

# Сучасні можливості негормональної корекції клімактеричних розладів у жінок у перименопаузальний період

Н.С. Луценко, О.Д. Мазур, Н.Ф. Єфіменко

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»

Перименопаузальний період – це вік найвищого духовного та інтелектуального розвитку жінки, тому нейровегетативні та психоемоційні розлади у цей період набувають особливого медично-соціального значення і потребують пошуку ефективних та безпечних методів їхньої корекції.

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності препарату Ноофен® у жінок з клімактеричними розладами легкого та середнього ступенів у перименопаузальний період.

**Матеріал та методи.** Комплексно обстежена 51 жінка у перименопаузальний період: I основна група – 20 пацієнок із легким ступенем клімактеричного синдрому (КС), II основна група – 16 жінок з клімактеричними розладами середньої тяжкості. До контрольної групи увійшли 15 практично здорових жінок. Для корекції перименопаузальних порушень використовували препарат Ноофен® (АО «Олайнфарм», Латвія) за запропонованою нами схемою. Ефективність негормональної корекції симптомів КС оцінювали за динамікою модифікованого менопаузального індексу, особливостями гормонального статусу та результатами психодіагностичного обстеження.

**Результати.** У жінок основних груп переважали нейровегетативні (14,5±2,6 та 26,6±4,2 бала у I та II групах спостереження) та психоемоційні розлади (4,9±1,3 та 11,2±1,6 бала відповідно). Рівні гормонів (ФСГ, Е<sub>2</sub>, ПРЛ) відповідали перименопаузальним значенням, але достовірно відрізнялись від показників групи контролю. Виявлено індивідуально-особистісні властивості жінок з КС, зокрема інтроверсія та емоційна нестабільність. Порівняльний аналіз за шкалами Спілбергера–Ханіна засвідчив, що більш ніж у половині (55,0%) жінок I основної та у більшості (81,25%) жінок II основної групи проти 33,35% – у групі контролю (p<0,05) діагностовано високий рівень особистісної тривожності; середній рівень ситуативної тривожності був найвищий у жінок II групи – 54,83±6,0 бала проти 43,2±5,3 бала в I основній групі та 36,3±4,8 бала у пацієнок без клімактеричних порушень (p<0,05). У 24 (77,42%) жінок основної групи виявлена сексуальна дисфункція, при цьому її ступінь був найбільшим за середньої тяжкості клімактеричних розладів. Негормональна корекція перименопаузальних порушень за допомогою препарату Ноофен® сприяла зниженню сумарного менопаузального індексу та привела до зникнення клінічних проявів КС у 10 (50,0%) жінок у I та у 6 (37,5%) – у II групах. Достовірне зниження рівнів особистісної та реактивної тривожності на тлі терапії довело виражений транквілізуючий ефект похідного ГАМК і бета-фенілетиламіну. Покращання психоемоційного та сексуального стану сприяло підвищенню основних показників якості життя пацієнок у перименопаузальний період.

**Заключення.** Результати дослідження довели високу ефективність препарату Ноофен® для негормональної корекції нейровегетативних та психоемоційних розладів у жінок у перименопаузальний період.

**Ключові слова:** перименопауза, клімактеричний синдром, менопаузальний індекс, Ноофен®, тривожність, сексуальна дисфункція, якість життя.

Період, протягом якого на тлі вікових змін в організмі жінки домінують інволютивні процеси у репродуктивній системі, а саме – зниження генеративної і менструальної функцій внаслідок генетично запрограмованого згасання і припинення функції яєчників, називається клімактерієм (у перекладі з грецької – «щабель сходів»). Одним із послідовних етапів клімактерію є перименопауза, що триває від початку нерегулярних менструальних циклів (менопаузальний перехід) до 12 міс після останньої самостійної менструації [11].

Фундаментом, що визначає перебіг даного періоду за фізіологічним або патологічним типом, є стан адаптаційно-компенсаторних процесів у центральній нервовій системі. Клімактерію, з нейробіологічної точки зору, можна розглядати як поєднання вікових і стрес-індукованих порушень діяльності мозку [7].

Ураховуючи те, що перименопаузальний вік, як правило, є віком найвищого духовного та інтелектуального розвитку, коли жінка досягає професійної зрілості, найбільш затребувана у суспільстві та сім'ї, особливого медико-соціального значення набувають аспекти, які визначають якість життя жінки у цей період [6].

За даними різних авторів, у 60–80% жінок перименопауза ускладнюється розвитком клімактеричного синдрому (КС), серед ранніх проявів якого найчастіше виникають вегетосудинні та психопатологічні розлади за рахунок дисбалансу активності різних нейромедіаторних систем мозку [8, 10]. Так, достатньо добре відомий феномен ослаблення дофамінергічної нейромедіації на тлі відносної активації адренергічних процесів у період клімактерію з наступним розладом діяльності катехоламінергічних систем, які відіграють ключову роль у підтриманні гомеостазу кровообігу та контролю артеріального тиску [5]. Також важливу роль у розвитку психоемоційних порушень при цьому відіграє ослаблення ГАМК (γ-аміномасляна кислота)-ергічної нейромедіації, типове як для старіння мозку, так і для естрогенного дефіциту та пов'язане з ослабленням біосинтезу ГАМК та зі зменшенням ГАМК-рецепторного зв'язування. Саме ці порушення є підґрунтям формування реакції «тривожного очікування», характерної для КС, а у разі свого прогресування – тривожних розладів, депресій та панічних нападів [4].

