

13. Long term results of surgical and endovascular prevention of pulmonari embolism in patients with flattering deep venous trombosis / N.P. Makarova, S.M. Khmelniker, F. Lurie et al. // International Angiology. -2001.-Vol. 20.-№2.-P. 320.

14. Малиновский Н. Н. Диагностика и лечение тромбоемболии легочной артерии / Н.Н. Малиновский, Д. А. Натрадзе, Г.А.Чеснокова. – Москва, 1980. – 121 с.

15. Тюрин И. Е. Компьютерная томография органов трудной полости / И. Е. Тюрин – Изд-во ЭЛБИ-СПб; 2003г., 371с.

16. Лучевая диагностика и хирургическая профилактика тромбоемболии легочной артерии / Г. Е. Труфанов, Г. Г. Хубулава, В. И. Перец и др. – СПб., 2006. – 170 с.

17. The changing pattern of venous thromboembolic disease / A.T. Choen, R.A. Edmondson, M.J. Phillips et. al. // Haemostasis. 2006. - Mar-Apr. - Vol. 26. - № 2. - P. 65-71.

*Науковий рецензент доктор медичний наук, професор Рум'янцеv Ю.В.*

УДК 615.8:618.173

## **ДИНАМІКА РОЗПОДІЛУ ЗА СТУПЕНЕМ ТЯЖКОСТІ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИДУ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ**

**М.О. Павловська**, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Резюме.** У статті автором встановлено динаміку розподілу за ступенем тяжкості клімактеричного синдрому у пацієнток при використанні немедикаментозних методів лікування фізичної природи в комплексі з антигомотоксикологічними препаратами природного походження. Встановлено, що немедикаментозні методи лікування фізичної природи в комплексі з антигомотоксикологічними препаратами природного походження, спричиняють односпрямовану дію на хворих з клімактеричним синдромом незалежно від наявності або відсутності ендокринної патології, зменшуючи ступінь тяжкості клімактеричного синдрому.

**Ключові слова:** клімактеричний синдром, ендокринна патологія, ступінь тяжкості, немедикаментозні методи лікування.

**Вступ.** Найбільш поширена в клінічній практиці класифікація ступеня тяжкості клімактеричного синдрому заснована на визначенні тяжкості за кількістю припливів з урахуванням загального стану і працездатності жінки. При клімактеричному синдромі I ступеня тяжкості (легені) на добу спостерігається менше 10 припливів, загальний стан і працездатність жінки не порушуються. Клімактеричний синдром II ступеня тяжкості (середньої тяжкості) характеризується 10-20 припливами на добу в поєднанні з головним болем, запамороченням, болями в області серця, серцебиттям, зниженням працездатності. При клімактеричному синдромі III ступеня тяжкості (важкому) частота припливів більше 20 разів на добу, значно

порушуються самопочуття і працездатність. Ця класифікація прийнятна в основному для типової форми клімактеричного синдрому [1, 2, 3, 4, 5].

Поліморфізм клінічних проявів нерідко важко вкласти в наведену схему, а його тяжкість далеко не завжди визначається кількістю припливів. При активації симпатико-адреналової відділу вегетативної нервової системи характерні артеріальна гіпертензія, що розвинулася в клімактеричному періоді, почастишання пульсу і дихання в спокої, переважання під час припливу скарг з боку серцево-судинної системи (серцебиття, болі в області серця). При функціональному переважанні парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи відзначаються

артеріальна гіпотензія, кризи за типом непритомних станів, різноманітні алергічні прояви, брадикардія і уражень дихання в спокої. Припливи супроводжуються відчуттям завмирання серця, нестачі повітря, появою рясного рідкого поту, нудоти, запаморочення, різкої слабості. При тривалому тяжкому перебігу клімактеричного синдрому, особливо в поєднанні з гіпертонічною хворобою, що розвилася в молодому віці, відзначається дисфункція обох відділів вегетативної нервової системи. При цьому спостерігаються симпатико-адреналової кризи, напади пароксизмальної тахікардії, виражені вегетативні зрушення в психічній сфері. Припливи поєднуються з почуттям різкого дискомфорту, значними емоційними розладами [6, 7, 8, 9, 10, 11].

Метою нашої роботи було встановити динаміку розподілу за ступенем тяжкості клімактеричного синдрому у пацієнток в залежності від виду використання комплексного лікування.

**Матеріали і методи дослідження.** У дослідження було включено 414 жінок у віці від 45 до 55 років, яких було поділено на 4 групи: 1 групу (контроль) склали жінки перименопаузального віку без соматичної патології (n=102, середній вік  $49,8 \pm 2,3$  років); 2 групу – жінки з цукровим діабетом II типу (n=101, середній вік  $51,5 \pm 1,8$  років); 3 групу – хворі з гіпотиреозом (n=106, середній вік  $51,6 \pm 1,4$ ) і 4 групу (n=105, середній вік  $48,7 \pm 2,1$  років) – пацієнтки з гіпертонічною хворобою (ГХ).

