загального тироксину суттєво не змінився на тлі проведеного лікування і становив  $125,9 \pm 13,7$  нмоль/л на початку дослідження та  $120,6 \pm 5,4$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ).

Однією з основних скарг періоду перименопаузи є сухість слизової оболонки піхви. Тому з метою загального оцінювання мікроекології піхви усім пацієнткам проводили рН-метрію піхви. За результатами рН-метрії піхви без стимуляції до лікування рівень складав  $6,54 \pm 0,34$ . Після проведеного лікування рН піхви становив  $5,26 \pm 0,41$  ( $p < 0,05$ ).

Оскільки період перименопаузи є критичним у виявленні есенціальної артеріальної гіпертензії, усім пацієнткам проводили моніторинг артеріального тиску. Артеріальна гіпертензія 1-го ступеня I стадії, де систолічний артеріальний тиск складав  $135,4 \pm 9,8$  мм рт.ст., діастолічний –  $89,3 \pm 7,3$  мм рт.ст., спостерігалась у 9 (25,7%) жінок, а 2-го ступеня II стадії (систолічний артеріальний тиск –  $143,6 \pm 12,5$  мм рт.ст., діастолічний тиск –  $97,2 \pm 10,3$  мм рт.ст.) – у 4 (11,4%) жінок. II стадія характеризувалась гіпертрофією лівого шлуночка серця (за електрокардіограмою).

Після курсу лікування клімактеричних проявів фітоестрогеновим комплексом Декліманс®, що тривав 3 міс, визначилась наступна тенденція. Рівень систолічного тиску знизився до  $121,8 \pm 7,2$  мм рт.ст., діастолічного – до  $76,6 \pm 5,4$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ) у жінок з артеріальною гіпертензією 1-го ступеня I стадії. У пацієнток з артеріальною гіпертензією 2-го ступеня II стадії зниження було менш значущим. Так, показник систолічного артеріального тиску знизився до  $135,8 \pm 3,8$  мм рт.ст., діастолічного – до  $92,5 \pm 4,1$  мм рт.ст. ( $p = 0,052$ ).

Проте у всіх пацієнток відзначається більш стабільний рівень артеріального тиску протягом дня, що було абсолютно відсутнє до початку лікування. Усім хворим була рекомендована консультація кардіолога з подальшим призначенням оптимального лікування артеріальної гіпертензії.

Також усім жінкам було проведено дослідження ліпідного спектра до та після 3-місячного лікування, що довело позитивний вплив препарату Декліманс® на ліпідний обмін. Рівень загального

холестерину знизився з  $7,21 \pm 0,41$  ммоль/л до  $6,31 \pm 0,35$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Рівень тригліцеридів знизився з  $2,98 \pm 0,87$  ммоль/л до  $2,11 \pm 0,21$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Рівень ліпопротеїдів низької щільності знизився з  $4,01 \pm 0,02$  ммоль/л до  $3,62 \pm 0,12$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Рівень ліпопротеїдів високої щільності виріс з  $0,82 \pm 0,11$  ммоль/л до  $1,15 \pm 0,14$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

За весь час лікування будь-яких побічних ефектів зафіксовано не було.

## ВИСНОВКИ

1. Період перименопаузи у жінки – це період нових соціальних, сімейних, психоемоційних порушень на тлі фізіологічного пригнічення функціонування яєчників. Клімактеричний синдром – патологічний стан, що виникає під час періоду перименопаузи, розвивається внаслідок порушення гормонального балансу та зриву компенсаційних механізмів, і характеризується цілою низкою психосоматичних, урогенітальних та сексуальних порушень. Згідно зі стандартами надання медичної допомоги, для лікування проявів перименопаузи та клімактеричних розладів широко застосовують фітоестрогенові комплекси, одним з яких є препарат Декліманс®.

2. Після тримісячної терапії фітоестрогеновим комплексом Декліманс® практично у всіх обстежених жінок відзначена суттєва позитивна динаміка психоемоційних, ендокринологічних та соматичних клімактеричних показників:

1) покращання загального самопочуття та сексуальної функції жінок;

2) у 34,2% жінок частота статевих актів на місяць збільшилася у середньому до 6 раз;

3) біль при статевому акті зменшився вдвічі у 31,4% пацієнток, лобрикація покращилась у 68,6% жінок;

4) ступінь вираженості клімактеричних скарг (приливи жару, пітливість, відчуття нестачі повітря, перебоїв в роботі серця, головний біль, диспепсичні явища) за ММІ зменшився в середньому на 30%;

5) психоемоційні порушення (відчуття тривоги, прояв роздратованості, слабкість рівень апатії, порушення сну) зменшили свою інтенсивність в середньому на третину;

6) за шкалою Quality of Life Inventory (QOLI) показник зменшився на 0,4 бала, що становить 17,4% від початкового рівня, а середній показник за шкалою Satisfaction with Life Scale за час лікування Деклімансом™ виріс на  $2,2 \pm 0,3$  бала, що свідчить про достатньо високу ефективність досліджуваного препарату;

7) після проведеного лікування рівень ФСГ зменшився на 36,9%, ЛГ – на 37,1% ( $p < 0,05$ ), рівень тироксину суттєво не змінився, а рівень естрадіолу збільшився на 75,9% від початкового рівня;

8) у пацієнток з артеріальною гіпертензією I стадії відзначена стабілізація артеріального тиску на рівнях, встановлених ВООЗ як нормальні (менше  $129/89$  мм рт.ст.), у пацієнток з артеріальною гіпертензією II стадії відзначалась відносна стабільність тиску;

9) відзначено покращання ліпідного обміну – зниження рівня холестерину (на 12,5%), тригліцеридів (на 29,2%), ліпопротеїдів низької щільності (на 9,7%), а рівень ліпопротеїдів високої щільності зріс на 28,7%.