«Золотим стандартом» та головним патогенетично обґрунтованим медикаментозним методом лікування КС залишається менопаузальна гормональна терапія (МГТ). Однак наявність суттєвих протипоказань при різних клінічних ситуаціях, відмова жінки від терапії через часто необґрунтовану онко- та гормонофобію, неприпустиме порушення режиму вживання обмежує застосування цих препаратів. Окрім того, застосування лише МГТ не завжди приводить до ефективного зменшення вегетосудинних та психопатологічних проявів [10,12]. Тому пошук альтернативних ефективних і безпечних методів відновлення адаптаційних можливостей організму жінок у перименопаузальний період, корекції вегетативних та психоемоційних розладів залишається актуальною проблемою сучасної медицини, що потребує мультидисциплінарного підходу.

З огляду можливостей впливу на основні нейромедіаторні ланки патогенезу клімактеричних порушень цікавим є препарат Ноофен® – похідне ГАМК і бета-фенілетиламіну (АТ «Олайнфарм», Латвія). Відомо, що він зв'язується у головному мозку тільки з ГАМК<sub>B</sub>-рецепторами, зумовлюючи активацію останніх та стимулюючи ГАМК-ергічну медіацію. Це дуже важливо, оскільки вікові (у тому числі і при КС) порушення ГАМК-ергічної медіації є пов'язаними саме з недостатністю ГАМК<sub>B</sub>-рецепторів. Унікальність дії Ноофену® також зумовлена наявністю у його молекулі бета-фенілетиламіну, який є фізіологічним модулятором дофамінергічної нейромедіації, зокрема стимулює вивільнення і гальмує зворотне захоплення дофаміну і, тим самим, посилює дофамінергічні впливи. Саме з наявністю описаного механізму пов'язана одна з найбільш характерних клінічних особливостей Ноофену® – антиастенічна у поєднанні з психоенергетичним компонентом без прямого психостимулювального (посилення тривожності, немотивованого збудження, безсоння) ефекту [1,2].

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності препарату Ноофен® у жінок з клімактеричними розладами легкого та середнього ступенів у перименопаузальний період.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на кафедрі акушерства та гінекології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» на базі ЗОЗ «Пологовий будинок № 3» м. Запоріжжя. На першому етапі дослідження проведено оцінювання наявності клімактеричних розладів у 125 жінок перименопаузального віку (42–53 роки). Ступінь тяжкості КС визначали із використанням модифікованого менопаузального індексу (ММІ) Купермана (1959 р.) в модифікації Уварової О.В. (1983 р.) [8].

Критеріями включення до основної групи спостереження були:

- перименопаузальний період,
- клінічно та лабораторно підтверджені симптоми КС легкого та середнього ступенів,
- протипоказання або відмова від МГТ,
- інформована згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

- тяжкі клімактеричні порушення,
- вживання комбінованих естроген-гестагенних, вегетотропних, ноотропних, психотропних препаратів протягом останнього місяця або на момент обстеження,
- гострі запальні процеси,
- злоякісні новоутворення будь-якої локалізації,
- тяжкі соматичні захворювання,
- відмова пацієнтки від участі у дослідженні.

Комплексно обстежено 51 жінку, які були розподілені на групи:

- I основна група – 20 пацієток з легким ступенем КС (ММІ – 12–34 бали),
- II основна група – 16 жінок, які мали клімактеричні розлади середньої тяжкості (ММІ – 35–58 балів).

До контрольної групи увійшли 15 практично здорових жінок у період перименопаузи без ознак КС.

Під час анкетування пацієток урахували час появи перших симптомів КС, репродуктивний анамнез (вік менархе, регулярність менструальних циклів або тривалість їхньої відсутності, кількість вагітностей, пологів, використання гормональних препаратів, перенесені гінекологічні захворювання та операції), наявність соматичної патології.

Усім пацієткам окрім рутинного загальносоматичного та гінекологічного обстежень на етапі скринінгу проводили ультразвукографічне обстеження органів малого таза у режимі реального часу за стандартною методикою конвексними датчиками (апарат «Volusion E8», General Electric). Урахову-

вали дані мамологічного обстеження за умови його проведення протягом року перед включенням у дослідження.

Для оцінювання гормональних перименопаузальних змін визначали у сироватці крові імуноферментним методом рівні фолікулостимулювального гормону (ФСГ), пролактину (ПРЛ) та тиреотропного гормону (ТТГ) за допомогою наборів реактивів фірми «Вектор Бест» (Росія), естрадіолу (E<sub>2</sub>) – з використанням тест-систем фірми «DRG» (США) на аналізаторі «ТЕКАН» (Австрія).

Усім пацієткам проведено психодіагностичне обстеження за допомогою шкал реактивної та особистісної тривожності за Ч.Д. Спілбергером та Ю.Л. Ханіним, тест-опитувальника Г. Айзенка, анкетування «Індекс жіночої сексуальної функції» (FSFI) [9, 14].

Для оцінювання якості життя використовували загальний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form). Відповіді на 36 пунктів були згруповані у вісім шкал, статистичне оброблення даних проводили за допомогою автоматизованої програми «Test\_sf36» [13].

Пацієткам I основної групи призначали Ноофен® у добовій дозі 750 мг, що була поділена на 3 вживання: по 250 мг тричі на день після їди; жінкам II основної групи – 1000 мг на добу (по 1 капсулі 500 мг два рази на день). Термін вживання препарату дорівнював 8 тиж.