Для встановлення ефективності немедикаментозних методів лікування фізичної природи в комплексі з антигомотоксикологічними препаратами природного походження і зменшення випадків перебігу клімактеричного синдрому з тяжким ступенем пацієнток було розділено на 3 групи.

Контрольна група (КГ) жінок отримували лише базову терапію згідно Національного консенсусу щодо ведення пацієнток у клімактерії (далі – базову терапію). До групи 2 увійшли пацієнтки, яким на тлі базової терапії було

застосовано фізіотерапевтичне лікування (лазеротерапія та контрастні ванни 2 рази/тиждень протягом двох місяців). Групу 3 склали жінки, яким окрім базової терапії призначали антигомотоксикологічні препарати Клімакт-Хель (1 таблетка 3 рази/добу протягом двох місяців), Мулімен (10 крапель 3 рази/добу протягом двох місяців).

Методика проведення контрастних ванн передбачала: температура холодної води складала  $24-22^{\circ}\text{C}$ , гарячої  $38-39^{\circ}\text{C}$ , контраст температур –  $12-15^{\circ}\text{C}$ . Співвідношення перебування хворих у гарячій і холодній воді впродовж процедури складало 1 і 3 хвилини. Кількість процедур – 10-12.

Здійснювали опромінення проєкційних зон хребетної артерії і комірцевої області низькоенергетичним інфрачервоним лазерним випромінюванням.

Випромінювач встановлювали контактено в проєкційну область хребетних артерій (на рівні 2-го шийного хребця на 2 см латеральніше від хребта). Режим імпульсний. Частота проходження імпульсу 11 Гц. Імпульсна потужність 5,0 Вт. Експозиція 30 сек.-60 сек., щодня або через день. Процедури проводилися від апарату Азор-2К. Довжина хвилі випромінювання 0,89 мкм. Середня потужність випромінювання в імпульсі 5,0 Вт; частота проходження імпульсів в Гц 1-2500; час експозиції в сек 8-300.

Процедури проводили 2 дні поспіль з перервою на кожен третій день лікування. Курс лікування повторювався через 6 місяців. Віддалені результати оцінювали через рік після завершення курсу лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При аналізі динаміки ступеня тяжкості проявів клімактеричного синдрому у пацієнток в залежності від виду використання немедикаментозного лікування фізичної природи в комплексі з антигомотоксикологічними препаратами природного походження виявилось, що серед хворих, які отримували базову терапію в групі без ендокринної патології скоротилося число пацієнток із середнім ступенем тяжкості клімактеричного синдрому з 90,8 % до 76,4 % і

збільшилася кількість випадків важкого перебігу до 15,8 %, водночас зменшилося число випадків легкого перебігу до 7,8 %. У хворих з цукровим діабетом II типу також зменшилася кількість хворих з середньої тяжкості проявами клімактеричного синдрому важкими з 81,4 % до 72,8 %, та легкого перебігу з 8,6 % до 3,6 % при цьому збільшилася кількість хворих з важким перебігом з 10,0 % до 23,6 %. У групі з гіпотиреозом, зменшилася кількість хворих з середньої тяжкості проявами

клімактеричного синдрому з 89,1 % до 69,1 %, при збільшенні хворих з важкими проявами клімактеричного синдрому та відсутності після лікування в групі хворих з легким перебігом синдрому. У контрольній групі у хворих з гіпертонічною хворобою відмічалось зменшення тяжкого ступеня клімактеричного синдрому з 17, % до 11,4 % при збільшенні у жінок середнього перебігу клімактеричного синдрому з 79,1 % до 85,8 % (табл. 1)

Таблиця 1

**Динаміка розподілу за ступенем тяжкості клімактеричного синдрому у пацієнток контрольних груп, які отримували базову терапію**

Ступінь тяжкості	Групи							
	1		2		3		4	
	до	після	до	після	до	після	до	Після
легкий	9,2	7,8	8,6	3,6	-	-	3,2	2,8
середній	90,8	76,4*	81,4	72,8	89,1	69,1	79,1	85,8
важкий	-	15,8*	10,0	23,6*	10,9	30,9*	17,7	11,4

\*Примітка: \* - різниця достовірна до та після лікування.

Група хворих жінок, яка одержувала контрастні ванни і лазеротерапію серед хворих без ендокринної патології скоротилося число хворих, які мали середній ступінь тяжкості з 84,6 % до 62,6 %, збільшилася кількість хворих, що мали легкий ступінь тяжкості з 11,8 % до 37,4 %. Після лікування в даній групі не спостерігалось пацієнток, які мали важкі прояви клімактеричного синдрому. Аналогічна картина спостерігалася і у хворих з ендокринною патологією, однак після лікування важкі прояви клімактеричного синдрому у частини хворих все-таки залишалися і складали у пацієнток з цукровим діабетом II типу 1,7 %, у жінок з гіпертиреозом – 8,3 %. У жінок з гіпертонічною хворобою важкі прояви перебігу клімактеричного синдрому були відсутні 8,3 %. Таким чином, серед хворих з супутнім цукровим

діабетом II типу зменшилася кількість хворих з важкими проявами і збільшилася кількість хворих з легкими проявами клімактеричного синдрому. Серед хворих з гіпотиреозом кількість хворих з середніми проявами клімактеричного синдрому фактично була без змін, однак збільшилося число хворих з клімактеричним синдромом легкої тяжкості (табл. 2).