Таким чином, усі зазначені дані свідчать про високу ефективність та безпечність фітоестрогенового комплексу Декліманс® у лікуванні основних проявів менопаузи та клімактеричного синдрому. Частота застосування препарату (один раз на добу) є ще однією з його переваг над іншими препаратами цієї фармакологічної групи. А вплив на ліпідний спектр крові та артеріальний тиск є, безумовно, значущим у комплексному лікуванні даної категорії жінок. Тому фітоестрогеновий комплекс Декліманс® слід рекомендувати до застосування пацієнткам у період перименопаузи для корекції її проявів та лікування симптомів клімактеричного синдрому.



**Изучение эффективности применения препарата Деклиманс® у женщин в период перименопаузы**  
**Ю.П. Вдовиченко, Е.Ю. Гурженко**

Проблема психосоматических, урогенитальных и сексуальных нарушений у женщин в период перименопаузы очень актуальна. В работе исследована эффективность фитоэстрогенного комплекса Деклиманс® у женщин в период перименопаузы. Отмечено улучшение сексуальной жизни (частоты и качества сексуальных отношений) в среднем на 30% по разным показателям. По шкале Quality of Life Inventory (QOLI) показатель уменьшился на 0,4 балла. Средний показатель по шкале Satisfaction with Life Scale за время лечения вырос на  $2,2 \pm 0,3$  балла, что свидетельствует о высокой эффективности препарата. Отмечалась стабилизация артериального давления, а также снижение уровней холестерина и триглицеридов в крови. Уровни гормонов стабилизировались – ФСГ и ЛГ снизились на 36,9% и 37,1% соответственно, эстрадиол повысился на 75,9%. Частота приема препарата (один раз в сутки) является еще одним его преимуществом. Данные исследования доказывают, что использование фитоэстрогенного комплекса Деклиманс® является безопасным и эффективным для лечения основных проявлений перименопаузы и климактерического синдрома.  
**Ключевые слова:** Деклиманс, перименопауза, климактерический синдром.

**The study of efficiency of the use of Declimans™ for women in the period of a perimenopause**  
**Iu.P. Vdovichenko, O.Iu. Gurzhenko**

The problem of psycho-somatic, urogenital and sexual troubles in women during the period of perimenopause is very actual. The efficiency of the use of fitoestrogenny complex Declimans® in women during the period of perimenopause was investigated in the research. Improvement of sexual life (frequency and quality of the sexual relations) on the average for 30% on different indicators is noted. On a scale of Quality of Life Inventory (QOLI) the indicator decreased by 0,4 points. The average value on Satisfaction with Life Scale scale during treatment grew by  $2,2 \pm 0,3$  points that shows rather high efficiency of a studied medicine. The stabilization of arterial pressure, and also decrease in levels of cholesterol and triglycerides in blood were noted. Levels of hormones were stabilized – FSG and LG decreased by 36,9% and 37,1% respectively, estradiol increased by 75,9%. Frequency of reception of the medicine (once per day) also is its advantage. These researches prove that use of the fitoestrogenny complex Declimans® is safe and effective for treatment of the main manifestations of a perimenopause and a climacteric syndrome.

**Key words:** Declimans, perimenopause, climacteric syndrom.

**Сведения об авторах**

**Вдовиченко Юрий Петрович** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

**Гурженко Елена Юрьевна** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Майкл Т. Макдермотт. Секреты эндокринологии. – М.: Издательство Бином, 1998. – С. 342–346.
2. Ашрафян Л.А., Харченко Н.В., Ивашина С.С., Акопова Н.Б., Бабаева Н.А., Сергеева Н.И. «Патогенез» Климактерий. Четыре патогенетических варианта изменений в половых органах у женщин в постменопаузе, № 3, 2001. – С. 7–8.
3. Рубченко Т.Л., Лукашенко С.Ю. Не все женщины в менопаузе имеют дефицит эстрадиола Московский областной НИИ акушерства и гинекологии. – М., 2004.
4. Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю. Некоторые аспекты вазомоторной нестабильности у женщин в постменопаузе. Российский научный центр рентгенорадиологии МЗ РФ. – М., 2003.
5. Сметник В.П. Лечение и профилактика климактерических расстройств // Клиническая фармакология и терапия. – 1997. – Т. 6, № 2. – С. 86–91.
6. James Ellison and Sumer Verma Depression in Later Life: A Multidisciplinary Psychiatric Approach, 2009.
7. Richard Balon and R. Taylor Segraves Handbook of Sexual Dysfunction, 2005.

Статья поступила в редакцию 15.09.2014