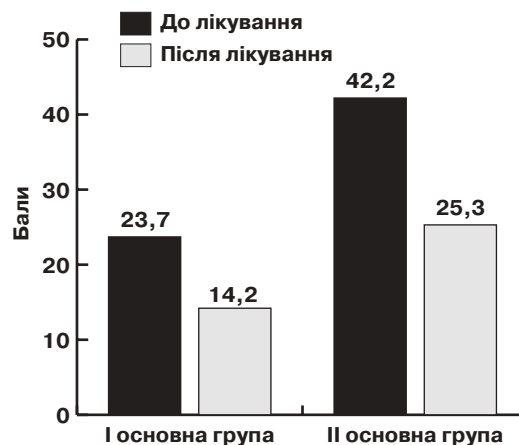
Ефективність терапії оцінювали за динамікою ММІ, за результатами психодіагностичних тестів, вивчення гормонального гомеостазу.

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили з використанням програм Microsoft Excel і Statistica for Windows V. 6.0. Для кожного кількісного параметра були визначені середнє значення (М), помилка середнього (m), для якісних даних – частоти (%). Відповідно до нормальності розподілу значень використовували параметричні методи (t-критерій Стьюдента). Відмінності вважали вірогідними при p<0,05.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтки основних та контрольної груп достовірно не різнилися за віком – середній становив 50,94±4,20 року.

На час включення у дослідження нерегулярний менструальний цикл був діагностований у 12 (60,0%) жінок I основної та у 6 (37,5%) – II основної груп, у контрольній групі – у 8 (53,36%) пацієток. Період відсутності менструацій у всіх жінок достовірно не відрізнявся і становив у середньому 7,33±1,53 міс.



**Мал. 1.** Динаміка вираженості клімактеричних розладів за модифікованим менопаузальним індексом Купермана, бали

Гормональний статус жінок клінічних груп, М±m

Показник	I основна група, n=20		II основна група, n=16		Контрольна група, n=15
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
ФСГ, мМО/мл	50,6±10,3*	43,6±9,2	57,4±13,8*	48,4±8,9*	39,5±2,5
E <sub>2</sub> , пг/мл	80,9±9,4*	82,5±8,8	74,6±10,2*	76,4±11,0	93,9±9,9
ПРЛ, мМО/л	300,8±35,4	280,1±26,7	346,6±33,0*	293,6±31,2	270,3±23,5

Примітка. \* – Різниця достовірна проти показників контрольної групи (p<0,05).

Під час опитування виявлено, що патологічні перименопаузальні прояви тривали у пацієток I основної групи 11,0±1,5 міс, II групи – 18,5±3,5 міс (p<0,05).

Як зазначалось раніше, розподіл обстежених жінок на клінічні групи здійснювали з урахуванням сумарного ММІ Купермана, який мав вихідне значення у жінок з легким ступенем КС (I основна група) 23,7±3,3 бала, при середній тяжкості перебігу КС (II основна група) – 42,2±5,3 бала (мал. 1).

Як встановлено за докладним аналізом симптомів КС, у жінок основних груп переважали нейровегетативні (14,5±2,6 та 26,6±4,2 бала у I та II групах спостереження) та психоемоційні розлади (4,9±1,3 та 11,2±1,6 бала відповідно). При цьому обмінно-ендокринні порушення були стабільно низькими (у середньому 2,72±1,1 бала) незалежно від ступеня тяжкості КС. У зв'язку з отриманими результатами призначення препарату Ноофен® виявилось клінічно та патогенетично обґрунтованим, урахувавши його антиастенічний, транквілізуючий, вегетостабілізуювальний, ноотропний та вазотропний ефекти.

Оцінювання ефективності терапії стосовно вираженості перименопаузальних симптомів засвідчила достовірне зниження сумарного ММІ в обох групах: у I основній групі – 14,2±2,0 бала проти 23,7±3,3 бала до лікування (p<0,05); у II основній групі – 25,3±2,7 бала щодо 42,2±5,3 бала на початку дослідження (p<0,05) (див. мал. 1). Важливо також відзначити зниження клінічних проявів КС на тлі вживання препарату Ноофен® у 10 (50,0%) жінок у I та у 6 (37,5%) – у II групах.

Стосовно гормонального гомеостазу, то у всіх обстежуваних жінок рівні гормонів відповідали перименопаузальним значенням (табл. 1).

Результати порівняльного аналізу засвідчили, що концентрація ФСГ у плазмі крові значно варіювала, але знаходилась у межах референтних значень для періоду перименопаузи; при цьому у жінок з клімактеричними розладами до початку лікування виявилась достовірно (p<0,05) більшою (50,6±10,3 і 57,4±13,8 мМО/мл відповідно у I та II групах) щодо показника у практично здорових пацієток (39,5±2,5 мМО/мл). Через 8 тиж вживання препарату Ноофен® відзначена тенденція до зниження його рівня до 43,6±9,2 мМО/мл у I групі та 48,4±8,9 мМО/мл у II групі – це відображає поступове відновлення балансу основних нейромедіаторних систем.

Концентрація E<sub>2</sub> в усіх групах обстеження була знижена, що свідчило про наявність естрогенного дефіциту у жінок у період перименопаузи. Проте у пацієток з клінічними проявами патологічного клімаксу показники естрогенів були достовірно нижчими, ніж за його фізіологічного перебігу: 80,9±9,4 пг/мл у I групі, 74,6±10,2 пг/мл у II групі проти 93,9±9,9 пг/мл у групі контролю (p<0,05). Як видно, протягом терапії спостерігається слабка тенденція до підвищення рівня E<sub>2</sub>.