У групі хворих, які отримували антигомотоксикологічні препарати, серед пацієнток без ендокринної патології співвідношення хворих із середнім і легким ступенем клімактеричного синдрому змінилося на користь збільшення числа хворих з легким перебігом з 16,8 % до 22,7 %. Зменшилося число хворих з тяжким перебігом клімактеричного синдрому після лікування з 14,6 % до 2,8 % (табл. 3).

Таблиця 2

**Динаміка розподілу за ступенем тяжкості  
клімактеричного синдрому у пацієнток, які отримували  
базову терапію, контрастні ванни та лазеротерапію**

Ступінь тяжкості	Групи							
	1		2		3		4	
	до	після	до	після	до	після	до	після
Легкий	11,8	37,4*	15,1	18,9	-	6,2	11,4	24,5*
середній	84,6	62,6*	74,2	79,4	86,2	85,5	75,3	85,5*
важкий	3,6	-	10,7	1,7	13,8	8,3	13,3	-

\*Примітка: \* - різниця достовірна до та після лікування.

Таблиця 3

**Динаміка розподілу за ступенем тяжкості  
клімактеричного синдрому у пацієнток, які отримували  
базову терапію та антигомотоксикологічні препарати**

Ступінь тяжкості	Групи							
	1		2		3		4	
	до	після	до	після	до	після	до	після
легкий	16,8	22,7	8,3	21,5*	9,6	22,6*	13,2	23,6*
середній	68,6	74,5	76,5	64,6*	75,5	65,5*	79,6	68,7
важкий	14,6	2,8*	15,6	13,9	14,9	11,9	7,2	7,7

\*Примітка: \* - різниця достовірна до та після лікування.

У хворих на цукровий діабет II типу спостерігалось значне збільшення відсотка хворих з легкими проявами клімактеричного синдрому з 8,3 % до 21,5 %, за рахунок зменшення числа хворих в середніх проявах. Що стосується хворих з гіпотиреозом, то в цій групі хворих спостерігалася аналогічна картина. Скоротилася кількість хворих з тяжким перебігом з 14,9% до 11,9% і середньої тяжкості з 75,5 % до 65,5 %, в групі зареєстровано значне збільшення пацієнток з легким перебігом клімактеричного синдрому з 9,6 % до 22,6 %.

#### **Висновки**

1. Таким чином, немедикаментозні методи лікування фізичної природи в комплексі з

антигомотоксикологічними препаратами природного походження, спричиняють односпрямовану дію на хворих з клімактеричним синдромом незалежно від наявності або відсутності ендокринної патології, зменшуючи ступінь тяжкості клімактеричного синдрому. Разом з тим, найкращі результати при застосуванні різних комплексів отримані у хворих без ендокринної патології.

2. У контрольних групах відбувалося наростання ступеня тяжкості клімактеричних проявів як у хворих без ендокринної патології, так і хворих з цукровим діабетом II типу, гіпотиреозом гіпертонічною хворобою.

### Література

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром // Гениколог. эндокринология / Под ред. К.Н. Жмакина. - М.: Медицина, 1980. - С.396-436.
2. Менопаузальный синдром (клиника, диагностика, профилактика и ЗГТ) / Под ред. В.И. Кулакова. - М.: Медицина, 1996. - 64 с.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2001. - 591 с.
4. Avis N.E., Brambilla D., McKinlay S.M., Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts women's Health Study // Ann Epidemiol. - 1994. - Vol.4. - N3. - P. 214-220.
5. Astrup K. // Maturitas. - 2000. - Vol.35. - Suppl.1. - P.13-14.
6. Schmidt P.J., Roca C.A., Bloch M., Rubinow D.K. The perimenopause and affective disorders // Semin Reprod Endocrinol. - 1997. - Vol.15. - N1. - P.91-100.
7. Taylor M. Complementary and alternative approaches to menopause. Endocrinol Metab Clin North Am. 2015 Sep;44(3):619-48.
8. Thompson EA. Homeopathy and the menopause. J Br Menopause Soc. 2002 Dec;8(4):151-4.
9. Tonob D, Melby MK. Broadening our perspectives on complementary and alternative medicine for menopause: A narrative review. Maturitas. 2017 May;99:79-85.
10. Hill DA, Crider M, Hill SR. Hormone therapy and other treatments for symptoms of menopause. Am Fam Physician. 2016 Dec 1;94(11):884-889.
11. Королевская ЛИ. Немедикаментозная профилактика и восстановительная коррекция поздних осложнений климактерического синдрома у женщин. Междунар. эндокринолог. журнал. 2011;(2):102-11.

*Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Власенко О.М.*