Під час визначення вмісту ПРЛ у плазмі крові не було виявлено жодного випадку гіпо- або гіперпролактинемії. При цьому унікальність бета-фенілетиламіну у складі Ноофену® як модулятора дофамінергічної нейромедіації вірогідно сприяла зниженню концентрації ПРЛ у межах референтних значень у жінок основних груп майже

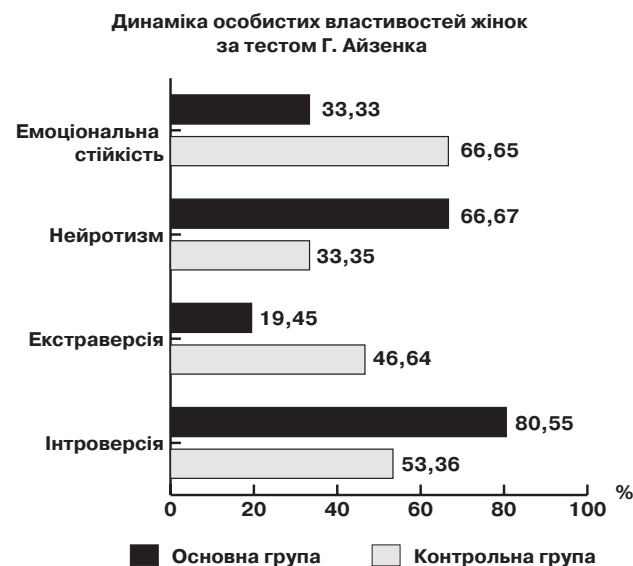
до рівня групи контролю: так, у I групі – від 300,8±35,4 до 280,1±26,7 мМО/л, у II групі – від 346,6±33,0 до 293,6±31,2 мМО/л проти 270,3±23,5 мМО/л у практично здорових пацієток (p<0,05).

Лабораторна оцінка тиреоїдного статусу жінок на етапі скринінгу довела відсутність дисфункції щитоподібної залози у всіх клінічних групах. Так, рівні ТТГ достовірно не відрізнялись між пацієтками і становили у середньому у I основній групі – 2,02±0,85 мМО/л, у II – 1,76±0,66 мМО/л, у групі контролю – 1,58±0,67 мМО/л (p>0,05).

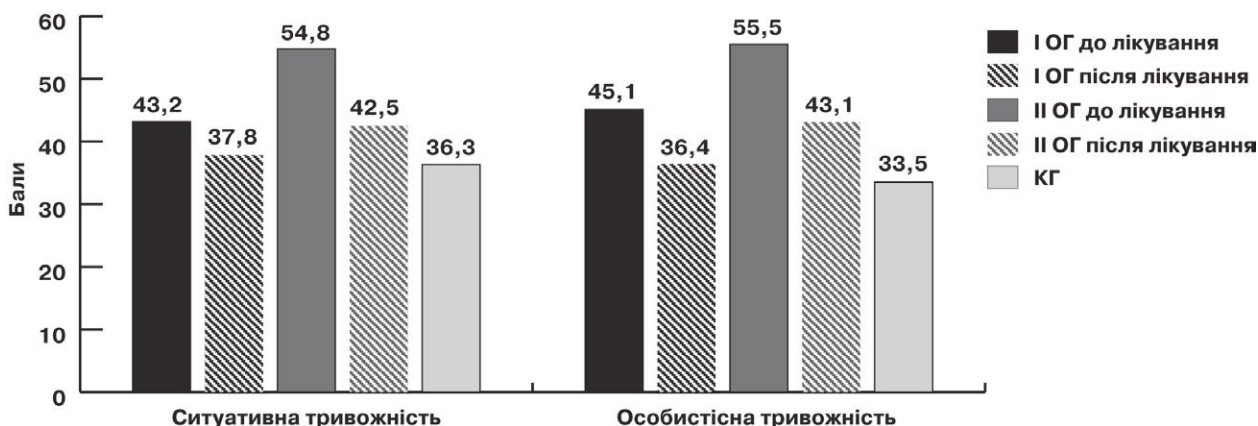
Загальновідомо, що велике значення у розвитку і прояві симптомів захворювання мають властивості особистості. Під час первинного звернення була визначена структура особистості пацієток клінічних груп. Використання тест-опитувальника Г. Айзенка дозволило виявити деякі індивідуально-психологічні відмінності (мал. 2).

Як видно, жінкам з симптомами КС більш властива інтроверсія, яку фіксували у більшості (80,55%) пацієток основної групи проти 53,36% у контрольній групі (p<0,05). Схильність інтровертів до патологічного перебігу перименопаузи вперше встановлена у даній роботі й дозволяє відносити цю властивість особистості до групи ризику з розвитку клімактеричних психоемоційних розладів.

Нейротизм як властивість особистості, що характеризує людину з боку емоційної нестійкості, тривожності, напруженості, лабільності вегетативної нервової системи, неврівноваженості нервово-психічних процесів, виявився посиленням (оцінка понад 12 балів) у двох третинах (24–66,67%) пацієток з клімактеричними розладами. У контрольній групі емо-



Мал. 2. Особистісна характеристика жінок з перименопаузальними порушеннями та без клімактеричного синдрому



Мал. 3. Динаміка середніх балів тривожності за шкалою Спілберга-Ханіна

ціональна нестабільність спостерігалася у 2,0 разу рідше (у 5–33,35%), а для більшості (66,65%) пацієнток була характерна емоційна стійкість (див. мал. 2). Посилення властивостей нейротизму проявлялося у чутливості до стресогенних ситуацій, схильності до неприємних переживань та швидкої зміни настрою, почуття неспокою і заклопотаності, зниження уваги.

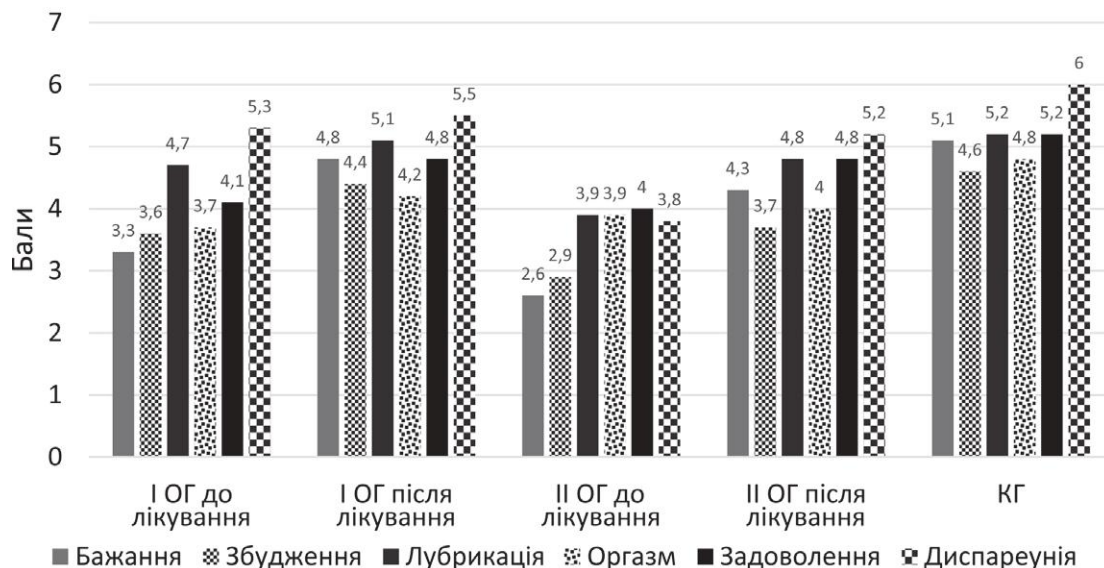
За допомогою шкали Спілберга-Ханіна визначено, що середній показник особистої тривожності, яка є стійкою індивідуальною характеристикою і передбачає наявність тенденції сприймати досить широкий діапазон ситуацій як загрозливі, становив у жінок з клімактеричними симптомами (основна група) 49,3±6,7 бала, в контрольній групі – 35,5±5,1 бала (мал. 3).

При цьому більш ніж у половині (55,0%) у I основній та у більшості (81,25%) жінок у II основній групах проти 33,35% у групі контролю (p<0,05) діагностовано високий рівень тривожності, що дає підставу прогнозувати появу у цих пацієнток стану тривожності у різноманітних ситуаціях. При цьому помірна особистісна тривожність відзначена у 7 (35,0%) та 3 (18,75%) жінок відповідно; низький рівень діагностовано у 2 (10,0%) пацієнток з легким ступенем КС і в жодному випадку – при середньому ступені перименопаузальних розладів.

Порівняльний аналіз ситуативної тривожності, яка виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і характери-

зується цілою низкою переживань, засвідчив, що її середній рівень виявився найвищим у жінок II групи – 54,83±6,0 бала проти 43,2±5,3 бала у I основній групі та 36,3±4,8 бала у пацієнток без клімактеричних порушень (p<0,05).

Під час оцінювання ефективності негормональної корекції психоемоційних розладів у жінок у перименопаузальний період за шкалами Спілберга-Ханіна виявлено, що вживання препарату Ноофен® протягом 8 тиж сприяло достовірному зниженню рівнів тривожності у пацієнток обох клінічних груп (див. мал. 3). Так, в групі пацієнток з легким ступенем КС (приймали «Ноофен» по 250 мг 3 рази на добу) показники ситуативної тривожності (до лікування – 43,2±5,5 бала, після – 37,8±4,8 бала) та особистісної тривожності (до лікування – 45,1±5,2 бала, після – 36,4±3,45 бала) на тлі терапії досягли рівнів контрольної групи (36,3±4,8 та 35,5±5,1 балів відповідно). У жінок з клімактеричними розладами середнього ступеня (вживали Ноофен® по 500 мг двічі на добу) спостерігалась аналогічна тенденція до нормалізації психоемоційного фону: рівень ситуативної тривожності знизився з 54,8±6,7 до 42,5±5,2 бала, особистісної – з 55,5±7,1 до 43,1±5,6 бала (p<0,05). Отримані результати довели виражений транквілізуючий ефект та високу ефективність препарату при лікуванні жінок з переважанням психоемоційних розладів у період клімактерію.



Мал. 4. Динаміка основних показників сексуальної функції жінок за шкалою FSFI, бала



Порівняльний аналіз шкал якості життя пацієнток з КС за шкалою SF-36, M+m, бали

Шкала	I основна група, n=20		II основна група, n=15		Контрольна група, n=15
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
Фізичне функціонування (PF)	79,4±12,5	83,2±8,9	72,5±13,8*	79,3±11,0	85,4±9,3
Роль фізичних проблем (RP)	79,2±25,7	80,4±23,1	66,7±20,8*	75,4±18,6	80,9±24,2
Інтенсивність болю (BP)	66,5±19,5*р1	73,5±15,8	51,8±12,1*	69,4±13,8р2	75,8±16,2
Загальний стан здоров'я (GH)	59,0±12,0*	70,4±8,8р2	54,8±11,3*	68,1±10,1р2	72,0±9,9
Психічне здоров'я (MH)	65,5±14,1*р1	73,8±9,8	32,7±7,2*	66,9±9,9р2	75,5±10,2
Роль емоційних проблем (RE)	66,7±12,5р1	72,1±12,9	50,0±11,4*	69,3±11,9р2	76,5±15,6
Соціальне функціонування (SF)	71,9±20,0р1	76,8±15,6	52,1±12,5*	68,5±11,8р2	77,6±21,0
Життєва активність (VT)	60,0±17,8*р1	75,9±11,2р2	32,5±8,2*	68,3±7,5р2	78,7±9,0

Примітки: \* – різниця достовірна щодо показника контрольної групи (p<0,05); р1 – різниця достовірна проти рівня II основної групи (p<0,05); р2 – різниця вірогідна порівняно з показником до лікування (p<0,05).

Жіноча сексуальна дисфункція у період перименопаузи поліетіологічна як медична проблема і залежить від функціонування в єдиному поєднанні нервової та серцево-судинної систем відповідно до гармонії ендокринологічної цілісності [3].

У результаті анкетного опитування з'ясовано, що 31 (86,11%) жінка з перименопаузальними розладами (основна група) продовжувала статеві стосунки. Тестування щодо основних показників сексуального здоров'я (The Female Sexual Function Index (FSFI) – індекс жіночої сексуальної функції) виявило, що серед пацієнток з КС сексуальні дисфункції спостерігалися у 24 (77,42%) випадках. Порівняльний аналіз засвідчив, що на тлі патологічного перебігу клімактерію відзначено зменшення щодо контрольної групи «бажання» в 1,54 разу у I основній групі та в 1,93 разу – у II групі, «збудження» – в 1,27 та 1,56 разу відповідно, зниження якості оргазму – в 1,28 та 1,22 разу, задоволення статевими стосунками – в 1,26 і 1,3 разу відповідно (p<0,05) (мал. 4). При цьому ступінь сексуальної дисфункції виявився найвищим у пацієнток II основної групи, які мали клімактеричні розлади середньої тяжкості за MMI.

Визначені зміни сексуального здоров'я в обстежених жінок з КС призводили до формування дисгармонії статевих стосунків пари, однак пацієнтки на ці порушення не звертали достатньої уваги і по спеціалізовану сексологічну допомогу не зверталися.

Під час оцінювання сексуальної функції у жінок обох клінічних груп на тлі лікування препаратом Ноофен® спостерігалась позитивна динаміка. Під час деталізації отриманих даних встановлено, що у пацієнток I основної групи покращання сексуального стану відбувалось швидше і майже досягло рівня показників здорових жінок у перименопаузальний період.

Клімактеричні розлади різного ступеня тяжкості, підвищена тривожність та нейротизм, сексуальна дисфункція не могли не відбитися на якості життя пацієнток. Оцінюючи результати опитувальника SF-36 встановлено, що рівень «Фізичного функціонування (PF)», який характеризує діапазон посиленої фізичної активності, та «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RP)» виявилися достатніми у жінок з легким ступенем патології клімактерію як до, так і після лікування. Найбільш несхожою була «психологічна» компонента якості життя, показники якої суттєво відрізнялись між двома основними групами та групою контролю, куди були включені жінки без проявів патологічного клімаксу (табл. 2).

Проведене лікування із застосуванням препарату Ноофен® значно підвищило якість життя у жінок з перименопаузальними розладами обох клінічних груп, особливо таких показників, як «Психічне здоров'я (MH)», «Роль емоційних проблем (RE)», «Соціальне функціонування (SF)» та «Життєва активність (VT)» (p<0,05).

Збільшення також середнього показника загального сприйняття здоров'я (GH) з 59,0±12,0 до 70,4±8,8 бала в I основній групі та з 54,8±11,3 до 68,1±10,1 бала у II групі (p<0,05) свідчило про загальне покращання соматичного стану організму пацієнток та їхнього самопочуття.

Протягом спостереження за пацієнтками не було відзначено жодного випадку побічних ефектів препарату Ноофен® (АТ «Олайнфарм», Латвія) та реакцій індивідуальної чутливості.

## ВИСНОВКИ

1. Психосоциальними властивостями жінок з клімактеричними розладами є інтроверсія, емоційна нестійкість, підвищені рівні особистісної та реактивної тривожності.

2. МГТ не є єдиним дієвим методом лікування КС. У пацієнток з переважанням нейровегетативних і психоемоційних перименопаузальних порушень легкого та середнього ступенів ефективним виявлено призначення препаратів, що мають антиастенічний, транквілізуючий, вегетостабілізуючий та ноотропний ефекти.

3. Доведена висока клінічна ефективність терапії з використанням препарату Ноофен® за запропонованою схемою у жінок у перименопаузальний період, що підтверджувалось зникненням симптомів КС у половини (50,0%) жінок з легким ступенем та у кожній третій (37,5%) – при його середній тяжкості; нормалізацією психоемоційного та сексуального станів, підвищенням якості життя пацієнток.

4. Препарат Ноофен® є ефективним методом негормональної корекції клімактеричних розладів у жінок у перименопаузальний період.

**Перспективи подальших досліджень.** Існуючий взаємозв'язок між клімактеричними симптомами, змінами у серцево-судинній вегетативній регуляції та ГАМК-ергічній медіації потребує більш детального вивчення показників варіабельності серцевого ритму та пошуку ефективних методів його корекції у жінок у перименопаузальний період, що може стати метою подальших досліджень.

Конфлікт інтересів відсутній.

**Подяка.** Висловлюємо подяку у проведенні даного дослідження АТ «Олайнфарм» (Латвія), яке безкоштовно надало пацієнткам препарат Ноофен®.

**Современные возможности негормональной коррекции климактерических расстройств у женщин в перименопаузальный период**  
**Н.С. Луценко, О.Д. Мазур, Н.Ф. Ефименко**

Перименопаузальный период – это возраст наивысшего духовного и интеллектуального развития женщины, поэтому нейровегетативные и психоэмоциональные расстройства в этот период приобретают особое медико-социальное значение и требуют поиска эффективных и безопасных методов их коррекции.

**Цель исследования:** оценка эффективности препарата Ноофен® у женщин с климактерическими расстройствами легкой и средней степени в перименопаузальный период.

**Материалы и методы.** Комплексно обследована 51 женщина в перименопаузальный период: I основная группа – 20 пациенток с легкой степенью климактерического синдрома (КС), II основная группа – 16 женщин с климактерическими расстройствами средней тяжести; в контрольную группу вошли 15 практически здоровых женщин. Для коррекции перименопаузальных нарушений использовали препарат Ноофен® (АО «Олайнфарм», Латвия) по предложенной нами схеме. Эффективность негормональной коррекции симптомов КС оценивали по динамике модифицированного менопаузального индекса, особенностям гормонального статуса и результатам психодиагностического обследования.

**Результаты.** У женщин основных групп преобладали нейровегетативные (14,5±2,6 и 26,6±4,2 балла в I и II группах наблюдения) и психоэмоциональные расстройства (4,9±1,3 и 11,2±1,6 балла соответственно). Уровни гормонов (ФСГ, E<sub>2</sub>, ПРЛ) соответствовали перименопаузальным значениям, но достоверно отличались от показателей группы контроля. Выявлены индивидуально-личностные свойства женщин с КС, в частности, интроверсия и эмоциональная нестабильность. Сравнительный анализ по шкалам Спилберга–Ханина показал, что более чем у половины (55,0%) женщин I основной и у большинства (81,25%) женщин II основной групп против 33,35% – в группе контроля (p<0,05) диагностирован высокий уровень личностной тревожности; средний уровень ситуативной тревожности был самым высоким у женщин II группы – 54,83±6,0 балла против 43,2±5,3 балла в I основной группе и 36,3±4,8 балла у пациенток без климактерических нарушений (p<0,05). У 24 (77,42%) женщин основной группы выявлена сексуальная дисфункция, при этом ее степень была наибольшей при средней тяжести климактерических расстройств. Негормональная коррекция перименопаузальных нарушений с помощью препарата Ноофен® способствовала снижению суммарного менопаузального индекса и привела к исчезновению клинических проявлений КС у 10 (50,0%) женщин в I и у 6 (37,5%) – во II группах. Достоверное снижение уровней личностной и реактивной тревожности на фоне терапии показало выраженный транквилизирующий эффект производного ГАМК и бета-фенилэтиламина. Улучшение психоэмоционального и сексуального состояний способствовало повышению основных показателей качества жизни пациенток в перименопаузальный период.

**Заключение.** Результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность препарата Ноофен®, который может быть рекомендован для негормональной коррекции нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств у женщин в перименопаузальный период.

**Ключевые слова:** перименопауза, климактерический синдром, менопаузальный индекс, Ноофен®, тревожность, сексуальная дисфункция, качество жизни.

**Modern possibilities of non-hormonal correction of menopausal disorders in women in the perimenopausal period**  
**N.S. Lutsenko, O.D. Mazur, N.F. Efimenko**

The perimenopausal period is the age of the highest spiritual and intellectual development of a woman; therefore, neurovegetative and psycho-emotional disorders of this period acquire a special medical and social value and require the search for effective and safe methods of their correction.

**The objective:** to evaluate the effectiveness of the drug Noofen® in women with mild to moderate menopausal disorders in the perimenopausal period.

**Materials and methods.** A total of 51 women were examined in the perimenopausal period: I main group – 20 patients with a low degree of CS, II main group – 16 women with menopausal disorders of moderate severity; the control group consisted of 15 healthy women. For the correction of perimenopausal disorders, the drug Noofen® («Olainfarm» Joint-Stock Company, Latvia) was used according to the scheme proposed by us. The effectiveness of non-hormonal correction of CS symptoms was assessed by the dynamics of the modified menopausal index, the characteristics of the hormonal status and the results of psychodiagnostic examination.

**Results.** In women of the main groups, neurovegetative (14,5±2,6 and 26,6±4,2 points in the first and second groups of observation) and psycho-emotional disorders (4,9±1,3 and 11,2±1,6 points) prevailed, respectively. Hormone levels (FSH, E<sub>2</sub>, PRL) corresponded to perimenopausal values, but were significantly different from those of the control group. Identified individual-personal properties of women with the CS, in particular introversion and emotional instability. A comparative analysis on the Spielberg-Khanin scales showed that more than half (55,0%) in the first main group and the majority (81,25%) of women in the second main group versus 33,35% in the control group (p<0,05), a high level of personal anxiety was diagnosed; the average level of situational anxiety was highest among women in group II – 54,83±6,0 points versus 43,2±5,3 points in the first group and 36,3±4,8 points in patients without menopausal disorders (p<0,05). In 24 (77,42%) women of the main group, sexual dysfunction was detected, while its degree was greatest with moderately severe climacteric disorders. Non-hormonal correction of perimenopausal disorders with the help of Noofen® helped reduce the total menopausal index and led to the disappearance of clinical manifestations of CS in 10 (50,0%) women in the first and 6 (37,5%) in the second groups. A significant decrease in the levels of personal and reactive anxiety during therapy showed a pronounced tranquilizing effect of the GAMA derivative and beta-phenylethylamine. The improvement of psycho-emotional and sexual states contributed to the improvement of the main indicators of the quality of life of patients in the perimenopausal period.

**Conclusion.** The results of the study showed the high efficacy of the Noofen® preparation, which can be recommended for non-hormonal correction of neurovegetative and psychoemotional disorders in women in the perimenopausal period.

**Key words:** perimenopause, menopausal syndrome, menopausal index, Noofen®, anxiety, sexual dysfunction, quality of life.

**Сведения об авторах**

**Луценко Наталия Степановна** – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины», 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (0612) 67-05-78. E-mail: vena03@ukr.net

**Мазур Оксана Дмитриевна** – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины», 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (0612) 67-05-78, (095) 690-81-93, (068) 222-39-15. E-mail: melnikua35@gmail.com

**Ефименко Надежда Федоровна** – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины», 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (0612) 67-05-78, (0612) 79-05-33. E-mail: zmapo10@gmail.com



# НООФЕН®

ЩЕ НЕ ВЕЧІР...



## Оригінальний ноотропний препарат комплексної дії

- Гармонізує роботу центральної та вегетативної нервових систем
- Знижує нейровегетативні й психоемоційні розлади<sup>1,2,4</sup>
- Покращує розумову працездатність і фізичну активність<sup>1-4</sup>
- Підвищує адаптацію та якість життя при вікових змінах<sup>1-4</sup>



OlainFarm

Матеріал призначений для спеціалістів. Підлягає розповсюдженню на семінарах, конференціях, симпозиумах на медичну тематику.  
РП № UA/3773/03/01 від 26.10.2015, РП № UA/3773/01/01 від 12.11.2015, РП № UA/3773/03/02 від 26.10.2015, РП № UA/3773/02/02 від 16.08.2017.

1) Татарчук Т.Ф. та інші «Репродуктивне здоров'я жінки» №5/2007. 2) Беловол А.Н. та інші «Вісник морфології» №3/2011.  
3) Несукай Е.Г. «Український кардіологічний журнал» №1/2012. 4) Захаренко Н.Ф. та інші «Репродуктивна ендокринологія» №3/2016.

**Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату. Гостра ниркова недостатність. Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій. Ноофен® можна комбінувати з психотропними лікарськими засобами, зніжуючи дози Ноофену® та застосовуваних з ним лікарських засобів. Ноофен® посилює та подовжує дію снодійних, наркотичних, нейролептичних та протипаркінсонічних лікарських засобів. **Особливості застосування.** Слід дотримуватись обережності хворим з патологією травного тракту через подразливу дію Ноофену®. При тривалому застосуванні контролюють клітинний склад крові, показники функціональних печінкових проб. Препарат містить лактозу, тому пацієнтам із рідкісними спадковими формами непереносимості галактози, недостатністю лактази або синдромом глюкозо-галактозної мальабсорбції не слід застосовувати препарат. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Застосування Ноофену® у період вагітності або годування груддю не рекомендується. Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Пацієнтам, у яких під час лікування препаратом виникають сонливість, запаморочення або інші порушення з боку ЦНС слід утримуватися від керування автотранспортними засобами або роботи з іншими механізмами. **Побічні реакції.** Сонливість (на початку лікування), головний біль та запаморочення; нудота, блювота, діарея, біль в епігастральній ділянці; гепатотоксичність; алергічні реакції, включаючи висип, свербіж, кропив'янку, почервоніння шкіри; емоційна лабільність, порушення сну. **Категорія відпуску.** Табл. та Капс. 250 мг №20, Капс. 500 мг №30 Без рецепта; Пор. 100 мг №15, Пор. 500 мг №5 За рецептом.

**OLFA**

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

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Бурчинский С.Г. (2015). Возможности комплексной коррекции регуляторных функций центральной нервной системы при психосоматической патологии. *Неврология*, 2(58), 100-105.
2. Бурчинський С.Г. (2006). Клімактеричний синдром: можливості та перспективи нейрофармакологічної корекції. *Ліки*, 1-2, 17-24.
3. Вдовиченко Ю.П., Гурженко О.Ю. (2017). Порушення та принципи діагностики сексуальної функції жінок у перименопаузальному віці. *Здоровье мужчины*, 4(63), 84-94.
4. Дністрянська А.П. (2014). Комплексна корекція клінічних проявів перименопаузального періоду у жінок. *Здоровье женщины*, 10(96), 157-162.
5. Колесникова О.В., Ярьсько М.В. (2015). Особливості варіабельності серцевого ритму у жінок в перименопаузі. *Вісник Вінницького національного університету*, 2, т. 19, 374-379.
6. Колотуша В.Г. (2014). Психопатологічні прояви у жінок в перименопаузальний період та можливості їх корекції негормональними методами. *Ліки України. Превентивна медицина. Психоневрологія*, 3-4(179-180), 16-19.
7. Кузьміна Н.В. (2015). Діагностика та медикаментозна корекція вегетативних розладів у жінок з артеріальною гіпертензією в перименопаузальний період. *Здоровье женщины*, 2(98), 192-199.
8. Рагимова В.В., Алиева Э.М., Султанова С.Г. (2018). Особенности проявления климактерического синдрома у женщин в постменопаузальный период в современных условиях. *Здоровье женщины*, 1(127), 68-72.
9. Райгородский Д. Я. (2011). Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М».
10. Татарчук Т.Ф., Исламова А.О., Ефименко О.А. (2015). Климактерический синдром как первое клиническое проявление перименопаузы. *Репродуктивная эндокринология*, 1(21), 52-56.
11. Татарчук Т.Ф., Тобі де Вільєрс (2016). Національний консенсус щодо ведення пацієнток у клімактерії. *Репродуктивная эндокринология*, 1(27), 8-25. doi: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2016.27.8-25>
12. De Villiers T.J. Gass, M.L. et Haines, C. J. (2013). Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy. *Climacteric*, 16, 203–204.
13. Кардиопланета. (2017). Медичинские программы. Режим доступа <http://cardioplaneta.ru/program/337-sf-36-health-status-survey.html>
14. Rosen R. S., Brown C., Heiman J., Leiblum S.R. et Meston, C. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26, 191.

*Статья поступила в редакцию 15.11.2018*